

UOC Affari Generali

**Il dirigente della UOC Affari Generali
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 480 del 17/05/2022

OGGETTO: Utilizzo fondo 20.20.20.101 Esercizio anno 2021 ai fini del pagamento della fattura n° 02/2021 emesse dall'Avv. Antonio Stanizzi in ordine all'attività professionale svolta a favore dell'Ente nel procedimento di mediazione IFO/R.B.G. RGN 75712/2013.

Esercizi/o 2021 - 20.20.20.101 Centri/o di costo 2003000

- **Importo presente Atto: € 8.479,06**

- **Importo esercizio corrente: € -**

Budget

- **Assegnato: € -**

- **Utilizzato: € -**

- **Residuo: € -**

Autorizzazione n°: 2021/122022.1479

Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOC Affari Generali Proposta n° DT-409-2022

L'estensore

Graziano Fronteddu

Il Responsabile del Procedimento

Eleonora Allocca

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Gianluca Moretti

La presente determinazione si compone di n° 3 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Visti il D. Lgs. 16/10/1992 n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
 il D. Lgs. 16 ottobre 2003, n° 288;
 la L. R.23 gennaio 2006 n° 2;
 l'Atto Aziendale adottato con deliberazione del 19/02/ 2019 n° 153 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n° U00248 del 02/07/2019, modificato e integrato con la deliberazione n° 1254 del 02.12.2020, n° 46 del 21 gennaio 2021 e n° 380 del 25.03.2021 approvato dalla Regione Lazio con determinazione del 30.03.2021 n° G03488;

PREMESSO che questi Istituti hanno affidato per la propria rappresentanza e difesa in sede giudiziale e stragiudiziale all'avvocato Antonio Stanizzi - Studio Legale Stanizzi, per la controversia:

RGN	NOMINATIVO	FT. PRO-FORMA
75712/2013	R.B.G.	165/2019

che l'Avvocato Antonio Stanizzi, terminata la propria attività professionale ha emesso la notula pro-forma sopra riportata, ai fini dell'accettazione da parte di questi Istituti del relativo compenso richiesto;
 che detta notula è stata oggetto di confronto tra l'avvocato e gli I.F.O.;
 che a seguito di intervenute rettifiche e successiva definitiva valutazione positiva da parte dell'Ente della notula sopra citata lo stesso professionista ha emesso la seguente fattura:

NUMERO FT.	RGN	NOMINATIVO
FT. 16/2021	75712/2013	R.B.G.

CONSIDERATO che a sostegno della relativa attività liquidatoria si riportano le seguenti motivazioni:

1) in passato, non essendo presente una procedura aziendale per l'affidamento degli incarichi a legali esterni, né alcun obbligo normativo che disponesse l'applicazione dei tariffari ad un dato livello minimo, medio o massimo, le diverse direzioni strategiche aziendali susseguitesesi nel tempo, hanno impartito agli uffici competenti diverse istruzioni per la scelta dei legali, per la richiesta o meno dei preventivi e per l'applicazione dei vari tariffari, consentendo ai legali di adottare il regime tariffario *ratione temporis* applicabile sia ai valori "medi" sia a quelli "minimi";

2) l'incarico relativo alla fattura di cui sopra è stato conferito antecedentemente all'anno di adozione delle deliberazioni n° 185/2016, 1142/2017 e 39/2021 di adozione dei regolamenti in materia di affidamento d'incarico professionale e determinazione dei compensi spettanti agli avvocati del libero foro;

3) la predetta fattura, redatta dal predetto legale ai valori tabellari medi include, tra l'altro, l'applicazione ex lege del supplemento degli onorari esigibili in contenziosi con pluralità di parti;

RAVVISATO

che è necessario procedere al pagamento della fattura n. 16/2021 a favore dell'Avv. Antonio Stanizzi, utilizzando la complessiva somma totale di € 8.479,06, al lordo delle ritenute di legge, già impegnata sul fondo 20.20.20.101, esercizio anno 2021;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 7/8/1990, n. 241, come modificata dalla legge 11/02/2005, n. 15.

