

Rivista scientifica di Diritto Processuale Civile

ISSN 2281-8693 Pubblicazione del 16.11.2021 La Nuova Procedura Civile, 3, 2021





Comitato scientifico:

Simone ALECCI (Magistrato) - Elisabetta BERTACCHINI (Professore ordinario di diritto commerciale, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Mauro BOVE (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Giuseppe BUFFONE (Magistrato addetto alla direzione generale della giustizia civile presso il Ministero della Giustizia) – Tiziana CARADONIO (Magistrato) - Costanzo Mario CEA (Magistrato, già Presidente di sezione) - Paolo CENDON (Professore ordinario di diritto privato) - Gianmarco CESARI (Avvocato cassazionista dell'associazione Familiari e Vittime della strada, titolare dello Studio legale Cesari in Roma) - Caterina CHIARAVALLOTI (Presidente di Tribunale) - Bona CIACCIA (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Leonardo CIRCELLI (Magistrato, assistente di studio alla Corte Costituzionale) - Vittorio CORASANITI (Magistrato, ufficio studi del C.S.M.) - Mirella **DELIA** (Magistrato) - Lorenzo **DELLI PRISCOLI** (Consigliere Suprema Corte di Cassazione) - Paolo **DI** MARZIO (Consigliere Suprema Corte di Cassazione) - Francesco ELEFANTE (Magistrato T.A.R.) - Annamaria FASANO (Consigliere presso la Suprema Corte di Cassazione) - Cosimo FERRI (Magistrato, già Sottosegretario di Stato alla Giustizia) - Francesco FIMMANO' (Professore ordinario di diritto commerciale, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Eugenio FORGILLO (Presidente di Tribunale) - Andrea GIORDANO (Magistrato della Corte dei Conti) – Mariacarla GIORGETTI (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Giusi IANNI (Magistrato) -Francesco LUPIA (Magistrato) - Giuseppe MARSEGLIA (Magistrato) - Roberto MARTINO (Professore ordinario di diritto processuale civile, Preside Facoltà Giurisprudenza) – Francesca **PROIETTI** (Magistrato) – Serafino **RUSCICA** (Consigliere parlamentare presso il Senato della Repubblica) - Piero SANDULLI (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Stefano SCHIRO' (Presidente del Tribunale Superiore delle Acque pubbliche) - Bruno SPAGNA MUSSO (già Consigliere di Cassazione ed assistente di studio alla Corte Costituzionale) - Paolo SPAZIANI (Magistrato dell'Ufficio del Massimario della Corte Suprema di Cassazione) – Antonella STILO (Magistrato, Presidente di sezione) - Antonio URICCHIO (Professore ordinario di diritto tributario, già Magnifico Rettore, Presidente Anvur) -Antonio VALITUTTI (Presidente di Sezione presso la Suprema Corte di Cassazione) - Alessio ZACCARIA (Professore ordinario di diritto privato, già componente laico C.S.M.).

Il ginecologo solidalmente responsabile di quanto si verifica in sala parto anche se non autore diretto della manovra errata di estrazione del nascituro (<u>Cassazione civile sez. III, 20/10/2021, n.29000</u>).

Articolo di Roberto Francesco IANNONE

(Avvocato, Dottore di ricerca)

Sommario: 1. Cenni introduttivi. - 2. La responsabilità in equipe. - 3. La responsabilità concorrente commissiva tra ginecologo e ostetrica. - 4. La responsabilità solidale per concorrente condotta commissiva dell'ostetrica e da responsabile della sala parto del ginecologo.

