

N. R.G. 4050/2011



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA
TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessandra Arceri
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 4050/2011 promossa da:

[REDACTED]
[REDACTED]
entrambi con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] (MECCOGR69D25A944V), elettivamente domiciliati presso lo studio dei difensori in
[REDACTED] PIAZZA DI PORTA MAGGIORE 4 40100 BOLOGNA

ATTORI

contro

[REDACTED] (C.F. [REDACTED] P.IVA 00762271203) con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] (NUSSEPI), elettivamente domiciliato in [REDACTED] VIALE A. ALDINI 35 BOLOGNA presso il difensore

[REDACTED] CASA DI CURA CITTA' DI UDINE S.p.A. (C.F. [REDACTED] P.IVA 00158790302) con il patrocinio dell'avv.
[REDACTED] (PESCHIDANI), elettivamente domiciliato in [REDACTED] VIA SARAGOZZA N.12 40121 BOLOGNA presso il
difensore

[REDACTED] TECNOBIO PROCREAZIONE S.R.L. (C.F. [REDACTED] P.IVA 02127151203) con il patrocinio dell'avv.
[REDACTED] (BONETTI VITTORIO) e dell'avv. [REDACTED] (FINZA ROBERTO) (PM2RRT4119D71X4CO) (AVV.
VITTORIO BONETTI - VIA D'AZEGLIO 17 BOLOGNA), elettivamente domiciliato in VIA D'
AZEGLIO 17 BOLOGNA

CONVENUTI

[REDACTED] (DOTT. LUCA DAL PRATO) (C.F. [REDACTED] P.IVA 030638920) con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] (MAZZURCATI) ed elettivamente domiciliato in [REDACTED] Bologna, Piazza Galvani 1 presso lo studio del
difensore

[REDACTED] COMPAGNIA ASSICURATIVA LLOYDS OF LONDON (C.F. [REDACTED] P.IVA 07583850582) (P.I. [REDACTED])
con il patrocinio dell'avv. [REDACTED] (BASSI GIOVANNI) e dell'avv. [REDACTED] (MAVINOI DI PIERLUIGI)
[REDACTED] (MNEPLG57A [REDACTED]) VIA A. RUBBIANI 1 40134 BOLOGNA elettivamente domiciliato presso



lo studio del secondo

[redacted] con il patrocinio dell'avv. [redacted]
[redacted] domiciliata in Bologna, [redacted] presso lo studio [redacted]

[redacted] con il patrocinio [redacted]
elettivamente domiciliata in Bologna, viale Pietramellara n. 5, presso il difensore

TERZI CHIAMATI

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come segue:

per gli attori: [redacted] voglia l'Illustrissimo Giudice adito, dichiarare la responsabilità solidale dei convenuti nella causazione delle lesioni subite dagli attori, per fatto illecito e per inadempimento contrattuale, aventi carattere:

- patrimoniale per entrambi gli attori (tra cui perdita di emolumenti e premi lavorativi a causa della lunga convalescenza, spese sostenute per perizie di parte e disposte d'ufficio, prevedibili spese sanitarie future, perdita della capacità lavorativa specifica ovvero per cosiddetta chine stesi lavorativa);
- per la signora [redacted] di danno biologico permanente e temporaneo;
- morale esistenziale e alla vita di relazione per entrambi gli attori;

e per l'effetto, condannarli in solido tra loro nella rispettiva misura che riterrà il giudice, a risarcire agli attori una somma non inferiore a 450.000 euro, come verrà meglio specificato in memorie conclusionali e di replica, ovvero in quella diversa maggior somma che riterrà di giustizia, quantificata e liquidata secondo i criteri adottati da codesto Tribunale, con vittoria di spese, competenze ed onorari che ci si riserva di quantificare in nota spese.

per [redacted]
preliminarmente

occorrendo differire l'udienza ex art. 269 cpc, al fine di consentire la "chiamata in causa" di [redacted]
[redacted] in persona del lrpt e [redacted] in persona del lrpt nonché di [redacted]
nel merito

in via principale, respingere le domande ED ECCEZIONI tutte da chiunque avanzate o avanzande nei confronti dell'[redacted] per le ragioni tutte di cui in atti, in quanto infondate in fatto e in diritto, prive di prova e per le ragioni tutte esposte,

in via subordinata, e con riserva di gravame, previo nel caso spostamento di udienza, per quanto occorrer possa, accertare e dichiarare la responsabilità di ciascuna delle parti del giudizio (ad esclusione di [redacted] e di [redacted] nei confronti dei quali la convenuta [redacted] non ha azione) determinandone il grado e la percentuale e, per l'effetto, in denegato caso di ritenuta sussistenza di responsabilità dell'[redacted] limitare la condanna della stessa a quanto effettivamente provato e ad essa riferibile con esclusione di ogni solidarietà con le altre parti, con esclusione di quanto non prevedibile e/o prevenibile.

in ulteriore e denegato subordinate, ed a maggior ragione salvo gravame, sempre previo nel caso spostamento di udienza, ut supra e sempre per quanto occorrer possa, accertare e dichiarare l'obbligo dei convenuti e chiamati che siano condannati in solido con [redacted] di manlevare, garantire, tenere comunque indenne in via diretta o di regresso, da ogni spesa e somma e comunque



rifondere all' [redacted] tutto ciò che fosse pagato o al quale fosse condannata [redacted] per fatto e colpa di tali soggetti, sempre determinando il grado e la percentuale di responsabilità di ciascuno dei convenuti e quantificando le somme dovute, sempre con esclusione di quanto non prevedibile e/o prevenibile.

Con vittoria di spese di lite, oltre a spese generali 15%, IVA e CNPA e/o con vittoria di spese di giudizio ex art. 91 cpc.

Per quanto occorrer possa si dichiara di non accettare il contraddittorio su nuove eccezioni, prospettazioni, domande eventualmente avanzate da altre parti.

per [redacted]

Voglia l' Ill.mo Tribunale adito, nel merito ed in via principale, respingere le domande attoree tutte avanzate nei confronti della [redacted] in quanto infondate in fatto e in diritto, e comunque non provate, con vittoria di spese, competenze ed onorari.

Nel merito ed in via subordinata, nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande attoree, accertare le somme dovute dall' odierna convenuta agli attori liquidandole all' esito dell' attività istruttoria secondo equità e giustizia e in misura corrispondente alla quota di responsabilità che sarà a suo carico accertata e o per la quale sia tenuta a rispondere, in ogni caso valutando la efficienza causale delle singole rispettive condotte dei soggetti coinvolti, anche ex art. 1227 c.c., con esclusione di solidarietà; in via riconvenzionale trasversale, nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande attoree, e di pronuncia di condanna solidale, dichiarare [redacted] tenuta a manlevare rivalere rifondere in toto o in parte qua anche a titolo di regresso ex art. 2055 c.c., la [redacted] in relazione ad ogni denegata soccombenza. In ogni caso con vittoria di spese, competenze ed onorari o compensazione delle stesse."

per [redacted]

Voglia il Tribunale Ill.mo, contrariis reiectis, previa ogni opportuna pronuncia del caso e di legge e con la più ampia motivazione così giudicare:

NEL MERITO

In via principale

previa qualsiasi formula e/o statuizione, accertare e dichiarare che le domande proposte in capo alla [redacted] sono inammissibili ed infondate in fatto e in diritto e per l' effetto respingerle, con ogni conseguente pronuncia in capo ai comparenti.

In via subordinata

nella denegata e non creduta ipotesi in cui si accertasse in capo alla [redacted] una qualche responsabilità per i danni lamentati dagli attori, accertare e dichiarare che la [redacted] è tenuta a manlevare e tenere indenne la [redacted] in forza delle pattuizioni di cui all' "Accordo di assistenza per attività di procreazione assistita" tra di loro intervenuto e, per l' effetto, condannare la [redacted] a manlevare e tenere indenne la [redacted] con assolvimento dei [redacted] che hanno assunto il rischio di cui alla polizza n. 10147810D.

In ogni caso, accertare e dichiarare che i [redacted] Sottoscrittori della polizza n. 10147810D non sono tenuti a manlevare e tenere indenne la [redacted] per i motivi in atti, con particolare riferimento a quanto da quest' ultima dichiarato nel Questionario/Proposal Form, differente e non veritiero rispetto alla reale situazione in essere riguardo alla classificazione del personale medico ed alla presenza di altre assicurazioni.

In via di ulteriore subordine



nella denegata e non creduta ipotesi in cui si accertasse in capo alla [redacted] una qualche responsabilità per i danni lamentati dagli attori e venisse ritenuto che la [redacted] non è tenuta a manlevare e tenere indenne la [redacted] in forza delle pattuizioni di cui all' "Accordo di assistenza per attività di procreazione assistita" tra di loro intervenuto, con altresì accertamento dell'operatività della polizza [redacted] n. 10147810D nella fattispecie di cui è causa, graduare la responsabilità tra la [redacted], la [redacted] la Dott.ssa [redacted] il Dott. [redacted] Dal Frate e la [redacted] in ragione della loro rispettiva ed effettiva partecipazione alla causazione del danno e condannare i predetti Assicuratori, in solido con la [redacted] per la quota di pertinenza della [redacted] a manlevare e tenere indenne la sola [redacted] unicamente degli importi da essa dovuti, nel limite del massimale assicurativo e detratta la franchigia di € 5.000,00, così come previsto in polizza.

