

455/16 Sent e Verbale



Rep 539

3 mod

Tribunale di Napoli
OTTAVA SEZIONE CIVILE

Verbale di udienza

Il giorno 14/01/2016, alle ore 10:00, nella ottava sezione civile del Tribunale di Napoli, all'udienza del Giudice dott. Laura Petitti, è chiamata la causa

TRA

LUIGI

- ATTORE

E

A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

- CONVENUTA

Sono presenti: l'Avv. P. Giglio, per delega dell'Avv. Liguori, per l'attore, che conclude riportandosi a tutte le difese spiegate, ivi comprese le note conclusive; L'avv Iervolino, per l'ASL NA 1, per delega dell'Avv. Selvaggi, il quale conclude chiedendo il rigetto della domanda, riportandosi a tutti i propri scritti, ivi comprese note conclusive;

Il Giudice invita le parti alla discussione della causa. Le parti si riportano ai propri atti ed alle conclusioni appena rassegnate.

Terminata la discussione, il Giudice riserva di provvedere all'esito della camera di consiglio, dando atto che le parti rinunciano ad assistere alla lettura della sentenza

Il Giudice

All'esito della camera di consiglio, alle ore 17:00, riaperto il verbale in assenza delle parti, il Giudice decide la causa dando lettura, ai sensi dell'art. 281sexies



c.p.c., del seguente dispositivo e della concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione redatti sul presente verbale nella parte che segue.



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il giudice, dott. Laura Petitti, pronunzia la seguente

S E N T E N Z A

definitiva ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c. nella causa iscritta al n. 14787/2011
r.g.a.c.

TRA

Luigi (c.f.: _____), elettivamente domiciliato in
Napoli, Centro Direzionale Isola F/10, presso lo studio dell'Avv. Michele Li-
guori, dal quale è rappresentato e difeso in virtù di procura a margine dell'atto
di citazione

- ATTORE

E

A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO (c.f.: 063281311211), in persona del legale
rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Napoli, via Comunale
del Principe n. 13/A, presso lo studio dell'Avv. Isabella Selvaggi, che la rap-
presenta e difende per mandato a margine della comparsa di costituzione di
nuovo difensore;

- CONVENUTA

OGGETTO: Responsabilità professionale.

CONCLUSIONI: come da presente verbale nella parte che precede.



RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO

La domanda è fondata e va, pertanto, accolta.

Luigi ha convenuto in giudizio A.S.L. Napoli 1 Centro (già A.s.l. Napoli 1) al fine di sentirne dichiarare la responsabilità precontrattuale, contrattuale ed extracontrattuale per i danni da egli subiti in conseguenza dell'intervento chirurgico eseguito il 16.1.2007 presso l'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, ed ottenerne, conseguentemente, la condanna al risarcimento di tutti i danni (patrimoniali e non) subiti.

L'attore deduceva, in particolare, di essere stato sottoposto il 16.1.2007 ad intervento chirurgico di tenoraffia, a seguito di diagnosi di *"ferita lacero – contusa mano destra con lesione tendinea del flessore profondo del II dito"* e che, in seguito all'intervento, oltre a non conseguire la guarigione, aveva visto peggiorare le proprie condizioni di salute, tanto che in data 8.3.2010 aveva dovuto sottoporsi a nuovo intervento chirurgico (sempre presso l'Ospedale dei Pellegrini) per rimuovere due corpi estranei non rimossi nel corso del primo intervento, che avevano determinato una infezione nel palmo della mano destra.

L'attore deduceva inoltre di non aver ricevuto idonea informazione sui rischi e le possibili complicanze dell'intervento chirurgico cui era stato sottoposto.

Si costituiva A.S.L. Napoli 1 Centro, chiedendo il rigetto della domanda attrice.

1) Sulla responsabilità medica in generale.

Prima di passare all'esame della fattispecie oggetto di controversia, appare opportuno premettere che secondo l'ormai consolidato orientamento della giurisprudenza, in ipotesi di danni riportati a seguito di intervento chirurgico, il ti-



to della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria (nonché al medico operante) è di natura contrattuale, che si origina grazie al *contatto* che si instaura tra medico e paziente.