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- di procedere al pagamento della fattura n.16/2021, utilizzando la somma complessiva di € 8.479,06, al lordo delle ritenute di legge, già impegnata sul fondo 20.20.20.101, esercizio anno 2021, a favore dell'avvocato Antonio Stanizzi a fronte dell'attività professionale svolta per la rappresentanza e difesa degli I.F.O. in sede giudiziale e stragiudiziale, di cui alla contro-versia come in premessa riportata.

La U.O.C. AA.GG. curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

La UOC Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Gianluca Moretti

FEPA - ABSTRACT XML



STANIZZI ANTONIO
00197 VIALE MARESCIALLO IT
PILSUDSKI 118
Partita IVA: 10019730588
Codice fiscale: STNNTN55E03C3520

Spett.le
Istituti Fisioterapici Ospitalieri -
Uff_eFatturaPA - Via Elio Chianesi
53 - 00144 - Roma
Codice Univoco Ufficio:UFWFGB

Fattura	14/03/2021	FPA 16/21		
GIORNI PAGAMENTO	DATA PAGAMENTO	STRUMENTO PAGAMENTO	CONDIZIONI DI TRASP.	VALUTA
		Bonifico	Altro	Euro

Ritenuta				
Tipologia ritenuta	Importo ritenuta	Aliquota ritenuta (%)	Causale	

CODIFICA	UN. MIS.	Q.TA'	IMPORTO UNITARIO	SCONTI	IMPONIBILE	IMPONIBILE	IVA
		1	30,76		30,76		0,00
DESCRIZIONE	spese anticipate nel Vostro interesse						
		1	5790,00		6658,50		22,00
DESCRIZIONE	Biagio R G - giudizio Tribunale Roma RG 75712.2013 - sentenza n. 8653.20218 - ns. proforma n. 165.2019						

IMPOSTE

DESCRIZIONE	%	IMPOSTA
	22,00	1.523,46
Escluso Art. 15 DPR 633/72	0,00	0,00

IMPOSTE

DESCRIZIONE	%	IMPOSTA
	22,00	1.523,46
Escluso Art. 15 DPR 633/72	0,00	0,00

Importo a carico SSR:	30,76
Quota Fissa:	
Bollo:	
Toale Documento:	8.479,06
TOTALE DA PAGARE:	7.147,36

PARCELLA FPA 16/21 _14-MAR-21 _8479,06

Onorari		€ 6.689,26
cassa nazionale previdenza e assistenza avv. e proc.		€ 266,34
Totale Imponibile		€ 6.955,60
IVA 22,00 % su Imponibile		€ 1.523,46
Totale		€ 8.479,06
Ritenuta d'acconto	%	
Netto a pagare s.e.o.		€ 7.147,36

Roma, 1 ottobre 2019

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI
Via Elio Chianesi 53
00143 ROMA
Codice fiscale 01033011006

Oggetto: Signor **B R G Bershire Hathaway**
International Insurance - giudizio Tribunale Roma RG 75712/2013-
sentenza n. 8653.2018- valore controversia € 22.021,09- DM 55.2014
PROFORMA n. 165 / 2019

	spese	imponibile
fase di studio		850,00
fase introduttiva		740,00
fase istruttoria e trattazione		1.500,00
fase decisionale		1.500,00
Notifica citazione	10,83	
Iscrizione a ruolo	206,00	
Bollo per iscrizione	8,00	
Notifica citazione al terzo	8,40	
Copie sentenze	30,76	
TOTALE euro		4.590,00
aumento ex art. 4 comma 2, DM140.2012		1.200,00
TOTALE euro		5.790,00
spese generali 15%		868,50
Cassa Avvocati 4%		266,34
imponibile		6.924,84
IVA 22%		1.523,46
TOTALE €		8.448,30
riporto spese esenti		30,76
TOTALE €		8.479,06



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA
SEZIONE SECONDA CIVILE

nella persona del Giudice designato dott. Assunta Canonaco, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 75712 del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2013, posta in decisione all'udienza del 20.12.2017 e vertente

TRA

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

elett.te domiciliati in Roma viale Maresciallo Pilsudski 118 presso lo studio dell'avv. Antonio Stanizzi e dell'avv. Lucio Capurso che lo rappresentano e difendono giusta delega in calce all'atto di citazione

