

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI PALERMO
TERZA SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice, dott. ssa Giovanna Nozzetti, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia iscritta al n. 422 del registro generale affari civili dell'anno 2018

TRA

L. F., nato a *omissis (omissis)* il *omissis* (C.F. *omissis*), rappresentato e difeso - per mandato in calce all'atto di citazione - dall'avv. Dora Corsaro (doracorsaro@pecavvpa.it)

ATTORE

E

Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" (P.I. 05841780827), in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, rappresentata e difesa, per procura depositata nel fascicolo informatico, dall'avv. Sergio Buccellato (sergiobuccellato@pec.it)

CONVENUTA

OGGETTO: *responsabilità sanitaria; risarcimento danni*

Conclusioni: come nelle rispettive note di trattazione scritta per l'udienza cartolare del 28.1.2021

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con l'atto di citazione notificato il 4.1.2018, F. L. convenne in giudizio l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" per sentirla condannare al risarcimento del danno alla salute temporaneo e permanente sofferto in conseguenza dell'errato trattamento dell'ernia posteriore paramediane sinistra con migrazione caudale diagnosticatagli il 19.5.2010, per la cui risoluzione si era sottoposto ad intervento di microdiscectomia L5-S1 con decompressione della radice esitato in una recidiva, incongruamente affrontata dai sanitari con trattamento conservativo che aveva accentuato le conseguenze nefaste dell'intervento neurochirurgico a causa della formazione di tessuto cicatriziale nella radice nervosa e generato la comparsa di una sindrome da fallimento della chirurgia spinale.

Le prestazioni sanitarie ricevute presso l'Azienda convenuta lungi dal condurre al miglioramento della sintomatologia algica, avevano invece provocato un peggioramento del quadro clinico iniziale con la comparsa di *ipotonotrofia all'arto inferiore sinistro con ipostenia della flessione plantare e segni di una marcata sofferenza radicolare sinistra*, cui si era associato *un rilevante stato depressivo caratterizzato da ansia, insonnia, irritabilità, depressione e manifestazioni ossessivo – fobiche*.

Costituendosi in giudizio, l'Azienda Ospedaliera negò profili di responsabilità nell'operato dei sanitari deducendo che non era stata posta indicazione ad un secondo intervento chirurgico in quanto non vi era recidiva di ernia da operare. La persistenza della sintomatologia dolorosa andava invece verosimilmente imputata a fenomeni infiammatori e/o degenerativi a carico delle radici nervose non di carattere compressivo.

Dovendo escludersi sia la colpa dei sanitari che la sussistenza del nesso eziologico con la sfavorevole evoluzione della condizione clinica iniziale del paziente, le domande attoree – che contestò anche nel *quantum* - andavano rigettate.

La causa venne istruita mediante le indagini medico – legali d'ufficio affidate al collegio composto dai dott.ri Francesco Ausania e Gianpaolo Petrella.

Così esposti i fatti di causa, premessa la procedibilità dell'azione preceduta dal vano esperimento della mediazione (cfr. verbale negativo dell'incontro del 25.5.2017), avendo la comparente contestato la configurabilità degli addebiti ascritti al personale medico dell'U.O. di Neurochirurgia rispetto alla gestione del caso clinico loro sottoposto, va ricordato che dall'accettazione del paziente presso la struttura sanitaria e dalla conclusione del c.d. contratto di ospedalità o di assistenza sanitaria, scaturisce, per la struttura medesima, l'obbligo di erogare una complessa serie di prestazioni, sia di natura medica, ivi compresi la messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché l'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi di eventuali complicazioni o emergenze, che, *lato sensu*, di ospitalità alberghiera (nel caso di ricovero), di assistenza e protezione, obbligazioni tutte destinate a personalizzarsi in relazione alla patologia riscontrata nel soggetto e alla situazione concreta (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospedalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicché neppure rileva la circostanza che il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (*rectius*, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, Cass., sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

Tuttavia, *il positivo accertamento della responsabilità dell'istituto postula pur sempre la colpa del medico esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di tale colpa (fatta salva l'operatività di presunzioni legali in ordine al suo concreto accertamento), poiché sia l'art. 1228 che il successivo art. 2049 c.c. presuppongono, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno, cosicché, in assenza di tale colpa, non è ravvisabile alcuna responsabilità contrattuale del committente per il fatto illecito dei suoi preposti* (Corte di Cass. sent. n. 12362/2006)

Vertendosi in ipotesi di responsabilità professionale, la colpa viene generalmente declinata sotto il profilo della negligenza (ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione), dell'imprudenza (avventatezza, sconsideratezza, eccessiva audacia per trasgressione delle norme dettate dalla ragione o dall'esperienza) o dell'imperizia (intesa nel senso di scarsa preparazione professionale, dovuta ad incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche o inesperienza specifica).

