

Sezione: LOMBARDIA
Esito: SENTENZA
Numero: 96
Anno: 2018
Materia: RESPONSABILITA'
Data pubblicazione: 27/04/2018

REPUBBLICA ITALIANA Sent. n. 96/2018
IN NOME DEL POP. ITALIANO

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE LOMBARDIA

Composta dai Magistrati:

Silvano Di Salvo	Presidente
Luisa Motolese	Consigliere
Eugenio Madeo	I Referendario estensore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. G28892 del registro di segreteria ad istanza della Procura regionale per la Lombardia contro la Sig.ra **M. F. M.**, nata a Omissis il Omissis e residente a Omissis, Omissis, C.F. Omissis, rappresentata e difesa dall'Avv. Paolo Vinci, con elezione di domicilio presso il suo studio in Omissis, piazza della Conciliazione, n. 5.

VISTO il D.Lgs. n. 26 agosto 2016, n. 174.

VISTO l'atto introduttivo del giudizio.

LETTI gli atti e i documenti di causa.

UDITI, nella pubblica udienza del 7 marzo 2018, il I Referendario relatore Eugenio Madeo, il Pubblico Ministero in persona del Sostituto Procuratore Generale Luigi D'Angelo e l'Avvocato Paolo Vinci per la M. F. M..

Ritenuto in

FATTO

Con atto di citazione depositato in data 15 settembre 2017, la Procura regionale presso questa Sezione ha convenuto in giudizio la Dott.ssa M. F. M. per ivi sentirla condannare al pagamento, in favore dell'Omissis, della somma capitale pari ad euro 199.186,40, oltre rivalutazione, interessi e spese di giudizio.

In particolare, dall'atto di citazione emerge quanto segue: la Procura regionale, a seguito del rapporto sui sinistri (definiti con onere risarcitorio a carico dell'Azienda) per gli anni 2011, 2012, 2013 e 2014 comunicato dall'Azienda Ospedaliera con nota Omissis (all. n. 1 del fascicolo della Procura), chiedeva "... *la documentazione relativa al sinistro del Omissis, decreto n. Omissis del Omissis, importo complessivamente liquidato pari a euro 199.186,40*" (all. n. 2 del fascicolo della Procura).

A riscontro, l'Azienda ospedaliera trasmetteva la documentazione richiesta come da nota n. Omissis del Omissis (all. n. 3 del fascicolo della Procura).

In esito alla menzionata istruttoria la Procura precisa che si veniva a conoscenza "... *di una fattispecie di danno erariale relativa ad un caso di malpractice medica addebitabile alla dott.ssa M. F. M. ...*".

Ancora, il Requirente ha precisato che la convenuta "... *in qualità di medico chirurgo nell'intervento chirurgico di "termoablazione per l'asportazione di un*

nodulo renale”, eseguito in data Omissis, sul paziente R. M., gli cagionava gravi danni permanenti (perdita dell’unico rene sano e conseguente emodialisi trisettimanale) nonché danni non patrimoniali (pregiudizio all’autodeterminazione del paziente per l’assenza dell’acquisizione di un preventivo consenso informato) con colpa grave consistita:

1) nell’aver effettuato un trattamento chirurgico per la termoablazione di un nodulo renale soltanto “compatibile” con una neoplasia di due centimetri e dunque in assenza di una diagnosi certa di neoplasia effettuabile per il tramite di una biopsia che avrebbe consentito di pianificare e discutere col paziente ed altri esperti tutte le opzioni terapeutiche ivi compresa la c.d. “sorveglianza attiva”, alternativa terapeutica che avrebbe sottratto il paziente alla gravissima complicanza emorragica occorsa durante l’intervento cui fu sottoposto con necessità di asportazione dell’intero ed unico rene del paziente;

2) nell’aver utilizzato un modulo di consenso informato di tipo generico che non prevedeva per il caso specifico di paziente monorene il rischio di danno permanente della funzionalità renale fino alla dialisi e la possibilità di un intervento chirurgico successivo con eventuale nefrectomia totale (come in effetti accaduto in concreto) e dunque con pregiudizio al diritto di autodeterminazione del paziente circa la scelta sul sottoporsi o meno al trattamento medico;

3) nell’aver effettuato una errata e imperita esecuzione dell’intervento chirurgico consistita nella non corretta esecuzione del trattamento di termoablazione per la rimozione del nodulo con conseguente insorgenza di una gravissima complicanza emorragica, ad esso chirurgo imputabile, che comportava, pertanto, la necessità dell’asportazione totale dell’intero ed unico rene del paziente”.

Da ultimo, sempre il Pubblico Ministero ha inteso precisare che a seguito dei gravi danni permanenti riportati dal paziente, quest’ultimo chiedeva il risarcimento dei danni cagionati all’Azienda Ospedaliera. Di conseguenza, “... l’azienda Ospedaliera, ... valutate le conclusioni di ben quattro relazioni medico legali (infra) definiva la vertenza in via transattiva e liquidava, pertanto, per il risarcimento dei danni in favore del sig. R.M., l’importo pari a euro 199.186,40 ...” (all.ti nn. 7, 8 e 9 del fascicolo della Procura).

Tanto rappresentato, il Requirente ha poi riportato nell’atto di citazione ampi stralci delle quattro consulenze medico-legali sopra menzionate, con particolare riferimento a quanto in proposito nelle stesse evidenziato circa le tre condotte antiggiuridiche in precedenza analiticamente descritte nell’atto di citazione ed integralmente riportate.

In definitiva, ad avviso del Requirente, “*tutte le relazioni, in particolare, hanno riscontrato la responsabilità della dott.ssa M. F. M. in ordine quantomeno a due dei tre profili di illiceità evidenziati nell’atto di citazione (sopra sub. 1 e sub. 2) ovvero sia in ordine alla effettiva necessità dell’intervento di termoablazione (anche per l’assenza di una diagnosi certa di neoplasia peraltro agevolmente effettuabile con una biopsia), sia in ordine alla mancata acquisizione di un valido consenso informato”.*

Al termine della richiamata attività istruttoria la Procura erariale, ritenendo sussistenti tutti gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa, notificava all’odierna convenuta specifico invito a dedurre (all. n. 15 del fascicolo della Procura).

Sempre la Procura riferisce poi che la M. ha presentato deduzioni difensive, chiedendo altresì di essere sentita personalmente (all. n. 16 del fascicolo

della Procura).

L'audizione si è poi svolta in data 30 maggio 2017 (all. n. 17 del fascicolo della Procura).