1. Cenni introduttivi. – La Cassazione con la pronuncia in commento aggiunge un ulteriore tassello in tema di responsabilità sanitaria durante il parto¹. Durante il parto, le ostetriche svolgono evidentemente un ruolo di primo piano, tale da far sorgere loro potenziali responsabilità gravi, e comparabili a quelle in capo al ginecologo. Sono altresì note le indicazioni offerte dalla Cassazione nell'ambito della dell'azione di wrongful birth². Più articolato invece risulta il discorso visto dalla visuale del personale sanitario coinvolto negli eventi infausti che possono verificarsi durante le fasi relative al parto, connotate da rischio³ dovendo porre attenzione a seconda delle condizioni cliniche della gestante sulla necessità o meno di un monitoraggio ordinario ovvero qualificato e alle condotte esigibili nei confronti dell'ostetrica e del medico. Il centro d'imputazione di responsabilità intercetta altresì la posizione del direttore sanitario risponde delle carenze organizzative della struttura nella quale svolge il suo compito⁴. La Raccomandazione n. 6 del 31/3/2008, prevede l'adozione di appropriate misure organizzative per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e post-partum.

Nello specifico la raccomandazione prevede che: a) la corretta valutazione del rischio della donna, da effettuare sulla base di criteri condivisi dall'équipe assistenziale e accuratamente riportati nella documentazione clinica, differenziati in base ai livelli assistenziali ed organizzativi esistenti; b) l'obbligo di ogni struttura ospedaliera di dotarsi di protocolli e percorsi assistenziali scritti, disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti, in grado di favorire la raccolta anamnestica completa, l'appropriatezza dei ricoveri in base al livello di punto nascita e le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica;

c) l'obbligo di ogni unità operativa ostetrica di messa a punto di un proprio sistema di comunicazione sulle modalità di comportamento da adottare in fase di emergenza, con la predisposizione di turni di servizio, nel rispetto di criteri di sicurezza e garanzia per le donne e per i professionisti stessi; d) l'obbligo di predisporre la documentazione clinica in modo da fornire tutti gli elementi necessari a rendere rintracciabili e verificabili le attività terapeutiche intraprese, inclusi il decorso della gravidanza e il partogramma; e) l'obbligo di attuare misure di prevenzione, tenendo presenti gli aspetti legati all'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici e la qualità della documentazione clinica, con particolare riferimento alle cause di rischio di morte materna, come l'emorragia post partum; f) l'importanza di una formazione aziendale che preveda un training specifico per il personale coinvolto in occasione di travaglio, parto e puerperio, con riferimento ai fattori di rischio ed alla prevenzione della mortalità materna; g) la possibilità per le aziende e per I professionisti sanitari di avvalersi di strumenti di indirizzo quali linee guida, protocolli e percorsi clinico-

_

IANNONE, Responsabilità sanitaria, Risk management e gestione del sinistro, Roma 2021, 1; id., La nuova responsabilità sanitaria. Dopo il "decalogo" emanato dalla Cassazione con le sentenze dell'11 novembre, 2020, Piacenza, 1; FILIPPELLI, La responsabilità sanitaria. L'evoluzione storica e l'attuale normativa La responsabilità penale, civile, amministrativa e le azioni di rivalsa Il danno Gli aspetti procedimentali e deontologici, 2018, 1, Roma; VIOLA, La nuova responsabilità sanitaria, Diritto Avanzato, Milano, 2017, 1; GELLI, HAZAN, ZORZIT, La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione, Milano, 2017, 5; IANNONE, La responsabilità medica dopo la riforma Gelli – Bianco (legge 24/2017), Roma, 2017, 1; Id., La responsabilità medica dopo la riforma Gelli, in La Nuova procedura Civile, 2, 2017; BRUSCO, La colpa penale e civile. La colpa medica dopo la 1. 8 marzo 2017 n. 24 (legge Gelli – Bianco), Milano, 2017, 1; SCOGNAMIGLIO, Regole di condotta, modelli di responsabilità e risarcimento del danno nella nuova legge sulla responsabilità sanitaria, in Corr. Giur., 6, 2017, 740; MEI, Responsabilità sanitaria e risoluzione stragiudiziale, dopo la c.d. riforma Gelli approvata in via definitiva, in La Nuova procedura Civile, 2, 2017; TODESCHINI, Approvata la nuova legge sulla responsabilità medica: cosa cambia rispetto alla "Balduzzi", in Quotidianogiuridico.it, 2017; ALPA, Ars interpretandi e responsabilità sanitaria a seguito della nuova legge Bianco-Gelli, in Contr. e impr., 2017, 728; CARBONE, Legge Gelli: inquadramento normativo e profili generali, in Corr. giur., 2017, 737.

