



SENT. n. 92/2024

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA LIGURIA

Composta dai signori magistrati:

Emma ROSATI

Presidente

Alessandro BENIGNI

Consigliere Relatore

Antonino GRASSO

Consigliere

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. **21485** del registro di segreteria, promosso dalla Procura Regionale presso la Sezione giurisdizionale nei confronti di:

SEVERI Paolo, generalizzato in atti, elettivamente domiciliato agli indirizzi digitali degli Avv. Riccardo Maoli (p.e.c. riccardo.maoli@ordineavvgenova.it) e Glauco Stagnaro (p.e.c. glauco.stagnaro@ordineavvgenova.it), entrambi del Foro di Genova, con studio in Genova, via Corsica n. 2, dai quali è rappresentato e difeso;

BRUZZO Mattia, generalizzato in atti, elettivamente domiciliato all'indirizzo digitale dell'Avv. Mattia Menotti (p.e.c. mattia.menotti@ordineavvgenova.it) da cui è rappresentato e difeso insieme all'Avv. Alessandro Malcontenti;

Uditi, nella pubblica udienza del 18 luglio 2024, il relatore, Cons.

Alessandro Benigni, gli Avv. Maoli e Stagnaro per il Dott. Severi, l'Avv. Menotti per il Dott. Bruzzo e il rappresentante del Pubblico Ministero, nella persona del Sostituto procuratore generale, Gaetano Piazza.

F A T T O

1. Con atto di citazione, regolarmente notificato, il Procuratore Regionale ha convenuto in giudizio, innanzi a questa Sezione, il Dott. Paolo Severi e il Dott. Mattia Bruzzo, chiedendo la condanna del primo al pagamento della somma di **€ 856.000,00** e del secondo al pagamento della minore somma di **€ 214.000,00**, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali.

2. Oggetto della contestazione è la perdita patrimoniale di **€ 1.070.000,00** subita dall'Ente Ospedaliero "*Ospedali Galliera*" di Genova il 17 dicembre 2018 a seguito dell'avvenuto versamento di tale somma, liquidata in sede transattiva, in favore dei Sig.ri (*Omissis*), (*Omissis*) e (*Omissis*), a titolo di risarcimento dei danni diretti e riflessi subiti a seguito di due interventi operatori di "*terzoventricolostomia endoscopica*" e di "*derivazione ventricoloperitoneale*", rispettivamente effettuati il 2 ottobre 2015 e il 29 ottobre 2015, a seguito dei quali si è verificato a carico del Sig. (*Omissis*) uno stato accertato di cecità assoluta con la necessità di un terzo intervento di "*rimozione del catetere di derivazione liquorale posizionato nel ventricolo laterale sinistro, riposizionamento di un nuovo catetere nel ventricolo laterale destro, e sostituzione della valvola del sistema derivativo con una*

	<i>valvola teleprogrammabile Medos-Hakim”, effettuato presso</i>	
	l’Ospedale S. Corona di Pietra Ligure il successivo 27 aprile	
	2017.	
	L’Ufficio requirente ha prodotto:	
	a) le relazioni del reparto di Medicina Legale della Direzione	
	Sanitaria dell’E.O. Ospedali Galliera e del Prof. Gianluigi	
	Zona, Direttore dell’Unità Ospedaliera di Clinica Neuro-	
	chirurgica e Neuro traumatologica dell’Ospedale San	
	Martino, interpellato in qualità di Consulente indipen-	
	dente, relative al sinistro ospedaliero;	
	b) le cartelle cliniche relative ai tre interventi chirurgici;	
	c) gli atti giudiziari del processo, svoltosi avanti al Tribunale	
	di Genova e conclusosi con il verbale di conciliazione del	
	3 dicembre 2019.	
	3. In seguito alla notifica dell’invito a dedurre e	
	dell’atto di citazione, entrambi i convenuti hanno depositato le	
	relative deduzioni difensive, seguite dalle comparse di costitu-	
	zione e risposta, cui sono state allegate consulenze tecniche di	
	parte.	
	4. Il Dott. Severi, in via pregiudiziale, ha chiesto	
	una declaratoria di inammissibilità dell’atto di citazione per vio-	
	lazione dell’art. 13 L. n. 24/2017, applicabile al caso di specie	
	per le seguenti distinte ragioni:	
	a) il fatto costitutivo del diritto vantato si è perfezionato in un	
	momento successivo all’entrata in vigore della legge	
	3	

	medesima (per l'esattezza, il 19 novembre 2018);	
	b) quand'anche non si dovesse ritenere ciò, la disposizione	
	avrebbe, comunque, efficacia retroattiva, trattandosi di	
	fattispecie di natura sostanzialmente penale.	
	Quest'ultimo principio, peraltro, viene a rilevare anche in	
	sede di eventuale e non auspicata quantificazione del danno ri-	
	sarcibile, in quanto il medesimo deve essere contenuto nei limiti	
	del triplo del valore maggiore della retribuzione lorda conseguita	
	nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento, ovvero	
	nell'anno immediatamente precedente o successivo.	
	Il suo mancato coinvolgimento nel procedimento transat-	
	tivo gli ha precluso, inoltre, la possibilità di valorizzare nel me-	
	desimo la genesi della patologia visiva del (<i>Omissis</i>), la mancata	
	informazione del momento esatto in cui era sorta, nonché l'og-	
	gettiva difficoltà di affermare con ragionevole certezza che la tem-	
	pestività del secondo intervento avrebbe consentito di riacqui-	
	stare le facoltà visive sino a quel momento compromesse: la cor-	
	retta esposizione di tutte queste circostanze avrebbe consentito,	
	perlomeno, di non accettare passivamente e <i>in toto</i> le richieste	
	della parte privata, ancor prima del deposito della consulenza	
	tecnica d'ufficio nell'instaurato giudizio civile.	
	Nel merito, ha sottolineato come la situazione del Sig.	
	(<i>Omissis</i>) fosse, appunto, del tutto compromessa al suo ingresso	
	in reparto in quanto, nelle patologie neurologiche di cui oggi si	
	discute, la comparsa dei disturbi visivi si verifica molto tempo	
	4	