Con sentenza 1 luglio 2002, n. 9556, in particolare, la Corte di Cassazione a Sezioni Unite ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale, in ipotesi di intervento chirurgico non correttamente eseguito, quella della Casa di Cura (ovvero dell'ente ospedaliero) è ascrivibile al novero della responsabilità contrattuale per inadempimento dell'obbligazione che la stessa Casa di Cura assume, direttamente con i pazienti, di prestare la propria organizzazione aziendale per l'esecuzione dell'intervento richiesto: ed infatti, all'adempimento dell'obbligazione predetta è collegata la remunerazione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo inteso come rischio dell'esercizio dell'attività di impresa della Casa di cura. In particolare, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto *contratto di ospedalità*), che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura e da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (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).



La struttura sanitaria risponde quindi, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 c.c.. (cfr. motivazione della sentenza n. 9556/2002: *“la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un non facere e cioè il puro rispetto della sfera giuridica di colui che gli si rivolge fidando nella sua professionalità, ma giustappunto quel facere nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento (l'abilitazione all'attività, rilasciatagli dall'ordinamento, infatti, prescinde dal punto fattuale se detta attività sarà conseguenza di un contratto o meno). In altri termini la prestazione (usando il termine in modo generico) sanitaria del medico nei confronti del paziente non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due. Ciò è dovuto al fatto che, trattandosi dell'esercizio di un servizio di pubblica necessità, che non può svolgersi senza una speciale abilitazione dello Stato, da parte di soggetti di cui il "pubblico è obbligato per legge a valersi" (art. 359 c.p.), e quindi trattandosi di una professione protetta, l'esercizio di detto servizio non può essere diverso a seconda se esista o meno un contratto”*).

Va poi osservato che non rileva la circostanza per cui il medico che esegui 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, Cass., sez. III, 11 maggio 1995, n. 5150; si vedano anche Cass., sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103 e Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

In conclusione, in ipotesi di danno conseguente ad intervento chirurgico, la struttura sanitaria risponde a titolo di responsabilità contrattuale, sia per fatto proprio, *ex art.* 1218 cod. civ., laddove vengano inadempite obbligazioni connesse al contratto di ospedalità e direttamente a carico dell'ente debitore (assistenza post - operatoria; sicurezza delle attrezzature e degli ambienti; custodia dei pazienti, tenuta della cartella clinica; vitto ed alloggio), sia per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, *ex art.* 1228 cod. civ., con riferimento all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta dal sanitario.

È bene precisare, a questo punto, che non incide sui principi giurisprudenziali sin qui esposti, elaborati dalla Suprema Corte, il disposto dell'art. 3 del d. l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189; ed invero, come chiarito dalla Suprema Corte, *L'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrelevanza della colpa lieve* (così Cass., sez. VI-III, ord. 17 aprile 2014, n. 8940; in senso conforme, Cass., sez. VI-III, ord. 24 dicembre 2014, n. 27391; nella giurisprudenza



za di merito, si vedano, nello stesso senso, Trib Milano, 18 novembre 2014, n.

13574: *in tema di responsabilità civile sanitaria il tenore letterale dell'art. 3, comma 1, d.l. 158/2012, conv. in l. 189/2012 (c.d. decreto Balduzzi) anche alla luce dell'esame dell'intenzione del legislatore non consente di ritenere che la responsabilità del medico, per condotte interne ad una struttura sanitaria pubblica, sussista solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano perché tale distinzione non è ricavabile dal tenore della norma che ha ad oggetto esclusivo, in punto di delimitazione della responsabilità, l'esimente penale della colpa lieve per tutti gli esercenti le professioni sanitarie senza distinzione tra sanità pubblica e privata; si veda anche Trib. Milano, 23 luglio 2014, n. 9693: □ L'art. 3, comma 1, della legge Balduzzi non incide né sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata) né su quello del medico che ha concluso con il paziente un contratto d'opera professionale (anche se nell'ambito della cosiddetta attività libero professionale svolta dal medico dipendente pubblico): in tali casi sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di ospedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c., ed è indifferente che il creditore/ danneggiato agisca per ottenere il risarcimento del danno nei confronti della sola struttura, del solo medico o di entrambi. Il richiamo nella norma suddetta all'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. per l'esercente la professione sanitaria che non risponde penalmente (per essersi attenuto alle linee guida), ma la cui condotta evidenzia una colpa lieve, non ha nessun riflesso sulla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, che ha concluso un contratto atipico con il paziente (o, se si preferisce, è comunque tenuta ex lege ad adempiere determinate prestazioni perché inserita nel Ssn) ed è chiamata a rispondere ex art. 1218 c.c. dell'inadempimento riferibile direttamente alla struttura anche quando derivi dall'operato dei suoi dipendenti e/o degli ausiliari di cui si è avvalsa; la medesima pronuncia ha ritenuto che la responsabilità del medico per*



