REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di BARI

SEZIONE TERZA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Lidia del Monaco, ha pronunciato ex art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. 10064/2017 promossa da:

Parte_1 **,** con il patrocinio dell'avv. [redacted]

-attrice-

contro

CP_1 **,** con il patrocinio dell'avv. [redacted]

dott. *Controparte_2* **,** con il patrocinio dell'avv. [redacted]

dott. *CP_3* con il patrocinio dell'avv. [redacted]

-convenuti-

CONCLUSIONI

come da note depositate per l'udienza del 22.1.2025 – sostituita dal deposito di note di trattazione scritta *ex* art. 127 *ter* c.p.c. – quivi da intendersi integralmente trascritte

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Si procede alla redazione della presente sentenza senza la parte sullo svolgimento del processo ai sensi dell'art. 45 c. 17 L. n. 69/2009. Nei limiti di quanto strettamente rileva ai fini della decisione (cfr. il combinato disposto degli artt. 132 co. 2 n. 4 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c), le posizioni delle parti e l'iter del processo possono sinteticamente riepilogarsi come segue.

Con atto di citazione ritualmente notificato *Parte_1* ha agito nei confronti della *CP_1* del dott. *Controparte_2* e del dott. *CP_3* chiedendo l'accoglimento delle conclusioni di seguito riportate: "*a) accertare e dichiarare la responsabilità in via contrattuale dell'* *CP_4* *Direzione Generale, nonché contrattuale e/o extracontrattuale del dott.* *Controparte_5* *e del dott.* *CP_3* *, nel causare le gravi lesioni e postumi invalidanti riportati dalla sig.ra* *[...]* *Parte_1* *, per i motivi tutti espressamente evidenziati nel presente atto e nella documentazione ivi richiamata che si produce; per l'effetto, b) condannare l'* *Parte_2* *, il dott.* *[...]* *CP_5* *ed il dott.* *CP_3* *, in solido tra loro, ovvero ciascuno per quanto di propria competenza e/o responsabilità, all'integrale risarcimento di tutti i danni non patrimoniali, patiti dalla*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sig.ra Parte_1 *, anche in termini di violazione dell'obbligo al consenso informato, da determinarsi in via equitativa secondo la prudente discrezionalità dell'On.le Giudice adito (ex artt. 1226 – 2056 c.c.) e che a titolo semplificativo viene valutato in complessivi € 147.770,00 oltre alla sua personalizzazione (max 29%) che si riterrà di applicare tenuto conto di tutte le peculiarità del caso di specie; ovvero in quell'altra somma maggiore o minore ritenuta equa e/o di giustizia che verrà accertata in corso di causa, oltre interessi per legge dalla data dell'evento al suo soddisfo e rivalutazione monetaria; c) condannare l'* CP_4 Parte_2 *, il dott.* Controparte_5 *ed il dott.* CP_3 *, in solido tra loro, ovvero ciascuno per quanto di propria competenza e/o responsabilità, all'integrale risarcimento di tutti i danni patrimoniali patiti dalla sig.ra* [...] Parte_1 *nel rispetto della prudente discrezionalità dell'On.le Giudice adito (ex art. 2056 – 1223 c.c.) e che a titolo semplificativo sono stati così determinati: 1) lucro cessante/reddito perduto: dal 30% al 100% di € 327.166,73; 2) lucro cessante/danno pensionistico: dal 30% al 100% di € 100.290,18; ovvero in quell'altra somma maggiore o minore ritenuta equa e/o di giustizia accertata in corso di causa, oltre interessi per legge dalla data dell'evento al suo soddisfo e rivalutazione monetaria. Con vittoria di spese e competenze del giudizio*".

A sostegno della domanda parte attorea ha allegato che: in data 15.9.2011, previa visita privata eseguita dal dott. CP_5 e su disposizione del medesimo, veniva ricoverata presso il Presidio Ospedaliero [redacted] di [redacted] con diagnosi di ingresso 'laparocele ombelicale intasato in paziente affetta da S.L.A.'; in data 16.9.2011 veniva sottoposta a intervento chirurgico di 'riparazione laparocele con protesi' con equipe medica composta dal dott. CP_5 in qualità di primo chirurgo, e dal dott. CP_3 in tale circostanza alcun modulo di consenso, pur allegato alla cartella clinica, veniva compilato nelle sue singole parti, ovvero sottoscritto dalla paziente e dal sanitario; in data 19.9.2011 veniva dimessa con prescrizione di terapia farmacologica domiciliare sebbene, sin dal primo giorno di degenza post-operatoria, presentasse febbre ed episodi di algie addominali; tale persistente stato la portava a ricontattare il dott. CP_5 il quale, dopo averla visitata presso l'ambulatorio privato le consigliava un ulteriore ricovero a scopi diagnostici; in data 21.10.2011, pertanto, si recava presso il Controparte_6 ove veniva ricoverata con diagnosi 'infezione di ferita chirurgica di recente ernioplastica ombelicale'; in data 24.10.2011, stante l'abbondante quantità di materiale purulento che fuoriusciva dalla ferita ombelicale, il dott. CP_5 eseguiva un intervento di incisione della cute per permettere il drenaggio del pus; tale intervento non avveniva in sala operatoria, bensì in sala di degenza; anche in tale circostanza alcun modulo di consenso informato veniva sottoscritto; in data 31.10.2011 veniva dimessa nella convinzione si trattasse di infezione superficiale della ferita chirurgica, medicata ed in via di risoluzione; dopo pochi giorni si presentavano algie addominali e febbre, aggravate da un rigonfiamento addominale;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