	dopo l'insorgenza dell'ipertensione endocranica, con necessità di	
	immediate cure, pena uno stato di irreversibilità della situazione	
	clinica nel frattempo maturata; nella specie erano passati quat-	
	tro mesi dalla comparsa dei primi disturbi visivi, via via sempre	
	più rapidamente peggiorati, senza che ciò fosse stato evidenziato	
	dall'interessato al momento dell'accettazione in Pronto Soccorso.	
	Il primo intervento eseguito (c.d. <i>“terzoventricolostomia</i>	
	<i>endoscopica”</i>) costituisce, a tutt'oggi, la scelta di elezione ed è	
	stato eseguito con la massima celerità; il decorso post-operatorio	
	è stato del tutto normale con risoluzione dei sintomi di iperten-	
	sione endocranica, assenza di complicazioni intracerebrali e per-	
	sistenza della apertura eseguita, confermata da due diverse ri-	
	sonanze magnetiche effettuate a distanza di pochi giorni dopo la	
	comparsa di sintomi cefalici (rispettivamente il 7 e il 9 ottobre	
	2015).	
	Lo stato clinico era, quindi, stato ritenuto idoneo alla di-	
	missione sia per il fatto che la persistenza dell'idrocefalo nelle	
	prime settimane è normale nel decorso post-chirurgico per al-	
	meno tre mesi, sia per la sopravvenienza di episodi depressivi in	
	capo al paziente.	
	Alla ricomparsa dei sintomi, si era proceduto ad un pre-	
	ricovero d'urgenza cui era seguito a distanza di otto giorni l'in-	
	gresso effettivo in ospedale e di nove giorni, il secondo intervento	
	di <i>“derivazione liquorale ventricolo peritoneale”</i> con successiva di-	
	missione in buone condizioni di salute.	
	5	

	Ciò, infine, senza sottolineare l'anomalo comportamento	
	del paziente e dei suoi familiari che, in presenza di disturbi visivi	
	gravi per un giovane di venti anni in buone condizioni fisiche,	
	protrattisi per mesi, non avevano ritenuto di presentarsi imme-	
	diatamente al Pronto Soccorso, limitandosi a prenotare una	
	semplice visita oculistica fissata a quattro mesi di distanza.	
	Sulla base di quanto esposto, il Dott. Severi ha chiesto	
	l'acquisizione dell'integrale documentazione medica e la disposi-	
	zione di una consulenza tecnica d'ufficio che possa fare luce	
	sulle effettive cause di compromissione del <i>visus</i> da parte del	
	Sig. (<i>Omissis</i>).	
	In via subordinata, si rileva l'impredicabilità di un diritto	
	di rivalsa integrale dell'intero danno pubblico nei suoi confronti	
	in quanto la responsabilità deve essere paritariamente ripartita	
	tra il medesimo e la struttura sanitaria, secondo quanto ricono-	
	sciuto da Cass. 11.11.2019, n. 29897; conseguentemente, si	
	chiede che l'eventuale condanna sia ridotta di almeno il 50%.	
	In estremo subordine, ha invocato l'esercizio del potere	
	riduttivo.	
	4.1 A supporto della propria difesa, il Dott. Severi	
	ha depositato due consulenze tecniche di parte.	
	4.2 Entrambi i consulenti - il Prof. Diego Gar-	
	bossa, Ordinario del Dipartimento di Neuroscienze presso l'Uni-	
	versità degli Studi di Torino e il Dott. Andrea Barbanera, Diret-	
	tore del Reparto di Neurochirurgia presso l'Ospedale di	
	6	

Alessandria - dopo avere confermato la sussistenza di unanime consenso in letteratura sulla “terzoventricolostomia endoscopica” come intervento di elezione nei casi di idrocefalo ostruttivo da stenosi dell’acquedotto di Silvio, hanno rilevato l’erroneità del presupposto da cui è partita la Procura erariale, costituito dal colpevole intervallo temporale intercorso tra i primi due interventi; infatti, è affermato in letteratura che la riduzione ventricolare a seguito di tale intervento compare dopo diverse settimane, se non mesi e, conseguentemente, era naturale attendere l’evoluzione del quadro clinico prima di decidere se sottoporre il paziente ad un secondo intervento più invasivo di derivazione liquorale funzionante, senza considerare la circostanza che la patologia visiva può comunque progredire nonostante l’effettuazione anche di quest’ultimo, con lesione irreversibile dell’apparato visivo.

	Con riferimento alla pregiudiziale di inammissibilità fon-	
	data sull'art. 13 L. n. 24/2017, ha fatto espresso riferimento alla	
	recente sentenza n. 77/2023 con cui la Sezione giurisdizionale	
	per la Regione Lombardia, accogliendone una di eguale tenore in	
	un caso analogo a quello oggi in discussione, ha affermato l'im-	
	mediata applicazione della disposizione richiamata, essendo	
	l'adempimento dell'obbligazione risarcitoria del tutto estraneo	
	alla fattispecie generatrice della medesima	
	Nel merito, ha dichiarato di ritenere che debba essere	
	esclusa ogni sua responsabilità avendo eseguito la decisione del	
	Dott. Severi di non trattenere oltre il paziente, limitandosi ad ap-	
	porre la formale sottoscrizione alla lettera di dimissione e, da	
	quel giorno, non si era più occupato del medesimo, con conse-	
	guente non attribuibilità delle successive evoluzioni della vi-	
	cenda.	
	È stata prodotta, inoltre, una relazione del Dott. Gianluca	
	Piatelli, Direttore del Reparto di Neurochirurgia dell'Ospedale	
	Gaslini di Genova, il quale ha sottolineato che, dopo il primo in-	
	tervento, c'erano stati solo due episodi di cefalea, seguiti da due	
	risonanze magnetico-nucleari che non avevano riscontrato com-	
	plicanze, nonché la permanente pervietà della stomia.	
	Il corretto <i>iter</i> diagnostico sarebbe stato sfalsato, involon-	
	tariamente, dallo stesso (<i>Omissis</i>) il quale aveva dichiarato che	
	la sintomatologia sofferta si era presentata da circa un mese e si	
	era aggravata da una settimana (come riportato nella scheda	
	8	