È, inoltre, noto che il parametro alla stregua del quale valutare la diligenza del professionista non è quello previsto in generale, per qualunque debitore, dall'art. 1176 co.1, c.c., ma la c.d. diligenza qualificata di cui all'art. 1176 co.2 c.c., in base al quale l'operato del professionista va valutato alla stregua delle conoscenze tecniche e specifiche che ci si attende da tale soggetto. L'operato dell'esercente la professione sanitaria potrà ritenersi diligente nella misura in cui risulti conforme ai protocolli, linee guida o buone pratiche accreditate presso la comunità scientifica di riferimento, nonché al bagaglio di competenze e conoscenze proprie del professionista di media preparazione e avvedutezza, in relazione alle specificità del caso concreto.

Pertanto, l'inadempimento del professionista non si desume, automaticamente, dal mancato raggiungimento di un risultato utile (miglioramento della condizione di salute del paziente), dall'insorgenza di nuove patologie o dal peggioramento di quelle preesistenti, ma va valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale, e, in particolare, al dovere della diligenza professionale di cui all' art. 1176, co. 2, c.c. (Cass. n. 23918/2006; Cass. 16394/2010).

In effetti, l'attore – pur non contestando l'indicazione all'intervento chirurgico di microdissectomia L5-S1 con decompressione della radice cui era stato sottoposto il 21.5.2010 – ne lamenta la non corretta

esecuzione, consistita nell'aver rimosso soltanto parzialmente l'ernia discale, con conseguente ricomparsa, nel post operatorio, della medesima sintomatologia algica; lamenta altresì l'incongrua gestione della recidiva discale, trattata dai sanitari in maniera conservativa, ossia con terapia medica, riposo e FKT, invece che con un immediato re-intervento chirurgico, come imponeva il quadro clinico caratterizzato dalla sua sovrapponibilità, in termini di gravità, con quello d'esordio.

Il protrarsi del trattamento conservativo avrebbe anzi accentuato, ad avviso della difesa attorea (confortata dalla relazione tecnica di parte), le conseguenze dell'intervento di microdiscectomia, favorendo la formazione di tessuto cicatriziale nella radice nervosa.

Le disposte indagini medico – legali d'ufficio hanno tuttavia smentito la fondatezza di tali addebiti, all'esito di un'accurata analisi del caso e alla luce sia di notazioni generali sulla patologia (ernia del disco lombare) che affliggeva il paziente e sul corredo sintomatologico con cui essa si manifestava per via della compressione delle radici nervose lombosacrali, sia di studi scientifici relativi alle opzioni terapeutiche (specialmente alle indicazioni elettive al trattamento chirurgico) e alle possibili complicanze.

Si è, in particolare, osservato, da parte dei CCTTUU che la sindrome da fallimento chirurgico spinale (Failed Back Surgery Syndrome – FBSS) è una complicanza severa, disabilitante e relativamente frequente (5-30%) della chirurgia spinale, caratterizzata da un dolore severo, cronico, generalmente resistente alla fisioterapia e al trattamento farmacologico.

Le cause più frequenti ne sono un livello sbagliato di chirurgia, una tecnica chirurgica inadeguata, l'instabilità vertebrale, la recidiva di ernia del disco e la fibrosi perineurale, ossia la formazione di tessuto fibroso – cicatriziale a livello epidurale. Quest'ultima è la causa più comune, con un'incidenza del 24-36,4%.