verso la metà del mese di novembre 2011 riscontrava una nuova e cospicua perdita di materiale purulento dalla ferita ombelicale per la quale, a seguito di ulteriore consulto medico con il dott. *CP_5* veniva disposto un terzo ricovero ospedaliero; in data 2.12.2011 veniva, quindi, ricoverata presso il nosocomio di [redacted] con la seguente diagnosi 'raccolta ascessuale su recente ferita chirurgica di ernioplastica ombelicale'; a seguito di ulteriori accertamenti veniva confermata la presenza "in regione ombelicale di una raccolta fluido-gassosa cercinata, di tipo ascessuale (62x21 mm) ad estrinsecazione nello spazio sotto fasciale della parete addominale, nel contesto di un irregolare ispessimento flogistico esteso ai contigui piani muscolare e sopra fasciale"; in data 7.12.2011 veniva sottoposta ad intervento chirurgico, ad opera dei dottori *Per_* e *CP_3* di "asportazione della protesi ed alla resezione [di circa 15 cm di ileo] con anastomosi meccanica anisoperistaltica"; in data 19.12.2011 veniva dimessa nonostante il persistere della sintomatologia algico-disfunzionale addominale; anche con riferimento al terzo ricovero il consenso non veniva compilato nelle sue singole parti, né datato e sottoscritto dal sanitario; nel febbraio 2013, impossibilitata a riprendere l'attività di cucitrice presso l'azienda Nicoline *Parte_3* in precedenza svolta, ed a causa degli esiti invalidanti derivati dagli interventi chirurgici del 2011, veniva licenziata per superamento del periodo di comporto, risultando ad oggi disoccupata, oltre che impossibilitata a svolgere qualsivoglia attività di lavoro; a seguito delle complicanze residuate è in cura presso il [redacted] di Matera.