	cronologica del ricovero), laddove i primi disturbi visivi si erano	
	invece palesati nel precedente mese di maggio (quindi quattro	
	mesi prima) e al Dott. Bruzzo, compilatore della cartella clinica	
	di ingresso al “Galliera”, aveva ancor più minimizzato la situa-	
	zione riferendo di disturbi della vista insorti solo da alcuni giorni.	
	La corretta conoscenza dell’evoluzione della patologia	
	avrebbe, con tutta probabilità, indirizzato ad un diverso percorso	
	terapeutico.	
	6. Nell’odierna discussione orale, il P.M. ha spe-	
	cificato che la differente ripartizione risarcitoria è dovuta alla ben	
	diversa responsabilità spettante in capo ai due sanitari, confer-	
	mando la richiesta di condanna formulata nell’atto di citazione	
	e rimettendo al Collegio la questione relativa alla sussistenza dei	
	presupposti per l’esercizio del potere riduttivo.	
	Relativamente a tale aspetto la difesa del Dott. Severi ha	
	sottolineato come la liquidazione dei danni subiti sia stata ma-	
	croscopicamente eccessiva, arrivando inspiegabilmente alla	
	somma oggetto della citazione, laddove la valutazione iniziale si	
	fondava sulla concessione di una somma non maggiore a €	
	400.000,00.	
	Esaurita la discussione, la causa è stata trattenuta in	
	decisione.	
	D I R I T T O	
	1. In via pregiudiziale, deve essere esaminata	
	l’eccezione di inammissibilità dell’atto di citazione per mancata	
	9	

	comunicazione ai due medici dell'avvio di trattative stragiudiziali	
	con le parti danneggiate ed invito a prendervi parte per consen-	
	tire la valorizzazione di elementi idonei a rigettare, o perlomeno	
	contenere, le pretese risarcitorie, come previsto dall'art. 13 L.	
	8.03.2017, n. 24, applicabile al caso di specie stante la sua na-	
	tura processuale, come riconosciuto da C.d.C. Sez. giur. Lom-	
	bardia n. 77/2023.	
	A prescindere da tale circostanza, la disposizione sarebbe	
	applicabile, comunque, anche retroattivamente, stante la natura	
	'sostanzialmente' penale della responsabilità amministrativa, se-	
	condo i principi elaborati sul punto dalla Corte Europea dei Di-	
	ritti dell'Uomo nelle famose sentenze 8.06.1976 (Engel c. Paesi	
	Bassi) e 4.03.2014 (Grande Stevens c. Italia), vincolanti per il	
	giudice italiano.	
	L'eccezione è infondata sotto entrambi i profili.	
	Infatti, come afferma la giurisprudenza contabile di ap-	
	pello, cui si ritiene di aderire (C.d.C. Sez. App. I, 18.12.2017, n.	
	536; 15.01.2019, n. 14; nello stesso senso, in primo grado,	
	C.d.C. Sez. giur. Piemonte 10.05.2019, n. 66; Sez. giur. Lombar-	
	dia 9.02.2023, n. 23, che va in opposto avviso rispetto al prece-	
	dente richiamato dalle difese), la c.d. Legge Gelli-Bianco viene a	
	disegnare compiutamente un nuovo sistema di responsabilità	
	professionale degli esercenti le professioni sanitarie, di talché le	
	disposizioni di natura processuale, pure in essa contenute, de-	
	vono essere lette in stretta ed indispensabile connessione con	
	10	

quelle sostanziali, non essendo certo ipotizzabili applicazioni isolate di singole norme, avulse dalla intera vigenza del nuovo sistema.

L'invocata natura 'penale' della responsabilità amministrativa è stata espressamente smentita dalla Corte Europea dei Diritti umani nelle due sentenze Rigolio (Corte Edu 14.03.2014, c.d. Rigolio I; 8.03.2023, c.d. Rigolio II), essendo il processo dinanzi alla Corte dei conti un giudizio risarcitorio unicamente finalizzato a riparare un pregiudizio economico, cui quindi non trova applicazione il principio di legalità, sotto il profilo della retroattività della legge più favorevole al reo.

Il rigetto dell'eccezione deve ritenersi ontologicamente esteso anche al profilo della quantificazione del danno risarcibile (limite del triplo del valore maggiore della retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta causativa dell'evento) invocato da entrambe le difese.

2. La completezza del materiale documentale versato in atti rende superflua l'assunzione probatoria richiesta dai convenuti.

3. L'azione risarcitoria promossa dalla Procura contabile è fondata, nei limiti che ora si espongono.

4. Sintetizzando la vicenda, il 30 settembre 2015, a seguito di una visita oculistica necessitata da crescenti e improvvisi disturbi visivi accompagnati da forti cefalee e del conseguente accertamento della sussistenza di un edema

	papillare bilaterale, con un quadro visivo di 8/10 per l'occhio	
	destro e 7/10 per quello sinistro, il Sig. (<i>Omissis</i>) era stato rico-	
	verato, in regime d'urgenza, presso il Reparto di Neurochirurgia	
	dell'Ospedale Galliera di Genova; il Dott. Bruzzo sul foglio di in-	
	gresso attesta che il disturbo è presente da alcuni giorni.	
	A seguito dell'avvenuta diagnosi, in sede radiologica,	
	della presenza di un " <i>idrocefalo triventricolare</i> ", il Dott. Paolo Se-	
	veri, Primario e Direttore medico del Reparto, aveva predisposto	
	un intervento chirurgico di " <i>terzoventricolostomia endoscopica</i> ",	
	effettuato il 2 ottobre 2015, riservandosi, eventualmente, di in-	
	tervenire con il successivo e diverso intervento di " <i>derivazione</i>	
	<i>ventricoloperitoneale</i> ".	
	Nonostante la permanenza di cefalee e vomito, e la se-	
	gnalata impossibilità di procedere a due risonanze magnetiche il	
	7 e il 9 ottobre 2015 per la motilità e la variante frequenza car-	
	diaca del paziente, il medesimo era stato dimesso con un giorno	
	di anticipo rispetto ai tempi programmati, seppure ancora medi-	
	cato e con « sintomatologia da ipertensione non del tutto ri-	
	solta » (Relazione Dott. Severi 28.07.2016, pag. 2).	
	A seguito della persistenza di forti dolori, il giovane viene	
	sottoposto il 22 ottobre 2015 ad una TAC che mostra la sussi-	
	stenza di una « voluminosa idrope sopratentoriale con mode-	
	sti segni di trasudazione liquorale » aumentata rispetto a quella	
	riscontrata nel precedente mese di settembre, per poi essere sot-	
	toposto, nella settimana successiva ad un intervento chirurgico	
	12	

di derivazione ventricoloperitoneale, il quale, però, non ebbe esito positivo, con un progressivo calo della vista che ha comportato la totale cecità del giovane, dichiarato invalido civile già il 4 luglio 2016 (quindi nove mesi dopo il fallito intervento); infine, sempre in conseguenza di tale patologia compare, a distanza di un anno, un escara cronico comportante un terzo intervento chirurgico, effettuato il 27 aprile 2017 presso l'Ospedale S. Corona di Pietra Ligure.