E' stato inoltre opportunamente evidenziato:

che il *rate* del successo terapeutico nella ripetizione dell'atto chirurgico nel caso di recidiva di ernia discale è simile al primo intervento, mentre *sottoporre nuovamente il paziente ad intervento chirurgico in caso di fibrosi cicatriziale ha un successo terapeutico molto limitato (30-35%) e addirittura in un 15-20% dei pazienti è riportato un peggioramento delle condizioni rispetto al pre – operatorio. Infatti, in questo caso, l'atto chirurgico in una zona già sottoposta ad intervento presenta delle difficoltà tecniche maggiori legate al sovvertimento della normale anatomia umana con relativo aumento dei rischi e delle complicanze;*

che il trattamento della FBSS è vario e può essere sia farmacologico, sia fisioterapico che chirurgico. E' consigliato iniziare con un trattamento conservativo del dolore residuo cominciando con la terapia fisica e farmacologica. Quando il trattamento conservativo non è più efficace nel controllare il dolore si possono usare trattamenti più aggressivi. In assenza di una chiara indicazione al trattamento chirurgico di revisione, procedure interventistiche minimamente invasive rappresentano un'opzione terapeutica valida. Tra queste procedure vengono riportate l'iniezione epidurale di farmaci, la peridurolisi, la stimolazione spinale, la stimolazione del nervo, il posizionamento di pompe ad infusione continua di farmaci.

Fatte queste precisazioni, il Collegio medico (composto da uno specialista in medicina legale e da specialista in neurochirurgia), nel rispondere ai quesiti formulati con l'ordinanza del 23.5.2019 e modellati sui profili di inesatta esecuzione della prestazione individuati nella consulenza di parte attrice e nell'atto introduttivo del giudizio, ha escluso – alla luce della documentazione sanitaria prodotta, delle dimensioni dell'ernia, della descrizione dell'atto operatorio e della sua durata, dell'iniziale miglioramento clinico della sintomatologia dopo l'intervento – che la procedura chirurgica fosse stata gravata da errori esecutivi o dal verificarsi di complicanze intraoperatorie.

Hanno, in particolare, ritenuto scarsamente verosimile che l'eziologia della FBSS fosse riconducibile (come invece sostenuto dai CCTTPP) ad una asportazione parziale dell'ernia discale, *posto che l'ernia era di notevoli dimensioni e quindi facilmente riconoscibile e asportabile in toto durante l'intervento del 21.5.2010, dato evincibile dallo stesso referto operatorio.* Peraltro, la presenza di alterazioni radiologiche a livello L2-L3, L3-L4 ed L4-L5, rilevate alla RMN dell'1.7.2010 e ragionevolmente preesistenti all'intervento di microdiscectomia (che ha interessato soltanto il segmento L5-S1), è indicativa del fatto che la situazione clinica del L. fosse complicata dalla presenza di più ernie discali e descrittiva di un quadro di "schiena malata".

Quanto all'addebito relativo all'incongrua gestione della recidiva e all'erronea scelta del trattamento conservativo, i CCTTUU hanno preso le mosse dall'esame delle immagini della RMN con mdc eseguita il 19.10.2010 nelle quali non hanno riscontrato *una importante compressione delle radici nervose (in questo caso di sinistra)* in presenza della quale soltanto *sarebbe stato corretto considerare una nuova revisione chirurgica.*

Il peggioramento del quadro neurologico, inoltre, non era dipeso dall'esecuzione dell'atto operatorio, in quanto la sofferenza della radice L4 non era in correlazione con l'intervento, mentre la sofferenza delle radici L5-S1 era già presente certamente prima dell'intervento stesso; in ogni caso, in mancanza di una elettromiografia pre operatoria non sarebbe stato possibile definire la sussistenza o meno di un'accentuazione della sofferenza radicolare.

Il fatto, dunque, che non si sia ottenuto un miglioramento della situazione iniziale del paziente non è da sé indicativo di un'errata procedura chirurgica, occorrendo considerare:

- che in casi analoghi a quello in esame, in cui vi è un'importante e diffusa patologia discale, il trattamento chirurgico (microdiscectomia) non implica la completa risoluzione delle problematiche ma si propone di trattare gli effetti clinici dovuti alla compressione nervosa esercitata dall'ernia localizzata nel singolo segmento trattato (in questo caso L5-S1);

- *la FBSS può ritenersi una complicanza prevedibile in quanto nota, ma nel caso di specie non prevenibile in quanto causata da una fibrosi cicatriziale post – operatoria, evento noto e purtroppo molto frequente. Sulla base della letteratura scientifica consultata, la formazione di tessuto cicatriziale, in riferimento all'epoca in cui si è svolta la vicenda per cui è causa, non risulta evitabile ovvero riducibile mediante utilizzo di particolari trattamenti intraoperatori.*