Con comparsa depositata il 31.10.2017 si è costituito in giudizio il dott. *Controparte_5* il quale ha rappresentato che la *Parte_1* già operata nel 2007 di polipectomia gastrica, nel 2009 di isteroannessiectomia per fibromatosi uterina, ed altresì portatrice di ernie discali multiple, calcolosi renale e calcolosi della colecisti, con pregressa sintomatologia complessa e ingravescente di tipo fibromialgico, presentava, al suo ingresso nella struttura ospedaliera, anche gli esiti del precedente intervento ginecologico, ossia "tumefazione sotto la cicatrice chirurgica; esame obiettivo: cicatrice ombelico pubica con laparocele del 1/3 superiore". Il convenuto ha dedotto la correttezza della scelta terapeutica ed aggiunto che l'infezione della protesi, con successivo rigetto precoce, rappresenta una complicanza non prevenibile negli interventi di ernioplastica anche se eseguiti nel pieno rispetto delle regole della asepsi chirurgica. Il dott. *CP_5* ha contestato la violazione degli obblighi in materia di consenso informato e la quantificazione della richiesta risarcitoria. Ha, dunque, così concluso: "*1) in via principale, rigettare integralmente tutte le domande avanzate nei confronti del dott.* *[...]* *CP_5* *perché inammissibili, infondate in punto di fatto e di diritto e, comunque, non provate; 2) in via subordinata, accertare il grado e la misura della responsabilità dei convenuti nella causazione dei danni asseritamente subiti dall'attore; 3) condannare l'attrice al pagamento delle spese e delle competenze del giudizio e/o disporre sulle stesse a termini di legge*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Con comparsa depositata il 22.11.2017 si è costituito in giudizio il dott. *CP_3* il quale ha dedotto la correttezza dell'operato dei sanitari che ebbero in cura la *Parte_1* e l'assenza di responsabilità a sé imputabile nella causazione dell'occorso avendo preso parte, sia all'intervento chirurgico del 16.9.2011 che a quello del 2.12.2011, in veste di secondo operatore con mere funzioni di aiuto. In ogni caso ha contestato la domanda risarcitoria in quanto infondata nell'*an* e nel *quantum*.
Il dott. *CP_3* ha, dunque, concluso: "*In via principale 1) Accertare e dichiarare, per tutti i motivi esposti, infondate e/o illegittime in fatto ed in diritto tutte le richieste di parte attrice avanzate nei confronti del dott. CP_3 ; 2) Rigettare, in ogni caso, ogni domanda di parte attrice. In via subordinata 3) Accertare e dichiarare, il grado e la misura di responsabilità del dott. CP_3 nella causazione dei danni patrimoniali e non asseritamente subiti da parte attrice e, per l'effetto, 4) Determinare, la somma dovuta dal dott. CP_3 a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali e non subiti da parte attrice, in misura equa e/o di giustizia che verrà accertata in corso di causa e comunque quantificata in base al ruolo e/o alla responsabilità del convenuto. In ogni caso, con vittoria di spese e compensi di causa*".
Con ordinanza resa all'esito della udienza di prima comparizione celebrata il 22.11.2017 è stata dichiarata la contumacia dell' *CP_1* e sono stati assegnati i termini di cui all'art. 183 co. 6 c.p.c.
Con comparsa di costituzione e risposta depositata il 3.12.2018, scaduti detti termini, si è costituita in giudizio l' *CP_4* che ha contestato le allegazioni attoree, dedotto l'insussistenza di profili di responsabilità e chiesto il rigetto della domanda.
La causa, istruita mediante acquisizione della documentazione in atti, interrogatorio formale della *Parte_1* prova per testi ed espletamento di c.t.u. medico-legale ad opera del prof. *Persona_2 [...]*, specialista in medicina legale, all'esito della udienza celebrata il 22.1.2025 è stata definita ai sensi del disposto di cui all'art. 281 *sexies* c.p.c.
In sede di deposito delle note conclusive del 19.1.2024 parte attorea ha modificato la domanda sulla scorta degli esiti delle operazioni peritali ed ha, dunque, chiesto: "*a) accertare e dichiarare la responsabilità in via contrattuale dell' CP_4 Direzione Generale, nonché contrattuale e/o extracontrattuale del dott. Controparte_5 e del dott. CP_3 , nel causare le gravi lesioni e postumi invalidanti riportati dalla sig.ra Parte_1 , per i motivi tutti espressamente evidenziati in atti e nella documentazione ivi richiamata e prodotta; per l'effetto, b) condannare l' Parte_2 , il dott. Controparte_5 ed il dott. CP_3 , in solido tra loro, ovvero ciascuno per quanto di propria competenza e/o responsabilità, all'integrale risarcimento di tutti i danni non patrimoniali, patiti dalla sig.ra Parte_1 , anche in termini di violazione dell'obbligo al consenso informato, da determinarsi in via equitativa secondo la prudente discrezionalità dell'On.le Giudice adito (ex artt. 1226 – 2056 c.c.) e che a titolo semplificativo viene*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

valutato in complessivi euro 89.632,40, ovvero in quell'altra somma ritenuta equa e/o di giustizia dal Giudicante, oltre interessi per legge dalla data dell'evento al suo soddisfo e rivalutazione monetaria; c) condannare l' CP_4 Parte_2 *, il dott.* Controparte_5 *ed il dott.* CP_3 *, in solido tra loro, ovvero ciascuno per quanto di propria competenza e/o responsabilità, all'integrale risarcimento di tutti i danni patrimoniali patiti dalla sig.ra* Parte_1 *nel rispetto della prudente discrezionalità dell'On.le Giudice adito (ex art. 2056 – 1223 c.c.) e che a titolo semplificativo sono stati così determinati: 1) lucro cessante/reddito perduto: dal 20% al 100% di € 327.166,73; 2) lucro cessante/danno pensionistico: dal 20% al 100% di € 100.290,18; ovvero in quell'altra somma maggiore o minore ritenuta equa e/o di giustizia dal Giudicante, oltre interessi per legge dalla data dell'evento al suo soddisfo e rivalutazione monetaria. Con vittoria di spese e competenze del giudizio*".

In via preliminare, la domanda di accertamento e graduazione della responsabilità avanzata dal dott. CP_3 in sede di costituzione in giudizio – di cui ai punti nn. 3 e 4 delle conclusioni avanzate in via subordinata – è inammissibile in quanto proposta tardivamente, essendosi il convenuto costituito in occasione della prima udienza di comparizione.

Ancora in via preliminare, la causa è matura per la decisione.

Scendendo al merito della questione, va osservato quanto segue.

In materia di infezioni nosocomiali la Corte di Cassazione ha avuto modo di precisare (cfr. C. n. 4864 del 2021) che, in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio, spetti alla struttura provare: a) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; b) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico. La relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. 15/06/2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dalle dimissioni ospedaliere - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione, sarebbe stato necessario adottare.