ATTORE

E

B F R G elett.te domiciliato in Roma via Cosseria 5 presso lo studio dell'avv. Claudia Ferrari che lo rappresenta e difende giusta procura a margine della comparsa di costituzione



CONVENUTO – ATTORE IN RICONVENZIONALE

E

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNETIONAL INSURANCE LIMITED Rappresentanza per l'Italia (BHItalia)

elett.te domiciliata in Roma via Giunio Bazzone 15, presso lo studio dell'avv. Francesca Pescatori che la rappresenta e difende giusta procura in calce alla comparsa di costituzione

TERZO CHIAMATO

OGGETTO: domanda contrattuale di pagamento del corrispettivo per prestazioni mediche- domanda riconvenzionale di responsabilità professionale medica

CONCLUSIONI: come da verbale di udienza del 20.12.2018 da intendersi integralmente trascritto.

IN FATTO E IN DIRITTO

Con atto di citazione, ritualmente notificato il 06.11.2013 Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (per brevità IFO) convenivano in giudizio B F R G dinanzi al Tribunale di Roma, chiedendone la condanna al pagamento di euro 22.021,09, importo preteso quale costo complessivo dovuto a fronte del ricovero e degli interventi cui il convenuto si era sottoposto presso la sede ospedaliera degli Istituti, in regime di attività libero professionale, dal 28 giugno al 23 luglio 2012.

Deduceva parte attrice che il convenuto, a fronte dell'importo complessivo dovuto di euro 34.519,28, aveva corrisposto solo un acconto di euro 12.500,00.

Si costituiva B F R G chiedendo il rigetto della domanda attrice e proponendo domanda riconvenzionale di condanna dell'IFO al pagamento della somma di € 100.000,00 per responsabilità



medica dei sanitari degli Istituti e chiedendo di essere autorizzato a chiamare in causa anche, il Prof. A G, che lo aveva avuto in cura presso gli IFO (richiesta poi rinunciata).

Era autorizzata la chiamata in causa richiesta da parte attrice della società di assicurazione BHItalia nei cui confronti l'IFO proponeva domanda di manleva per essere dalla stessa garantito e tenuto indenne in caso di condanna.

La società di assicurazione chiamata in causa si costituiva, eccependo l'inammissibilità della chiamata in causa e non contestando l'operatività della polizza assicurativa responsabilità civile e verso terzi stipulata con IFO nei limiti contrattualmente previsti e al netto della franchigia. Chiedeva nel merito il rigetto della domanda proposta dal convenuto.

Risolte tutte le questioni relative all'ammissibilità della domanda riconvenzionale proposta dal convenuto e relative alla autorizzata chiamata in causa richiesta da parte attrice con le ordinanze del 22.09.2011, 31.03.2015 e 11.05.2016, la causa, istruita mediante produzione documentale e ctu, era trattenuta in decisione all'udienza del 20.12.2017 previa concessione dei termini ex art. 190 cpc.

La vicenda oggetto del giudizio è stata così ricostruita dal Ctu alla luce della documentazione in atti (cfr da pp. 2 a 6 della ctu).

“A motivo della comparsa di una sintomatologia caratterizzata da pirosi gastrica, gastralgia, disfagia e perdita di peso, in data 15.6.2012 il periziato effettuava una esofago-gastro-duodenoscopia - medico endoscopista Dott.ssa Tania Banducci - presso il Presidio Ospedaliero “Abbadia San Salvatore” Asl 7 zona Amiata Senese, con riscontro di una <<gastropatia eritematosa del corpo-fondo; lesione ulcerativa antrale che necessita di definizione istologica>>.



Venivano effettuati prelievi bioptici sulla lesione che all'esame istologico effettuato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - DAI oncologico - UOC di Anatomia Patologica, a firma del Dott. M C, risultavano significativi per <<adenocarcinoma tubulare moderatamente differenziato - G2 >>.

All'esito dell'esame istologico veniva posta indicazione chirurgica. In data 28.6.2012 era ricoverato presso il reparto di Chirurgia Digestiva dell'IFO-Istituto Regina Elena con diagnosi di <<adenocarcinoma gastrico>>.