² Cass., Sez. Unite, Sent., 22.12.2015, n. 25767, in *DResp*, 2016, 357.

³ Cassazione, sez. IV Penale, n. 47801 del 5 -19 ottobre 2018. Costantino, *Rischi temuti, danni attesi, tutela privata*, Milano, 2002, 45.

⁴ Cassazione penale sez. IV, 19/02/2019, n.32477.

assistenziali, per migliorare lo standard delle cure erogate e garantirne l'appropriatezza nei percorsi clinico-organizzativi, nonché l'opportunità della partecipazione di tutte le figure professionali a periodiche esercitazioni di simulazione di emergenze ostetriche; h) l'obbligo delle direzioni aziendali di predisporre una procedura standardizzata per l'individuazione di idonee misure preventive della morte materna correlata al travaglio e/o parto.

Dunque, la condotta superficiale del direttore sanitario è riscontrabile nell'eventuale mancata predisposizione di adeguate procedure che consentono di evitare il ricovero di una paziente ad alto rischio, indirizzandola verso una struttura maggiormente attrezzata, o di subordinarne l'ospedalizzazione all'adozione di particolari precauzioni.

2. La responsabilità in equipe. - Un aspetto centrale nei processi per colpa medica riguarda l'esatta individuazione dei profili di responsabilità individuale a fronte di attività svolte da più persone, in particolar modo in relazione all'attività chirurgica. Il quesito che si pone è di stabilire se ed in che misura il singolo sanitario possa rispondere di comportamenti colposi riferibili ad altri componenti dell'equipe e fino a che punto si estende il dovere dello stesso di agire con prudenza, diligenza e perizia laddove egli si trovi ad operare unitamente ad altre persone. Il problema centrale in ogni forma di cooperazione professionale plurisoggettiva – e l'attività medica in équipe è, in tal senso, paradigmatica – è quello dell'individuazione dei limiti a quei doveri cautelari imposti a ciascun partecipe per ottenere una corretta interazione reciproca. Quando si parla di attività medica di equipe non bisogna solo pensare a quella svolta in cooperazione sincronica fra medici ed ausiliari che agiscono contestualmente per la cura di un paziente: i contributi si integrano a vicenda ed in un unico contesto temporale in vista del conseguimento del risultato sperato; la cooperazione terapeutica può dipanarsi anche in forma diacronica attraverso atti medici successivi, affidati anche a sanitari dotati della medesima o di differenti specializzazioni: in questo caso l'unitario percorso diagnostico o terapeutico si sviluppa attraverso una serie di attività tecnico-scientifiche di competenza di sanitari diversi, funzionalmente o temporalmente successive. In tale tipo di attività, il cd. principio di affidamento per il quale, nello svolgimento di attività rischiose (ma giuridicamente autorizzate) svolte da più soggetti, ciascuno gravato da obblighi di diligenza aventi distinto contenuto (c.d. obblighi divisi), ciascuno può e deve potere confidare nel corretto comportamento degli altri soggetti, nell'osservanza cioè delle regole cautelari, scritte o non scritte, proprie delle rispettive attività da essi svolte, circoscrivendo così entro limiti plausibili ed umanamente esigibili l'obbligo di rapportarsi alle altrui condotte- può venir meno: si tratta di stabilire, infatti, nel caso di esito infausto di trattamento frutto dell'opera congiunta di più sanitaria (sincronica o diacronica che sia), se ed in che limiti il singolo medico possa rispondere dei comportamenti colposi riferibili ad altri componenti dell'equipe e, dunque, fino a che punto si estendano i suoi obblighi di diligenza, perizia e prudenza laddove si trovi ad operare unitamente ad altri soggetti⁵. Se è vero infatti che è riconosciuta la possibilità per il singolo sanitario di confidare sulla correttezza della condotta dei suoi colleghi, tutti tenuti al rispetto delle regole cautelari dell'arte medica, è indubbio che tale regola vale nel caso dei doveri specifici di ciascuna professionalità coinvolta, ma non opera: a) sia nell'ipotesi di doveri comuni, che non tollerano distinzione o esoneri di responsabilità; b) sia nell'ipotesi in cui la previsione o la prevedibilità ed evitabilità del rischio del comportamento altrui non appropriato impongono comunque al soggetto cooperante l'adozione degli accorgimenti utili a riportare l'intervento del collega nell'ambito del rischio consentito.