Più in dettaglio, è stato precisato (C. n. 6386 del 03/03/2023) che - a fronte della prova presuntiva della contrazione in ambito ospedaliero ed ai fini della dimostrazione di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere - sulla struttura sanitaria gravi l'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) delle misure di sorveglianza basate sui dati microbiologici di laboratorio; l) del report ad opera delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Tanto premesso, la domanda è meritevole di parziale accoglimento nei confronti della *CP_1* e del dott. *CP_5*

Parte attorea, al momento della instaurazione del presente giudizio, ha ravvisato plurimi profili di responsabilità addebitati sia ai sanitari che alla *CP_7* convenuta; nello specifico: a) la "scelta della modalità di intervento terapeutico eseguito per la correzione della laparocele ombelicale"; b) "l'instaurarsi del processo infettivo post operatorio"; c) "la non corretta diagnosi e cura del processo infettivo post – operatorio".

Ora, la *Parte_1* ravvisa ha lamentato: la inadeguata indicazione dell'intervento (cfr. pag. 8 dell'atto di citazione); la inadeguata gestione del post – operatorio in ragione del ritardo diagnostico.

Orbene, le risultanze della consulenza espletata in corso di causa - a cui si ritiene di non doversi discostare, in ragione della completezza, precisione e chiarezza dell'elaborato che le contiene, sorretto pure da spiegazioni ampie, convincenti e documentate - consentono di escludere la responsabilità del dott. *CP_3* in ordine all'occorso.

Il prof. dott. *Persona_2* ha concluso nei termini che, per completezza espositiva, si riportano:

- "*deve quindi affermarsi che ci fosse piena indicazione al trattamento chirurgico* del 16.9.2011. *Nella ipotesi alternativa infatti il concreto rischio era quello di una evoluzione peggiorativa sia per il possibile ampliamento della porta erniaria, sia – e soprattutto – per il verificarsi di ulteriori episodi di strozzamento del contenuto che avrebbero potuto portare ad un trattamento di emergenza/urgenza* (…) *Si evince, quindi ed in primo luogo, che la porta erniaria ed i frequenti episodi di "strozzamento" avevano, al minimo, prodotto fenomeni di tipo infiammatorio locale e quindi aderenze parieto-addominali che dovettero essere lisate. Certo non può escludersi che le stesse fossero epifenomeno diretto dell'intervento di istero-annessiectomia del 2009 che, con altrettanto certezza (attesa la tipologia di intervento), avevano esitato in un quadro – seppur asintomatico – di aderenze endoaddominali; non vi è*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

tuttavia possibilità concreta di distinguere tra le due patogenesi (diretta ed indiretta) prospettandosi – se si vuole secondo il criterio del più probabile che no – un ruolo concorrente";

- *il posizionamento della rete intraperitoneale Ventralex di 8 cm di diametro (…) risulta conforme alle migliori indicazioni di scienza ed ispirata da un condivisibile criterio di prevalenza*";
- la somministrazione di Klacid in ragione della riferita allergia della [redacted] alle cefalosporine doveva ritenersi corretta ["*In tale ottica la somministrazione della Claritromicina in alternativa alle Cefaolosporine deve considerarsi idonea in ragione dell'allergia patita dalla paziente nei confronti delle Cefalosporine*"];
- la decisione di procedere alla esecuzione dell'intervento di asportazione della protesi risolutiva della condizione ascessuale, ma foriera anche questa di sindrome di tipo aderenziale doveva, a sua volta, ritenersi corretta.

Il CTU ha ravvisato profili di responsabilità in ragione della insorgenza di infezione nosocomiale ["È un fatto, tuttavia, che l'ascesso si realizzò e che, come emerge dall'antibiogramma svolto nel corso del successivo ricovero, esso era sostenuto da Stafilococco Aureo Multiresistente. Siamo quindi nell'ambito delle infezioni correlate dall'assistenza e più precisamente in quello delle infezioni del sito chirurgico (…) Nel caso in esame e per quanto attiene la sanificazione delle sale operatorie e/o di ferri chirurgici non vi è produzione che ne certifichi la avvenuta esecuzione. Analogamente nella descrizione dell'intervento del 16.9 non vi è riferimento alle doverose procedure di asepsi ed infine, sempre nell'ambito della produzione agli atti, non vi sono le eventuali e specifiche procedure – riferite al periodo di accadimento – di implementazione delle linee guida. Certo non può escludersi che tutto quanto richiamato sia stato eseguito, ma di tanto non vi è conferma documentale. Deve quindi ammettersi, allo stato, un comportamento non conforme che parte dalla struttura che può aver concorso nel determinismo della infezione realizzatasi"] e della tardiva esecuzione della TAC ["Analogamente in relazione alle cure prestate in occasione del ricovero dal 21 al 31 ottobre si è visto che nell'ambito dell'algoritmo diagnostico "sono utili l'esame ecografico e la TAC"; la seconda non risulta eseguita e – fermo restando che a quel punto la condizione era già presente – tanto avrebbe potuto meglio orientare il percorso terapeutico, magari anche attraverso un più precoce intervento chirurgico. Sappiamo infatti che il 2 Dicembre la paziente ebbe a ricoverarsi nuovamente in funzione dell'evolvere dell'ascesso che, peraltro, si era drenato spontaneamente. Opportunamente, alla luce anche dei criteri prima richiamati, fu richiesta TC addome che però – per motivi non esplicitati in cartella – fu eseguito solo dopo 5 giorni (7.12) L'esame documentò la presenza di ascesso (62 x 21 mm) e tanto motivò al trattamento chirurgico che ebbe luogo in pari data"].