5. Il Dott. Severi ha asserito che la perdita della vista del (*Omissis*) non è imputabile al trattamento clinico ricevuto ma alla sottovalutazione pregressa della sintomatologia, apparsa sin dal mese di maggio 2015, e alla conseguente ritardata diagnosi della subita patologia dei nervi ottici, essendo stati i due interventi effettuati del tutto appropriati e coerenti con le indicazioni delle linee guida.

6. L'analisi del caso sottoposto all'esame di questa Sezione presuppone, per chiarezza espositiva, una breve descrizione della patologia sofferta dal giovane (*Omissis*), nonché quella dei presupposti necessari per verificare la sussistenza di una condotta gravemente colposa e del comportamento concretamente tenuto dai due medici intervenuti, alla luce di quanto suggerito dalla letteratura specialistica.

7. Per “idrocefalo ostruttivo” si intende l'accumulo di quantità eccessive del liquido cerebrospinale (c.d. *liquor*), in sé necessario per attutire ogni sollecitazione

	meccanica sull'encefalo, cagionato da ostruzione del flusso, con	
	conseguente aumento della pressione endocranica: in questo	
	caso, infatti, il liquido non riesce a scorrere dal cervello (in alto)	
	verso la zona del midollo spinale (in basso), passando attraverso	
	il tronco encefalico e il cervelletto, per essere riassorbito nel si-	
	stema venoso della volta cranica, ma via via si accumula, cau-	
	sando la c.d. “ <i>stenosi dell’acquedotto di Silvio</i> ”.	
	La patologia può manifestarsi in forma acuta, con valori	
	elevati di <i>liquor</i> raggiunti in un breve arco temporale, ovvero cro-	
	nica, con un lento sviluppo in un arco temporale non breve e	
	valori di pressione intracranica meno elevati rispetto a quella	
	acuta.	
	Uno dei sintomi di gravità degli effetti clinici causati da	
	tale patologia (che non trova più compensazione naturale in età	
	adulta per l'irrigidimento delle ossa craniche), se non tempesti-	
	vamente affrontata, è costituito dal <u><i>papilledema</i></u> (rigonfiamento	
	del nervo ottico) manifestante un aumento di pressione endocra-	
	nica, accompagnato da mal di testa, nausea, conati di vomito e	
	disturbi visivi. Se tale pressione non viene tempestivamente ri-	
	dotta, si arriva a un'atrofia secondaria del nervo ottico, con con-	
	seguente perdita della vista. La rimozione del liquido in eccesso	
	può avvenire in via endoscopica mediante una terzoventricolo-	
	stomia (primo intervento effettuato dall'equipe chirurgica) ovvero	
	con l'inserimento di una protesi all'intero dei ventricoli cerebrali	
	14	

(c.d. “derivazione ventricolare”) che consente il deflusso del *liquor*.

8. Come ha già precisato più volte questa Sezione (C.d.C. Liguria 14.09.2020, confermata da C.d.C. Sez. App. I 8.03.2022, n. 101; 9.05.2022, n. 46, confermata da C.d.C. Sez. App. II, 5.12.2023, n. 366; 13.02.2023, n. 21), costituisce grave negligenza il mancato compimento di attività positive, prevedibili e doverose sulla base di “regole di esperienza” ricavate da giudizi ripetuti nel tempo sulla pericolosità di determinati comportamenti; il giudizio di rimproverabilità, costituito dalla prevedibilità ed evitabilità dell’evento, deve essere fatto, nell’ambito della responsabilità medica, sulla base della piena conoscenza delle *leges artes* e dalla “impeccabilità” della diagnosi e della terapia (così Cass. Sez. un. pen. 22.02.2018, n. 8870, confermata dalla giurisprudenza successiva), valutata sulla base del grado di specializzazione dell’agente, della problematicità della vicenda e del grado di novità della situazione.

Ebbene, la vicenda odierna riguarda la condotta di due medici che, dopo la conclusione di un necessario e tempestivo intervento endoscopico, non avente il risultato sperato, come peraltro possibile e due risonanze magnetiche che, per ragioni diverse, non avevano dato alcun esito né positivo né negativo, hanno ritenuto di non procedere ad ulteriori approfondimenti diagnostici. La grave negligenza, secondo l’Attore pubblico, emergerebbe dall’assenza di ulteriori approfondimenti

	strumentali accompagnati da una troppo frettolosa e incauta di-	
	missione, per poi attendere eccessivamente prima di procedere	
	al secondo, necessario, intervento chirurgico.	
	9. La difesa del Dott. Severi si è sostanziata nei	
	seguenti profili:	
	- la situazione del paziente era già del tutto compromessa	
	al suo ingresso in Ospedale in quanto la comparsa dei di-	
	sturbi visivi si verifica molto tempo dopo l'insorgenza	
	dell'ipertensione endocranica; nella specie erano passati	
	quattro mesi dalla comparsa dei primi disturbi visivi, via	
	via sempre più rapidamente peggiorati e ciò indica che lo	
	stato di pressione intracranica era già presente da tempo;	
	- i sintomi sono stati sottovalutati dall'interessato e dalla	
	sua famiglia che non hanno evidenziato il periodo di inizio	
	dei disturbi visivi al momento dell'accettazione in Pronto	
	Soccorso, rimanendogli quindi ignoto, addirittura, fino	
	all'inizio del procedimento risarcitorio;	
	- Il primo intervento (c.d. " <i>terzoventricolostomia endosco-</i>	
	<i>pica</i> ") è stato eseguito con la massima celerità e con atte-	
	stata risoluzione dei sintomi di ipertensione endocranica,	
	assenza di complicazioni intracerebrali e persistenza della	
	apertura eseguita, confermata dalle due risonanze magne-	
	tiche effettuate il 7 e il 9 ottobre 2015;	
	- le dimissioni dal reparto erano state ritenute opportune	
	anche in considerazione dei sopravvenuti episodi	
	16	