In ogni caso con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa.

per [redacted] "Voglia il Tribunale respingere le domande proposte nei confronti del dr. [redacted] con vittoria di spese".

per [redacted]

Voglia il Tribunale Ill.mo, contrariis reiectis, previa ogni opportuna pronuncia del caso e di legge e con la più ampia motivazione così giudicare:

NEL MERITO

In via principale

previa qualsiasi formula e/o statuizione, accertare e dichiarare che le domande proposte in capo alla [redacted] sono inammissibili ed infondate in fatto e in diritto e per l'effetto respingerle, con ogni conseguente pronuncia in capo ai comparenti.

In via subordinata

nella denegata e non creduta ipotesi in cui si accertasse in capo alla [redacted] una qualche responsabilità per i danni lamentati dagli attori, accertare e dichiarare che la [redacted] è tenuta a manlevare e tenere indenne la [redacted] in forza delle pattuizioni di cui all' "Accordo di assistenza per attività di procreazione assistita" tra di loro intervenuto e, per l'effetto, condannare la [redacted] a manlevare e tenere indenne la [redacted] con assolvimento dei [redacted] che hanno assunto il rischio di cui alla polizza n. 10147810D.

In ogni caso, accertare e dichiarare che i [redacted] Sottoscrittori della polizza n. 10147810D non sono tenuti a manlevare e tenere indenne la [redacted] per i motivi in atti, con particolare riferimento a quanto da quest'ultima dichiarato nel Questionario/Proposal Form, differente e non veritiero rispetto alla reale situazione in essere riguardo alla classificazione del personale medico ed alla presenza di altre assicurazioni.

In via di ulteriore subordine

nella denegata e non creduta ipotesi in cui si accertasse in capo alla [redacted] una qualche responsabilità per i danni lamentati dagli attori e venisse ritenuto che la [redacted] non è tenuta a manlevare e tenere indenne la Tecnobios Procreazione S.r.l. in forza delle pattuizioni di cui all' "Accordo di assistenza per attività di procreazione assistita" tra di loro intervenuto, con altresì accertamento dell'operatività della polizza [redacted] n. 10147810D nella fattispecie di cui è causa, graduare la responsabilità tra la [redacted], la [redacted] la Dott.ssa [redacted] la Dott.ssa [redacted] il Dott. [redacted] Dal Frate e la [redacted] in ragione



della loro rispettiva ed effettiva partecipazione alla causazione del danno e condannare i predetti Assicuratori, in solido con la [REDACTED] per la quota di pertinenza della [REDACTED] a manlevare e tenere indenne la sola [REDACTED] unicamente degli importi da essa dovuti, nel limite del massimale assicurativo e detratta la franchigia di € 5.000,00, così come previsto in polizza.

In ogni caso con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa.

per [REDACTED]

nei confronti della chiamante in causa:

- a) in via pregiudiziale, accertare e dichiarare la nullità dell'atto di citazione per chiamata di terzo per difetto di procura;
- b) in via subordinata ma sempre pregiudiziale, accertare e dichiarare la nullità della chiamata in causa per genericità ed indeterminatezza;
- c) in subordine e nel merito, accertata e dichiarata la totale carenza di responsabilità della comparente e conseguentemente, la infondatezza della domanda, così come proposta, rigettandola in toto;
- d) ancora in subordine, nel caso di totale o parziale accoglimento della domanda attorea e nella denegata ipotesi di accertamento dell'essere il fatto dannoso imputabile anche all'esponente;
- e) accertare e dichiarare la responsabilità concorrente degli altri convenuti, e conseguentemente, accertare e dichiarare la misura esatta e la gravità delle rispettive colpe non che l'entità delle conseguenze derivate e per l'effetto limitare la condanna di ciascuno a quanto effettivamente provato con esclusione di ogni solidarietà tra le parti;
- f) in ogni caso, condannare la compagnia assicuratrice [REDACTED] al pagamento diretto nei confronti degli attori di tutte le somme che a questa dovessero essere riconosciute e liquidate in esito alla causa e poste a carico dell'esponente e tenerla indenne da qualunque somma fosse tenuta a pagare in conseguenza della presente causa e in subordine, a rimborsare alla medesima tutte le somme eventualmente da questa sborsate a favore degli attori in esito alla causa in oggetto.
- g) Con vittoria di spese competenze ed onorari.

per [REDACTED]

Voglia l'ill.mo Tribunale adito contrariis reiectis, in via preliminare, respingere la formulata domanda di manleva e garanzia dell'assicurato dott. ssa [REDACTED] per inoperatività del contratto assicurativo n. 703A2404 giusta applicazione di quanto previsto all'allegato "Assicurazione della responsabilità civile e professionale del medico" della scheda di polizza per i motivi di cui in premessa, con vittoria di spese, competenze ed onorari.

Nel merito, respingere ogni domanda attorea e o di [REDACTED] in quanto infondata in fatto e diritto. Con vittoria di spese, competenze ed onorari.

In via subordinata, contenere l'eventuale indennizzo dovuto da [REDACTED] giusta assicurazione in secondo rischio, alle sole somme eventualmente eccedenti il massimale delle altre assicurazioni, contratte dalle strutture e o dall'assicurato al netto delle franchigie e degli scoperti previsti. Contenere l'indennizzo eventualmente dovuto da [REDACTED] all'esito dell'esperita istruttoria nei limiti dell'oggetto dell'assicurazione conformemente alle garanzie della polizza professionisti n. 703A2404 nell'ambito del massimale di contratto ex art. 1905 c.c., scoperto e franchigie previste. In ogni caso, con esclusione della garanzia di polizza in ipotesi di qualsiasi



responsabilità derivante all'assicurato in via di solidarietà e con vittoria di spese, competenze ed onorari".

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto

Con atto di citazione ritualmente notificato, i coniugi [REDACTED] E [REDACTED] convenivano in giudizio la [REDACTED] (d'ora in poi [REDACTED] oppure [REDACTED] la [REDACTED] e la [REDACTED] (d'ora in poi [REDACTED] in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, al fine di ottenerne la condanna in solido al risarcimento dei danni tutti, patrimoniali e non, conseguenti agli errori medici commessi dai convenuti medesimi sulla persona dell'attrice.

Stante la difficoltà ad avere figli, nel mese di luglio 2009 gli attori si rivolgevano al Centro medico [REDACTED] con sede in [REDACTED] per effettuare un tentativo di fecondazione assistita, dopo che altri, precedentemente, non erano andati a buon fine. Presso detta struttura l'attrice veniva indirizzata dal [REDACTED] alla [REDACTED] ed ivi sottoposta ad opera dello stesso ad intervento di [REDACTED], previo intervento di prelievo mediante aspirazione di ovociti programmato presso quel presidio, che ivi si svolgeva, ad opera del predetto dr. [REDACTED] in data 14 settembre 2009 dalle ore 9.00.

Al risveglio dopo l'intervento, ad ore 12,40, la paziente veniva visitata dalla Dott.ssa [REDACTED] che la trovava in buone condizioni (pressione arteriosa nei limiti, addome trattabile) e pronta per le dimissioni.

Tuttavia, uscita dal reparto, la [REDACTED] accusava forte dolore addominale e lipotimia, con episodio di svenimento, per cui veniva riportata a letto e sottoposta ad ecografia pelvica, ad emocromo e ad ulteriore ecografia da parte del [REDACTED] ed in seguito definitivamente dimessa dalla struttura.

Successivamente, in data 16 settembre 2009, lo stesso [REDACTED] eseguiva il *transfer* degli ovociti prelevati, fecondati con il seme del coniuge, nell'utero della paziente.

Perdurando i disturbi, la [REDACTED] in data 20 settembre 2009 si rivolgeva alla [REDACTED] da cui, dopo alcuni esami, tra i quali una ecografia di cui non sono state reperite immagini, ma soltanto il referto, veniva dimessa cinque giorni dopo con diagnosi di aborto spontaneo.

Alla luce del persistere della sintomatologia (dolori estesi in sede rettale, diarrea, febbre, difficoltà a stare seduta, perdita di liquido dal retto e dalle parti intime), il 27 settembre 2009 si sottoponeva a visita ginecologica.

Le veniva effettuata ecografia transvaginale che evidenziava la presenza di una massa periuterina. Pertanto, su indicazione della ginecologa, in data 2 ottobre 2009 si recava presso il Pronto Soccorso dell' [REDACTED] indi, in data 6 ottobre, presso la [REDACTED] dove veniva ricoverata una seconda volta ed in data 8 ottobre 2009 sottoposta ad intervento di laparoscopia e salpingectomia bilaterale, come di seguito meglio descritto.

Vista l'altissima temperatura corporea, l'attrice veniva sottoposta, in data 11 ottobre 2009, a nuovo intervento d'urgenza, con resezione del sigma e stomia per peritonite stercoracea e a trasfusioni, fino ad essere trasferita al reparto Rianimazione dello stesso Ospedale il 12 ottobre 2009.

Il giorno successivo, per scelta dei familiari, ella si recava all'ospedale di Arzignano, ove veniva sottoposta ad un terzo intervento chirurgico ed in seguito dimessa in data 24 ottobre 2009.