condotte che *non* costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura) venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito *ex art.* 2043 c.c. e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare)).

Per quanto concerne, poi, il riparto dell'onere della prova nelle controversie concernenti la responsabilità professionale del medico, un risalente orientamento giurisprudenziale della Suprema Corte distingueva tra intervento di semplice esecuzione (in cui la dimostrazione, da parte del paziente, dell'aggravamento della propria situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie era ritenuta idonea a fondare una presunzione semplice in ordine all'inadeguata o negligente prestazione, spettando al medico fornire la prova che la prestazione professionale era stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi erano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile) e interventi di difficile esecuzione (in cui spettava al paziente allegare dimostrare quali erano state le inidonee modalità di esecuzione: cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 21 dicembre 1978, n. 6141).

Dopo la nota sentenza delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte del 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di riparto dell'onere della prova in ipotesi di inadempimento ovvero inesatto adempimento di un contratto, tuttavia, tre pronunce della Suprema Corte (cfr. Cass., sez. III, 19 maggio 2004, n. 9471; Cass., sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297; Cass., sez. III, 21 giugno 2004, n. 11488) hanno chiarito che, in applicazione dei criteri di ripartizione dell'onere della prova dettati dalle Sezioni Unite con la suddetta pronuncia, il paziente



che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto (fondato sul *contatto sociale*) ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Con la conseguenza per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario allegare e provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

In buona sostanza, al paziente è richiesto di provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dover provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale; il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria) deve dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi furono determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. sul punto Cass., sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997).

Da ultimo, tale impostazione è stata recepita dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577), che hanno altresì affrontato la questione della dimostrazione del nesso di causalità, rilevando che *l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenersi ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Compete-*



rà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.”.

Con specifico riguardo a tale ultimo profilo, del nesso di causalità tra condotta del medico (ovvero della struttura sanitaria) ed evento (danno riportato all'esito dell'operazione ovvero del trattamento sanitario), va premesso, sul piano generale, che la valutazione del nesso causale in sede civile, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (secondo i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché al criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili) *presenta tuttavia notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, stante la diversità dei valori in gioco tra responsabilità penale e responsabilità civile. Nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige infatti la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (cfr. Cass., sez. III, 11 maggio 2009, n. 10741; si veda anche Corte di Appello di Bari, sez. III, 13 marzo 2012, n. 274).*

In sede civile, in particolare, *nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (cfr. Cass., sez. III,*



18 luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di “credibilità razionale”

o “probabilità logica”, in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073).

La giurisprudenza più recente, in particolare, ha valorizzato, rispetto al criterio dell' *alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica*, quello del “*più probabile che non*”, quale regola che presiede il giudizio qualificatorio del nesso eziologico (cfr., da ultimo, Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

Conseguentemente, con specifico riguardo alla responsabilità del medico, essendo quest'ultimo tenuto ad espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso (cfr. Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

In ordine ai profili concernenti l'onere della prova relativo al nesso di causalità, valgono, naturalmente, le considerazioni già sopra svolte, particolarmente con riguardo all'evoluzione giurisprudenziale ed alle conclusioni alle quali sono recentemente approdate le Sezioni Unite Civili della Suprema Corte, con la sentenza 11 gennaio 2008, n. 577, sopra citata.

