N. R.G. 6447/2014

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Valentina Boroni
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **6447/2014** promossa da:

[redacted] (C.F. *C.* [redacted]), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elett. ente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

ATTORE

contro

Controp [redacted] (C.F. [redacted]), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e. , elettivamente [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

roparte_2 [redacted] (C.F. [redacted]), con il patrocinio dell'avv. [redacted], elettivamente [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTI

Oggetto: Responsabilità professionale medica

CONCLUSIONI

Le parti convenute hanno concluso come da fogli depositati nel corso della udienza di precisazione delle conclusioni.

La parte attrice ha concluso come segue:
Voglia l'ill.mo Tribunale adito, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, così giudicare:
NEL MERITO: accertare e dichiarare la responsabilità solidale di *Controparte_1* e il prof. *[...] CP_2* nella causazione del danno come sopra quantificato, per i motivi di cui in narrativa e per l'effetto, condannare gli stessi in solido tra loro al pagamento in favore dell'attrice della somma di € 237.552,00, o quella maggiore o minore somma ritenuta di giustizia, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali dalla data del primo intervento al saldo.
IN OGNI CASO - Con rifusione delle spese del presente procedimento e delle successive occorrende come per legge.
Si ricorda che la mancata comparizione davanti al mediatore comporta altresì la condanna dei

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

convenuti al pagamento delle spese di mediazione da corrispondersi in questo caso in favore dello Stato.
IN VIA ISTRUTTORIA: Si chiede, occorrendo, l'ammissione delle prove indicate nella memoria istruttoria del 20/7/14 limitatamente ai mezzi che qui si riportano:
- disporsi CTU medico legale volta a confermare le ripercussioni psicologiche che hanno coinvolto la sfera emotiva affettiva, l'attività relazionale e l'attività sessuale dell'attrice in seguito alla condotta dei convenuti, in considerazione della relativamente giovane età dell'attrice e della sussistenza di un pregresso stato ansioso patologico (attacchi di panico) in considerazione del quale la sig.ra *Pt_1* è già stata riconosciuta invalida al 75%.
Altresì si chiede ammettersi la prova per interpello e testi sulle seguenti circostanze tutte da intendersi precedute dalla locuzione "Vero che":
15) Il 18/5/2009 la *Controparte_3* assumeva a tempo indeterminato l'attrice con una retribuzione mensile di € 728,99 come da doc. 11 che si rammostra al teste;
16) Dopo due mesi dall'assunzione la *Controparte_3* prendeva atto delle dimissioni dell'attrice per motivi personali (come da docc. 27-28 che si rammostrano al teste);
17) Le dimissioni presso la *CP_3* furono dettate dalla necessità di sottoporsi all'intervento del 17/6/2009 di "Revisione, correzione cicatrice ombelicale, lifting del pube" per mano del prof. *CP_2* e alla successiva convalescenza;
18) Il 18/8/2009 la *Controparte_4* assumeva a tempo determinato l'attrice con una retribuzione lorda mensile di € 1.263,70 come da doc. 8 che si rammostra al teste;
19) Il 19/10/2009 la *Controparte_4* comunicava il licenziamento dell'attrice come da doc. 10 che si rammostra al teste;
20) L'esito negativo del periodo di prova presso *Controparte_4* era da ricondursi alle assenze dell'attrice;
21) Il 1/3/2010 la *Controparte_5* assumeva a tempo determinato l'attrice con una retribuzione annua di € 20.118,56 come da doc. 11 che si rammostra al teste;
22) Il 17/5/10 la *Controparte_5* comunicava il licenziamento dell'attrice come da doc. 12 che si rammostra al teste;
23) L'esito negativo del periodo di prova presso *Controparte_5* era da ricondursi alle assenze dell'attrice;
25) In seguito alle conseguenze patologiche dell'intervento del 22/4/2009 l'attrice cominciava a soffrire di ripetuti attacchi di panico che si manifestavano con frequenti episodi di pianto, paura di uscire di casa e di permanervi da sola, necessità di essere sempre accompagnata ovunque;
26) In seguito alle conseguenze patologiche dell'intervento del 22/4/2009 l'attrice necessitava di assistenza domiciliare anche per lavarsi che le veniva fornita dalla suocera *Persona_1*
27) In seguito alle conseguenze patologiche dell'intervento del 22/4/2009 ed in particolare per la necessità di evitare qualsiasi fonte di infezione, l'attrice evitava di frequentare gli amici e li invitava a non recarsi a farle visita.
Si indicano a testi i sig.ri: , [redacted] Milano; *CP_6* [redacted] *es_2* [redacted] Dott. *Tes_3* *[...]* resso *Controparte_3* [redacted] Milano (per i capp. 15-16); il legale rappresentante della *Controparte_4* [redacted] Milano (per i capp. 18-20); il sig. *Tes_4* *[...]* /o *Controparte_5* [redacted] (per i capp. da 21 a 23).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