	depressivi in capo al paziente, che altro non chiedeva se	
	non di potere tornare a casa;	
	- alla ricomparsa dei sintomi, si era proceduto ad un imme-	
	diato prericovero d'urgenza, cui era seguito, a distanza di	
	nove giorni, il secondo intervento di “ <i>derivazione liquorale</i>	
	<i>ventricolo peritoneale</i> ”.	
	Tutti questi aspetti risultano smentiti dagli atti proces-	
	suali, per quanto ora si espone.	
	9.1 Per quanto riguarda il primo assunto, se si	
	può condividere la circostanza che la patologia era effettivamente	
	in corso da mesi (almeno dal mese di maggio) come emerso dalla	
	Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) del 30 settembre (« <i>idrope</i>	
	<i>triventricolare verosimilmente di vecchia data</i> »), è altrettanto	
	vero che alla stessa data i difetti visivi erano limitati ad uno stato	
	di miopia addirittura compatibile con un eventuale rinnovo della	
	patente di guida degli autoveicoli (7/10 all'occhio destro e 8/10	
	all'occhio sinistro) con uno di ipermetropia moderata (+ 2,5 oc-	
	chio destro +3,00 occhio sinistro). Una situazione quindi non	
	particolarmente grave, per quanto riguardava le facoltà visive.	
	Non a caso è stato dimostrato che il paziente si era recato alla	
	visita oculistica guidando un motorino con cui aveva pure ac-	
	compagnato la madre.	
	L'attenta lettura del referto, unito alle dichiarazioni fatte	
	dal paziente nel corso della visita oculistica e riportate nella car-	
	tella clinica, attestanti la presenza da alcuni mesi di calo della	
	17	

	vista e della comparsa di una cefalea frontale, aggravatasi nel	
	corso dell'ultima settimana in quanto non più responsiva ai far-	
	maci antiinfiammatori e di intensità tale da non consentirgli più	
	di dormire durante la notte, avrebbe dovuto fare riflettere sulla	
	necessità di un'attenta verifica del decorso post-operatorio, fatto	
	non verificatosi, fino alla sua dimissione verificatasi addirittura	
	prima del previsto.	
	Tali elementi destano rilevanti perplessità sull'attenzione	
	cui è stato oggetto il Sig. (<i>Omissis</i>) nel corso della sua prima de-	
	genza, in quanto la circostanza affermata dal Dott. Severi (e cioè	
	che non aveva mai saputo, se non a seguito dell'inchiesta, che	
	la patologia era in corso da alcuni mesi) comporta l'inevitabile	
	conclusione che il medesimo non si sia mai preoccupato di leg-	
	gere attentamente il referto della visita oculistica del 30 settem-	
	bre, già riferita, che ha dato luogo al trasferimento al reparto di	
	neurochirurgia (« <i>inviato dall'oculista per episodi di calo del vi-</i>	
	<i>sus e cefalea frontale negli ultimi mesi ... da oltre 1 mese</i>	
	<i>episodi di calo del visus</i> »), avendolo, con tutta probabilità, col-	
	posamente delegato a qualcuno dei suoi assistenti (magari il	
	Dott. Bruzzo stesso?), che non gli evidenziò il dato. Comporta-	
	mento non accettabile da parte di un Primario.	
	9.2 Non corrisponde a verità che il successo del	
	primo intervento fosse stato confermato dalle due risonanze ma-	
	gnetiche effettuate il 7 e il 9 ottobre 2015 che, invece, non sono	
	state in grado di offrire alcun supporto.	
	18	

	Infatti, il referto della prima risonanza indica come	
	l'esame sia stato « interrotto prima dello studio della dina-	
	mica liquorale », essendo le sequenze « <i>viziate da grossolani ar-</i>	
	<i>tefatti da movimento per mancata collaborazione ottenibile dal pa-</i>	
	<i>ziente</i> » e anche quello della seconda, eseguita per studiare la	
	«dinamica liquorale (al precedente esame non eseguibile	
	per mancata collaborazione del paziente) con valutazione	
	flusso in corrispondenza della stomia » dà atto dell'assenza	
	di riscontri « <i>per la notevole variabilità della frequenza cardiaca</i>	
	<i>durante l'acquisizione</i> », risultando visibile una sola sequenza	
	« <i>peraltro viziosa [e, quindi, non attendibile] da artefatti da movi-</i>	
	<i>mento</i> ».	
	In altre parole, la presenza dei dolori dovuti alla persi-	
	stente cefalea aggravata non aveva consentito al paziente di	
	mantenere, in stato di coscienza, la compostezza e l'immobilità	
	necessarie per questo tipo di esame.	
	A questo punto, risulta inspiegabile - e non giustificabile	
	- la scelta, di fronte a due RMN che non hanno potuto fornire	
	indicazioni per il comportamento non collaborativo del paziente	
	(peraltro, nel secondo caso, nemmeno dominabile, trattandosi	
	della frequenza cardiaca) di non procedere allo stesso esame in	
	regime di sedazione (opzione particolarmente consigliata per pa-	
	zienti agitati e/o con problemi, come nel caso in questione), an-	
	che presso centri di raccolta, specificamente preparati a tali in-	
	dagini, richiedendo notoriamente lo studio della dinamica e del	
	19	