In particolare, viene precisato che l'odierna convenuta depositava in quell'occasione *"... una perizia medico-legale datata Omissis ma priva di sottoscrizione e vergata su carta con intestazione "Dott. L. P." ..., nonché ... una perizia medico-legale datata Omissis a firma del Dott. S. R. (cfr. doc. 3 deduzioni difensive) e nella quale si trova attestata la regolarità, sotto ogni profilo, della condotta tenuta dalla dott.ssa M. F. M. prima, durante e successivamente l'intervento chirurgico "dannoso" del Omissis - anche in punto di acquisizione di un valido consenso informato - precisandosi, nella parte conclusiva dell'elaborato, che "la complicità emorragica, che rientra fra le possibili complicità del trattamento termoablativo, è stata rilevata rapidamente e trattata in modo adeguato"*.

Tanto precisato, non reputando le argomentazioni difensive idonee a superare l'addebito di responsabilità sulla base delle evidenze istruttorie, la Procura ritiene esser stata raggiunta la piena prova della responsabilità amministrativa in capo alla convenuta.

Al riguardo il Requirente precisa nell'atto di citazione che il caso di specie configura una tipica ipotesi di danno erariale indiretto *"... all'Azienda Ospedaliera Omissis ..., ed ammontante complessivamente ad euro 199.186,40... ovvero pari all'importo risarcitorio liquidato in via transattiva in favore del sig. R.M. in conseguenza delle gravi lesioni permanenti da quest'ultimo riportate a seguito del comportamento gravemente colposo della dott.ssa M. F. M. prima e/o durante l'intervento chirurgico del Omissis"*.

In sintesi, secondo la Procura, la condotta illecita contestata all'odierna convenuta avrebbe una triplice connotazione, come sopra ampiamente riportato.

Pertanto, su ciascuna condotta illecita contestata il Requirente ha inteso passare in rassegna i passaggi salienti delle consulenze medico-legali corroborando gli stessi, al fine sempre di dimostrare in particolare l'illiceità delle singole condotte e la colpa grave insita nelle medesime, con specifiche indicazioni giurisprudenziali della Suprema Corte di Cassazione.

Con particolare riferimento poi al nesso di causalità viene, fra le altre cose, affermato che *"... i vari consulenti medico-legali interpellati dall'Azienda sanitaria anteriormente alla stipula dell'atto di transazione hanno evidenziato che in ragione della particolare condizione del paziente quale soggetto "monorene", non soltanto andava diagnosticata con certezza la presenza di una neoplasia renale per il tramite della biopsia così da acclarare l'effettiva necessità dell'intervento di ablazione termica particolarmente insidioso in un soggetto monorene, ma hanno altresì evidenziato, proprio per la particolare condizione del paziente, l'opportunità di trattamenti terapeutici alternativi (la c.d. "sorveglianza attiva" della massa renale)"*.

A tal proposito, il Pubblico Ministero ha precisato anche che *"... in ambito "civilistico" vige, ai fini della prova e dell'accertamento del nesso causale quale elemento costitutivo oggetto della fattispecie illecita la regola del "più probabile che non" ..."* e pertanto non è invocabile nel processo amministrativo-contabile il precetto di cui all'art. 533 c.p.p. in tema di accertamento in termini di *"quasi certezza"* del nesso eziologico nell'ambito della responsabilità professionale del personale sanitario.

Infine, la Procura "... ferma restando la sussistenza in concreto di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità erariale in contestazione, questa Procura, anche alla luce della giurisprudenza della Corte di Cassazione, chiede - unicamente nella denegata ipotesi in cui l'Ecc.mo Collegio Giudicante non ritenga esaustive ed approfondite le relazioni medico-legali agli atti e più volte citate finanche con trascrizione di ampi stralci delle stesse - la nomina di un consulente tecnico d'ufficio".

In data 1° febbraio 2018 ha depositato memoria di costituzione l'Avvocato Paolo Vinci, nella qualità di difensore e procuratore speciale della Dott.ssa M. F. M..

In particolare, il difensore, dopo aver brevemente ricostruito in fatto la vicenda in esame, ha inteso eccepire in via pregiudiziale la decadenza dell'esercizio dell'azione di rivalsa ai sensi dell'art. 9, comma 2, della legge n. 24/2017, in considerazione del fatto che "... il risarcimento è avvenuto nel 2015 e l'invito a dedurre, primo atto interruttivo della decadenza, è stato notificato il 23 febbraio 2017, allorquando il termine era già spirato da ben oltre un anno".

Nel merito, il difensore ha poi inteso precisare per prima cosa che "l'Omissis, dopo aver istruito la pratica e valutato le relazioni medico-legali, provvedeva, senza che vi fosse una sentenza di condanna, a definire la vertenza in via transattiva. L'addebito di colpa grave, secondo la ricostruzione fornita dalla Procura, sarebbe provato dalle conclusioni delle consulenze medico-legali a firma dei Prof. M., del Dott. F. e del Dott. L. Occorre tuttavia in questa sede ribadire con forza come la condotta della propria Assistita, alla luce delle risultanze istruttorie e della letteratura scientifica in materia, non integri gli estremi della colpa grave e che la Dott.ssa M. F. M., pertanto, non abbia assolutamente cagionato alcun danno erariale".

Ancora, sempre il difensore con riferimento alla scelta del trattamento ablativo sul rene del paziente ha affermato che lo stesso "... si prospettava come l'intervento preferibile, considerati i rischi e i pregi di tale pratica medica e tenuto conto delle condizioni del paziente".

Sempre la difesa ha precisato poi che "... osservando i filmati, è possibile constatare la perizia e la diligenza tenuti durante l'intervento; in secondo luogo, giova ricordare, che non è corretto dichiarare che il paziente fosse monorene, poiché egli possedeva un solo rene compromesso da insufficienza renale cronica, aggravata dalla lesione neoplastica. Infine, nessun addebito può essere mosso alla condotta tenuta durante la fase di preparazione dell'evento, in quanto i parametri coagulativi INR, PTT, piastrine e AP-INR erano nella norma, confermando così che l'intervallo di tempo di cinque giorni previsto per la sospensione del Coumadin fosse sufficiente".

Con riferimento specifico, invece, all'assenza del consenso informato, il difensore ha affermato che "... al paziente non fu consegnato solo il foglio informativo, ma anche il numero di telefono della dottoressa; inoltre, il signor Omissis ha avuto a disposizione due mesi di tempo per richiedere eventuali chiarimenti" e "... che il paziente possedeva un elevato grado culturale, escludendo così l'incapacità di comprendere le notizie fornite".

Da ultimo, viene precisato anche che "il paziente si trovava già in una situazione pesantemente compromessa, essendo affetto da polipatologie invalidanti" e che "la predetta storia clinica è stata il fattore determinante della mancata riuscita dell'operazione svolta, avendo non solo debilitato fisicamente il signor Omissis, ma anche avendo reso impossibile l'applicazione di un'altra terapia, come la nefrectomia parziale. Inoltre,

l'astensione da qualsiasi intervento avrebbe, inesorabilmente, portato il soggetto alla morte".