In data 28.6.2012 era firmato modulo di consenso all'intervento di asportazione della neoplasia gastrica-gastrectomia subtotale per K stomaco antrale.

In data 30.6.2012 era sottoposto a intervento di gastrectomia subtotale D2. Il relativo atto operatorio viene così descritto in cartella: <<Orario inizio 14:10 del 30.6.2012 orario fine 17:45 del 30.6.2012. Incisione sottocostale bilaterale. Peritoneo libero, washing peritoneale. Sulla scorta del referto endoscopico patologico si esegue una gastrectomia subtotale con linfadenectomia di secondo livello data la presenza di numerosi linfonodi nelle stazioni da 8 a 12 aumentati di volume. Prima di eseguire la resezione si opera una gastrotomia che conferma l'esistenza di un ispessimento tissutale ulcerato in sede prepilorica. Nel corso della linfectomia viene rilevata un'arteria epatica anomala a partenza dall'arteria gastrica sinistra che di conseguenza non viene legata all'origine ma dopo la biforcazione, avendo cura di portare la linfadenectomia fino alla stazione 9. Ricostruzione secondo Roux transmesocolica interamente meccanica con anastomosi al piede normale. Drenaggio... Sutura per piani>>.

All'esame istologico, refertato in data 12.7.2012 dalla Dott.ssa Maria Diodoro, risultavano <<focolai residui di displasia di alto grado/neoplasia



intramucosa non invasiva, secondo WHO 2009 in corrispondenza dell'area contrassegnata dal filo di repere. La restante mucosa è sede di intensa gastrite cronica associata a diffusa metaplasia intestinale con atrofia. Non si riconoscono figure di infiltrazione neoplastica>>. I linfonodi prelevati risultavano tutti esenti da neoplasia così come il tessuto fibroadiposo limitrofo. Il campione di liquido addominale presentava numerose cellule infiammatorie mesoteliali ed emazie.

Nel corso della degenza erano effettuati regolarmente esami ematochimici che non mostravano alterazioni significative degli enzimi pancreatici (amilasi, lipasi).

Nel diario clinico venivano rilevate regolari condizioni generali sino al 9.7.2012 allorquando alle ore 7:00 era registrato un dolore a tipo colica, con Giordano positivo; tuttavia, dopo revisione della terapia alle ore 14:00 della stessa giornata venivano rilevate <<condizioni generali discrete, addome trattabile, lievemente dolorabile a destra, soggettivamente migliorato>>. In data 10.7.2012, ancora buone condizioni generali, mentre in data 11.7.2012 erano annotate scariche diarroiche per cui veniva modificata la terapia. In data 12.7.2012, sempre riscontro di condizioni generali discrete ma con un incremento dei globuli bianchi all'emocromo ed una condizione febbrile per cui veniva richiesta TAC di controllo.

In data 12.7.2012 era registrato consenso ad effettuare esame TAC addome-pelvi in esiti di gastrectomia subtotale. All'esame TAC del torace e dell'addome (12.7.2012) risultava: <<minima quota pleurica bilaterale con modesti fenomeni disventilativi a livello dei segmenti basali di entrambi i lobi inferiori polmonari. Assenza di lesioni nodulari di possibile significato patologico. Normale aspetto del mediastino senza linfonodi di grandezza aumentata. Esiti del recente intervento di gastrectomia subtotale con



gastrodigiunostomia. Si osserva in prossimità della sutura chirurgica a livello del moncone duodenale, raccolta dal contenuto liquido a margini sfumati estesa alla regione peripancreatica, intorno alla radice del tripode celiaco, spazio sotto-epatico sinistro ed estesa cranialmente postero-posteriormente al lobo caudato. La suddetta raccolta presenta diametro trasverso di cm 10,9 antero-posteriore di cm 7,3 e longitudinale cm 4. Coesiste ectasia gastrica di media entità con residui liquidi ed in parte alimentari. Nulla da segnalare in corrispondenza del pancreas. Fegato di dimensioni nei limiti della norma. Nel contesto del sesto segmento si osserva immagine ipodensa di 14 mm di verosimile significato cistico. Milza nei limiti. Entrambi i reni mostrano dimensioni normali con regolare eliminazione del mezzo di contrasto. [...] Assenza di versamento nello scavo pelvico. Nulla da segnalare a carico della vescica>> .