Successivamente, si rendevano necessari ulteriori ricoveri, dapprima per subocclusione intestinale, poi per una polmonite basale con versamento pleurico.

In data 11 marzo 2010 veniva rimossa la stomia.



Così ricostruito il fatto, gli attori [REDACTED] e [REDACTED] sostenevano che il doloroso decorso clinico fosse imputabile a negligenza ed imperizia dei convenuti, chiedendone, pertanto, la condanna in solido al risarcimento degli ingenti danni provocati, con vittoria di spese di giudizio.

Sulla base della consulenza di parte redatta dal Dott. [REDACTED] e dal [REDACTED] l'attrice chiedeva il risarcimento, oltre che del danno patrimoniale, del danno biologico, quantificandolo in misura del 40%, con personalizzazione del 30% alla luce del danno dinamico-relazionale e delle ripercussioni derivanti dal danno estetico e dalla condizione di sterilità e dei riflessi sulla sfera intima-affettiva, tenendo conto, infine, della negativa incidenza sulla capacità lavorativa, valutabile in misura pari ad 1/3 del danno biologico.

L'attore, congiunto della [REDACTED] agiva per il risarcimento del danno non patrimoniale cd "da riflesso" per le implicazioni sulla sfera relazionale, intima e sessuale della coppia.

Nel giudizio così radicato si costituiva la convenuta [REDACTED], chiedendo il rigetto delle domande degli attori in quanto infondate in fatto e in diritto e comunque non provate e proponendo domanda riconvenzionale trasversale nei confronti di [REDACTED] e della [REDACTED] al fine di sentirle dichiarare tenute, nella denegata ipotesi di accoglimento delle pretese attoree, a manlevare, rivalere, rifondere la stessa [REDACTED] in tutto o in parte in relazione ad ogni denegata soccombenza.

Si costituiva altresì la convenuta [REDACTED] chiedendo il rigetto della domanda attorea proposta nei propri confronti in quanto inammissibile ed infondata, proponendo domanda riconvenzionale trasversale nei confronti della [REDACTED] e della [REDACTED] e chiedendo la chiamata in causa della propria compagnia assicurativa [REDACTED] e dei medici [REDACTED] e [REDACTED].

Si costituiva altresì la convenuta [REDACTED] chiedendo il rigetto delle pretese da chiunque avanzate nei propri confronti in quanto infondate in fatto e in diritto e prive di prova e proponendo la chiamata in causa trasversale di [REDACTED] e di [REDACTED].

La terza chiamata Dott.ssa [REDACTED], costituitasi, chiamava a sua volta in causa a garanzia la propria Compagnia di Ass.ni [REDACTED] chiedendo comunque in via principale il rigetto delle domande formulate nei suoi confronti.

Il terzo chiamato Dott. [REDACTED] si costituiva chiedendo il rigetto delle pretese avanzate nei propri confronti.

[REDACTED] si costituiva eccependo in via principale l'infondatezza delle pretese attoree avanzate nei confronti dell'assicurata [REDACTED] e rilevando:

- in via subordinata che la copertura assicurativa della [REDACTED] era da reputarsi operante anche in favore della [REDACTED] in forza delle pattuizioni di cui all'Accordo di assistenza per attività di procreazione assistita tra di loro intervenuto. Per questo motivo, ne chiedeva la chiamata in causa, al fine di accertare quanto esposto in premessa, condizione di inoperatività della polizza in essere;
- che in ogni caso la polizza stipulata fra [REDACTED] e [REDACTED] non avrebbe potuto operare in particolare alla luce di quanto dall'assicurata stessa dichiarato nel Questionario/Proposal Form, risultato non veritiero rispetto alla reale situazione in essere riguardo alla classificazione del personale medico ed alla presenza di altre assicurazioni.



_____ si costituiva associandosi alla tesi di mancanza di qualsivoglia responsabilità in capo alla Dott.ssa _____ in ogni caso eccependo:

- La causa veniva istruita con ammissione delle prove orali dedotte dalle parti. Venivano quindi escussi i testi [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]. Venivano inoltre espletati gli interrogatori formali di [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED].

Indi, precisate le conclusioni come in epigrafe trascritte, la causa è stata trattenuta in decisione con concessione dei termini di legge per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

La consulenza del Dott. [REDACTED], che appare logicamente e scientificamente argomentata e dunque condivisibile, rileva, nel decorso clinico più sopra sinteticamente descritto, profili di grave negligenza, in primo luogo, in capo alla [REDACTED] presso la quale l'attrice fu sottoposta dapprima a prelievo di ovociti e successivamente, a *transfer* dei medesimi, previa fecondazione in vitro il tutto tra il 14 ed il 16 settembre 2009; in secondo luogo, anche a carico della [REDACTED] alla quale la [REDACTED] ebbe ripetutamente a rivolgersi visto l'evolversi negativo del proprio stato di salute, a far tempo dal 20 settembre e fino a tutto il 12 ottobre 2009.

Tali profili di negligenza vanno analizzati distintamente per ciascun convenuto, al fine di appurare le rispettive responsabilità ed il grado di incidenza sull'evento finale, rappresentato dalle gravi lesioni, con esiti permanenti di notevole entità, patite da [REDACTED]

pagina 8 di 21



dell'intervento di *pick-up* degli ovociti del 14 settembre e dei controlli e delle indagini successivi il *pick-up*. Nessuna traccia vi è, per esempio, dell'ecografia transvaginale che, a detta della [REDACTED] il dr. [REDACTED] ebbe a tentare nella giornata del 14 settembre, e che non fu portata a termine, a detta dell'attrice, a causa dell'eccessivo dolore avvertito.

Il che, oltre a testimoniare una scarsa organizzazione, pone quanto meno in dubbio che la [REDACTED] e per essa, anche il dr. [REDACTED] che ivi ebbe ad operare, abbiano effettivamente serbato tutte le condotte che sono consigliate tanto dalle linee guida specifiche quanto dalla buona pratica clinica generale. Inoltre, con tale comportamento, la [REDACTED] è venuta meno platealmente agli obblighi di correttezza, buona fede e trasparenza che incombono sulla struttura sanitaria, di fatto rendendo non conoscibili le fasi del delicato intervento in esito al quale, come si dirà, sono insorte le complicanze che – evolvendo negativamente, non da ultimo a causa di successive ed ulteriori macroscopiche negligenze – hanno tragicamente segnato il destino dell'attrice.

Ancora, ulteriori profili di grave incuria sono ravvisabili nel decorso post intervento di *pick up*. Infatti, nonostante il quadro clinico inizialmente manifestatosi in seguito al prelievo (dolore acuto addominale, rilevante ipotensione, leucocitosi, lipotimia, ipotensione arteriosa) non potesse far pensare, per lo meno nell'immediato, a complicazioni serie, e tanto meno a complicazioni tanto gravi come una perforazione del sigma, tanto sarebbe stato doveroso e opportuno appurare, con solerzia, visto il perdurare anomalo della sintomatologia dolorosa, fino al momento del *transfert* e, a *fortiori*, anche nei giorni successivi. Così come del tutto superficiali ed imprudenti appaiono le dimissioni disposte nel pomeriggio del 14 settembre 2009, a quadro clinico tutt'altro che stabilizzato, ma anzi, degno di attento monitoraggio, per individuare le esatte cause del malessere che l'attrice lamentava.

Occorre sottolineare, a tal proposito, al fine di apprezzare il grado di negligenza, davvero inescusabile, dei medici operanti e della struttura convenuta, che lo scrupolo e le precauzioni richieste da operazioni di fecondazione assistita (comprendendo con tale espressione sia la fase di stimolazione ovarica, sia la fase di prelievo degli ovociti, sia la fase di attecchimento in utero) sono particolarmente elevati, alla luce della gravità delle complicanze che ne possono derivare, ben descritte dal CTU a pagina 36 del proprio elaborato:

- a) sindrome da iperstimolazione ovarica, con incidenza compresa tra l'1 e il 6%, sia prima che pre impianto;
- b) tromboembolismo, con una incidenza compresa tra lo 0,04 e il 4%;
- c) torsione annessiale, con una percentuale compresa tra lo 0,8 ed il 3%;
- d) infezioni, con una percentuale compresa tra lo 0,03 e lo 0,24%;
- e) lesioni intestinali, con una percentuale dello 0,04% circa.

Ciascuna di queste complicanze, ove non adeguatamente considerata e fronteggiata fin dal suo insorgere, può avere esiti gravissimi, perfino letali.

Nel caso specifico, la leucocitosi (aumento dei globuli bianchi nel sangue, n.d.r.), anche se modesta, riscontrata già a seguito del primo intervento di *pick up* del 14 settembre (13,1), congiuntamente al dolore pelvico persistente e alla bassa pressione sanguigna, avrebbero dovuto suggerire un atteggiamento più prudente, prescrivendosi alla paziente, quanto meno, controlli ematochimici, che invece non risultano essere stati eseguiti (si legga in particolare la pag. 38 dell'elaborato del dr. [REDACTED]).