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dette condotte censurabili non sono addebitabili al dott. *CP_3* non ricorrendo un errore né nella indicazione né nella esecuzione degli interventi chirurgici a cui la *Parte_1* veniva sottoposta.

Le risultanze della consulenza tecnica consentono, tuttavia, di ravvisare la responsabilità della struttura per quanto attiene alla infezione nosocomiale contratta dalla [redacted] e della *Cont* e del dott. *CP_5* in ragione del ritardo diagnostico, fermo restando che entrambi i convenuti sono chiamati a rispondere in solido nei confronti della parte lesa.

L'ascesso della parete addominale era presente al momento del ricovero intervenuto il 21.10.2011, dopo un mese dalle dimissioni dal nosocomio di [redacted] (cfr. cartella clinica in atti); la tempestiva esecuzione della TAC, in occasione di detto ricovero: "*avrebbe potuto meglio orientare il percorso terapeutico, magari anche attraverso un più precoce intervento chirurgico*".

Deve precisarsi, sul punto, che è circostanza incontestata che il medico di riferimento della *Parte_1* fosse il dott. *CP_5* il quale procedeva alla visita dell'attrice il 20.10.2011 – già presente la sintomatologia correlata alla infezione - consigliandole, all'esito, un ulteriore ricovero ospedaliero a scopi diagnostici. La circostanza non è contestata ed ha trovato conferma in sede istruttoria (cfr. testimonianza di *Testimone_1* assunta nel corso della udienza celebrata il 23.3.2022).

Il 2.12.2011 la *Parte_1* veniva nuovamente ricoverata atteso l'evolvere dell'ascesso; veniva richiesta TC addome che, tuttavia, veniva eseguita solo dopo cinque giorni. Documentata la presenza di un ascesso di dimensioni 62 x 21 mm, il 7.12.2011 la *Parte_1* veniva sottoposta a trattamento chirurgico. In tale occasione si verificava l'inglobamento della protesi nell'ascesso con presenza di fistola ileale.

Sul punto, il CTU ha rilevato: "*correttamente i medici provvidero alla asportazione en bloc della protesi con circa 15 cm di ileo. Di fatto tale trattamento fu risolutivo per la condizione ascessuale, ma, anche in relazione ed esso oltre che per i precedenti trattamenti chirurgici, si verificò una sindrome di tipo aderenziale. Tanto rese necessario i successivi corretti trattamenti diagnostici-terapeutici e ricoveri fino a giungere alla condizione attualmente rilevata*".

In conclusione, il consulente ha evidenziato che sia nel corso del primo ricovero che durante il secondo, presso l'Ospedale di [redacted] vi furono delle inadempienze assistenziali che determinarono un aggravamento del quadro morboso preesistente.

Affermata la responsabilità in parte qua, occorre procedere alla liquidazione dei danni (c.d. *aestimatio*).

La *Parte_1* era portatrice di un quadro preesistente di tipo aderenziale addominale, tanto in funzione delle cruentazioni chirurgiche subite per l'isteroannessiectomia.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il C.T.U. ha concluso per la sussistenza di un danno biologico permanente – di tipo differenziale – valutabile nella misura del 20% nonché di una invalidità temporanea assoluta di giorni 31 giorni al 100% e temporanea, al 50%, di mesi quattro.

Ai fini della liquidazione del danno deve farsi applicazione delle Tabelle di Milano, aggiornate al giugno 2024. Dette tabelle costituiscono il c.d. notorio locale cfr. Cass. n. 13431/2010; tra l'altro, le tabelle milanesi hanno assunto, nel tempo, vocazione nazionale, in quanto recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa e ad evitare, o quantomeno a ridurre, al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali, ingiustificate disparità di trattamento che finiscono per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3 Cost.

Ora, ai fini della liquidazione del danno biologico cd. differenziale, rilevante qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, la preesistente menomazione del danneggiato "concorrente", può costituire concausa dell'evento di danno, assumendo rilievo sul piano della causalità giuridica, in quanto gli effetti invalidanti sono più gravi se associati ad altra menomazione, con la conseguenza che essa va considerata ai fini della sola liquidazione del pregiudizio e non anche della determinazione del grado percentuale di invalidità, da determinarsi, comunque, in base alla complessiva invalidità riscontrata in concreto, senza innalzamenti o riduzioni (C. n. 28986/2019; C. n. 28327/2022; C. n. 26851/2023).