-

⁵ Gizzi, La responsabilità medica in équipe, in Responsabilità penale e rischio nelle attività mediche e d'impresa (un dialogo con la giurisprudenza), a cura di Bartoli, Firenze University Press, 2010, 31 ss.; Mattheudakis, Successione di garanti e principio di affidamento nella responsabilità medica, in CP, 2010, 1478 ss.

Secondo la giurisprudenza di legittimità, infatti, sul singolo membro dell'equipe grava tanto l'obbligo di diligenza e prudenza connesso alle mansioni specialistiche di propria pertinenza, quanto il dovere di valutare l'operato degli altri colleghi, pur se specialisti di altre discipline, controllando e ponendo rimedio agli errori da essi commessi qualora siano emendabili con le comuni conoscenze del professionista medio. La Cassazione⁶ ha avuto modo di specificare come il "principio di affidamento" non scagiona a priori il capo di un'equipe medica il quale non può scaricare la colpa di errori avvenuti in corsia sui propri colleghi. Si tratta quindi di trovare un punto di equilibrio tra la regola dell'affidamento e i labili confini dell'imputabilità nei confronti di ciascun componente dell'equipe medica dell'evento dannoso. Il principio di affidamento, infatti, coniugando il principio della responsabilità personale con la specializzazione e la divisione dei compiti, permette il miglior adempimento degli obblighi cautelari gravanti su ciascuno. Inoltre, correlativamente, permette di garantire una sfera di libertà personale a ciascun consociato, sgravato dal faticoso onere di - oltre che rispettare le norme cautelari imposte nei suoi confronti – esercitare il controllo circa l'osservanza degli altrui doveri cautelari. Sul punto risulta consolidato orientamento in materia, secondo il quale, in partenza ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma anche per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi da suoi colleghi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento.

In altri termini, ogni sanitario - oltre che il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte - sarà astretto anche dagli obblighi derivanti ad ognuno degli altri operatori dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune unico: obblighi per i quali il sanitario – nonostante la regola dell'affidamento non potrà esimersi dal valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega (sia pure specialista in altra disciplina) e dal controllarne la correttezza, ponendo se del caso rimedio ad errori altrui, che siano evidenti e non settoriali e come tali rimediabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio. Rimane peraltro indiscutibile che, per l'affermazione per responsabilità penale del singolo l'affermazione della sanitario in **equipe** chirurgica, è necessario non solo accertare la valenza con-causale del suo concreto comportamento attivo o omissivo al verificarsi dell'evento ma anche la rimproverabilità di tale comportamento sul piano soggettivo. In conclusione è possibile affermare che il c.d. principio di affidamento rappresenta il criterio base da utilizzare individuare le responsabilità dei singoli operatori che compartecipano all'esecuzione del trattamento sanitario. In base a tale principio, ogni sanitario che fa parte dell'equipe medica può legittimamente confidare che gli altri componenti della stessa agiranno nel rispetto delle regole dell'ars medica. Ove non lo facessero, il sanitario non sarà responsabile per gli errori altrui, salvo che ricorrano nel caso di specie le circostanze specifiche che escludono l'applicabilità del principio affidamento: a) la prevedibilità in concreto dell'errore altrui; b) un dovere di controllo (imposto dalla legge) sull'operato altrui; c) il carattere evidente e non settoriale dell'errore altrui.