In ogni caso, inoltre, ad avviso del difensore "... le censure andranno comunque correttamente ripartite tra tutti gli Operatori. È, infatti, evidente che quanto meno vi è stata una corresponsabilità da parte degli altri Sanitari ... Quindi, in subordine, qualsivoglia responsabilità deve essere quanto meno condivisa con la Struttura e con gli altri Medici ivi operanti in una percentuale che non può essere inferiore a 2/3 della (pretesa, ma contestata) responsabilità prevista".

Sempre il difensore, dopo aver precisato che risulta evidente "l'assenza della dichiarata "colpa grave" anche nella perizia e nelle consulenze di parte considerate dalla Procura", ha poi articolato le proprie riflessioni difensive sul concetto giuridico di colpa grave, sull'intensità della colpa, sulla valutazione della sussistenza del nesso causale in materia di responsabilità medica e sulla giusta ripartizione dell'onere della prova nel caso di specie.

In subordine, la difesa ha chiesto che "nella denegata ipotesi in cui la Corte riconoscesse la sussistenza di responsabilità in capo alla Dott.ssa M. F. M., ... qualunque sia il suo ammontare, deve essere in ogni caso condivisa con gli altri Sanitari, in una misura che non può certamente essere inferiore a 2/3 della (pretesa, ma contestata) responsabilità prevista".

In estremo subordine, il difensore ha chiesto l'esercizio del potere riduttivo, con una riduzione dell'addebito pari ad almeno l'80%, tenuto conto, nel caso di specie, delle seguenti circostanze:

- a) "le particolari circostanze relative all'operazione sul Sig. Omissis;*
- b) l'intervento di altri Sanitari sul Sig. Omissis;*
- c) gli ottimi precedenti di carriera della Dott.ssa M. F. M. (sempre oggetto di ottime valutazioni e privo di qualsivoglia precedente "di responsabilità");*
- d) la sproporzione tra il livello retributivo del Sanitario ed il danno imputato ...;*
- e) ... l'assenza di una graduazione della colpa come "grave" sia nella CTU che negli altri documenti esaminati".*

Infine, in via istruttoria, la difesa ha chiesto "... che sia affidata ad apposito C.T.U. la verifica della congruità dell'assistenza praticata dalla Dott.ssa M. F. M. sul Sig. Omissis e, in ogni caso, la verifica dell'influenza concausale che hanno avuto le condotte (attive e/o omissive) degli altri Sanitari che sono intervenuti prima e dopo di lei".

In sintesi, quindi, la difesa chiede:

- in via pregiudiziale, di respingere la domanda per intervenuta decadenza dal diritto di esercitare l'azione di rivalsa per decorso dei termini di cui all'art. 9, comma 2, Legge 24/2017;*
- in via principale, escludere qualsivoglia responsabilità della Dott.ssa M. F. M. per quanto imputato, con reiezione di tutte le domande contenute nell'atto di citazione;*
- in via subordinata, condividere ogni eventuale responsabilità con gli altri Sanitari che sono intervenuti nella vicenda, attribuendo a costoro una percentuale (non inferiore ai 2/3) della responsabilità medesima;*
- sempre in via subordinata (e comunque) con esercizio del "potere riduttivo", ridurre ogni eventuale condanna risarcitoria in misura pari almeno all'80% del preteso danno imputato ex art. 52 R.D. n. 1214/1934 e in ogni caso tenendo conto del limite previsto dall'art. 9, comma 5, della legge*

24/2017;

- in via istruttoria, esperire apposita C.T.U. volta a verificare la congruità dell'assistenza praticata dalla Dott.ssa M. F. M. sul Sig. Omissis e, in ogni caso, l'influenza concausale che hanno avuto le condotte (attive e/o omissive) dei Sanitari che sono intervenuti prima e dopo di lei.

In data 6 marzo è pervenuta una memoria da parte della Procura erariale con cui sono state fornite alcune precisazioni circa la portata applicativa, al caso di specie, della novella normativa di cui all'art. 9 della c.d. legge Gelli-Bianco (n. 24/2017) relativa all'azione di rivalsa contabile.

Nell'udienza ha preso inizialmente la parola il Pubblico Ministero, che si è anzitutto soffermato sull'eccezione preliminare, sollevata dalla difesa del convenuto, circa la decadenza dell'azione di rivalsa erariale richiamando, fra le altre cose, anche la sentenza di questa Sezione n. 93/2017. A tal proposito è stato dunque precisato dal P.M. che tale eccezione è da ritenersi assolutamente infondata, atteso anche che, pur volendo astrattamente considerare retroattiva la norma in argomento, in ogni caso l'azione erariale è da considerarsi tempestiva, posto che il termine di decadenza di un anno può decorrere al più presto dal 1° aprile 2017 (data di entrata in vigore della norma stessa) e l'atto di citazione è stato notificato in data 21 settembre 2017. Nel merito, il Requirente dopo aver evidenziato che le tre condotte contestate hanno carattere alternativo e non cumulativo, si è in particolare soffermato sulla mancanza, nel caso di specie, di un consenso informato completo sugli effetti della complicità emorragica che avrebbe, quindi, irrimediabilmente leso la libertà di autodeterminazione del paziente.

Ha preso poi la Parola l'Avv. Paolo Vinci per la dott.ssa M. F. M., ripercorrendo in concreto i passaggi salienti della propria memoria difensiva, soffermandosi, in particolare, sull'eccezione di decadenza e sull'assenza di colpa grave nella condotta della propria assistita nel caso di specie.

Infine, l'Avv. Paolo Vinci è stato autorizzato, dopo aver sentito sul punto il Pubblico Ministero che non si è opposto, a depositare le linee guida, redatte in lingua inglese, sul corretto approccio medico relativo al carcinoma renale.

Tutto ciò premesso, la causa è stata assunta in decisione. Ritenuto in

DIRITTO

Preliminarmente, il Collegio non ritiene accoglibile la specifica istanza rivolta dalla difesa della M. F. M. con riguardo all'applicazione retroattiva al caso in esame di quanto disposto dall'art. 9, comma 2 della legge n. 24/2017, da cui discenderebbe la declaratoria di inammissibilità dell'azione erariale. Ciò in quanto è da escludersi l'applicabilità con effetti retroattivi della richiamata disposizione.

Detta inapplicabilità è dettata da ragioni formali, in assenza di una espressa previsione di efficacia retroattiva della norma, e da ragioni sostanziali, in quanto ne deriverebbe una ingiustificata sterilizzazione di tutte le azioni risarcitorie in cui le Aziende Ospedaliere non abbiano seguito, in assoluta buona fede, una procedura all'epoca non prevista e non richiesta né da previsioni di legge né tantomeno regolamentari (cfr. in proposito sentenze di questa Sezione n. 50 del 14 marzo 2018, n. 191 del 28 dicembre 2017 e 196 del 29 dicembre 2017; vedasi anche Sezione I Centrale d'Appello, 18 dicembre 2017, n. 536).