1.1) Sul merito della controversia.

Alla luce dei principi sin qui esposti può dunque procedersi all'esame del merito della presente controversia.



2.1) Sui danni subiti dal sig. Luigi.

Dalla documentazione medica e dalla CTU espletata in corso di causa emerge che in data 14/1/2007 Luigi fu visitato presso il P.S. dell'Ospedale "San Giuliano" di Giugliano in Campania (Na) per una "Ferita lacero-contusa palmo mano destra".

Il sanitario di Pronto Soccorso prescriveva terapia medica e visita chirurgica.

Pertanto, in data 16/1/2007 il sig. Luigi fu ricoverato presso il reparto di Chirurgia della mano dell'Ospedale "dei Pellegrini" di Napoli, con la seguente diagnosi di ingresso: "Lesione tenare flessore profondo e sup. 2° dito mano destra, con FLC palmo mano destra. Si presta ricovero per terapia chirurgica urgente in barella. Torni in pronto soccorso per praticare esame di laboratorio ed ECG urgenti + visita cardiologica".

Nella stessa giornata Luigi fu sottoposto ad intervento chirurgico di "tenorrafia ai flessori del 2° dito, mano di destra" (cfr. descrizione intervento in cartella clinica: "Incisione ... Si repertano recisi i flessori superficiali e profondo del II dito. Si procede a tenorrafia. Emostasi. Sutura. Medicazione. Stecca di posizione") e fu dimesso il giorno successivo, 17/1/2007.

All'intervento chirurgico seguivano numerosi controlli ambulatoriali presso la stessa struttura, che non evidenziarono, sino alla data del 26.2.2010, alcuna anomalia.

In data 26.2.2010 il medico ortopedico, dott. Rauchi, riscontrò nell'attore una "Ferita cutanea ulcerata infetta palmo mano destra".

Il Luigi, quindi, fu ricoverato il successivo 6.3.2010 presso l'Ospedale dei Pellegrini, con diagnosi di ingresso "corpo estraneo mano destra infetto" e sottoposto, in data 8.3.2010, ad intervento chirurgico, così descritto in cartella clinica: *Intervento chirurgico: "Incisione obliqua palmare a livello del IV metacarpo. Si repertano e si asportano due corpi estranei delle dimensioni di circa 1 cm. causa dell'infezione. Emostasi. Sutura"*.



Il fu quindi dimesso dalla struttura il 9/3/2010 e sottoposto a successivi controlli ambulatoriali e medicazioni presso lo stesso ospedale nei giorni 17/3/2010 e 26/3/2010.

Il c.t.u. nominato in corso di causa ha così descritto le condizioni attuali del : *in regione palmare destra una formazione fistolosa, cutaneo tendinea, allo stato non secernente, dolente alla pressione e nei movimenti prensili della mano. Invitato a chiudere la mano, tale manovra viene eseguita con difficoltà, e parzialmente. Le dita restano in atteggiamento di semiflessione, per quanto attiene l'articolazione metacarpo-falangea del 2°, 3° e 4° dito.*

Limitrofa alla fistola, è presente una cicatrice palmare di 1,5cm di diametro. Si osserva, ancora, una iperestensione preternaturale passiva dell'interfalangea prossimale, con un deficit flessorio di circa 1/3. Il 4° dito appare rigido in estensione, e solo passivamente flessibile per pochi gradi a livello dell'interfalangea prossimale. Inoltre risulta ridotta di 1/2 la flessione di quella distale (cfr. relazione di CTU depositata l'11.4.2013).