Deve, dunque, procedersi a stimare in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo e convertirla in denaro; stimare in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito e convertirla in denaro; e sottrarre il secondo importo dal primo.

Parte_1 all'epoca dell'evento aveva 46 anni. All'esito degli eventi oggetto del presente giudizio riportava una invalidità complessiva in misura pari al 28% e, dunque, ad euro 148.979,00 (di cui euro 103.458,00 a titolo di danno biologico/esistenziale ed euro 45.521,00 a titolo di nocumento soggettivo, ricorrente nel caso in esame su cui *infra*). La percentuale di invalidità strettamente riconducibile alla pregressa condizione di cui l'attrice risultava portatrice è pari all'8% e, dunque, ad euro 17.547,00 (14.037,00 a titolo di danno biologico/esistenziale ed euro 3.510,00 a titolo di nocumento morale). Dalla differenza si ottiene l'importo di euro 130.974,00 che è la somma dovuta titolo di risarcimento per il nocumento biologico e soggettivo.

Deve, sul punto, quantomeno presumersi che alla entità delle lesioni ed alle conseguenze pregiudizievoli accertate in sede di istruttoria orale e consistenti nel maggiore aggravio patito per l'espletamento delle attività quotidiane si associ detta ultima voce di danno, oggetto della formulata richiesta risarcitoria, nella misura standard prevista dalle citate Tabelle.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Nessuno incremento a titolo di personalizzazione può invece essere riconosciuto in difetto di allegazioni specifiche; non possono, peraltro, ritenersi provate condizioni eccezionali ed ulteriori, rispetto a quelle ordinariamente conseguenti alle lesioni riportate dalla istante, atte a giustificare il riconoscimento dell'aumento.

E', peraltro, indimostrata una compromissione di natura psichiatrica o semplicemente psicologica (cfr. pag. 63 della CTU).

All'importo previamente indicato deve aggiungersi l'ulteriore pari ad euro 3.565,00 (euro 115 x 31) a titolo di ITT e ad euro 6.900,00 (euro 115,00 x 120/2) a titolo di ITP al 50%.

Sulla somma complessiva ed attualizzata pari ad euro 141.439,00 vanno calcolati gli interessi compensativi al tasso legale, previa devalutazione al momento dell'evento (16.9.2011) e rivalutazione di anno in anno (cfr. C. SSUU 1712/1995) sino alla presente pronuncia; da questa al saldo sono dovuti gli interessi al tasso legale.

Non è ravvisabile la lamentata violazione del consenso informato.

La *Parte_1* ricollega detta violazione alla "non condivisione e/o insufficiente motivazione della scelta terapeutica adottata con l'intervento chirurgico del 16.9.2021 ad opera del prof. *[...] CP_5* (cfr. pag. 8 e 18 dell'atto di citazione); fa, dunque, richiamo alla lesione del diritto all'autodeterminazione (cfr. pag. 14) ed alla salute (cfr. pagg. 16, 17).

L'inadempimento dell'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente può assumere diversa rilevanza causale a seconda che sia dedotta la violazione del diritto all'autodeterminazione o la lesione del diritto alla salute. Nel primo caso, l'omessa o insufficiente informazione preventiva evidenzia *ex se* una relazione causale diretta con la compromissione dell'interesse all'autonoma valutazione dei rischi e dei benefici del trattamento sanitario. Nel secondo, l'incidenza eziologica del deficit informativo sul risultato pregiudizievole dell'atto terapeutico correttamente eseguito dipende, invece, dall'opzione che il paziente avrebbe esercitato se fosse stato adeguatamente informato ed è configurabile, di regola, in caso di presunto dissenso, con la conseguenza che l'allegazione dei fatti dimostrativi di tale scelta costituisce parte integrante dell'onere della prova - che, in applicazione del criterio generale di cui all'art. 2697 c.c., grava sul danneggiato - del nesso eziologico tra inadempimento ed evento dannoso (v. e pluribus Cass. n. 24471 del 04/11/2020; n. 28985 del 11/11/2019; n. 19199 del 19/07/2018; n. 11749 del 15/05/2018).

Ora, l'obbligo di documentare in forma scritta il consenso informato è stato introdotto dalla L. n. 219/2017; è presente in atti il modulo relativo al consenso informato riferito al primo atto chirurgico – quello del 16.9 - a cui veniva sottoposta la [redacted] questo, benché incompleto, reca in maniera compiuta la tipologia di intervento e le modalità di espletamento; fra le complicanze venivano espressamente annoverate le infezioni della protesi ["complicanza grave che se non viene a

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

risoluzione con la terapia medica può rendere indispensabile un reintervento per la rimozione della protesi"].