Per le esposte ragioni, i CCTTU hanno espresso il duplice convincimento:

che la procedura chirurgica del 21.5.2010 risulta eseguita nel rispetto delle Linee Guida vigenti all'epoca dei fatti, conforme ai canoni di diligenza, prudenza e perizia e pertanto priva di condotte chirurgiche censurabili;

che la gestione della FBSS sia esente da scostamenti dalla *leges artis*, in quanto, come già osservato, il reintervento in caso di fibrosi cicatriziale ha un successo terapeutico molto limitato (30-35%) e addirittura nel 15-20% dei pazienti è riportato un peggioramento clinico;

che sia dunque condivisibile la scelta dei sanitari di tentare inizialmente un trattamento conservativo del dolore residuo mediante terapia fisica e farmacologica e di optare successivamente, di fronte all'inefficacia del trattamento conservativo e stante l'assenza di una chiara indicazione al trattamento chirurgico di revisione, per procedure interventistiche minimamente invasive (peridurolisi, impianto di neurostimolatore midollare).

Le considerazioni esposte, frutto di attenta disamina del caso e di considerazioni sostenute da pertinente e ampia letteratura scientifica riportata nella bibliografia consultata, resistono alle osservazioni critiche del CTP dell'attore, il quale ha posto in discussione la scelta del trattamento chirurgico iniziale sostenendo che la riscontrata presenza di una patologia artrosico – degenerativa del tratto lombare della colonna avrebbero dovuto suggerire all'equipe chirurgica di *proporre, contestualmente all'intervento effettuato, anche una manovra di stabilizzazione o di fusione vertebrale*, e ha censurato l'operato dei sanitari dell'Azienda ospedaliera convenuta sotto il profilo della lesione dell'autodeterminazione del paziente, per non avergli prospettato – quale alternativa al trattamento conservativo e anche alla luce degli altri pareri specialistici acquisiti – la possibilità di un reintervento chirurgico.

Rispetto alla prima osservazione, che effettivamente si pone quale *novum* rispetto ai profili di inesattezza della prestazione denunciati negli scritti difensivi e nella stessa consulenza di parte, in cui anzi il CTP aveva ritenuto *corretta l'indicazione all'intervento di microdiscectomia L5-S1 e decompressione della radice per la presenza di una voluminosa ernia L5-S1 con migrazione caudale*, si è evidenziato, da parte degli ausiliari, che la letteratura consultata conferma la correttezza della tipologia del trattamento praticato al L.. In particolare, le Linee Guida del Ministero della Salute (documento 9 ottobre 2005, aggiornato ad ottobre 2008) *considerano esclusivamente come procedure chirurgiche da utilizzare per il trattamento dell'ernia del disco lombare sintomatica la discectomia standard, la microdiscectomia, la discectomia percutanea automatizzata, la discectomia con laser o con ablazione, la sostituzione del disco intervertebrale.*

Tuttavia, le raccomandazioni per la pratica clinica affermano che la discectomia standard o la microdiscectomia rappresentano le tecniche chirurgiche di scelta, e la medesima indicazione è stata mantenuta anche nelle linee guida SIOT più recenti (2014-2016) in cui si conferma che il trattamento chirurgico di elezione della radicolopatia da ernia discale è rappresentato dalla decompressione diretta della radice tramite asportazione dell'ernia ed è confortato da buone prove di efficacia... la microdiscectomia è da preferire per la minore invasività sulla colonna ed è oggi considerato il gold standard.

Non ricorreva invece, nel caso in esame, l'indicazione al trattamento aggiuntivo con laminectomia e fusione, *indicato nei pazienti con una spondilodistesi degenerativa e/o stenosi o nei casi di instabilità vertebrale (solo fusione senza laminectomia)*, dunque in situazioni non ricorrenti rispetto al quadro clinico del L..

Nella prima memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c. parte attrice ha per la prima volta lamentato la lesione del proprio diritto di autodeterminazione rispetto al trattamento chirurgico propostogli, adombrando in definitiva di non essere stato posto in condizione di scegliere consapevolmente un approccio diverso, anche chirurgico, suggerito in seguito da altri specialisti consultati.