Il decorso di tali non trascurabili sintomatologie avrebbe dovuto ricevere l'attenzione che sarebbe stato lecito attendersi da un centro medico accreditato ed attrezzato, monitorando i parametri bioumorali ed evitando, nel caso di specie certamente, di dimettere la paziente ed inoltre, a tutto voler concedere, anche considerando l'inopinata dimissione, sarebbe stato lecito attendersi, cosa anch'essa non fatta, l'effettuazione di prudenziali controlli ambulatoriali il giorno successivo, prima dell'effettuazione del *transfer*, per far sì che lo stesso potesse attuarsi in condizioni di salute non compromesse.



La programmazione e l'effettuazione di questi controlli, in altri termini, avrebbe potuto chiarire la genesi della sintomatologia, pur inizialmente non univoca né nel senso di infiammazione/ infezione, né nel senso di perforazione, e consentire un tempestivo ed adeguato intervento sulla paziente, prima che la situazione, per effetto dell'affrettato ed approssimativo *transfer*, potesse ulteriormente aggravarsi. Come detto, però, il rapporto con il dr. [REDACTED] e con la [REDACTED] ed il personale ivi operante, cessa definitivamente (su tale dato di fatto, non vi sono contestazioni, incentrandosi le doglianze delle parti, per il vero di scarso rilievo ai fini della decisione, su chi non avrebbe più contattato l'altro) con l'esecuzione del *transfer*, in quanto, dopo tale data, l'attrice non si rivolge più né al sanitario, né alla struttura, né si reca agli appuntamenti previsti per i successivi controlli, che a detta di parte attrice, ed anche secondo quanto risultante dai documenti esistenti, erano stati con estrema leggerezza rimandati dopo diversi giorni, soltanto all'esito del test di gravidanza.

[REDACTED]

In relazione, poi, al periodo intercorrente tra il 20 settembre 2009, giorno di ricovero della [REDACTED] al [REDACTED] il giorno 8 ottobre 2009, quando l'attrice fu sottoposta presso la medesima struttura ad intervento di laparoscopia con salpingectomia bilaterale, ed il giorno 11 ottobre 2009, allorché l'aggravarsi delle condizioni generali della paziente induceva i sanitari ad effettuare una terza operazione d'urgenza, recidendo il sigma ed operando colostomia, si evidenziano episodi di negligenza ed imperizia di portata ancora più macroscopica, circostanze delle quali sarà necessario tenere conto in sede di ripartizione della responsabilità tra i convenuti.

In primo luogo, va infatti rimarcato come, in occasione del primo ricovero presso [REDACTED] di Ginecologia e Ostetricia dell' [REDACTED] che data 20 settembre 2009, a distanza di appena tre giorni dalle dimissioni dalla clinica udinese, pur in assenza di indagini di laboratorio specifiche e di documentazione clinica in merito (mancano le immagini dell'ecografia eseguita in data 20 settembre 2009, e vi sono soltanto le immagini dell'esame ecografico ripetuto il 2 ottobre, in cui si dà atto del permanere invariato della patologia già erroneamente diagnosticata, di cui si dirà immediatamente), sia stata, con grossolano errore di valutazione, diagnosticata alla [REDACTED] una "sindrome da iperstimolazione ovarica", nonostante il quadro ecografico, i dati anamnestici e il valore dell'ematocrito (che si altera in caso di effettiva sussistenza di tale patologia) non deponessero in tal senso.

Si legga a tale proposito quanto scrive il CTU dr. [REDACTED] alle pagg. 41-44 del proprio elaborato, laddove viene descritta, nei particolari, la sintomatologia solitamente correlata alla sindrome di iperstimolazione ovarica cd. tardiva, ovvero la sindrome da iperstimolazione insorta ad embrione attecchito, e persistente proprio in considerazione della concomitante gravidanza.

Detta sindrome, secondo quanto riferito dal CTU, si caratterizza non soltanto per l'aumento di volume dell'ovaio, ma anche e soprattutto per la presenza di numerose formazioni cistiche di forma tondeggianti, ben visibili nelle immagini ecografiche che il CTU allega a mo' di esempio a pagina 41 del proprio elaborato (proprio per far comprendere l'assoluta diversità di immagine che restituiva l'ecografia svolta su [REDACTED] e di cui esistono le immagini - in data 2 ottobre, che viceversa, evidenziava la presenza di un corpo liscio ed oblungo, ben visibile a pag. 43 dell'elaborato), che fanno assumere all'ovaio un aspetto, tipico, "a grappolo", derivante dai numerosi follicoli iperstimolati, luteinizzati ed ovulatori.

Solitamente si manifesta, correlativamente a tale complicanza, ove effettivamente insorta, un aumento anomalo dei valori dell'estradiolo, e purtroppo, gravi alterazioni a livello generale, quali versamenti ascitici, pleurici, pericardici, nonché modificazioni bumorali, quali alterazioni della emoconcentrazione, difetti di coagulazione, squilibri elettrolitici, insufficienza renale.



Detta importante e tipica sintomatologia, come già anticipato, non era affatto presente nel caso di specie, e di formazioni cistiche non vi è traccia né nel referto ecografico del 20 settembre, né in quello, successivo, del 2 ottobre (dove pure viene certificato un quadro di iperstimolazione ovarica "invariato"), mentre la paziente manifestava chiari sintomi (algia pelvica, annessi di volume aumentato e dolenti, formazione di piccola falda di liquido a livello del "Douglas"), confermati dai successivi esami ecografici, di infiammazione ed infezione annessiale in corso.

Infatti, l'ecografia eseguita il 2 ottobre 2009 (della quale, come premesso, a differenza dell'ecografia del 20 settembre, è stata fornita al CTU un'immagine, pur in mancanza di una descrizione completa nel referto) evidenziava chiaramente, e senza possibilità di letture alternative, la formazione di una raccolta infettiva/infiammatoria pelvica saccata: erano distintamente visibili da un lato l'aumento di volume degli annessi e dall'altro, una formazione uniloculare, oblunga e a contenuto denso (colore grigiastro) finemente corpuscolato, delimitata da una sottile parete e contornata da materiale con le stesse caratteristiche, che mai avrebbe potuto essere confusa dall'operatore competente con il caratteristico aspetto assunto dall'ovaio in cui si è sviluppata una sindrome da iperstimolazione ovarica. Il tutto a tacer del fatto che nel caso della [REDACTED] il fallimento della gravidanza costituiva un motivo in più, che avrebbe dovuto portare ad escludere con ancora maggior certezza la diagnosi erroneamente compiuta, essendo dato notorio che la sindrome da iperstimolazione cd. tardiva, come già anticipato, insorge soltanto ove sia sostenuta da gravidanza in atto (pag. 44 elaborato peritale).

Nel senso della sussistenza di un ingravescente processo infettivo, poi, deponevano univocamente anche la leucocitosi, veramente inequivocabile quando la [REDACTED] si presenta presso il nosocomio imolese (a fronte del valore di 13,1 rilevato nel pomeriggio del 14 settembre, il 20 settembre il valore era asceso a 23) l'elevata velocità di eritrosedimentazione (VES) e gli elevati valori di Proteina C reattiva (PCR).

Né può venire a giustificazione dell'errore di diagnosi commesso dall'[REDACTED] convenuto l'assenza di febbre, in quanto le infezioni pelviche saccate, conseguenti a pregressi processi aderenziali, possono inizialmente manifestarsi in forma afebrile, proprio perché la parete della sacca favorisce l'evolversi asintomatico e subdolo dell'infezione, quanto meno nelle fasi iniziali (pag. 45 elaborato CTU).

Ciò nonostante, la [REDACTED] veniva dimessa in data 25 settembre 2009.

In occasione del secondo ricovero, in data 6 ottobre 2009, persistendo i dolori addominali, la negligenza dei sanitari persiste ed anzi prosegue, mostrando l'assistenza prestata alla [REDACTED] profili di inescusabile trascuratezza ed imperizia (v. pagg. 46 e ss. CTU):

- la paziente viene ricoverata con diagnosi di ingresso "Cisti ovarica nel Douglas. Iperpiressia". Nonostante tale diagnosi fosse ingiustificata sia alla luce dell'esame ecografico, sia alla luce dei dati bioumorali;
- malgrado l'esame obiettivo eseguito durante il primo ricovero avesse descritto entrambi gli annessi come aumentati di volume e dolenti, in sede ecografica, all'ingresso, viene riscontrata una tumefazione a livello di un solo annesso (cisti ovarica secondo l'esaminatore, corpo luteo emorragico secondo l'ecografista, senza che di emorragia vi fosse alcuna traccia), il che pone ulteriori perplessità in ordine all'operato di chi effettuò tali esami. Infatti, anche ammettendo che l'esame obiettivo non fosse riuscito ad evidenziare le caratteristiche di ciascun annesso, pare verosimile che l'annesso controlaterale non fosse stato evidenziato nemmeno dall'ecografia perché non visibile, ed anzi, inglobato all'altro in un'unica massa retro uterina, corrispondente per l'appunto ad una classica immagine – non letta – di "ascesso pelvico saccato" inglobante entrambe le due sacto-salpingi. Se anche il secondo annesso fosse stato visibile, del resto, l'ecografista non avrebbe potuto omettere di descriverlo (cfr. pagg. 46-47 CTU).



In conclusione, il quadro ecografico ed il quadro clinico e bioumorale avrebbero dovuto agevolmente condurre alla corretta diagnosi di ascesso pelvico saccato.