Fatte queste premesse in punto di fatto, si osserva che il consulente dell'ufficio, con argomentazioni congruamente motivate, immuni da vizi logici e sorrette da metodo scientifico (e, pertanto, pienamente condivise dal Tribunale) ha evidenziato che in data antecedente all'intervento del 16.1.2007, di tenorrafia dei flessori del II dito mano destra per ferita lacero-contusa palmare, il non fu sottoposto ad indagini semeiologiche-strumentali finalizzate alla ricerca di eventuali corpi estranei in vetro, ragioni per cui durante l'intervento non vennero riscontrati né refertati e quindi consequenzialmente non furono rimossi. Pertanto, la conseguenza dell'intervento di tenorrafia, seppure quest'ultimo eseguito in maniera ineccepibile, fu di una sepsi da granuloma da corpo estraneo, che condusse a complicanze settiche e conseguenti lesioni a carico delle strutture tendinee del 2° del 4° dito, allocate nel palmo della mano destra.

Il consulente ha precisato inoltre quanto segue: *In definitiva, si è prodotta nel tempo una condizione di sepsi cronica, la quale ha determinato sia la presenza della*



fistola della quale si è detto, sia la evidente limitazione funzionale della mano destra in un soggetto destrimane.

L'intervento, eseguito in tempi corretti e per sanare la lesione interessante i tendini del solo 2° dito, invece di sanare la lesione, a causa delle subentrante complicanze settiche e ad eziopatogenesi da corpo estraneo ritenuto, paradossalmente, determinò l'instaurarsi di una condizione invalidante interessante non solo il 2° dito, ma anche il 3° e 4°. Di fatto l'infezione da corpo estraneo provocò la macerazione tendinea batterica, interessante non solo la sede della tenorrafia (il 2° dito), ma anche gli elementi tendinei vicini (il 3° e il 4° dito).

In buona sostanza, la responsabilità delle lesioni esitate al paziente è da imputare al mancato rispetto di un adeguato protocollo diagnostico (cfr. ancora relazione di ctu, pag. 3: *laddove il sanitario preposto alla ricezione in P.S. si trovi in presenza di una lesione da vetro, ha l'obbligo di indagare sulla eventuale presenza di un corpo estraneo, facendo una attenta toelette della breccia. Detta procedura va messa in essere solo dopo che sulla sede della lesione sono state fatte indagini diagnostiche strumentali adeguate, (ecografica, Rx e via dicendo) al fine di chiarire sulla presenza o meno di corpi estranei. Il chirurgo, una volta stabilito nel merito, opererà di conseguenza).*

Detta procedura, nel nostro caso, alla lettura della documentazione clinica, non sembra sia stata rispettata, tant'è che viene descritto il solo operato chirurgico, vale a dire la semplice tenorrafia (sutura dei legamenti recisi) del 2° dito avvenuta subito dopo l'accesso in P.S.. Diversamente, qualora fosse stata fatta una eco o una Rx della mano, sarebbe stato possibile diagnosticare la presenza del corpo estraneo in vetro.

La stessa via chirurgica usata per la tenorrafia, così come dovevasi in assenza di indicazioni sulla presenza di corpo estraneo, fu molto limitata, pertanto il sanitario ebbe meno possibilità di reperire il vetro (seppure occasionalmente) al momento della sutura tendinea).

Tanto premesso, va osservato che nessuna delle parti costituite ha mosso rilievi critici all'elaborato peritale, mentre la convenuta struttura, nella comparsa conclusionale, ha reiterato le generiche censure già dedotte nel-



la comparsa di costituzione (segnatamente, evidenziando il lungo lasso di tempo trascorso tra l'intervento del 2007 e la diagnosi di ferita infetta, intervenuta solo nel 2010, e la differente sede dell'intervento chirurgico del 2007 rispetto alla sede dell'infezione), che appaiono del tutto superate dalle esaustive argomentazioni del CTU, che ha ben spiegato come l'omessa rimozione dei due corpi estranei abbia determinato una sepsi cronica, che ha a sua volta ha causato una *macerazione tendinea batterica, interessante non solo la sede della tenorrafia (il 2° dito), ma anche gli elementi tendinei vicini (il 3° e il 4° dito)*, ed ha accertato il nesso di causalità tra l'imperizia dei sanitari che eseguirono il trattamento chirurgico (non facendolo precedere da un'opportuna indagine strumentale) e le lesioni riportate dall'attore.