Ancora, sempre preliminarmente, il Collegio ritiene che la richiesta di disporre una C.T.U., avanzata dalla convenuta, non può essere accolta. Ciò perché il materiale sin qui acquisito in fascicolo risulta più che sufficiente per

ricostruire, ai fini che qui rilevano, e come più approfonditamente sarà in seguito precisato, sia il quadro generale della fattispecie, sia la riferibilità causale del danno contestato, e pervenire ad una documentata valutazione della fattispecie in esame.

Nel merito, il Collegio deve accertare la sussistenza degli elementi essenziali costitutivi della responsabilità amministrativa della convenuta, come disciplinati dalla vigente normativa in materia.

A tal proposito, il Collegio precisa che, nella fattispecie in esame, si verte in tema di danno cosiddetto indiretto; tema che si collega alla responsabilità assunta dalla pubblica Amministrazione verso terzi ed alla problematica dei rapporti tra azione civile di danno ed azione di responsabilità amministrativa.

Il Collegio è chiamato dunque a valutare se nella condotta dell'odierna convenuta siano ravvisabili tutti gli elementi integranti la responsabilità amministrativa e, segnatamente, il danno erariale, il rapporto di servizio, il nesso di causalità tra la condotta tenuta e il danno subito dall'ente, e l'elemento soggettivo della colpa grave.

Sul punto va doverosamente precisato che, nel caso di specie, in realtà, come si desume inequivocamente dal contenuto dell'atto di citazione, le condotte alternativamente contestate alla Dott.ssa M. F. M. dal Requirente, considerate quindi tutte come autonomamente produttive del danno in esame, sono tre, in particolare consistenti:

1) *“nell'aver effettuato un trattamento chirurgico per la termoablazione di un nodulo renale soltanto “compatibile” con una neoplasia di due centimetri e dunque in assenza di una diagnosi certa di neoplasia effettuabile per il tramite di una biopsia che avrebbe consentito di pianificare e discutere col paziente ed altri esperti tutte le opzioni terapeutiche ivi compresa la c.d. “sorveglianza attiva”, alternativa terapeutica che avrebbe sottratto il paziente alla gravissima complicanza emorragica occorsa durante l'intervento cui fu sottoposto con necessità di asportazione dell'intero ed unico rene del paziente”;*

2) *“nell'aver effettuato una errata e imperita esecuzione dell'intervento chirurgico consistita nella non corretta esecuzione del trattamento di termoablazione per la rimozione del nodulo con conseguente insorgenza di una gravissima complicanza emorragica, ad esso chirurgo imputabile, che comportava, pertanto, la necessità dell'asportazione totale dell'intero ed unico rene del paziente”;*

3) *“nell'aver utilizzato un modulo di consenso informato di tipo generico che non prevedeva per il caso specifico di paziente monorene il rischio di danno permanente della funzionalità renale fino alla dialisi e la possibilità di un intervento chirurgico successivo con eventuale nefrectomia totale (come in effetti accaduto in concreto) e dunque con pregiudizio al diritto di autodeterminazione del paziente circa la scelta sul sottoporsi o meno al trattamento medico”.*

Tanto rappresentato, si procederà, di conseguenza, al singolo scrutinio di ciascuna delle tre condotte in contestazione, sopra riportate, considerando comunque che, nel caso in trattazione, sussistono tutti i requisiti oggettivi del danno rilevante ai fini della responsabilità amministrativa, in quanto il pregiudizio, oltre ad essere certo, attuale ed effettivo è anche definitivo, avendo l'Azienda Ospedaliera di Ommissis già provveduto all'erogazione della somma di euro 199.186,40 (cfr. all.ti nn. 7, 8 e 9 del fascicolo della Procura) e che altrettanto indubbia appare anche la sussistenza di un rapporto di servizio intercorrente tra la convenuta e l'Azienda Ospedaliera.

Rimangono, dunque, da esaminare le tre distinte condotte in contestazione sulla base dei residui presupposti, costituiti dal nesso di causalità tra il danno subito dall'Azienda Ospedaliera e la singola condotta tenuta dall'odierna convenuta, e dalla connotazione, in ciascuna, dell'elemento soggettivo.

Il Collegio, al riguardo, ritiene utile soffermarsi brevemente sui recenti orientamenti della giurisprudenza, soprattutto con riferimento al rapporto di causalità.

La valutazione della sussistenza del nesso causale fra evento dannoso e condotta antiggiuridica nei casi di responsabilità medica si è oggi assestata sul criterio, condiviso da questo Collegio, secondo cui assume rilevanza *"l'alto o elevato grado di credibilità razionale"* o *"probabilità logica"* (cfr. Sez. App. Sicilia 6 dicembre 2007, n. 303; Sez. Toscana 31 agosto 2007, n. 802 e Sez. Lazio 12 gennaio 2010, n. 36) ovvero, come richiamato dalla giurisprudenza penale, la *"probabilità prossima alla certezza"* (cfr. Cass. pen., SS.UU. n. 30328 del 10 luglio 2002).

Il nesso causale, in altri termini, sussiste qualora, a seguito di un giudizio condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica universale o statistica emerga che, ipotizzandosi come realizzata dall'operatore sanitario la condotta doverosa impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

Spetta all'organo giudicante fare applicazione di tale criterio al caso concreto, così che, esclusa l'interferenza di fattori alternativi, la pronuncia sarà di addebito ove, all'esito del ragionamento probatorio, risulti *"processualmente certa"* la conclusione che la condotta del medico sia stata condizione necessaria dell'evento lesivo con *"alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica"* (Cass. Pen., SS.UU., n. 30328 del 2002 cit.).

Alla luce dei richiamati principi, occorre ora passare all'esame delle singole condotte sottoposte all'attenzione di questo Collegio e valutare gli elementi probatori offerti dalla Procura attrice a sostegno dell'affermazione di responsabilità della convenuta.

Sul punto però deve premettersi che vi sono alcune circostanze, non contestate dalle parti, che questo Collegio ritiene opportuno mettere in evidenza in quanto ritenute determinanti per una compiuta valutazione di ciascuna condotta, ovvero le precarie condizioni generali del paziente, che non era solo Omissis (a causa di un regresso intervento di Omissis per una precedente manifestazione tumorale), ma anche affetto da Omissis Omissis, Omissis Omissis, Omissis Omissis, esiti di Omissis, Omissis positivo e Omissis Omissis Omissis (cfr. pag. 3 della stessa memoria difensiva della convenuta).