In relazione al secondo ed al terzo ricovero sono evincibili violazioni degli obblighi informativi in assenza della prova della acquisizione del consenso; il modulo relativo all'intervento eseguito alla fine di ottobre dell'anno 2011 è assente, mentre quello inerente all'operazione di rimozione della protesi reca la sola firma della *Parte_1*

Orbene, premessa la corretta indicazione ed esecuzione degli interventi chirurgici a cui la *Parte_1* veniva sottoposta deve rilevarsi che la violazione, posta in relazione al secondo dei profili indicati (lesione del diritto alla salute), è rimasta indimostrata. L'allegazione e la prova dei fatti dimostrativi della opzione "a monte" che il paziente avrebbe esercitato costituisce, difatti, elemento integrante del nesso eziologico (da provarsi ovviamente da parte della parte attrice ex art. 2697 c.c.) tra l'inadempimento e l'evento dannoso (v. Cass. n. 28985 del 2019, cit., e, ivi richiamata, Cass. n. 19199 del 19/07/2018, in motivazione).

Nel caso di lesione del diritto all'autodeterminazione si rimane, pur sempre, sul piano dell'evento lesivo (o danno-evento), il quale non costituisce *ex se* danno risarcibile essendo questo predicabile se e solo se, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale oppure non patrimoniale (ed, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute, in termini di sofferenza soggettiva e contrazione della libertà di disporre di se stesso, psichicamente e fisicamente, da allegarsi specificamente e da provarsi concretamente, sia pure a mezzo di presunzioni.

Ora, è la stessa attrice ad esplicitare i concetti previamente elencati e da ultimo ribaditi dalla Cassazione con la pronuncia n. 16633/2023 aventi ad oggetto la lesione del diritto all'autodeterminazione (cfr. pag. 19 dell'atto introduttivo) ma a farli, di fatto, coincidere con la lesione del diritto alla salute (cfr. *ibidem*).

A questo deve aggiungersi che lo stato di "*turbamento e sofferenza*" della *Parte_1* – peraltro già affetta, in epoca precedente ai fatti di causa, da depressione maggiore – che avrebbe tratto origine dalle conseguenze "*verificate e non prospettate*" è rimasto sostanzialmente indimostrato.

L'allegazione della parte su detto profilo è carente; sono riportate in atti le sole ripercussioni accertate a livello di compromissione psico fisica. Nell'atto introduttivo sono, peraltro, scarsamente differenziati i due profili della informazione e della lesione al bene salute.

Non sono state, quindi, né rappresentate né provate conseguenze pregiudizievoli derivanti da tale mancata informativa sotto il profilo del diritto alla informazione (ad esempio la sofferenza per la mancata possibilità di scelta; la sofferenza per la percezione di essere stata privata di una possibilità

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

di riflessione etc.), ma è stato allegato unicamente il patimento riconducibile alle complicanze dell'intervento.

Sì è, dunque, implicitamente considerato il diritto all'autodeterminazione di per sé risarcibile, in quanto di rango costituzionale, e ciò in contrasto con l'orientamento ormai consolidato espresso dalla giurisprudenza di legittimità e poc'anzi richiamato (cfr. C. SSUU da 26972 a 26974 del 2008).

In altre parole, la mera lesione del diritto di scelta consapevole non è di per sé sola risarcibile, essendo al contrario necessaria la rappresentazione delle conseguenze pregiudizievoli che il paziente ha subito per non aver potuto decidere in piena autonomia.

Neppure è ravvisabile il lamentato danno da ridotta capacità lavorativa specifica.

Questo consiste nella temporanea o definitiva perdita (o riduzione) del reddito oppure nella perdita di una favorevole possibilità di incremento patrimoniale.

Parte attorea ha allegato il pregiudizio patito nei seguenti termini: " (…) A seguito dei gravi postumi invalidanti residuati dai trattamenti sanitai ed in ragione del già evidenziato sovvertimento esistenziale subito, l'odierna attrice non fu più in grado di attendere alle normali mansioni in precedenza svolte ed in data 22.2.2013 veniva licenziata per superamento del periodo di comporto (…) le gravi lesioni patite hanno di fatto impedito che la stessa potesse accedere anche ad altri lavori confacenti alle sue attitudini, nonché alle sue condizioni personali ed ambientali, in modo idoneo alla produzione di altre fonti di reddito in sostituzione di quelle perse o ridotte" dando, in ogni caso, atto della ricorrenza di altre comorbilità (sindrome depressiva, fibromialgia cronica con dolori e segni di deficit neurosensoriale e motorio di vari distretti muscolari) idonee ad incidere sulla capacità di produrre reddito.

Tanto premesso deve ritenersi che la prova, a carico della attrice, del nesso eziologico tra lesioni e riduzione, se non elisione, della capacità lavorativa non possa ritenersi raggiunta.