3. La responsabilità concorrente commissiva tra ginecologo e ostetrica. - Sulla base di un indirizzo giurisprudenziale già consolidato, è stata affermata la corresponsabilità del ginecologo (nel trascurare i segnali di sofferenza fetale) e

⁶ Cass. Civ., 12.12.2012, n. 48226. Il chirurgo, capo dell'equipe, si era difeso spiegando che l'errore era stato determinato dai medici che si erano in precedenza occupati del caso (anch'essi peraltro condannati) e che lui si era basato sull'annotazione cartacea proveniente da altro medico. Secondo i giudici di Piazza Cavour però, il medico non può invocare il "principio di affidamento" a propria discolpa se "in spregio alla regola minima di prudenza e diligenza" ha "proceduto all'asportazione chirurgica sulla base di una mera annotazione cartacea, pur proveniente dal medico addetto all'accettazione, senza fare luogo all'agevole, rapido e sicuro riscontro ecografico". Da ultimo v. Cass. Civ., 16.5.2016, n. 20125

delle ostetriche (nel venir meno al dovere di segnalare il peggioramento del tracciato cardiotocografico), trattandosi di attività rientranti nelle competenze di entrambe le figure professionali operanti in equipe⁷. È necessario infatti precisare come si configuri la responsabilità concorrente del medico ginecologo e dell'ostetrica nel trascurare i segnali di sofferenza fetale, trattandosi di attività rientranti nelle competenze di entrambe le figure professionali operanti in equipe. L'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica concerne infatti non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio⁸.

La posizione di garanzia rivestita dall'ostetrica è ricavabile dallo statuto regolamentare della sua figura professionale (vedi la direttiva 80/155/Ce del 21 gennaio 1980; il d.lg. n. 206 del 2007; il regolamento per l'esercizio professionale della professione di ostetrica approvato dal Consiglio superiore di sanità il 10 febbraio 2000; il d.m. sanità n. 740 del 1994). In base a tale coacervo normativo, l'ostetrica, tra i vari compiti, deve: a) accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale; b) effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale; c) attenersi ai protocolli previsti per il monitoraggio della gravidanza fisiologica; d) individuare le situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico, adottando, ove occorrono, le eventuali misure di emergenza indifferibile; e) valutare eventuali anomalie dei tracciati e darne comunicazione ai sanitario.

Erroneamente a volte si ritiene che il monitoraggio della gestazione sia compito esclusivo dell'ostetrica, ma questa non è la soluzione alla quale è giunta la Corte di Cassazione in alcune pronunce⁹. Questa ha individuato una responsabilità congiunta tra ginecologo e ostetrica, ritenendo il monitoraggio del feto competenza di entrambe le figure. Inoltre deve considerarsi che, nelle linee guida e nell'ordinamento, esiste il c.d. obbligo di vigilanza.

4. La responsabilità solidale per concorrente condotta commissiva dell'ostetrica e da responsabile della sala parto del ginecologo. - La pronuncia in commento aggiunge un nuovo tassello sul tema della concorrente responsabilità del ginecologo e dell'ostetrica. In questo caso a concorrere è una condotta commissiva dell'ostetrica che effettuava una manovra errata durante il parto e la responsabilità quasi da posizione del ginecologo per non essere intervenuto al momento opportuno con un intervento risolutivo e per non aver impartito opportune direttive all'ostetrica, trasformando così la responsabilità da commissiva in omissiva¹⁰. In realtà, sottolinea la Cassazione, i fatti alla base della decisione sono sempre gli stessi e la responsabilità addebitata al ginecologo è sempre la stessa: la nascita della bambina con una distocia di spalla dovuta a errata manovra di estrazione ricade sotto la sua responsabilità perché il medico era il ginecologo responsabile della sala parto. La Suprema Corte ha

⁷ Cassazione penale sez. IV, 01/12/2020, (ud. 01/12/2020, dep. 20/04/2021), n.14606.