Tanto rappresentato, deve innanzitutto rilevarsi che la prima condotta in contestazione si basa essenzialmente sul fatto che l'intervento chirurgico è stato posto in essere senza aver prima effettuato un'adeguata diagnosi per il tramite di una biopsia sul rene poi operato, che avrebbe così evitato le nefaste conseguenze dell'atto operatorio.

Sul punto deve, tuttavia, rilevarsi che non risulta per il caso in esame né una condotta antiggiuridica, né tantomeno un accertabile idoneo nesso causale fra la mancata biopsia ed il successivo danno patito dal paziente in conseguenza della complicità operatoria patita.

Ciò non solo perché anche il Prof. O. M., nella sua perizia (valorizzata dallo stesso Requirente) afferma inequivocabilmente che *"... la diagnosi di*

neoplasia renale era già stata formulata dai sanitari dell'Ospedale Omissis, cui eventualmente spettava di procedere ad approfondimento di indagini volte ad accertare la natura della neoformazione esofitica. In altri termini, se censura deve essere circa le modalità di inquadramento diagnostico, questa va imputata ai sanitari dell'Omissis che indirizzarono il paziente con la diagnosi di Omissis Omissis, proprio al fine di procedere alla termoablazione" (cfr. pag. 4 della perizia del Prof. M. all. n. 11 del fascicolo della Procura), ma soprattutto perché la biopsia è notoriamente uno strumento diagnostico invasivo (considerato che il prelievo di tessuto comporta comunque l'utilizzo di strumenti operatori) che, in considerazione delle precarie condizioni generali del paziente, come sopra evidenziate, non consente certo di escludere a priori rischi emorragici rilevanti, o, comunque, almeno di pari entità rispetto a quelli che poi si verificarono in conseguenza dell'atto operatorio.

Tale constatazione non è solo suffragata dalle considerazioni medico legali depositate dal difensore della convenuta (in particolare il Dott. L. P. in proposito afferma che *"la biopsia è gravata da un rischio di sanguinamento/emorragia analogo, se non superiore rispetto a quello correlato alla termoablazione"* - cfr. pag. 2 della perizia del Dott. P., doc. n. 7 del fascicolo della difesa, mentre il Dott. S. R. precisa al riguardo che *"l'esecuzione della biopsia renale, avrebbe potuto fornire, se efficace, informazioni sull'istotipo del tumore ma avrebbe altresì comportato rischi di sanguinamento"* - cfr. pag. 1 della perizia del Dott. R., doc. n. 3 del fascicolo della difesa), ma anche dalle valutazioni cliniche effettuate dallo stesso Dott. S. B. (Specialista in Omissis), conseguenti alle richieste sul punto del Dott. A. L. (valorizzate dalla Procura attrice), che ha inteso affermare, tra le altre cose, che *"altresì è da considerare che la biopsia avrebbe sottoposto il paziente ad un rischio di complicanze successive"* (cfr. pag. 51 della relazione medico legale del Dott. L., all. n. 13 del fascicolo della Procura).

Passando ora alla seconda condotta in contestazione, ovvero l'imperita esecuzione dell'intervento chirurgico da cui poi sarebbe scaturita la grave complicanza emorragica deve in realtà rilevarsi innanzitutto che la gestione del trattamento anticoagulante viene da tutti i medici interessati dal caso individuata come corretta, ad eccezione dei soli consulenti del paziente, Dott.ri C. e S., che in proposito hanno affermato che *"risulta, inoltre, incomprensibile come, in carenza di ogni indicazione d'urgenza, sia stato sottoposto ad intervento un pz. trattato da lungo tempo con anticoagulante (Coumadin), cui il farmaco è stato sospeso soltanto a cinque giorni dall'intervento e sostituito con altro farmaco ... certamente meno attivo, ma pur sempre ad azione anticoagulante ... e pertanto con altissimo rischio di eventi emorragici"* (cfr. pag. 45 all. 4 del fascicolo della Procura).

Diversamente, sul punto:

- il Dott. A. L., richiamando in proposito anche quando affermato dai Dott.ri V. e B. (interpellati dallo stesso per la completa redazione della propria perizia), ha precisato che *"... non sono stati rilevati errori ... nella gestione del trattamento anticoagulante ..."* (cfr. pag. 61 della perizia del Dott. L., all. n. 13 del fascicolo della Procura);
- il Dott. A. F. ha dichiarato che *"i valori di coagulazione inferiori alla norma ma permittenti e embricazione della scoagulazione con LMWH nei parametri consigliati ..."* (cfr. pag. 6 della perizia del Dott. F. , all. n. 12 del fascicolo della Procura);
- il Dott. O. M. ha affermato che *"anche le eccezioni circa l'opportunità di*

attendere più di 5 giorni dalla sospensione del Coumadin per procedere alla termoablazione non sono nella sostanza condivisibili poiché l'effetto del farmaco si esaurisce nell'arco di 2 - massimo 5 giorni e i valori di piastrine e di INR, per quanto ai limiti, non erano una controindicazione ad una procedura che generalmente non comporta importanti sanguinamenti ..." (cfr. pag. 4 della perizia del Dott. M., all. n. 11 del fascicolo della Procura);

- il Dott. S. R. ha evidenziato che *"l'assetto coagulativo al momento della procedura termo ablativa era nei limiti comunemente ritenuti sicuri dalla letteratura medica. L'intervallo di tempo intercorso tra la sospensione del Coumadin ... e la procedura termoablativa era adeguato"* (cfr. pag. 1 della perizia del Dott. R., doc. n. 3 del fascicolo della difesa);

- il Dott. L. P., infine, ha sottolineato che *"inconferenti risultano anche le censure mosse in relazione alla gestione della terapia anticoagulante e della "terapia ponte", che fu condotta in accordo a quanto previsto dalle principali Linee Guida di riferimento (Omissis Omissis of Omissis Omissis, Omissis)"* (cfr. pag. 3 della perizia del Dott. P., doc. n. 7 del fascicolo della difesa).

Confrontando i suindicati pareri e le argomentazioni ivi esposte, il Collegio trae il convincimento che nessun addebito possa essere ragionevolmente mosso all'odierna convenuta circa la gestione della terapia anticoagulante prima dell'effettuazione dell'atto operatorio, considerata la correttezza scientifica e l'aderenza a convincenti ed accreditati criteri ematologici illustrati nei preponderanti pareri tecnici acquisiti agli atti, resi in tale senso, che condivisibilmente ritengono immune da censure la condotta tenuta al riguardo dalla convenuta.

Pertanto, non è possibile nemmeno individuare alcun nesso causale fra la terapia anticoagulante e l'evento emorragico poi verificatosi durante l'intervento chirurgico.