Devono richiamarsi, sul punto, le conclusioni a cui è giunto il CTU che si condividono e che, per chiarezza espositiva, si riportano: "*Ebbene deve ricordarsi che la Sig.ra* Parte_1 *ha diploma di scuola media inferiore ed ha riferito che nel periodo intercorso tra il 1983 ed il 2013 ha svolto attività di cucitrice presso vari salottifici. Ne consegue che, volendo inquadrare nosograficamente le mansioni concretamente svolte, esse possono essere assimilate a quelle di un operaio specializzato. Sappiamo inoltre che la Sig.ra* Parte_1 *sin dal 2008 (e quindi in epoca precedente ai fatti in esame) godeva (o gode) dei benefici di tipo previdenziale (assegno ordinario di invalidità) per fibromialgia, cardiopatia ipertensiva, degenerazioni multidistrettuale del rachide, sindrome di tipo depressivo. Le è stata altresì riconosciuta – in epoca non nota e per condizioni anch'esse non note – la condizione di invalidità civile al 100%. Ciò posto potrebbe ritenersi che, sin dall'epoca precedente ai fatti, la capacità lavorativa (specifica e generica) della paziente fosse abolita e/o grandemente*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

scemata (…) In ogni caso, attesa le precedenti e già descritte mansioni della Sig.ra Parte_1 *, i riflessi sulla capacità lavorativa dei disturbi correlati alle indicate inadempienze (utilizzo di panciera, disturbi dell'alvo) devono ritenersi residuali e/o di molto modeste entità*".

Ora, è indimostrato che le lesioni conseguite all'intervento del settembre dell'anno 2011 abbiano inciso su una capacità lavorativa che non è provato fosse ricorrente alla data dell'evento.

La Parte_1 ha, del resto, allegato che il licenziamento e l'impossibilità di reperire distinta occupazione dipenderebbero dalla invalidità riportata a seguito all'intervento. Detta allegazione si pone in contrasto con gli accertamenti peritali che hanno riconosciuto esiti "*residuali e/o di molto modeste entità*" a cui non è provato sarebbe conseguito un decremento della posizione lavorativa.

Preme aggiungere, sulla scorta dei predetti esiti e della stessa verifica e quantificazione dei periodi di invalidità temporanea come riconosciuti in questa sede – sulla scorta di conclusioni fatte proprie dall'attrice - che non possa ritenersi neanche accertata la correlazione tra le assenze della Parte_1 dal lavoro ed il superamento del periodo di comporto.

Giova, in ogni caso, evidenziare l'assenza in atti, del contratto di lavoro stipulato con la " [...] Parte_4 delle buste paga e del CCNL essendo, la domanda, fondata sul mero estratto delle dichiarazioni reddituali rilasciato dalla Agenzia delle Entrate, sull'estratto conto previdenziale e sul CUD 2013 relativo all'anno di imposta 2012.

Le spese di lite, comprese quelle di CTU di cui al decreto del 7.12.2020, sono liquidate secondo soccombenza in applicazione dei parametri di cui al DM n. 55/2014 e ss.mm.ii.

Nei rapporti tra l'attrice ed il dott. CP_3 sono quantificate con riferimento ai criteri di cui alla tab n. 2, finca n. 6 in base al *disputatum* applicate le riduzioni massime di cui all'art. 4 c. 1 stante l'esiguità dell'attività difensiva.

Nei rapporti tra l'attrice, la CP_1 ed il dott. CP_5 sono quantificate con riferimento ai criteri di cui alla tab. n. 2 finca n. 5 in base al *decisum* applicate le riduzioni massime di cui all'art. 4 c. 1 per la fase decisionale stante l'esiguità dell'attività difensiva.

PQM

Il Tribunale di Bari, Terza Sezione Civile, disattesa ogni diversa istanza, eccezione o deduzione, definitivamente decidendo, in composizione monocratica, così provvede:

- rigetta la domanda nei confronti del dott. CP_3

- accoglie per quanto di ragione la domanda e, per l'effetto, condanna la CP_1 ed il dott. CP_5 [...] , in solido, al pagamento in favore di Parte_1 dell'importo di euro 141.439,00 oltre interessi come regolati in parte motiva;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

- condanna l’attrice alla refusione delle spese di lite in favore del dott. *CP_3* che liquida in euro 12.351,35 per compensi professionali oltre rimborso forf. delle spese nella misura del 15%, CPA ed IVA, se dovuta, come per legge;

- condanna la *CP_1* ed il dott. *Controparte_2* in solido, alla refusione delle spese di lite in favore dell’attrice che liquida in euro 1.303,35 per esborsi documentati e in euro 11.976,50 per compensi professionali oltre rimborso forf. delle spese nella misura del 15%, CPA ed IVA, se dovuta, come per legge;

- pone definitivamente a carico della *CP_1* le spese di CTU liquidate con decreto del 7.12.2020 salva la solidarietà esterna di tutte le parti processuali nei confronti del consulente.

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di competenza.

Bari, 22.1.2025

Il giudice

dott.ssa Lidia del Monaco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it