E tanto, secondo il CTU, certamente a far tempo dal primo ricovero, visti i valori bioumoral, di interpretazione francamente univoca e non confondibile con altri processi o patologie.

Profili di negligenza, parimenti ascrivibili alla [REDACTED], si riscontrano anche nella fase di preparazione che avrebbe dovuto precedere l'intervento di laparoscopia alle salpingi eseguito sulla paziente presso la predetta struttura di Imola in data 8 ottobre. Sarebbe stato in particolare opportuno eseguire indagini ed esami specifici (ad esempio per valutare il tratto distale dell'apparato digerente e degli altri visceri pelvici) ed adottare idonee misure organizzative, quali la consulenza del chirurgo e l'accurata scelta dell'intervento e della sua tecnica esecutiva, indagini e misure preventive/precauzionali che non risultano essere state adottate.

La descrizione dell'intervento, contenuta tra pagina 48 e pagina 49 dell'elaborato peritale, evidenzia una serie di difficoltà esecutive, per la presenza di tenaci aderenze, anteriormente con la parete uterina e posteriormente con il sigma.

Ecco la descrizione dell'intervento dell'8 ottobre: *"inizio ore 18/fine ore 20,15; induzione del pneumoperitoneo con ago di Verres e introduzione di 2 trocar da 10 e 2 da 5 nelle sedi abituali; si evidenziano aderenze enteroparietali in sede di pregressa appendicectomia; adesiolisi; pelvi occupata da ascesso tubo ovarico bilaterale indovato nel Douglas con tenaci aderenze anteriormente con la parete posteriore uterina e posteriormente con il sigma; laboriosa adesiolisi con forbici bipolari fino a liberare le salpingi che appaiono severamente compromesse; aspirazione del materiale purulento pelvico per allestimento di colture; salpingectomia bilaterale e rimozione di endobag; sintesi delle incisioni dopo il lavaggio e posizionamento di drenaggio pelvico".* La diagnosi operatoria veniva così espressa: *"Ascesso tubo ovarico bilaterale. Aderenze endoparietali".* La sintesi così espressa: *"Salpingectomia bilaterale, adesiolisi e drenaggio per via laparoscopica".*

In seguito a tale intervento, il quadro clinico della [REDACTED] a causa dell'insorgere di una complicanza settica, di peritonite diffusa stercoracea, nonostante la terapia antibiotica in atto, è precipitato (globuli bianchi sempre alti, rialzo febbrile fino a 39,8°, aria libera in addome in difesa superficiale e profonda), rendendo imprescindibile un nuovo intervento chirurgico d'urgenza, che veniva effettuato in data 11 ottobre, con diagnosi fu di perforazione dell'intestino e peritonite suppurativa (*"Reperto di peritonite diffusa con abbondante versamento libero, sostenuta da perforazione del sigma coinvolto da estesa flogosi pelvica di origine annessiale"...* *"in considerazione del grave quadro suppurativo e delle soluzioni di continuo evidenziate nella parete intestinale, sede di flogosi estesa è stato necessario procedere all'asportazione del tratto di intestino interessato dalla lesione, procedendo a sigmoidectomia, drenaggio percutaneo addominale e colostomia temporanea terminale in fossa iliaca sinistra"*).

Questa la descrizione del tratto di intestino resecato, sottoposto, successivamente, ad esame istologico, e la descrizione delle perforazioni osservate in tale tratto: *"Segmento di grosso intestino (sigma) di 13 cm. di lunghezza; il peritoneo viscerale appare diffusamente congesto ed iperemico. Per un tratto di cm. 7 sul peritoneo si osserva area con stratificazioni membranacee bianco rossastre. In corrispondenza di detta area la mucosa del sigma si caratterizza per la presenza di due mammellonature rossastre, rispettivamente di cm. 1,5 e di cm. 0,5 di diametro massimo. Le sezioni effettuate in corrispondenza delle due mammellonature mucose evidenziano due tramiti di perforazione della parete. Non si apprezzano formazioni diverticolari".* L'esito istologico fu: *"duplice perforazione del sigma in perisigmoidite fibroangioproductiva in acuitizzazione flemmonosa e peritonite fibrino-leucocitaria".*



Il 13 ottobre 2009, su richiesta dei familiari, la paziente veniva trasferita presso il reparto di rianimazione dell'Ospedale di Arzignano, e poiché la TAC evidenziava un versamento pleurico e una raccolta pelvica periuterina e periannessiale bilaterale, veniva qui eseguito un nuovo intervento chirurgico di laparotomia esplorativa, toelettatura della cavità peritoneale e posizionamento di quattro drenaggi addominali.

Infine, l'11 marzo 2010 la [REDACTED] veniva sottoposta a laparotomia con lisi delle numerose aderenze, ricanalizzazione e chiusura della breccia colostomica.

INDIVIDUAZIONE DELLE CONCAUSE DEL QUADRO PATOLOGICO FINALE (ASCESSO ANNESSIALE SACCATO; PERFORAZIONE INTESTINALE; PERITONITE SUPPURATIVA) E RISPETTIVA INCIDENZA.

Alla luce della descrizione del decorso clinico primario, così come sopra sintetizzato ed analizzato, e dell'indagine peritale, è possibile operare una ricostruzione, secondo la regola del "più probabile che non", dell'etiologia dell'esito infausto dei trattamenti sanitari cui la [REDACTED] si è sottoposta.

L'attenzione delle parti in causa si concentra sull'evento perforazione intestinale, che a detta della [REDACTED] sulla scorta delle anomale sensazioni algiche provate nell'immediatezza dell'intervento di prelievo degli ovuli, in data 14 settembre 2009, mai patita in occasione dei precedenti simili interventi (quello che occupa, per la [REDACTED], era il quinto tentativo di PMA) sarebbe riconducibile all'operato del dr. [REDACTED], colpevole di non aver adeguatamente operato e soprattutto di aver sottovalutato i sintomi che la paziente continuava con insistenza a lamentare dopo il prelievo, e alla dott.ssa [REDACTED] che nonostante il ridetto quadro, dimetteva frettolosamente la paziente nel pomeriggio dello stesso giorno. Ancora, il dr. [REDACTED] sarebbe stato gravemente responsabile per aver nuovamente negletto la sintomatologia lamentata dalla paziente all'atto del *transfer*.

Non meno rilevanti, però, sarebbero le negligenze imputabili, successivamente, all'[REDACTED] cui va ricondotta la non corretta diagnosi di sindrome da iperstimolazione ovarica e la negligente ed imperita prestazione che la stessa ha ricevuto in occasione dei ben tre ricoveri, e due interventi chirurgici, cui fu sottoposta la [REDACTED] in quel nosocomio.

Invero, la lettura dell'elaborato del dr. [REDACTED] conduce a diverse valutazioni.

Indubbiamente, il complesso quadro patologico presentato non consente di determinare con precisione il momento in cui la perforazione, causa della gravissima peritonite successivamente insorta, sarebbe avvenuta.

La stessa, per quanto si è premesso, costituisce esito infausto, prevedibile e non evitabile, dell'intervento di *pick up*, in quanto legato alla tecnica di fecondazione assistita. Specifica e chiarisce il consulente, sul punto, che l'ago utilizzato per il prelievo ovocitario, specie in presenza di preesistenti complessi aderenziali (spesso presenti in pazienti come la [REDACTED] che in passato era stata sottoposta ad operazione di appendicectomia, nonché a pregressi quattro interventi di prelievo di ovuli mediante agoaspirazione), possa causare perforazioni a livello degli organi addominali (sigma, retto, appendice ecc.), dando inizio a gravi processi infettivi.

Ma altro e diverso aspetto è, ovviamente, valutare se, a prescindere dalla avvenuta perforazione o meno dell'intestino durante tale preliminare intervento, sia stato o meno diligente, prudente e perito il comportamento del dr. [REDACTED] ed in generale, dei medici della struttura ospedaliera udinese, per prevenire, diagnosticare e porre argine agli effetti delle complicanze più frequenti dell'intervento attuato.

Ed anche in caso di risposta sfavorevole a detto quesito, occorre poi domandarsi se altre e successive negligenze inescusabili siano state poste in essere dai sanitari che ebbero in cura la [REDACTED] nel periodo immediatamente successivo, e quale incidenza le stesse abbiano esplicato sull'evento infausto.

Si proceda con ordine.



a) Le cause della perforazione intestinale.

A detta del CTU, tre eventualità, alla luce dei dati raccolti, e della letteratura scientifica in tema, sono ipotizzabili alternativamente, ovvero che la perforazione sia avvenuta:

- a) durante il prelievo degli ovociti, in data 14 settembre 2009;
- b) durante l'intervento di salpingectomia, nel corso della resezione delle numerose aderenze, anche intestinali, riscontrate;
- c) per spontanea necrosi del tessuto intestinale, causata dal processo infettivo in atto.

L'ipotesi sub a), sulla scorta dei dati raccolti dal CTU, e del decorso clinico delle lesioni, non sembra probabile.

Infatti, in presenza di perforazioni dell'intestino, il quadro di peritonite, solitamente, insorge nel giro di poche ore, con febbre elevata, leucocitosi, addome acuto, alvo chiuso.