Va quindi affermata, sulla scorta dei principi espressi nel paragrafo 1) della presente sentenza, la responsabilità della convenuta struttura per le lesioni residue in capo all'attore.

Venendo alla quantificazione dei danni, si osserva che il CTU, in relazione ai postumi residuati (retrazione tendinee del 2°, 3° e 4° dito della mano destra, con disturbi funzionali derivanti da tale retrazione, con deficit funzionale della capacità prensile della mano destra in soggetto destrimane), ha quantificato il danno biologico *complessivo* nella misura del 13%, di cui il 2-3% quale danno biologico che sarebbe residuo alla lesione del secondo tendine della mano destra, ed il 10 % per danno biologico *iatrogeno* (cfr. pag. 4 della relazione).

Il C.T.U. ha inoltre quantificato in complessivi giorni 30 il periodo di I.T.T. ed in giorni 30, al 50%, il periodo di I.T.P..

Quanto all'individuazione del criterio di liquidazione del danno biologico così individuato, tra le varie soluzioni elaborate dalla giurisprudenza, ritiene questo Giudice di aderire a quell'orientamento che rapporta il cosiddetto *valore punto* alla gravità della menomazione ed all'età del soggetto



leso, così da offrire un parametro che, da un lato, sia obiettivamente verificabile e, dall'altro, non escludendo la possibilità di adeguamento al caso concreto, consenta di ricostruire in modo quanto più possibile adeguato alla persona offesa il valore umano perduto; ciò, in particolare, mediante applicazione delle "Tabelle" elaborate dal Tribunale di Milano, che, secondo l'insegnamento della Suprema Corte, risultano essere quelle *statisticamente maggiormente testate, e pertanto le più idonee ad essere assunte quale criterio generale di valutazione che, con l'apporto dei necessari ed opportuni correttivi ai fini della c.d. personalizzazione del ristoro, consenta di pervenire alla relativa determinazione in termini maggiormente congrui, sia sul piano dell'effettività del ristoro del pregiudizio che di quello della relativa perequazione - nel rispetto delle diversità proprie dei singoli casi concreti - sul territorio nazionale* (cfr. Cass., sez. III, 30 giugno 2011, n. 14402).

Ciò posto, considerato che in sede di liquidazione del danno da invalidità per postumi permanenti il valore da attribuirsi ai punti di invalidità deve essere rapportato all'entità percentuale dell'invalidità riscontrata, e che l'aumento progressivo del predetto valore, per punto di invalidità, deve essere differenziato a seconda dell'età (dovendosi rapportare la liquidazione del danno biologico alla diversa incidenza dell'invalidità sul bene salute compromesso a seconda dell'arco vitale trascorso e dell'aspettativa di vita residua), avuto riguardo ai criteri di liquidazione del danno alla persona in uso presso il Tribunale di Milano (tabelle 2014), l'importo astrattamente liquidabile - in via di equità - per una lesione dell'integrità psico-fisica del 10 % in soggetto di sesso maschile di 65 anni di età all'epoca dei fatti risulta corrispondente alla somma di Euro 25.069,00, nonché ad Euro 4.320,00 per l'inabilità temporanea.

In relazione alla somma liquidata per inabilità permanente deve segnalarsi come, avendo la vicenda sanitaria sopra illustrata inciso sull'attuale menomazione fisica complessiva del paziente (pari al 13%) con una valenza causale di circa il 10% (danno iatrogeno differenziale), la liquida-



zione è stata compiuta, al fine di realizzare una completa funzione riparatoria del risarcimento, detraendo dall'importo astrattamente liquidabile ad un soggetto di pari età (65 anni) per una lesione dell'integrità fisica pari al 13 % (cioè Euro 28.421,00) la somma astrattamente collegata alla menomazione nei limiti del 3% (cioè Euro 3.352,00), menomazione comunque connessa alle sequele derivanti dalla patologia di cui l'attore risultava affetto.