Sempre in data 12.7.2012 era acquisito – dopo colloquio con il Dott. Federici - consenso ad intervento di <<drenaggio chirurgico della raccolta addominale>> per <<raccolta addominale (sotto-epatica) in pz già sottoposto a resezione gastrica>>.

In data 13.7.2012 era eseguito intervento chirurgico così descritto in cartella: <<orario di inizio 8.50 del 13.7.2012 - orario di fine ore 11.00 del 13.7.2012: incisione sottocostale sulla vecchia cicatrice. Liquido libero in addome citrino. Il comparto sovramesocolico è completamente sbarrato dal mesocolon trasverso che si è fuso con il letto epatico e la parete addominale. Sbrigliamento laborioso e reperimento dei piani con vistosa presenza di macchie di cera da manifesta pancreatite acuta. Presenza di necrosi pancreatica sull'istmo-corpo. Effettuate necrosectomie multiple; raccolta retroperitoneale di liquido corpuscolato, con completa assenza di bile, che viene drenata. Scollamento retro peritoneale fino alla



preparazione dell'affondamento duodenale in esito alla recente gastrectomia che risulta assolutamente indenne. Controllo emostasi, drenaggi (2) sottomesocolici per lavaggio continuo e due nelle docce laterocoliche per raccolta. Sutura per piani>>. Diagnosi: <<Pancreatite post-operatoria. Atto operatorio: viscerolisi, sbrigliamento, necrosectomia, drenaggi>>. L'esame istologico del materiale inviato (<<frammento di tessuto friabile, necrosectomia e pancreas>>) risultava costituito da materiale fibrinoematico/essudatizio associato a diffusa steatonecrosi.

Trasferito in terapia intensiva per il monitoraggio post-operatorio, in data 17.7.2012 tornava nel reparto di degenza ove proseguiva il trattamento medico della pancreatite acuta con infusione di liquidi, nutrizione parenterale totale, somatostatina e gabesato mesilato.

In data 1.8.2012 era eseguita TAC dell'addome: <<[...] esiti del pregresso intervento di gastrectomia subtotale con gastrodigiunostomia. All'odierno esame di controllo si osserva in corrispondenza degli spazi sottoepatici di sinistra la presenza di raccolta dal contenuto liquido con pareti lievemente ispessite e con modesto enhancement. La suddetta raccolta presenta stretti rapporti di contiguità con la porzione superiore della testa e del corpo del pancreas e con il moncone di affondamento duodenale. Essa presenta i seguenti diametri: diametro trasverso di cm 7,8, anteroposteriore di cm 5,5 diametro sagittale di cm 2,3. Minimo versamento in sede periepatica e perisplenica. Si osserva versamento pleurico di modesta entità a sinistra con minimi fenomeni di atelettasia. Non si osservano segni di versamento a livello delle docce parietocoliche bilateralmente ed in corrispondenza dello scavo pelvico. Non si osservano alterazioni della morfologia della densità della ghiandola pancreatica. Non dilatazione del dotto di Wirsung>>.



Nella stessa giornata era effettuato drenaggio percutaneo mediante centraggio TC della raccolta. Il liquido aspirato dimostrava positività per Klebsiella Pneumoniae, Stenotrophomonas Maltophilia e Candida species non Albicans. Veniva intrapresa terapia antibiotica mirata con ciprofloxacina e caspofungina, con scomparsa della sintomatologia febbrile. Proseguiva, quindi, l'osservazione clinica fino al 17.8.2012 quando era effettuato un esame TAC di controllo che documentava una raccolta residua di 2 x 2,5 cm che veniva ritenuta clinicamente ininfluenta. Il paziente veniva dimesso dopo ulteriore breve periodo di osservazione e di riabilitazione alimentare.

All'atto della dimissione veniva consigliata TAC dell'addome superiore a distanza e terapia medica.”