Per quanto riguarda poi la condotta tipicamente operatoria tenuta dalla Dott.ssa M. F. M., il Collegio deve rilevare che, anche su questo punto, i pareri medici resi nelle perizie più volte richiamate sono difformi, propendendo gli stessi, comunque, in maggioranza, ad evidenziare la corretta esecuzione dell'intervento stesso.

Infatti, se da una parte i consulenti del paziente, Dott.ri C. e S., hanno affermato che *"si deve ritenere che il chirurgo nel corso della manovra invasiva non abbia tenuto conto del più volte descritto assottigliamento della corticale renale e della ridotta componente parenchimale ed una non corretta introduzione dell'ago abbia provocato una lesione vascolare che ha causato l'emorragico che ha richiesto la nefrectomia"* (cfr. pag. 46 all. 4 del fascicolo della Procura) ed il Dott. O. M. ha sul punto evidenziato che *"... non si può negare che la formazione di un ematoma secondario a pluriframmentazione del rene con basi renali sanguinanti, così come descritto in sede di intervento di nefrectomia, prospetta una tecnica di termoablazione non corretta o per l'introduzione non corretta dell'ago o per l'interessamento del parenchima sano per eccessive dosi di energia"* (cfr. pag. 4 della perizia del Dott. M., all. n. 11 del fascicolo della Procura); dall'altra, in proposito:

- il Dott. A. L., richiamando anche quando affermato dai Dott.ri V. e B. (interpellati dallo stesso per la completa redazione della propria perizia), ha precisato che *"... non sono stati rilevati errori ... nell'effettuazione dell'intervento e nella successiva gestione del malato"* (cfr. pag. 61 della perizia del Dott. L., all. n. 13 del fascicolo della Procura);

- il Dott. A. F. ha dichiarato *"non condivisibili ... le osservazioni sulla*

emorragia intraperitoneale che sarebbe la dimostrazione dell'errato posizionamento dell'ago secondo la tesi attorea. Innanzitutto non si è rilevata all'interno alcuna lesione di organi intraperitoneali ... in secondo luogo non vi erano fonti di emorragia intraperitoneali e il liquido aspirato era sieroematico, senza coaguli, coma da infiltrazione da ematoma retroperitoneale ..." (cfr. pag. 6 e 7 della perizia del Dott. F. , all. n. 12 del fascicolo della Procura);

- il Dott. S. R. ha evidenziato che *"la termoablazione è stata eseguita correttamente ..."* (cfr. pag. 1 della perizia del Dott. R., doc. n. 3 del fascicolo della difesa);

- il Dott. L. P., infine, ha sottolineato che *"la descrizione dell'intervento chirurgico non evidenzia errori tecnici o procedurali realizzatisi nel corso dello stesso; non vi sono quindi elementi per poter affermare, con criterio di probabilità qualificata, che la complicanza occorsa sia ascrivibile a condotte mediche colpose. Inoltre, la sua realizzazione, seppur astrattamente prevedibile, non avrebbe potuto essere in alcun modo evitata"* (cfr. pag. 3 della perizia del Dott. P., doc. n. 7 del fascicolo della difesa).

Nel caso di specie, all'esito di una accurata disamina dei predetti pareri e del complesso degli atti di causa, il Collegio deve, anzitutto, rilevare che dalle stesse dichiarazioni dei consulenti del Omissis emerge prepotentemente il fatto che la complicanza emorragica non sia in realtà addebitabile specificamente ad un errore operatorio della Dott.ssa M., quanto, piuttosto, ad una complicazione aggravata dalle precarie condizioni di salute del paziente, atteso che gli stessi hanno riconosciuto che il rene operato aveva una *"funzionalità compromessa"*, con un *"assottigliamento della corticale"* (cfr. pag. 45 all. 4 del fascicolo della Procura).

Tuttavia, considerato quanto già innanzi esposto in ordine alla diagnosi di eteroplasia renale posta non già dalla dott.ssa M. F. M., ma dai sanitari dell'Omissis, deve reputarsi coerente e non affetta da colpa grave rilevante al fine della configurazione di responsabilità amministrativa la valutazione del rischio operatorio eseguita *ex ante* dalla convenuta, che si trovò a dover effettuare un ragionevole bilanciamento tra le condizioni del paziente, la storia clinica dello stesso, la sopravvenuta allarmante diagnosi e i rischi dell'intervento, poi eseguito proprio in virtù della gravità della diagnosi stessa già posta da altri sanitari e della ragionevole, conseguente, scelta terapeutica.

Inoltre, deve ancora evidenziarsi che i dati percentuali pari al (solo) 2% di avveramento di complicanze in operazioni con la tecnica della termoablazione, di cui parlano sia il Dott. M. che il Dott. F. (cfr. all. ti 10 e 11 del fascicolo della Procura), sia la stessa Procura attrice, al fine di evidenziare *"in termini di gravità il coefficiente psicologico di responsabilità imputabile al sanitario autore dell'evento dannoso [...] stante, appunto, l'assenza di problematiche di speciale complessità"* (atto di citazione, pag. 21), in realtà non tengono conto del fatto che il paziente fosse in condizioni critiche di salute sia generali (Omissis, Omissis, Omissis ecc.) che particolari (funzionalità in parte compromessa del Omissis), suscettibili di elevare consistentemente la predetta astratta percentuale di possibili complicazioni. Pertanto, anche tale basso dato probabilistico di complicanze, indicato dalla Procura come indicativo dell'errata condotta medica, non risulta concretamente attendibile nella specificità del caso in concreto esaminato nel presente giudizio.

Di conseguenza, anche su questo punto il Collegio, sulla base di quanto finora esposto, ritiene che la condotta operatoria della Dott.ssa M. F. M. debba essere considerata esente da censure.

Con riguardo all'ultima delle tre condotte in contestazione deve innanzitutto evidenziarsi che la stessa consiste essenzialmente nel non aver debitamente informato il paziente, in quanto mono Omissis e in precarie condizioni generali e particolari di salute, del rischio di Omissis totale (come poi verificatosi), come esito finale ipotizzabile a causa di possibili complicanze (anche emorragiche) conseguenti all'intervento di termoablazione.

In proposito, deve rilevarsi che tutti i medici interpellati su tale specifico punto hanno individuato nella condotta della Dott.ssa M. F. M., sia pure con diversa formulazione e con diverse sottolineature, un comportamento non esente da responsabilità professionale, ad eccezione del Dott. R. che nulla dice al riguardo e del Dott. P. che ha, invece, precisato che *"... per quanto concerne la problematica del consenso, risulta documentalmente comprovato che il paziente ricevette i moduli informativi in merito alla procedura proposta e diede il proprio consenso scritto all'intervento. Non è stata invece fornita alcuna prova che permetta di affermare che il paziente, qualora più approfonditamente informato, avrebbe deciso di non sottoporsi alla procedura. La questione risulta pertanto priva di rilevanza giuridica"* (cfr. pag. 3 della perizia del Dott. P., doc. n. 7 del fascicolo della difesa).