Nel caso che occupa, invece, per diversi giorni dopo l'intervento la [REDACTED] non ha mostrato detti sintomi, in particolare, la febbre.

Erano piuttosto ed invece presenti i sintomi di un processo infiammatorio/infettivo lentamente ingravescente, come attesta la compresenza di dolori pelvici e l'aumento dei valori tipicamente connessi a tali stati. Scrive il CTU a pag. 52: *"Tale quadro è certamente confacente con la presenza di una peritonite pelvica saccata, ovvero un processo peritonitico confinato nella pelvi, a causa di aderenze peritoneali tenaci ed estese che impediscono di fatto al processo infiammatorio infettivo di estendersi al resto della cavità peritoneale"*. Potrebbe essere accaduto, ma si ripete, con bassa probabilità, che durante il prelievo ovocitario, una piccolissima perforazione sia avvenuta, e date le sue ridotte dimensioni, la predetta potrebbe essere stata in parte tamponata da pregresse aderenze periviscerali, che hanno contenuto nel tempo le manifestazioni e fatto sì che il processo infettivo evolvesse lentamente, non evitando, però, che in assenza di trattamento adeguato, l'infezione si manifestasse infine in tutta la sua violenza, soprattutto dopo la lisi delle aderenze, avvenuta durante il primo intervento laparoscopico dell'8 ottobre 2009. Occorrerebbe tuttavia in tal caso ipotizzare che la perforazione intestinale, già presente a far tempo dal 14 settembre 2009 secondo detta ricostruzione, non sia stata riconosciuta dai chirurghi che hanno operato l'8 ottobre e non trattata, nonostante i predetti chirurghi abbiano proceduto ad una attenta lisi delle aderenze riscontrate anche al sigma (*"tenaci aderenze anteriormente con la parete posteriore uterina e posteriormente con il sigma"*), causando le drammatiche complicanze successive.

L'ipotesi sub b), secondo la quale le due perforazioni rilevate all'asportazione chirurgica del tratto intestinale sarebbero state inferte all'atto dell'intervento laparoscopico dell'8 ottobre 2009, per esempio nell'atto di liberare gli annessi, gravemente compromessi, dalle aderenze dell'intestino, è contraddetta, ad avviso del CTU, dall'evoluzione delle manifestazioni successive all'intervento. Infatti, la peritonite stercoracea è avvenuta in terza giornata del decorso post operatorio e le giornate precedenti sono trascorse senza alcun rialzo febbrile (rialzi termici significativi si sono verificati solo nella giornata dell'11 ottobre) e in assenza di segni clinici soggettivi ed obiettivi di compromissione peritoneale. Se la perforazione fosse avvenuta durante l'operazione, invece, la peritonite sarebbe insorta nel giro di poche ore, aggravandosi altrettanto rapidamente. Inoltre, se la perforazione fosse avvenuta durante la difficile (obiettivamente) e delicata fase della lisi delle aderenze tra annessi infetti ed intestino, il tutto non poteva sfuggire al chirurgo al momento della routinaria ispezione di fine intervento, così come non sarebbe potuta sfuggire all'operatore sanitario diligente, nella medesima fase di "fine intervento", una eventuale già visibile ed evidente alterazione dell'aspetto della mucosa intestinale (l'11 ottobre, essa era arrossata ed iperemica), che avrebbe dovuto senz'altro suggerire l'adozione di cautele adeguate a



prevenire la più che probabile – in tal caso – fistolizzazione. Detto aspetto avrebbe infatti richiesto una elevatissima attenzione, e la decisione di praticare, in ottica preventiva, ulteriori atti chirurgici, quali la conversione laparotomia un drenaggio esteso, la resezione immediata della porzione alterata, l'esecuzione di una derivazione di "alleggerimento".

Nulla di tutto questo risulta descritto all'atto dell'intervento dell'8 ottobre, il quale, è bene sottolinearlo, ebbe a liberare da aderenze proprio il tratto di intestino (sigma) in cui fu successivamente rilevata la presenza delle fistole perforanti.

E' estremamente improbabile, in altri termini, che una perforazione esistesse già o al momento dell'operazione, perché effettuata durante la stessa, o che esistesse precedentemente all'operazione stessa, perché effettuata durante il pick up.

Infatti l'operazione di adesiolisi aveva liberato le aderenze viscerali, e dunque, ipotetiche perforazioni arrecate durante il pick up del 14 settembre (pur se fino a quel momento tamponate dalle aderenze) o durante l'operazione dell'8 ottobre, avrebbero determinato l'insorgere della peritonite e della grave setticemia nel giro di poche ore. Infatti le aperture appena liberate dalle aderenze, ovvero appena provocate nel corso delle manovre chirurgiche dell'8 ottobre, avrebbero immediatamente consentito il transito delle feci all'interno della cavità addominale originando un immediato quadro di infezione acuta.

L'ipotesi sub c), secondo quanto evincibile dalla attenta lettura della consulenza, pare pertanto la più probabile in chiave ricostruttiva medico legale.

Tutt'altro che raramente – spiega il CTU – la parete intestinale può andare incontro a perforazione spontanea, anche a livello di aree poco estese, se interessate da processi flogistici, eventi ischemici, traumi superficiali (speritoneizzazione chirurgica).

Detta ipotesi, a detta del CTU, è corroborata dal fatto che dopo l'intervento dell'8 ottobre, la sintomatologia peritonitica legata alla perforazione non si è manifestata subito, ma dopo due giorni di apparente benessere.

I sintomi gravi, acuti e tipici di tale patologia sono infatti insorti soltanto nella giornata dell'11 ottobre. Cioè a distanza di quasi un mese dal pick up e rispetto alle dimissioni dalla casa di cura udinese.

A distanza di tre giorni dall'operazione dell'8 ottobre.

Conclude il CTU (pagina 54) che la causa più probabile della duplice perforazione è pertanto rappresentata da un processo necrotico spontaneo di un tratto della parete intestinale, dovuto al grave processo infiammatorio delle pelvi e dell'intestino, non riconosciuto (ma anzi, trattato come sindrome da iperstimolazione ovarica) all'atto del ricovero presso il nosocomio imolese in data 6 ottobre 2009, ma neppure precedentemente, ai suoi esordi, in occasione dell'aborto spontaneo, in data 20 settembre.

Dopo le stimolazioni imponenti della parete intestinale oggetto di lisi chirurgica, oltretutto con uso di strumenti elettrochirurgici che favorirono lo stress epiteliale (v. pag. 54 CTU), in data 8 ottobre 2009, si verificarono, secondo il CTU, le condizioni ideali affinché la parete stessa, già a lungo interessata da un imponente processo infiammatorio/infettivo, si ripete, non riconosciuto né curato tempestivamente ed appropriatamente, si necrotizzasse, così favorendo la lisi spontanea dei tessuti e l'apertura dei due tramiti, attraverso i quali le feci hanno trovato via d'uscita verso la cavità addominale, dando origine alla violenta peritonite.

Conclusione che, a detta del CTU, è ancor più avvalorata e confermata, oltre che dal dato temporale dell'insorgenza della peritonite, anche dagli esiti istologici: infatti la parete del sigma si mostrava, dopo l'intervento di resezione, profondamente alterata; in particolare, **la descrizione delle due lesioni performative dimostra che la perforazione non è stata frutto di un evento traumatico acuto (perforazione in sede chirurgica n.d.r.) quanto piuttosto la conseguenza di "modificazioni locali**



lente che hanno interessato l'intero spessore della parete intestinale: sul peritoneo, stratificazioni membranacee bianco rossastre, e a livello della mucosa, due mammellonature rossastre). In sintesi, se la perforazione intestinale fosse avvenuta in conseguenza di manovre chirurgiche (durante il pick up del 14 settembre o durante la resezione delle lisi, in data 8 ottobre 2009), si si sarebbe dovuti aspettare una lesione a tutto spessore e a margini netti.

Non sono, al contrario, ravvisabili profili di censura in capo agli [redacted] di [redacted] e [redacted], ove l'attrice ricevette assistenza a seguito dell'intervento d'urgenza cui fu sottoposta in data 11 ottobre.

b) Le considerazioni consequenziali sul nesso di causalità. Le responsabilità dei [redacted]

Una volta ricostruita, nel modo che precede, la più probabile causa di verifica delle perforazioni intestinali rilevate all'esame istologico dell'11 ottobre, e dell'insorgenza della pericolosissima infezione addominale acuta, è possibile tracciare un quadro netto delle rispettive responsabilità, a tal uopo sottolineando:

- a) che la [redacted] ebbe ad interrompere definitivamente il rapporto di cura con la [redacted] con la dott.ssa [redacted] e con il dr. [redacted] in data 16 settembre 2009, dopo che le furono impiantati gli ovociti fecondati, prelevati il precedente 14 settembre. Il rapporto tra la [redacted] ed i predetti convenuti si esaurisce, pertanto, in soli tre giorni (oltre ovviamente alla fase preparatoria, che qui, tuttavia, ha ben scarsa rilevanza);
- b) effettivamente, il quadro che la paziente presentava il pomeriggio del 14 settembre, ed anche il successivo 16 settembre, al momento dell'impianto, non era tranquillizzante e non fu adeguatamente valutato. Ma vi è da rilevare che il modesto rialzo dei valori dei globuli bianchi ed il dolore pelvico erano tutto sommato compatibili con il decorso dell'intervento appena effettuato. Sono assenti elementi per affermare, poi, che dette negligenze e trascuratezze, sebbene esecrabili, abbiano rappresentato la causa dell'insorgenza dell'ascesso pelvico saccato. Come motiva il CTU, dopo aver affermato che l'ascesso è una delle possibili complicazioni dell'intervento di prelievo ovocitario, indipendentemente dalla buona tecnica di esecuzione di esso, in particolare nell'inciso a pagina 57 del proprio elaborato, il quadro clinico diventa inequivocabile soltanto a far tempo dalla data del ricovero presso la [redacted] che ha ignorato importanti e chiarissimi segnali in tal senso, assenti alle date del 14/16 settembre 2009 (globuli bianchi 20,3; VES 72; PCR 18,7);
- c) sull'evoluzione drammatica dell'infezione, si ripete diagnosticabile soltanto a far tempo dal 20 settembre, incide invece, in modo preponderante ed anzi, esclusivo ed abolitivo di ogni eventuale incidenza delle preliminari negligenze del dr. [redacted] e dei medici che operarono presso il presidio udinese, nonché di rimando, ex art. 1228 c.c., di quest'ultimo, il comportamento dei sanitari imolesi, che non possono certo essere esonerati da responsabilità per non essere stati in possesso, secondo la stessa prospettazione della difesa tecnica, delle competenze necessarie per affrontare una simile urgenza ed un simile quadro patologico, trattandosi di piccolo ospedale. A fronte di un quadro complesso è evidente che i medesimi, anziché esprimere diagnosi errate ed effettuare interventi chirurgici di portata demolitiva, avrebbero dovuto indirizzare la paziente a strutture sanitarie più adeguate e competenti, per fare in modo che la stessa fosse curata al meglio. Se realmente il presidio ospedaliero imolese non fosse stato in possesso delle strutture, del personale e delle competenze necessari, esso non andrebbe certo per tale motivo esente da colpa, ma al contrario, incorrerebbe in "colpa per assunzione", fattispecie che si realizza quando un soggetto, volontariamente, esplica compiti e



attività per le quali non possiede le necessarie competenze specialistiche. Sterile dunque l'argomento addotto dalla [redacted] convenuta;

- d) infatti è ascrivibile alla sola [redacted] la mancata tempestiva diagnosi dell'infezione, la frettolosa dimissione del 25 settembre, l'approssimativa e non indicata esecuzione dell'intervento di salpingectomia dell'8 ottobre e di conseguenza, l'insorgenza del quadro di peritonite acuta insorto l'11 ottobre, conseguente a dette omesse cautele ed approfondimenti, che sarebbero stati indubbiamente necessari in occasione dell'intervento del precedente 8 ottobre, in cui era certo già da sospettarsi un possibile coinvolgimento dell'intestino nel processo infettivo, poi velocemente degenerato nei giorni successivi anche a causa delle sollecitazioni ricevute l'8 ottobre.

In sintesi, le negligenze ascrivibili al presidio ospedaliero imolese sono di rilevanza talmente macroscopica e di incidenza talmente rilevante sul grave quadro di infezione acuta insorto, evoluto in peritonite, da escludere ogni rapporto di causalità rispetto alle condotte, pur estremamente criticabili, dei sanitari che operarono presso la struttura udinese, il tutto nel rispetto dei principi sul nesso di causalità in materia civile che, da tempo, la giurisprudenza di legittimità afferma (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 2360 del 02/02/2010: *In tema di responsabilità civile, qualora l'evento dannoso si ricolleggi a più azioni o omissioni, il problema del concorso delle cause trova soluzione nell'art. 41, cod. pen. - norma di carattere generale, applicabile nei giudizi civili di responsabilità - in virtù del quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra dette cause e l'evento, essendo quest'ultimo riconducibile a tutte, tranne che si accerti l'esclusiva efficienza causale di una di esse. In particolare, in riferimento al caso in cui una delle cause consista in una omissione, la positiva valutazione sull'esistenza del nesso causale tra omissione ed evento presuppone che si accerti che l'azione omessa, se fosse stata compiuta, sarebbe stata idonea ad impedire l'evento dannoso ovvero ad eliderne la gravità*).

c) La quantificazione dei danni.

Una volta affermata la sussistenza del nesso di causalità tra le lesioni patite da [redacted] e la *malpractice* dei sanitari dell'ospedale imolese, di rilevanza assorbente rispetto ai rilievi di negligenza che pur possono essere mossi ai sanitari operanti presso la [redacted] ed in collaborazione con [redacted] occorre quantificare in primo luogo il danno biologico complessivamente subito dall'attrice, posto che la stessa ha riportato esiti permanenti di differente natura:

- a) Esiti di resezione intestinale e sindrome aderenziale intestinale;
- b) Esiti cicatriziali all'addome, che lo stesso consulente definisce di notevole portata;
- c) Danno alla funzione riproduttiva;
- d) Danno psichico, che il consulente tecnico ha indicato come disturbo di adattamento con umore depresso.

Le più vivaci contestazioni mosse alla consulenza, al di là della descrizione di tali esiti, sui quali vi è sostanziale concordia, riguardano la quantificazione del danno biologico, che parte attrice assume essere avvenuta in modo riduttivo, atteso che non si è adeguatamente considerata né la portata del danno estetico (la [redacted] presenta sì cicatrici che non sono visibili in contesti lavorativi, ma è una donna ancora relativamente giovane, ed indubbiamente il notevole danno estetico può incidere sia sulla pienezza della vita sessuale, sia in altri contesti pubblici, come per esempio se la donna dovesse frequentare una palestra o indossare un bikini in spiaggia. Gli esiti devastanti sono documentati ictu oculi dalla fotografia sub doc. n. 81). Del pari, è corretto affermare che il danno arrecato alla capacità



riproduttiva va determinato tenendo conto che la [REDACTED] si accingeva ad effettuare il quinto tentativo di fecondazione assistita, ed è pertanto presumibile che la sua capacità riproduttiva fosse comunque ridotta, calcolando le percentuali di successo della [REDACTED] in donne della sua età, ma è altrettanto vero che nessun dato clinico – oltre a quello, fattuale, appena esposto - deponeva per una condizione di infertilità della donna, e pertanto, l'affermazione compiuta dal consulente va congruamente ridimensionata, non potendosi accettare, soprattutto, che la menomazione residuata alla [REDACTED] sia equivalente alla sola perdita dell'organo in sé.

Tutto ciò esposto, si ritiene di attestare la quantificazione del danno biologico complessivo nella percentuale del 36%, e la riduzione della capacità lavorativa in misura pari ad 1/4 del danno biologico (9%). La durata dell'invalidità temporanea, assoluta e parziale, è stata correttamente e condivisibilmente stimata in 70 giorni di ITT, 70 giorni di ITP 75%, 70 giorni di ITP al 50% e 30 giorni di ITP al 30%.

Ad avviso di questo giudice, essendo stata incardinata la causa nell'anno 2011, non sono applicabili al caso di specie, per la liquidazione del danno biologico, i criteri più restrittivi previsti dall'art. 3 della L. n. 189/2012, che prescrive che detto danno, se arrecato per effetto di colpa medica, debba essere liquidato sulla base delle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del D. Lvo 7 settembre 2005, n. 209.

Si applicano dunque le tabelle milanesi, che anche ultimamente la giurisprudenza di legittimità ha riconosciuto essere un congruo criterio di liquidazione del danno alla persona (Cass. 17 dicembre 2014, n. 26590), e pertanto, il danno patito dall'attrice può esser così calcolato:

Tabella di riferimento: Tribunale di Milano 2014

Età del danneggiato alla data del sinistro	40 anni
Percentuale di invalidità permanente	36%
Punto base danno non patrimoniale	€ 7.201,91
Punto base I.T.T.	€ 120,00
Giorni di invalidità temporanea totale	70
Giorni di invalidità temporanea parziale al 75%	70
Giorni di invalidità temporanea parziale al 50%	70
Giorni di invalidità temporanea parziale al 25%	30
Danno risarcibile	€ 208.711,00

Invalidità temporanea totale	€ 8.400,00
Invalidità temporanea parziale al 75%	€ 6.300,00
Invalidità temporanea parziale al 50%	€ 4.200,00
Invalidità temporanea parziale al 25%	€ 900,00
Danno biologico temporaneo	€ 19.800,00

TOTALE: € 228.511,00

Adeguatamente personalizzati (v. da ultimo, Cass. 19 gennaio 2015, n. 777), vista la natura e l'incidenza delle lesioni, altamente mortificanti, anche in prospettiva di soffrire di penosi disturbi soprattutto



intestinali in futuro, fino ad € 250.000, fissati alla data odierna.

IN TOTALE, DUNQUE, € 250.000 ALLA DATA ODIERNA.

Il danno alla capacità lavorativa, invece, pari al 9% finale, può essere determinato tenendo conto del guadagno (ovviamente netto) più alto realizzato negli ultimi anni, documentato in atti nell'importo, estrapolato dai rigli 4 (reddito da lavoro dipendente) e 27 (imposta netta) del prospetto di liquidazione finale contenuto nel mod. 730/2009 relativo ai redditi del 2008, di € 21.000 circa.