Riguardo all'inquadramento generale della fattispecie, è opportuno premettere che in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (cfr tra tante Cass. Sez. III 26.07.2017, n. 18392).

Il ctu ha riferito che la scelta chirurgica - di intervento di gastrectomia subtotale D2 - attuata dai sanitari dell'Ifo nei confronti del convenuto - è stata conforme alle linee guida in materia oncologica gastrica che prevedono la chirurgia radicale per il carcinoma gastrico resecabile. Tale



scelta è apparsa corretta in quanto coerente con la diagnosi istologica precedentemente formulata ed acquisita in sede di ricovero.

Parte attrice ha dedotto che una ripetizione della gastroscopia - corredata di prelievo bioptico per un ulteriore esame istopatologico - avrebbe consentito una maggiore verifica e avrebbe evitato l'intervento demolitorio risultato a posteriori sovradimensionato rispetto all'effettiva gravità e allo stato di avanzamento della eteroformazione gastrica diagnosticata istologicamente in forma definitiva in fase post-operatoria come semplice neoplasia intramucosa, con margini di resezione indenni e negatività di tutti i linfonodi asportati.

Tale argomentazione non può essere condivisa. L'esame istologico acquisito prima dell'intervento era stato effettuato presso un centro accreditato sotto il profilo dell'attendibilità e competenza specialistica (ovvero presso un laboratorio di Anatomia Patologica Universitario) ed era stato espresso in termini di certezza, senza margini di sospetto o dubbio diagnostico. In queste condizioni con riferimento alle linee guida e agli standard internazionali in materia, il Ctu ha escluso che la ripetizione dell'esame istopatologico fosse da ritenersi necessario o consigliato, riferendo che la scelta di non ripetere l'esame per non procrastinare l'intervento chirurgico ritenuto necessario ed urgente in presenza di adenocarcinoma gastrico, "non appare concretamente censurabile sotto il profilo della responsabilità" (cfr p. 15 della Ctu).

Lo stesso ctu ha riferito che "l'intervento chirurgico di gastrectomia subtotale con linfoadenectomia di secondo livello è stato effettuato in modo tecnicamente corretto e secondo i canoni della chirurgia oncologica. L'intervento è stato eseguito in struttura ospedaliera di indubbia



specializzazione ed elevati standard prestazionali da chirurghi operatori di provata esperienza e capacità tecnica.”

Ha aggiunto: - che “non si è verificata deiscenza delle anastomosi né a livello gastro-digiunale e digiuno-digiunale (al piede d’ansa) né a livello del moncone duodenale”; che “il monitoraggio post-operatorio ed il trattamento medico della pancreatite acuta sono stati adeguati e consistiti nell’infusione di liquidi, nutrizione parenterale totale e somministrazione di somatostatina e gabesato mesilato, come da protocollo”; - che “il processo pancreatico è perdurato nel tempo con riscontro TAC di ulteriore raccolta liquida peripancreatica similibiliare (1.8.2012) drenata sotto controllo radiologico, con rilievo di probabile fistola biliare (sempre conseguenza gli effetti citolitici pancreatici), in tutta verosimiglianza autolimitatasi senza ulteriori sequele”.

Ha poi riferito l’ausiliario che “il decorso post-chirurgico della gastrectomia subtotale (pur correttamente eseguita sul piano tecnico) è risultato complicato da una pancreatite acuta post-operatoria, con ampia raccolta liquida peripancreatica che ha necessitato di drenaggio chirurgico (re-laparotomia) prima e di ulteriore drenaggio TAC guidato poi. Il tutto ha prodotto un evidente prolungamento dei tempi di degenza ospedaliera rispetto al normale decorso di un intervento di gastrectomia subtotale D2 non complicato”.

Ha quindi concluso che “il prolungamento della degenza ospedaliera, essendo ascrivibile a complicanza post-operatoria statisticamente prevista, non può essere attribuito ad errori nella condotta chirurgica o nell’assistenza medica del paziente. Anche la gestione delle complicanze palesatesi durante la degenza risulta essere stata corretta ed adeguata sia sotto il profilo chirurgico che sotto il profilo medico”.