In particolare:

- i consulenti del paziente Dott.ri C. e S., hanno affermato che *"un giudizio negativo deve essere espresso altresì sul consenso informato che si è reperito nella cartella clinica, in "foglio informativo termoablazione" privo di qualsiasi firma ove sono elencate rare possibilità di complicanze, peraltro secondarie per lo più a termoablazione di noduli epatici, ed un secondo generico "consenso informato per procedure in regime di ricovero" in cui la dottoressa M. informa il sig. Omissis che sarebbe stato sottoposto a termoablazione di lesione renale senza illustrare e riportare sul foglio di consenso i gravi rischi cui poteva incorrere un p. in condizioni generali non ottimali come quelle del signor Omissis"* (cfr. pag. 45 e 46, all. 4 del fascicolo della Procura);
- il Dott. O. M., evidenziando una carenza formale di specifica rilevanza, ha sul punto precisato che *"venne proposto al paziente l'intervento, fornendo modulo di consenso informato molto dettagliato in quanto integrato dallo specifico foglio informativo (per altro non firmato ...) ove è riportata la possibilità, tra l'altro, di ematomi anche voluminosi con necessità di interventi chirurgici"* (cfr. pag. 1 della perizia del Dott. M., all. n. 11 del fascicolo della Procura);
- il Dott. A. L., richiamando anche quando affermato dal Dott. B. (interpellato dallo stesso per la completa redazione della propria perizia), ha individuato come elemento critico *"l'aver utilizzato un modulo di consenso informato per la radiofrequenza di tipo generico che non prevedeva nel caso specifico di paziente monorene con IRC il rischio di danno permanente della funzionalità renale fino alla dialisi e la possibilità di intervento chirurgico successivo con eventuale nefrectomia"* (cfr. pag. 61 della perizia del Dott. L., all. n. 13 del fascicolo della Procura);
- il Dott. A. F. ha dichiarato *"consenso non congruo: R il foglio di spiegazioni indica chiaramente la possibilità di ematomi importanti che necessitano di manovre aggiuntive. È del tutto corretto riportare che detto foglio non è firmato dal paziente. Nel foglio di consenso all'intervento di termoablazione firmato dal paziente alla h. 10.40 del 20-6 è riportato il fatto che è stato consegnato e letto il foglio informativo, di cui peraltro non è indicato il numero di protocollo come indicato nel consenso firmato ..."* (cfr.

pag. 5 della perizia del Dott. F. , all. n. 12 del fascicolo della Procura).

Sulla base di quanto sopra esposto il Collegio rileva che risulta incontestato il fatto che comunque la Dott.ssa M. F. M. non aveva reso edotto il paziente, prima dell'intervento di termoablazione, della possibilità (poi verificatasi) di complicanza con esito infausto (nephrectomia totale).

In proposito, il difensore della convenuta dispiega essenzialmente cinque argomentazioni difensive, ovvero:

- *“... al paziente non fu consegnato solo il foglio informativo, ma anche il numero di telefono della dottoressa; inoltre il signor Omissis ha avuto a disposizione due mesi di tempo per richiedere eventuali chiarimenti. Tempo che il paziente ha utilizzato per contattare ripetutamente la Dottoressa per via telefonica ... e chiedendo di essere sottoposto all'intervento anche prima di quanto stabilito”;*
- *“... il paziente possedeva un elevato grado culturale, escludendo così l'incapacità di comprendere le notizie fornite”;*
- *“l'intervento, comunque, era mandatorio”;*
- *“... in analoghe condizioni, di fronte alla certezza di una evoluzione in peius della patologia, ben difficilmente potrebbe dimostrarsi da parte del paziente che si sarebbe opposto un rifiuto”;*
- *“... la responsabilità per i moduli dei consensi informati è del responsabile del Risk Management dell'Ospedale”.*

Preliminarmente, per consentire un esatto inquadramento della questione di che trattasi, occorre evidenziare che il diritto al consenso informato trova fondamento – oltre che in regole deontologiche e accordi anche di natura internazionale (cfr. Corte di cassazione, 26 luglio 2007, n. 16543 e vedasi la legge di ratifica di convenzione internazionale 28 marzo 2001, n. 145) – negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione, quale sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute (Corte costituzionale, sent. n. 438 del 2008), *“in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del Paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione. Discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute”* (Corte di cassazione, 20 agosto 2013, n. 19220).

Tanto premesso, deve affermarsi nel caso concreto sottoposto all'esame della Sezione, e con riferimento alle prime quattro eccezioni difensive innanzi illustrate – in disparte la circostanza che il modulo relativo al consenso informato risulta sottoscritto dal paziente il giorno stesso dell'intervento, e che non può tenersi conto del rinvio ad un documento informativo risalente a *“due mesi prima”*, di cui non v'è prova alcuna di ostensione al paziente stesso, il quale, anzi, contesta proprio una carenza informativa al riguardo – che le informazioni fornite dal medico e il corrispondente consenso informato reso dal paziente debbano essere *ab origine* completi e circostanziati. In sostanza, semplificando, non è certo possibile immaginare un consenso informato *“a formazione progressiva”* che venga di volta in volta implementato sulla base delle domande avanzate dal paziente al medico durante il periodo di attesa operatoria. Tale visione, oltre ad essere intuitivamente estranea ai necessari

criteri di completezza dell'informazione sanitaria e di buon andamento della struttura pubblica, sbilancerebbe oltremodo il rapporto medico-paziente in cui, come nel caso di specie, quest'ultimo, ancorché soggetto provvisto di elevato livello culturale (il Signor Omissis è un architetto), non risulta altresì dotato di un patrimonio conoscitivo tecnico-scientifico idoneo a ipotizzare un autonomo impulso nella formulazione di osservazioni o di richiesta di precisazioni di natura sanitaria a completamento, *ad explorandum*, delle lacune ravvisabili nell'incompletezza delle informazioni inizialmente eventualmente fornitegli.

Sul punto, come validamente rilevato dallo stesso Requirente, la Suprema Corte di Cassazione ha inteso inequivocabilmente affermare che *“in tema di attività medico-chirurgica, il consenso informato deve basarsi su informazioni dettagliate, idonee a fornire la piena conoscenza della natura, portata ed estensione dell'intervento medico-chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative, non essendo all'uopo idonea la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico, né rilevando, ai fini della completezza ed effettività del consenso, la qualità del paziente, che incide unicamente sulle modalità dell'informazione, da adattarsi al suo livello culturale mediante un linguaggio a lui comprensibile, secondo il suo stato soggettivo ed il grado delle conoscenze specifiche di cui dispone”* (Cass. Civ., Sez. III, n. 2177/2016).