Si è da controparte rilevato che nessun danno effettivo, diverso dalla mera cenestesi lavorativa, è invero documentato e provato dall'attrice, che ha continuato a svolgere il medesimo lavoro di dipendente che svolgeva in precedenza. In sintesi, si lamenta il mancato assolvimento da parte dell'attrice, dell'onere probatorio.

Sotto quest'ultimo profilo, tuttavia, è da osservarsi che, nonostante la mancanza di elementi per affermare in fatto una contrazione dei redditi della [REDACTED] dopo il sinistro, è ben vero che la diminuzione di capacità lavorativa specifica, specie quella derivante dalle grandi invalidità, può essere apprezzata, in chiave prognostica, anche sulla scorta di presunzioni semplici, e la liquidazione può avvenire in via equitativa, una volta che vi sia dimostrazione dell'incidenza delle lesioni sulla attitudine al lavoro del soggetto, ben passibile di manifestarsi progressivamente negli anni, e dunque solo in futuro (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 20003 del 23/09/2014 secondo la quale: *il danno patrimoniale da riduzione della capacità lavorativa specifica, derivante da lesioni personali, deve essere valutato, in quanto danno futuro, su base prognostica anche a mezzo di presunzioni semplici, salva la determinazione equitativa, in assenza di prova certa, del suo ammontare*).

Nel caso che occupa, il consulente ha rimarcato come a carico della [REDACTED] non sia ravvisabile una mera cenestesi lavorativa, ma l'insorgenza di sindrome algico-dispettica.

Applicandosi dunque i criteri usualmente impiegati per tali liquidazioni, fondati sulle tabelle per la rivalutazione delle rendite, di cui al RD n. 1403/1922, senza scarto tra vita fisica e vita lavorativa, in ragione della vetustà delle tabelle predette, si ha:

21.000 X 9 X 16,318 = € 30.841,02, adeguato all'attualità in € 34.000.

100

Il danno totale patito dalla [REDACTED] ascende dunque ad € 284.000.

Trattandosi di debito di valore, ad oggi cristallizzato in debito di valuta, sulla somma di cui in oggetto sono dovuti, in conformità ai parametri di cui alla nota sentenza SS. UU. N. 1712/1995, gli interessi compensativi, pari al lucro cessante per il mancato tempestivo godimento della somma, in misura legale, con decorrenza che, anziché procedere a devalutazione della somma, e calcolare interessi dalla data del sinistro, sulla somma via via rivalutata, viene equitativamente fissata, sulla somma finale, in data intermedia tra il sinistro e la data odierna, individuata nel 1 novembre 2012.

Venendo quindi al danno di riflesso lamentato dal [REDACTED] è innegabile che da tempo la giurisprudenza di legittimità, dal cui orientamento maggioritario questo Tribunale non ha motivo di discostarsi, superando un primo orientamento negativo (Cass. Sez. III, 11 febbraio 1998, n. 1421), ha riconosciuto piena cittadinanza, nel nostro ordinamento, al danno morale ed esistenziale patito dai congiunti per effetto delle lesioni arrecate, quale conseguenza di atto illecito di terzi, al proprio caro, sempre che, ovviamente, di tale danno siano comprovati o quanto meno allegati gli elementi fondanti (Cass. 2 febbraio 2001, n. 1516; Cass. 27 luglio 2001, n. 10291; Cass. SS. UU. 1 luglio 2002, n. 9556). Quanto poi in particolare al danno che riguarda la sfera riproduttiva, la Cassazione da tempo afferma che non solo la madre, ma anche il padre, atteso il complesso di diritti e doveri che, secondo



l'ordinamento, si incentrano sul fatto della procreazione, rientra tra i soggetti protetti dal contratto medico, e quindi, tra coloro rispetto ai quali "la prestazione mancata o inesatta è qualificabile come inadempimento, con il correlato diritto al risarcimento dei danni conseguenti, diretti ed indiretti" (Cass. 20 ottobre 2005, n. 20320).

Il danno subito dal [REDACTED], pertanto, ben può essere riconosciuto, di riflesso, e la sua sussistenza ben può apprezzarsi, in via presuntiva, considerando gli elementi di fatto incontestati (ovvero che i due attori siano coniugati, affettivamente legati e desiderosi di avere un figlio loro), dato che le lesioni di cui la [REDACTED] è stata vittima comportano esiti importanti sulla vita sessuale e sull'armonia della coppia, compromettendo, infine e non da ultima, una funzione importantissima di essa, ovvero la funzione riproduttiva.

Premessi i citati dati di valutazione, il danno complessivamente patito dal [REDACTED], di natura morale/psicologica ed esistenziale, può essere equitativamente liquidato, all'attualità, in € 100.000.

Anche su di esso si ritiene doveroso il riconoscimento degli interessi compensativi in misura legale, a decorrere dal 1 novembre 2012.

Le restanti domande, anche ai fini della cd. soccombenza virtuale.

Per quanto concerne le restanti domande azionate dagli attori, ed altresì dai convenuti nei confronti dei chiamati in causa, nonché dalla chiamata [REDACTED] nei confronti della propria compagnia di assicurazione, si osserva:

- essendo stata esclusa qualsivoglia responsabilità in capo alle strutture ed ai medici che indirizzarono, guidarono ed assistettero la [REDACTED] nella preliminare operazione di agoaspirazione degli ovociti e del loro impianto in utero, non è necessario affrontare nel merito le ulteriori e conseguenti questioni di rivalsa che, in caso di accoglimento, sarebbe stato necessario affrontare nei confronti della dott.ssa [REDACTED] da parte di [REDACTED] e di manleva da parte di costei nei confronti del proprio istituto di assicurazione, così come non è necessario affrontare la domanda di manleva azionata da [REDACTED] per quanto si è detto esente da responsabilità, nei confronti della propria assicurazione [REDACTED];

- si osserva, tuttavia, ai fini della valutazione di soccombenza virtuale, che la proposizione della domanda attorea anche nei confronti di [REDACTED], pur senza che l'atto introduttivo si spinga a lumeggiare alcuna responsabilità diretta di tale struttura, per carenze organizzative od altro, era ed è da ritenersi giustificata, *ab origine*, in ragione della responsabilità indiretta ed oggettiva della [REDACTED] quale struttura presso la quale la [REDACTED] - trattasi di dato pacifico ed incontestato - si mise in contatto con il [REDACTED] e stabilì le tappe della procedura di [REDACTED] e dunque, sulla scorta del rapporto contrattuale intervenuto sia con detta struttura, sia con il medico presso la stessa operante in regime di libera professione, non potendosi certo opporre alla [REDACTED] il tenore delle pattuizioni intervenute tra le due strutture interessate nel percorso di fecondazione (doc. n. 1 [REDACTED]), e trattandosi, in ogni caso, di responsabilità cd. per "contatto sociale";

- si osserva invece, per quanto concerne la chiamata in causa proposta nei confronti di [REDACTED] da parte di [REDACTED] che effettivamente la polizza stipulata da quest'ultima risulta esser stata stipulata unicamente per le obbligazioni derivanti alla struttura del personale dipendente e dei medici convenzionati, tra i quali non rientravano né [REDACTED] libero professionista, né la [REDACTED], e per quanto concerne la chiamata di [REDACTED] nei confronti di [REDACTED] occorre considerare che, anche qualora dovesse considerarsi la polizza da costei contratta in "secondo rischio", non poteva comunque escludersi l'interesse della chiamante ad evocare il proprio istituto per assicurarsi copertura per il caso, incerto ed imprevedibile, di superamento del massimale della polizza di primo rischio.



Le spese di lite.

Le spese di lite ivi comprese le spese di CTU e di CTP seguono la soccombenza tra attori e convenuta [redacted] soccombente, nonché tra [redacted] e [redacted] mentre vengono compensate, visti i motivi suesposti, tra le restanti parti in lite. Esse vengono liquidate tenendo conto di quanto previsto dall'art. 5, 1 e 6 comma, della tariffa vigente (DM 55/2014), con particolare riguardo ai giudizi risarcitori, e per quanto riguarda gli attori, della necessità di articolare la difesa di due parti processuali titolari di diritti strettamente collegati tra loro.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- dichiara tenuta e condanna la [redacted] [redacted] per le causali di cui in motivazione, al pagamento della somma di € 284.000,00, in favore di [redacted] [redacted] e della somma di € 100.000 in favore di [redacted] [redacted] oltre interessi legali su dette somme a decorrere dal 1 novembre 2012;
- respinge ogni altra domanda;
- condanna la [redacted] [redacted] al pagamento, in favore degli attori, delle spese di lite, che vengono liquidate in € 20.000 per compensi, € 398,15 per anticipazioni, oltre IVA, CPA e spese generali come per legge, oltre al rimborso delle spese di CTU e CTP come anticipate e documentate;
- condanna la [redacted] [redacted] al pagamento, in favore della [redacted] [redacted] delle spese di lite, che liquida in € 10.000 per compensi, oltre IVA, CPA e spese generali come per legge, oltre al rimborso delle eventuali spese di consulenza anticipate;
- compensa le spese di lite tra tutte le restanti parti.

Bologna, 29 luglio 2015

Il Giudice
dott. Alessandra Arceri