	flusso liquorale competenze tecniche specifiche di alta accura-	
	tezza; nella fattispecie, si è preferito optare, invece, per le dimis-	
	sioni dall'ospedale del paziente, appena quattro giorni dopo, ad-	
	dirittura in anticipo sul termine preventivato, nonostante episodi	
	di nausea, vomito, permanenza di disturbi della vista e, ancora,	
	medicato, con l'effetto di un quasi immediato peggioramento	
	della situazione clinica necessitante il secondo intervento.	
	Né può essere causa giustificativa la circostanza di venire	
	incontro al desiderio del paziente medesimo che si sentiva op-	
	presso all'interno dell'ospedale, stante il dovere deontologico e	
	contrattuale del sanitario, di tutelare primariamente l'integrità	
	fisica dell'assistito: non potendo ovviamente convincere quest'ul-	
	timo a rimanere sotto osservazione clinica, il Severi, quale diret-	
	tore del reparto, quantomeno avrebbe dovuto annotare sulla car-	
	tella clinica che la dimissione stava avvenendo contro la sua va-	
	lutazione; al contrario, la dimissione è stata addirittura accele-	
	rata, in costanza di medicazione e dei disturbi della vista, che	
	hanno poi condotto alla cecità assoluta.	
	9.3 Infine, e questo è l'aspetto della complessiva	
	condotta decisamente più grave, il secondo ricovero non è stato	
	affatto tempestivo attendendosi una settimana prima di proce-	
	dere all'intervento di derivazione liquorale, come ammesso dalla	
	Direzione Sanitaria del Reparto di Medicina Legale dell'E.O.	
	Ospedali Galliera (Relazione del 17 febbraio 2017, pag. 5 -6: « <i>non</i>	
	<i>ci appare invece condivisibile il timing del secondo intervento. Se,</i>	
	20	

da una parte possiamo indicare e concordare che i nervi ottici fossero già compromessi da un processo datante da mesi, proprio per questo il caso avrebbe dovuto essere **seguito con maggiore attenzione ed i disturbi monitorizzati per essere alleviati in breve tempo**. In particolare, appare **eccessivo** il periodo intercorso tra la evidenza di un quadro clinico e neuroradiologico conclamato, di ipertensione endocranica, e la decompressione chirurgica, per di più nella concomitante situazione di grave sofferenza di nervo e papilla ottica bilaterale».

In altre parole, almeno a fronte di una TAC evidenziante «una **voluminosa idrope sopratentoriale** con modesti segni di trasudazione liquorale» si sarebbe dovuta seguire la stessa tempistica adottata nel precedente intervento (massimo due giorni), anche procedendo con un immediato ingresso in reparto transitando dal Pronto soccorso, invece di attendere, con colpevole calma, altri sette giorni.

Sul punto, entrambi i consulenti tecnici di parte (il Dott. Lorenzo Polo per la famiglia (*Omissis*) e il Prof. Gianluigi Zona per l'ASL 3) hanno censurato proprio il ritardo del secondo intervento, smentendo le affermazioni difensive del Dott. Severi relative alla lenta evoluzione del quadro clinico post-intervento, con la possibile mancata riduzione della massa liquida per almeno tre mesi.

L'esame delle linee guida internazionali più recenti (ad es., il “Registro degli studi clinici negli Stati Uniti –

	<i>Sperimentazione clinica NCT04773938</i> ”, pubblicato il 1° maggio	
	2022) conferma la bontà di quanto sottoscritto dai consulenti	
	tecnici.	
	Le medesime, infatti, riconoscendo la validità e l’elevato	
	grado di successo (80%) degli interventi di terzoventricolostomia	
	endoscopica (ETV), rilevano però che la maggior parte dei falli-	
	menti – sempre possibili - si verifica, oggettivamente, poco dopo	
	la procedura (e, quindi, non a distanza di mesi come sempre	
	sostenuto dal convenuto e dai consulenti tecnici di parte) con	
	sintomi significativi che richiedono un reintervento precoce (qui	
	effettuato solo dopo ventisei giorni).	
	Ebbene, tutte queste condotte, unitariamente conside-	
	rate, sono state, ad avviso di questo Collegio, gravemente negli-	
	genti, tanto più se poste in essere da un soggetto esperto al	
	punto da dirigere un reparto specialistico, qual è quello neuro-	
	chirurgico del secondo più importante Ospedale presente in Li-	
	guria.	
	10. La difesa ha invocato l’applicazione dei prin-	
	cipi espressi da Cass. 11.11.2019, n. 29897 che, analizzando il	
	tema del diritto di rivalsa (o, più correttamente, di regresso), ha	
	affermato il principio della ripartizione della responsabilità tra	
	medico e struttura sanitaria in applicazione dell’art. 1298 c.c.	
	Pertanto, in caso di eventuale condanna, l’importo della	
	stessa dovrebbe essere decurtato di una parte che dovrebbe ri-	
	manere in capo all’ Azienda Ospedaliera.	
	22	

	10.1	Anche questa eccezione è già stata af-
		frontata da questa Sezione con le sentenze n. 59/2020 (confer-
		mata dalla I° Sezione Centrale di Appello con la sentenza
		8.03.2022, n. 101) e n. 46/2022 (confermata dalla II° Sezione
		Centrale di Appello con la sentenza n. 366/2023), sopra menzio-
		nate, in cui è stata respinta sulla base della diversa disciplina
		che deve ritenersi applicabile nei rapporti tra sanitario e casa di
		cura privata e, invece, tra sanitario e struttura pubblica, sulla
		base della natura non imprenditoriale di quest'ultima e la con-
		seguente assenza del rischio di impresa.
		La diversità tra struttura aziendalistica privata, finaliz-
		zata ad un'attività commerciale, e struttura sanitaria pubblica,
		che svolge un servizio pubblico essenziale per la tutela della sa-
		lute della collettività, giustificativo di una diversa disciplina po-
		sitiva, è stata vieppiù confermata dalla Corte costituzionale nella
		sentenza 21.07.2020, n. 157.
		Da ciò consegue la logica differenza dei caratteri di disci-
		plina nei rapporti tra medico e struttura di riferimento.
		In altre parole, non vi è, nell'ambito della sanità pubblica,
		quella esigenza di equo contemperamento e di selezione sul mer-
		cato che giustifichi una ripartizione interna dei costi risarcitori,
		come è proprio invece della sanità privata. Pertanto, non vi sono,
		in fattispecie, sotto il profilo oggettivo, i presupposti per esten-
		dere i principi della sentenza di san Martino 2019 alla sanità
		pubblica.
		23