⁸ Cassazione penale sez. IV, 05/10/2018, n. 47801.

Cass. 10.10.2016, n. 53315 "... è necessario richiamare quanto affermato anche in epoca recente dalla Corte di legittimità a proposito della responsabilità congiunta e concorrente del medico ginecologo e dell'ostetrica al manifestarsi di sofferenza fetale: sulla scorta di un indirizzo ormai consolidato, è stata affermata la corresponsabilità del ginecologo (nel trascurare i segnali di sofferenza fetale) e delle ostetriche (nel venir meno al dovere di segnalare il peggioramento del tracciato cardiotocografico), trattandosi di attività rientranti nelle competenze di entrambe le figure professionali operanti in equipe; e si è ribadito che l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio. Per cui non ha pregio l'obiezione del ricorrente secondo il quale, in una situazione giudicata non preoccupante e di travaglio di parto spontaneo (benché indotto), il monitoraggio doveva essere gestito in via esclusiva dall'ostetrica e il dott. (omissis) aveva quale unico obbligo quello della reperibilità.

¹⁰ Cassazione civile sez. III, 20/10/2021, n.29000.

dunque confermato la responsabilità solidale per la lesione subita dal nascituro a causa di una errata manovra effettuata durante il parto dell'ostetrica (responsabilità commissiva) assistita dal ginecologo (responsabilità commissiva ed omissiva), quest'ultimo comunque responsabile in qualità di capo dell'equipe medica operante. In sostanza il ginecologo sembrerebbe essere chiamato a rispondere di tutto ciò che accade in sala parto. In realtà il discorso è più articolato e la pronuncia è certamente coerente con un percorso avviato da tempo.

Ed invero, l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio. Nel caso che ci occupa le competenze del ginecologo assorbono anche quelle dell'ostetrica essendo evidentemente in grado di intervenire alternativamente. D'altronde nel 2019 la stessa giurisprudenza aveva, a ruoli invertiti, posto l'accento sulla non delegabilità delle funzioni tipiche dell'ostetrica in sala parto dovendosi escludere la possibilità dell'ostetrica di far valere il principio dell'affidamento riposto sulla presenza del ginecologo risolutore del problema¹¹. Sia l'ostetrica che il ginecologo assumono posizione di garanzia svolgendo spesso compiti, che seppur nella maggior qualifica professionale del secondo, finiscono per essere interscambiabili. Così l'ostetrica non può rifugiarsi nel mero affidamento della presenza in sala parto del ginecologo e al contempo quest'ultimo assume una responsabilità anche per la non corretta preparazione dell'ostetrica stessa quale componente dell'equipe in caso di errata manovra. In tal modo, secondo la regola dell'accertamento causale, la cassazione risolve l'eventuale problema del ginecologo che in presenza di manovra errata dell'ostetrica si sia in qualche modo attivato senza riuscirci per evitare l'eventus damni. Tale assunto, in tema di responsabilità sanitaria in equipe sembra rafforzare l'esposizione del ginecologo e al contempo in proiezione "oggettiva" quasi azzerare gli effetti favorevoli dell'abbandono del contatto sociale come regola generale ad opera della legge 24/17 (Riforma Gelli – Bianco).

_

¹¹ Cass., 20 giugno 2019, n. 27539.

COORDINATORE Redazionale: Giulio SPINA

Comitato REDAZIONALE INTERNAZIONALE:

Giovanni Alessi, **New York City** (United States of America)
Daria Filippelli, **London** (United Kingdom)
Wylia Parente, **Amsterdam** (Nederland)

Comitato REDAZIONALE NAZIONALE:

Jacopo Maria Abruzzo (Cosenza), Danilo Aloe (Cosenza), Arcangelo Giuseppe Annunziata (Bari), Valentino Aventaggiato (Lecce), Paolo Baiocchetti (I'Aquila), Elena Bassoli (Genova), Eleonora Benin (Bolzano), Miriana Bosco (Bari), Massimo Brunialti (Bari), Elena Bruno (Napoli), Triestina Bruno (Cosenza), Emma Cappuccio (**Napoli**), Flavio Cassandro (**Roma**), Alessandra Carafa (**L'Aquila**), Silvia Cardarelli (**Avezzano**), Carmen Carlucci (Taranto), Laura Carosio (Genova), Giovanni M. Casamento (Roma), Gianluca Cascella (Napoli), Giovanni Cicchitelli (Cosenza), Giulia Civiero (Treviso), Francesca Colelli (Roma), Valeria Conti (Bergamo), Cristina Contuzzi (Matera), Raffaella Corona (Roma), Mariantonietta Crocitto (Bari), Paolo F. Cuzzola (Reggio Calabria), Giovanni D'Ambrosio (Napoli), Ines De Caria (Vibo Valentia), Shana Del Latte (Bari), Francesco De Leo (Lecce), Maria De Pasquale (Catanzaro), Anna Del Giudice (Roma), Fabrizio Giuseppe Del Rosso (Bari), Domenico De Rito (Roma), Giovanni De Sanctis (L'Aquila), Silvia Di Iorio (Pescara), Ilaria Di Punzio (Viterbo), Anna Di Stefano (Reggio Calabria), Pietro Elia (Lecce), Eremita Anna Rosa (Lecce), Chiara Fabiani (Milano), Addy Ferro (Roma), Bruno Fiammella (Reggio Calabria), Anna Fittante (Roma), Silvia Foiadelli (Bergamo), Michele Filippelli (Cosenza), Elisa Ghizzi (Verona), Tiziana Giudice (Catania), Valentina Guzzabocca (Monza), Maria Elena Iafolla (Genova), Daphne Iannelli (Vibo Valentia), Daniele Imbò (Lecce), Francesca Imposimato (Bologna), Corinne Isoni (Olbia), Domenica Leone (Taranto), Giuseppe Lisella (Benevento), Francesca Locatelli (Bergamo), Gianluca Ludovici (Rieti), Salvatore Magra (Catania), Chiara Medinelli (Genova), Paolo M. Storani (Macerata), Maximilian Mairov (Milano), Damiano Marinelli (Perugia), Giuseppe Marino (Milano), Rossella Marzullo (Cosenza), Stefano Mazzotta (Roma), Marco Mecacci (Firenze), Alessandra Mei (Roma), Giuseppe Donato Nuzzo (Lecce), Emanuela Palamà (Lecce), Andrea Panzera (Lecce), Michele Papalia (Reggio Calabria), Enrico Paratore (Palmi), Filippo Pistone (Milano), Giorgio G. Poli (Bari), Andrea Pontecorvo (Roma), Giovanni Porcelli (Bologna), Carmen Posillipo (Caserta), Manuela Rinaldi (Avezzano), Antonio Romano (Matera), Paolo Russo (Firenze), Elena Salemi (Siracusa), Diana Salonia (Siracusa), Rosangela Santosuosso (Alessandria), Jacopo Savi (Milano), Pierpaolo Schiattone (Lecce), Marco Scialdone (Roma), Camilla Serraiotto (Trieste), Valentina Siclari (Reggio Calabria), Annalisa Spedicato (Lecce), Rocchina Staiano (Salerno), Emanuele Taddeolini Marangoni (Brescia), Luca Tantalo (Roma), Marco Tavernese (Roma), Ida Tentorio (Bergamo), Fabrizio Testa (Saluzzo), Paola Todini (Roma), Fabrizio Tommasi (Lecce), Mauro Tosoni (Lecco), Salvatore Trigilia (Roma), Annunziata Maria Tropeano (Vibo Valentia), Elisabetta Vitone (Campobasso), Nicolò Vittoria (Milano), Luisa Maria Vivacqua (Milano), Alessandro Volpe (Roma), Luca Volpe (Roma), Giulio Zanardi (Pavia).

SEGRETERIA del Comitato Scientifico: Valeria VASAPOLLO



Distribuzione commerciale: Edizioni DuePuntoZero