Non possono trovare accoglimento le domande di risarcimento del danno alla *cenestesi lavorativa* (danno non patrimoniale, connesso alla maggiore difficoltà, per il soggetto leso, nello svolgere attività di lavoro, ovvero alla costrizione a sopportare sforzi maggiori o a subire una maggiore usura) e del danno patrimoniale da lucro cessante (danno che non discende in modo automatico dall'accertamento dell'invalidità permanente, e che sussiste solo ove vi sia la prova dello svolgimento, precedentemente, di una attività produttiva di reddito e di perdita, dopo l'infortunio, della capacità di guadagno rispetto a tale attività ovvero della capacità, anche generica, di attendere ad altri lavori confacenti alle attitudini del danneggiato).

Invero, dalle allegazioni dell'attore e dalle prove testimoniali assunte emerge che il è in pensione dall'anno 2007 (anno del sinistro) e non vi è prova alcuna che la ricerca infruttuosa di un'attività lavorativa remunerata (riferita dai testi) sia dipesa, in tutto o in parte, dagli esiti dell'intervento chirurgico eseguito nel 2007.

Dirimenti, sul punto, appaiono le considerazioni svolte dal consulente dell'ufficio, che ha evidenziato che il è *persona già di per sé invalida [...] per cardiopatia ipertensivo-sclerotica, con blocco di branca destra incompleto, sicché il quadro clinico attuale viene ad innestarsi su una già preesistente precaria condizione generale del soggetto* (cfr. pag. 4 della relazione di ctu); da ultimo, va aggiunto che l'attore è soggetto in età avanzata, sicché, anche sotto tale

9



profilo, deve escludersi che le menomazioni residue abbiano inciso sulla capacità di produrre reddito.

Le domande vanno, pertanto, rigettate.

Per quanto concerne, invece, l'ulteriore voce di danno non patrimoniale richiesta dall'attore (danno morale ed esistenziale), questo Giudice, alla luce della sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione n. 26972/2008, che ha riconosciuto la valenza unitaria del danno non patrimoniale, negando al contempo l'autonoma risarcibilità sia del danno morale che del danno esistenziale e sottolineando la necessità di evitare duplicazioni risarcitorie, ritiene di aderire alla soluzione prospettata in tale sentenza, per cui, si ritiene in via equitativa, e tenuto conto della presumibile sussistenza delle sofferenze derivanti dalle lesioni patite (valutate, sul punto, anche la C.T.U. e le deposizioni testimoniali assunte), quale personalizzazione del danno non patrimoniale complessivamente inteso, di aumentare del 5 % la somma sopra individuata a titolo di danno biologico (e quindi di euro 1.253,45), per una cifra complessiva, già valutata all'attualità, di Euro 26.322,45, che, sommata alla somma spettante all'attore per l'invalidità temporanea, determina il complessivo importo di euro 30.642,45.

Nulla può essere riconosciuto a titolo di spese mediche (di cui l'attore ha invocato, nella comparsa conclusionale, la liquidazione in via equitativa), in assenza di prova documentale dell'esborso e, quindi, della relativa congruità rispetto alle lesioni iatrogene di cui è causa.

Della richiesta di rimborso delle spese di lite relative alla fase stragiudiziale e delle spese connesse alla consulenza tecnica di parte (che l'attore ha diritto di vedersi rimborsate in caso di esito favorevole della lite) si terrà conto in sede di regolamentazione delle spese di lite.



Venendo all'esame della domanda di risarcimento del danno da violazione dell'obbligo di adeguata informazione, va in primo luogo osservato che vi è in atti il modulo sottoscritto prima dell'intervento (cfr. cartella clinica).

Per quanto il modulo appaia effettivamente generico (laddove si parla di "tutti i rischi") vi è da dire che ciò che l'attore in ultima analisi lamenta è l'omessa informazione in ordine alle possibili conseguenze di una esecuzione *imperita* dell'intervento (in particolare, della omessa o incompleta toletta chirurgica) che, invero, non costituisce oggetto dell'obbligo informativo gravante sul medico, bensì integra inadempimento contrattuale delle obbligazioni conseguenti al contratto di ospedalità (inadempimento accertato in questa sede, con conseguente liquidazione dei danni conseguiti).

La domanda va pertanto respinta.