	Peraltro, sono assenti anche i presupposti soggettivi, dal	
	momento che il principio di diritto espressamente enunciato al	
	termine della decisione indica come fattore esimente dalla ripar-	
	tizione del danno tra struttura e sanitario, proprio l'elemento	
	soggettivo costitutivo della responsabilità amministrativa e cioè	
	il comportamento inescusabilmente grave, del tutto imprevedi-	
	bile e improbabile.	
	Sulla base delle argomentazioni sopraesposte, pertanto	
	deve essere disattesa anche questa eccezione difensiva.	
	11. Il Dott. Bruzzo ha affermato la propria estra-	
	neità a quanto avvenuto, essendosi egli limitato a fare l'anam-	
	nesi del paziente al momento dell'accettazione in reparto e, suc-	
	cessivamente, a dimetterlo su indicazione del Primario, senza	
	avere adottato alcuna valutazione autonoma; al di là di questi	
	due episodi e della partecipazione all'intervento di terzoventrico-	
	lostomia endoscopica non ha avuto contatti con il paziente né	
	ha preso minimamente parte alle decisioni relative alla tempi-	
	stica del secondo intervento.	
	Inoltre, la quantificazione della somma risarcitoria ap-	
	pare sproporzionata ed accettata con grave e contraddittoria	
	colpa degli Organi liquidatori, essendo passati costoro, senza al-	
	cuna ragione resa evidente, da una proposta di definizione per €	
	400.000,00, all'accettazione della controproposta di €	
	1.070.000,00. Le eccezioni non sono accoglibili per quanto ora	
	si espone.	
	24	

	11.1	L'affermazione della sua estraneità decisio-
		nale nell'intera vicenda, compresa anche quella riguardante le
		dimissioni del (<i>Omissis</i>) del 13 ottobre 2015, trovano smentita
		nella cartella clinica, la quale riporta la sottoscrizione dell'atto di
		dimissione dall'Ospedale del solo Bruzzo e non del Direttore del
		reparto. Costituendo la cartella clinica un atto pubblico facente
		piena prova fino a querela di falso (non avvenuta), questo solo
		fatto è, di per sé idoneo al rigetto dell'eccezione.
		Per ragioni di completezza, comunque, si deve sottoli-
		neare che ogni medico, incluso lo specializzando (e, quindi, tanto
		più un medico assunto, anche se non da molto tempo) sia tenuto
		a segnalare eventuali errori od omissioni e a rifiutare di avallare
		scelte mediche che appaiano palesemente incongrue, come nel
		caso in esame per le ragioni sopra esposte.
	11.2	La critica relativa all'eccessività della transa-
		zione si fonda su una totale non conoscenza (non si sa quanto
		colposa) delle tabelle di Milano, aggiornate quest'anno, che di-
		sciplinano la quantificazione del risarcimento e la cui violazione,
		come è noto, è sindacabile nel giudizio di legittimità per viola-
		zione di legge.
		Ebbene, tali tabelle prevedono, nel caso di lesione dell'in-
		tegrità psicofisica all'85% (percentuale riconosciuta dalla Dire-
		zione Sanitaria di Medicina Legale dell'Ospedale Galliera) di un
		soggetto ventenne (età di (<i>Omissis</i>) al momento del sinistro, come
		valutato dal proprio CTP) integrata con gli aspetti dinamico-

	relazionali e morali, la corresponsione della somma capitale di €	
	1.275.302,00, cui devono essere aggiunti rivalutazione moneta-	
	ria e interessi in misura esponenziale (per una somma comples-	
	siva di € 1.668.210,46, alla data della presente udienza).	
	A ciò deve essere aggiunta la liquidazione del danno non	
	patrimoniale per ciascuno dei due genitori, di ammontare tutt'al-	
	tro che lieve perché, oltre al dolore nel vedere il proprio figlio	
	ridotto ad uno stato di cecità assoluta per il resto della vita, con	
	fortissime crisi depressive, deve aggiungersi il totale stravolgi-	
	mento della propria agenda quotidiana, necessitando ovvia-	
	mente (<i>Omissis</i>) di assistenza costante ed affetto continuo da	
	parte dei propri genitori, nonché gli onorari dei due avvocati, li-	
	quidabili secondo le voci medie delle tabelle professionali nella	
	somma complessiva di € 139,665,00, solo considerando il giu-	
	dizio di primo grado.	
	L'operato degli organi di liquidazione è da ritenersi total-	
	mente condivisibile in quanto, dopo avere invano cercato di con-	
	tenere l'importo risarcitorio in importi minimale, stante la gra-	
	vità dei fatti, hanno poi concluso una transazione che ha con-	
	sentito il probabile risparmio di almeno il 50% della possibile	
	quantificazione in sede giudiziaria, in caso di accoglimento totale	
	della richiesta formulata in sede giudiziaria (non a caso il giudice	
	in sede di A.T.P aveva caldeggiato un accordo transattivo). A pre-	
	scindere da tutto ciò occorre evidenziare che, per gli importi su-	
	periori a € 150.000,00, l'art. 16 D.G.R. 31.01.2014, n. 102	
	26	

	preclude all'Ente ospedaliero di adottare atti difformi rispetto ai	
	contenuti della proposta transattiva formulata dal perito regio-	
	nale (<i>Loss Adjuster</i>).	
	12. Con riferimento alla quantificazione del danno	
	in questa sede, il Dott. Severi ha chiesto l'esercizio del potere	
	riduttivo in ragione dell'esemplare condotta lavorativa, sempre	
	improntata al massimo impegno e dedizione e dell'eccessivo ca-	
	rico di lavoro sempre fronteggiato nella sua attività, a causa della	
	continua riduzione del numero di posti letto e della mancanza di	
	<i>turn-over</i> del personale medico.	
	Il Dott. Bruzzo, invece, ha invocato l'applicazione dell'art.	
	9 della L. n. 24/2017, nella parte in cui «ai fini della quantifica-	
	zione del danno, si tiene conto delle situazioni di fatto di parti-	
	colare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura	
	sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la profes-	
	sione sanitaria ha operato».	
	Il P.M. non si è opposto all'esercizio del potere riduttivo,	
	rimettendosi alla valutazione del Collegio.	
	Tale aspetto è meritevole di uno specifico approfondi-	
	mento.	
	12.1 La liquidazione operata dall'Ente Ospedaliero	
	si è fondata sulla forte probabilità di una sentenza di condanna	
	per danno non patrimoniale derivante da lesione della salute,	
	complessivamente considerato, diretto e indiretto, secondo	
	quanto sopra esposto.	
	27	