Per quanto, infine, riguarda l'ultimo rilievo difensivo è sufficiente osservare non solo che l'affermazione secondo cui *“la responsabilità per i moduli dei consensi informati è del responsabile del Risk Management dell'Ospedale”* risulta sprovvista di qualsiasi corredo probatorio, ma anche che, comunque, è onere del medico *“personalizzare”* l'informativa fornita al paziente, rendendola specifica e adeguata alla peculiarità delle condizioni dello stesso, sicché l'eventuale modulistica prestampata va integrata, ricorrendone l'esigenza, come nel caso di specie, con tutte le ulteriori o diverse informazioni che le peculiarità della situazione rende necessarie al fine di un corretto assolvimento del relativo, inderogabile obbligo di legge.

Dunque, il rapporto medico-paziente e le responsabilità che ne discendono, implicano anche, anzi, soprattutto, una corretta e completa resa del quadro informativo al paziente attraverso informazioni complete ed attuali, non potendosi certo il primo schermarsi dietro la realizzazione di moduli-format prestampati da parte di una struttura ospedaliera, che con tutta evidenza vanno poi adattati e completati, come già detto, caso per caso.

Ed infatti, la particolarità del caso di specie, considerate le critiche condizioni di salute del paziente (si ripete il Omissis era soggetto mono rene, Omissis, Omissis, Omissis ecc.), se mentre per le altre due condotte contestate dalla Procura attrice è risultata una circostanza da valutare positivamente nei confronti della convenuta, circa l'assenza di responsabilità della stessa, con riguardo, invece, alla terza condotta in contestazione, assurge ad elemento valutativo di segno opposto.

Ciò perché il complessivo quadro clinico del paziente e soprattutto il fatto che questi fosse mono rene avrebbe dovuto indurre la Dott.ssa M. F. M. a rappresentare senza indugio alcuno il rischio di esito infausto dell'intervento di termoablazione, da cui sarebbe potuta conseguire (come è poi accaduto) l'asportazione integrale dell'unico rene.

Tale incompleta informazione resa al paziente ha certamente compresso in modo indebito la libertà di autodeterminazione di quest'ultimo, che ben avrebbe potuto (considerato: il suo quadro clinico non ottimale per affrontare un intervento chirurgico, la non certezza che la lesione renale da operare

consistesse effettivamente in un tumore e soprattutto la sua condizione di soggetto mono rene con funzionalità tra l'altro in parte compromessa), scegliere precauzionalmente di essere sottoposto, quanto meno inizialmente, alla non rischiosa opzione terapeutica della c.d. sorveglianza attiva, così da monitorare l'evoluzione della lesione (verificando se la stessa si ingrandisse e con quale ritmo, o meno) e decidere in seguito, eventualmente, ma con completa cognizione di causa, se sottoporsi ad intervento chirurgico oppure no.

Di conseguenza, con tutte le precisazioni innanzi esposte, *rebus sic stantibus*, il Collegio rileva che da tutta la documentazione in atti risultano concordi e sufficienti elementi idonei a provare l'elemento soggettivo della colpa grave in capo alla Dott.ssa M. F. M., con riferimento a tale ultima condotta in contestazione.

Per tutte le ragioni sopra indicate, l'ipotesi di danno erariale avanzata dalla Procura deve ritenersi parzialmente fondata, nei sensi e nei limiti innanzi precisati.

Accertata, quindi, la responsabilità della Dott.ssa M. F. M. nella verifica del danno, deve ora essere scrutinata l'eventualità di un apporto concausale alla verifica dell'evento dannoso (che, nella sua definitiva e drammatica evoluzione, ha dato luogo all'esborso transattivo) di altri soggetti che eventualmente vi avessero contribuito a vario titolo.

Sul punto, deve, tuttavia, evidenziarsi che non può essere individuato, allo stato degli atti, alcun significativo apporto causale alla verifica del danno per responsabilità di altri medici o personale paramedico, emergendo in atti solo quella derivante dalla condotta dell'odierna convenuta. Tale dirimente considerazione deriva dalla constatazione che il documento relativo al consenso informato è sottoscritto esclusivamente dalla Dott.ssa M., quale unico soggetto dal quale promanarono le relative informazioni (cfr. all. n. 5 del fascicolo della Procura).

Tuttavia, in ordine alla quantificazione definitiva del danno addebitabile alla convenuta, il Collegio, ritiene di poter esercitare – in parziale accoglimento *in parte qua*, nei termini appresso precisati, della richiesta subordinata formulata dalla difesa della convenuta – il potere di cui all'art. 52 del r.d. 1214 del 1934 e all'art. 83 del r.d. 2440 del 1923, per il quale "*la Corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto*".

A tal fine rileva sia il fatto che la convenuta in ben due delle tre condotte contestate è risultata essere esente da responsabilità, sia la correttezza dell'atto operatorio in sé considerato, nonché i favorevoli precedenti di carriera e di prestazioni professionali cui la convenuta ha incontestatamente fatto riferimento, in sede di costituzione.

Pertanto, il Collegio ritiene di dover definitivamente quantificare il danno causato dalla condotta gravemente imperita della Dott.ssa M. F. M. in euro 50.000.00 (euro cinquantamila//00); importo da intendersi comprensivo di rivalutazione monetaria, oltre interessi calcolati a decorrere dalla data di deposito della sentenza e sino al saldo effettivo.

La condanna alle spese segue la soccombenza.

P. Q. M.

La Corte, definitivamente pronunciando, respinta e disattesa, *rebus sic stantibus*, ogni altra istanza, richiesta, eccezione e deduzione, condanna la Dott.ssa M. F. M. al risarcimento, in favore dell'Azienda Ospedaliera Omissis

- Omissis, della somma complessiva di euro 50.000,00 (cinquantamila//00); importo da intendersi comprensivo di rivalutazione monetaria, oltre interessi calcolati a decorrere dalla data di deposito della sentenza e sino al saldo effettivo.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate in euro 579,24 (cinquecentosettantanove/24).

Così deciso in Milano, nella camera di consiglio del 7 marzo 2018.

L'ESTENSORE

Eugenio Madeo

IL PRESIDENTE

Silvano Di Salvo

Depositata in Segreteria il 27/04/2018

IL DIRIGENTE

Il Collegio, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'art. 52 del D.Lgs. 30.6.2003, n.196,

DISPONE

ai sensi 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, si omettano le generalità e gli altri dati identificativi della convenuta e di altri soggetti nominativamente indicati in sentenza.

L'ESTENSORE

Eugenio Madeo

IL PRESIDENTE

Silvano Di Salvo