L'allegazione, che non appare tuttavia essersi sostanziata nella deduzione di pregiudizi diversi da quelli correlati alla recrudescenza della situazione invalidante per la quale il L. si era rivolto alle cure dei sanitari della struttura convenuta, è tuttavia evidentemente tardiva, alla luce del principio secondo cui nel caso in cui l'attore abbia chiesto con l'atto di citazione il risarcimento del danno da colpa medica per errore nell'esecuzione di un intervento chirurgico o comunque di una prestazione sanitaria e, quindi, per la lesione del diritto alla salute, e domandi poi in corso di causa anche il risarcimento del danno derivato dall'inadempimento, da parte dello stesso medico, al dovere di informazione necessario per ottenere un consenso informato (inerente al diverso diritto alla autodeterminazione nel sottoporsi al trattamento terapeutico), si verifica una "*mutatio libelli*" e non una mera "emendatio", in quanto nel processo viene introdotto un nuovo tema di indagine e di decisione, che altera l'oggetto sostanziale dell'azione e i termini della controversia, tanto da porre in essere una pretesa diversa da quella fatta valere in precedenza." (ex multis, Cass. 24072/2017; Cass. 3423/2018).

La pretesa – che non si è comunque sostanziata nell'allegazione di pregiudizi diversi da quello alla salute – è dunque inammissibile e comunque anche infondata nel merito non essendo provato il nesso causale tra la condotta asseritamente incongrua del personale dell'Azienda sanitaria e le conseguenze lamentate ed avendo anzi i consulenti affermato che *nessuna condotta alternativa avrebbe secondo il criterio del più probabile che non determinato un esito differente della vicenda.*

Non è stato peraltro adeguatamente avversato quanto ritenuto dai CCTTUU, ossia che ad un alto rate di inefficacia legato all'intervento di revisione, si sarebbero sommati anche i rischi legati ad un intervento chirurgico di artrodesi, eventualità non solo priva di sicura utilità (come riconosciuto anche dallo specialista in NCH, dott. B., nel referto della visita del 15.12.2013; doc. 62), ma che avrebbe esposto il paziente a rischi aggiuntivi.

Infatti, l'atto chirurgico in zona già sottoposta ad intervento presenta difficoltà tecniche maggiori legate al sovvertimento della normale anatomia umana con relativo aumento dei rischi e delle complicanze, come sostenuto anche dagli Autori citati nell'elaborato peritale.

E' noto che , nei giudizi risarcitori da responsabilità sanitaria, si delinea "*un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle*". Orbene, il primo, "*quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante. Mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia, ovvero la morte, e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto)*" (così, in motivazione, tra le altre, Cass. Sez. 3, sent. 26 luglio 2017, n. 18392, Cass. 12872/2020).

Pertanto, non essendo stati riscontrati profili di negligenza, imprudenza o imperizia nell'operato dei sanitari dell'U.O. di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello e stante l'acclarata non prevenibilità della formazione di tessuto fibroso a livello epidurale e della sindrome da fallimento della chirurgia spinale, la domanda proposta dev'essere rigettata, non essendovi spazio alcuno per la rinnovazione delle indagini peritali esitate in un elaborato chiaro ed esaustivo anche rispetto ai rilievi critici formulati.

Non ravvisandosi ragioni per una anche parziale compensazione (art. 92 c.p.c.), al rigetto delle domande attoree consegue la condanna della parte soccombente al pagamento delle spese di lite, che tuttavia, tenuto conto del modesto impegno difensivo, della rapidità dell'istruttoria e del mancato deposito di scritti conclusivi da parte dell'Azienda vittoriosa e dei parametri generali fissati dall'art. 4 DM 55/14, si reputa congruo liquidare applicando per le fasi di studio ed introduttiva i valori tabellari medi previsti per le cause di valore indeterminabile (fino ad € 260.000,00) e per le fasi successive il massimo coefficiente riduttivo.

Le spese occorse per l'espletata CTU vanno poste definitivamente a carico di parte attrice.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa;

1) Rigetta le domande spiegate da L. F. nei confronti dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" di Palermo, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con l'atto di citazione notificato il 4.1.2018;

2) Condanna l'attore alla rifusione delle spese di lite in favore dell'Azienda convenuta, e le liquida in complessivi € 7.625,00 per compensi, oltre rimborso forfettario delle spese generali nella misura del 15% dei compensi, ed oltre I.V.A. e CPA;

3) Pone le spese occorse per l'espletata c.t.u. definitivamente a carico della parte attrice.

Così deciso a Palermo, il 25 aprile 2022

Il Giudice
Giovanna Nozzetti

Sentenza stilata su documento informatico sottoscritto con firma digitale dal Giudice dott.ssa Giovanna Nozzetti, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.