	Il Collegio però ritiene che non sia stata raggiunta la	
	piena prova dell'esistenza di un danno biologico, derivante da	
	tutta questa vicenda, non potendosi avere dimostrazione, <i>ex</i>	
	<i>post</i> , della elevata probabilità che l'intervento di derivazione ven-	
	tricolare, se tempestivamente effettuato avrebbe fatto regredire	
	la malattia, come afferma il consulente tecnico del danneggiato	
	o se, comunque la lesione del nervo ottico, in corso da almeno	
	quattro mesi, avesse già raggiunto un grado di irreversibilità. Ciò	
	è particolarmente sostenuto dal Prof. Zona il quale, dopo avere	
	affermato la necessità di procedere al più presto al secondo in-	
	tervento più invasivo dopo le due RMN del 7 e del 9 ottobre, rileva	
	che «è difficile affermare con certezza che una risoluzione più pre-	
	coce del quadro di ipertensione endocranica avrebbe sicuramente	
	condotto alla “ <i>restitutio in integrum</i> ” del deficit visivo del paziente,	
	ma è lecito ipotizzare che avrebbe potuto ridurre la gravità del de-	
	ficit <i>instauratosi</i> ». Al contrario, la Direzione Sanitaria di Medicina	
	Legale dell'Ospedale Galliera non aveva escluso la possibilità	
	dell'accoglimento integrale della domanda, con il riconoscimento	
	del danno biologico e di un danno morale facilmente strumenta-	
	lizzabile: non a caso, sin dalla prima istanza del 5 luglio 2016, è	
	stato sottolineato il fortissimo trauma subito dall'intera famiglia	
	a seguito di quanto avvenuto. Si tratta, in fattispecie, quindi, di	
	una tipica figura di danno incerto con riferimento al possibile	
	ma non certo e neppure probabile miglioramento della salute e	
	delle sofferenze del paziente, in ipotesi tempestività del secondo	
	28	

intervento.

La giurisprudenza di legittimità (Cass. 4.03.2004, n. 4400 che ha costituito il *leading case* in materia; Cass. 11.11.2019, n. 28993 [la nona delle dieci famose sentenze depositata dalla III Sezione civile della Cassazione l'11 novembre 2019, c.d. "S. Martino II"]; Id. 13.04.2023, n. 9905; Id. 19.11.2023, n. 26851) ritiene di qualificare tale insuperabile incertezza come una possibilità perduta di guarigione o, almeno, «di un maggiore risultato, sperato, incerto ed eventuale» (c.d. *chance medica*), purché seria e apprezzabile, nel tentativo di temperare, in questo modo, il rigido criterio risarcitorio probabilistico (c.d. *all or nothing*) ritenendo sufficiente il 21 – 30% di possibilità di miglioramento (in sede di merito, dove si può calcolare il livello possibilistico, insindacabile in Cassazione, Trib. Livorno, 19.03.2018, n. 332; Trib. Rovigo 26.07.2022; Trib. Lecce 24.11.2022), liquidabile in via equitativa, ai sensi dell'art. 1226 c.c.

12.2 Nella fattispecie oggi in discussione, proprio con riferimento a quanto assunto in sede probatoria, il Collegio ritiene di dovere distinguere il comportamento degli organi di liquidazione, i quali hanno operato tenendo presente la possibilità, palesata dai consulenti interni, di un risarcimento pieno per accertata lesione della salute, da quello attribuibile agli odierni convenuti, sicuri responsabili di avere perlomeno compromesso la possibilità di guarigione del danneggiato.

	In tale prospettiva, la valutazione quantificatoria deve te-	
	nere presente la sussistenza dei presupposti per l'esercizio del	
	potere riduttivo in favore del Dott. Severi dal medesimo allegati	
	(media di sessanta ore di lavoro a settimana, duemila ore di	
	straordinario maturate fino al 1996, cui ha volontariamente ri-	
	nunciato per non bloccare il reparto, carenza sempre più accen-	
	tuata di organico, che aveva costretto a svolgere continuamente	
	interventi chirurgici d'urgenza notturni o durante le giornate fe-	
	stive) e non contestati dalla Procura erariale; per quanto ri-	
	guarda, invece il Dott. Bruzzo, ferma restando l'inapplicabilità	
	dell'art. 9 L. n. 24/2017, come esposto in sede di rigetto dell'ec-	
	cezione di inammissibilità, deve essere tenuta in considerazione	
	la minore rilevanza della condotta consistente nell'inescusabile	
	leggerezza prestata nel momento della dimissione del paziente,	
	alla data del 13 ottobre 2015, senza esaminare con la dovuta	
	attenzione la cartella clinica indicante elementi che avrebbero	
	dovuto indurre a ben altra prudenza (mancata verifica della di-	
	namica liquorale tentata per due volte, presenza di episodi di	
	vomito e nausea, permanenza dei disturbi visivi, medicazioni an-	
	cora in corso).	
	Si ritiene pertanto equo applicare il potere riduttivo nei	
	confronti del Dott. Severi nella misura del 60% della richiesta	
	petitoria, rimanendogli imputato il 40% del danno cagionato alla	
	ASL 3 e, equanimemente, si ritiene di limitare la responsabilità	
	del Dott. Bruzzo al 40% della voce di danno imputatogli,	
	30	

detraendogli il 60%, in considerazione della ridotta condotta col-
posa posta in essere.

13. In base a tutto quanto sopra esposto, si con-
sidera accertata la responsabilità amministrativo-contabile del
Dott. Paolo Severi e del Dott. Mattia Bruzzo, i quali devono es-
sere condannati al pagamento, rispettivamente, della somma di
€ 342.400,00 e della somma di € 85.600,00, in favore dell'E.O.
Ospedali Galliera di Genova.

Tali somme sono soggette a rivalutazione monetaria, a
decorrere dalla data del 17 dicembre 2018, giorno dell'effettuato
pagamento in favore della famiglia (*Omissis*) e dei loro legali, con
successivo calcolo degli interessi legali sulla somma via via riva-
lutata.

Le spese di giudizio, liquidate come da dispositivo, se-
guono la soccombenza.

P. Q. M.

la Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Liguria,
definitivamente pronunciando, in parziale accoglimento della
domanda attorea,

C O N D A N N A

SEVERI Paolo al pagamento, in favore dell'E.O. "*Ospedali Gal-
liera*", della somma di € 342.400,00, con rivalutazione moneta-
ria, secondo gli indici ISTAT, a decorrere dal 17 dicembre 2018
fino alla pubblicazione della presente sentenza e interessi legali
dalla pubblicazione della sentenza, fino all'effettivo pagamento.