Ritiene il Tribunale di dovere condividere le risultanze della ctu coerente e logica anche alla luce delle osservazioni tecniche di parte attrice cui l'ausiliario ha fornito adeguata e soddisfacente risposta.

Il ctu ha ribadito che anche un esame istologico estemporaneo di uno o più linfonodi, come indicato dal ct di parte attrice non avrebbe consentito di escludere la presenza dell'adenocarcinoma antrale e non avrebbe orientato di fatto il chirurgo verso altra scelta operatoria (cfr pp. 20 e 21 della ctu).

A fronte poi delle valutazioni del ct di parte attrice - che ha attribuito ruolo causale alla deiscenza della sutura chirurgica a livello del moncone duodenale, con fuoriuscita di bile ad azione irritante sulla sierosa pancreaticca -, il ctu ha evidenziato che tale tesi non ha trovato riscontro "con quanto indagato e descritto nell'atto operatorio riportato in cartella ove è precisato: <<[...] raccolta retroperitoneale di liquido corpuscolato, con completa assenza di bile, che viene drenata; scollamento retro peritoneale fino alla preparazione dell'affondamento duodenale in esito alla recente gastrectomia che risulta assolutamente indenne>>.

L'esplorazione chirurgica ha consentito – infatti - di verificare la tenuta delle anastomosi, escludendo fenomeni di deiscenza delle suture sia a livello gastrico-digiunale e digiuno-digiunale, sia a carico del moncone duodenale. In particolare è stata esclusa la presenza di materiale biliare e di succo pancreatico a conferma della tenuta della sutura duodenale.

Non si sono evidenziati, inoltre, anche clinicamente segni di irritazione peritoneale (ileo paralitico), né presenza di materiale gastrico o liquido enterico in addome (reperito "liquido citrino").

Anche la fistola biliare – spontaneamente risoltasi - può essere inquadrata come complicanza della pancreatite e del versamento peripancreatico



prodottosi, avente azione irritativa e citolitica diretta ab estrinseco” (cfr p. 23 Ctu).

Alla luce delle conclusioni del ctu e dei riscontri documentali indicati, deve escludersi qualsivoglia responsabilità contrattuale in capo alla struttura sanitaria.

La domanda riconvenzionale proposta da parte convenuta deve essere quindi rigettata, mentre deve essere accolta la domanda principale proposta da parte attrice, in quanto il prolungamento dei tempi di degenza subiti dal convenuto, essendo stati accertati come imputabili a complicanze post- operatorie statisticamente previste, non può ritenersi imputabile ai sanitari dell'IFO. Il convenuto deve essere quindi condannato al pagamento di euro 22.021,09, in favore di parte attrice.

Trattandosi di debito di valuta, non è dovuta la rivalutazione, ma solo gli interessi legali dalla data di costituzione in mora (05.11.2012; cfr doc. 8 del fascicolo di parte attrice) sino al soddisfo.

Al rigetto della domanda riconvenzionale svolta dal convenuto consegue l'assorbimento della domanda di manleva proposta da parte attrice nei confronti della terza chiamata.

La natura della decisione, che ha richiesto l'espletamento di una consulenza tecnica d'ufficio per ricostruire l'*iter* clinico del convenuto - circostanza questa idonea ad incidere sull'esatta conoscibilità a priori delle rispettive ragioni delle parti- la qualità di queste ultime e l'oggettivo pregiudizio riportato dal R G in conseguenza della accertata complicanza post-operatoria giustificano la compensazione integrale delle spese del giudizio. Le spese di ctu vanno definitivamente poste a carico del convenuto B F R G

P.Q.M.



- condanna B F R G al pagamento in favore di Istituti Fisioterapici Ospitalieri dell'importo di euro 22.021,09, oltre interessi legali dal 05.11.2012 sino al soddisfo;
- rigetta la domanda riconvenzionale proposta da parte convenuta;
- compensa integralmente tra tutte le parti le spese del giudizio, ponendo le spese di ctu definitivamente a carico del convenuto R G B F.

Roma 30.04.2018

Il Giudice
Assunta Canonaco