Quantificati i danni subiti dall'attore in complessivi euro 30.642,50, all'attualità, deve poi tenersi conto del nocumento finanziario (*lucro cessante*) subito dall'attore a causa della mancata tempestiva disponibilità delle somme di denaro dovute a titolo di risarcimento, che, se tempestivamente corrisposte, avrebbero potuto essere investite per ricavarne un lucro finanziario; tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno (in base ai prescelti indici di rivalutazione), ovvero in base ad un indice medio, in conformità ai principi espressi dalla Suprema Corte (cfr. Cass., S.U., 17 febbraio 1995, n. 1712).



Repertorio n. 589/2016 del 15/01/2016

Nel caso di specie, pertanto, la somma spettante a titolo di interessi compensativi si ottiene applicando gli interessi al tasso legale sulla somma liquidata e devalutata in base all'indice delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (ISTAT -FOI) alla data dell'evento (16 gennaio 2007) – e quindi sull'importo di euro 40.813,81 – e via via rivalutata, anno per anno, sulla scorta degli indici ISTAT FOI, e ciò con decorrenza dalla data dell'evento stesso sino alla data odierna.

Si ottiene così l'importo di euro 7.711,23, spettante all'attore a titolo di interessi, che, sommato al danno come sopra liquidato, determina il definitivo importo di euro 54.361,41.

Su tale somma decorrono decorrono, dal momento della pubblicazione della sentenza e sino al soddisfo, gli interessi legali.

Le spese di lite seguono la soccombenza, e si liquidano, tenuto conto del valore della controversia, in complessivi euro 13.111,26, di cui euro 3.411,26 per spese – ivi comprese le spese di c.t.p., nella fase stragiudiziale e giudiziale, documentate in atti, e di c.t.u. (che vanno poste definitivamente a carico di parte convenuta) – ed euro 9.700,00 per compensi, di cui euro 1.500,00 per la fase stragiudiziale, euro 1.300,00 per la fase di studio, euro 1.000,00 per la fase introduttiva, euro 3.800,00 per la fase istruttoria/di trattazione, euro 2.100,00 per la fase decisoria (così ridotti gli importi di cui alla nota spese in atti, attesa la natura, di non particolare complessità, della controversia), oltre IVA, CPA e rimborso forfettario spese generali come per legge. Il tutto con distrazione in favore del procuratore costituito, che s'è dichiarato antistatario.

Va invece rigettata la domanda di condanna per lite temeraria, non ravvisandosi nella condotta processuale della convenuta gli estremi dell'illecito in questione.

P.Q.M.

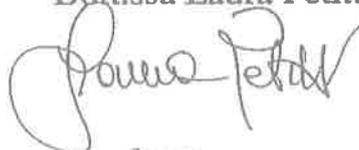


Il Tribunale, definitivamente pronunciando, **Report n. 539/2016**, del 15/01/2016
eccezione o difesa, così provvede:

- Accerta e dichiara la responsabilità contrattuale di AS.L. Napoli 1 Centro nella causazione delle lesioni riportate dall'attore, e per l'effetto:
- Condanna la convenuta AS.L. Napoli 1 Centro, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento, in favore dell'attore Luigi, della complessiva somma di euro 54.361,41, a titolo di risarcimento danni, oltre interessi legali dalla data di pubblicazione della sentenza sino al soddisfo;
- Rigetta la domanda di condanna per "lite temeraria", spiegata dall'attore;
- Condanna la convenuta AS.L. Napoli 1 Centro, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento, in favore dell'attore, delle spese processuali, che liquida in complessivi euro 13.111,26, di cui euro 3.411,26 per spese ed euro 9.700,00 per compensi, oltre IVA, CPA e rimborso forfettario spese generali come per legge; il tutto con distrazione in favore del procuratore costituito, che s'è dichiarato antistatario;

Il Giudice

Dott.ssa Laura Petitti



La presente sentenza è stata depositata
IN CANCELLERIA oggi 14 GEN 2016

IL CANCELLIERE
IL DIRETTORE
dott.ssa M. Consiglia RUGGIERI