Motivi della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato *Parte_1* ha citato dinanzi al Tribunale di Milano *Controparte_1* e il dott. *Controparte_2* chiedendone la condanna in via solidale al risarcimento di tutti i danni patiti a causa dell'intervento eseguito in data 22.4.2009 di dermolipectomia addominale con riduzione di ampiezza del tronco, del 17.6.2009 di revisione di correzione cicatrice ombelicale e del 10.3.2010 di alloplastica mediana, asportazione di lembo dermo ipodermico comprendente la regione fistolizzata e mini addominoplastica di necessità.
Ha dedotto che, essendo stata sottoposta ad un intervento di deviazione biliodigestiva presso *CP_7* nel 2006 successivamente ad intervento di revisione chirurgica con posizionamento di rete per deiescenza dei tessuti addominali, in ragione del consistente dimagrimento aveva deciso di sottoporsi in data 22.4.2009 ad intervento di dermolipectomina addominale per riduzione di ampiezza del tronco.
Immediatamente dopo l'intervento la ferita si era riaperta e dalla stessa era cominciato a fuoriuscire siero; ella quindi si era recata in più occasioni presso *CP_1* al fine di essere medicata ma senza effetto tanto che nel giugno 2009 era stata sottoposta ad intervento di revisione eseguito dal dott. *CP_2* neanche con tale intervento la situazione era migliorata perché l'ombelico veniva completamente eliminato. Ella si ripresentava nel novembre 2009 nuovamente al pronto soccorso presentando uno stato infettivo importante e, svolte alcune medicazioni, veniva nuovamente operata il 10.2.2010 per laparocele recidivo in esiti di addominoplastica con asportazione di lembo dermo ipodermico.
All'esito della vicenda sanitaria l'attrice lamentava quindi: la perdita dell'ombelico, una cicatrice addominale di maggiore lunghezza del dovuto resasi necessaria per la correzione del laparocele; voluminosa ptosi pubica; mancato rimodellamento del tronco e inevitabili cicatrici nonchè aderenze tissutali profonde oltre danni di carattere psicologico coinvolgenti anche la sfera affettiva e relazionale.
Lamentava altresì di avere patito un danno patrimoniale a causa del licenziamento subito in ragione del superamento del periodo di comporto in tre società che l'avevano assunta tra il 2009 e il 2010.
Di tutti i danni patiti riteneva responsabili in solido sia il dott. *CP_2* sia *CP_1*
Si sono costituiti entrambi i convenuti *CP_1* e *CP_2* (quest'ultimo successivamente alla prima udienza, nella quale era stato dichiarato contumace) contestando gli addebiti di parte attrice, evidenziando come gli interventi fossero stati condotti a regola d'arte e che l'infezione successiva in quanto complicanza previamente comunicata alla paziente non poteva essere addebitata alla struttura sanitaria e al medico; *CP_1* svolgeva altresì azione di regresso nei confronti del medico assumendo che la responsabilità eventualmente accertata dovesse essere concentrata sulla persona del solo dott. *CP_2* quest'ultimo lamentava la propria estraneità al percorso clinico della attrice rappresentando di avere eseguito il solo intervento del giugno 2009 e che ella gli era stata indirizzata dai colleghi della divisione di chirurgia generale cui era in carico e cui spettava il monitoraggio anche del decorso post- intervento come da protocollo regionale che allegava e si opponeva alla domanda di regresso; entrambi contestavano altresì l'importo richiesto dalla attrice giudicandolo eccessivo e per larga parte non eziologicamente collegato all'attività posta in essere dai sanitari.
L'istruttoria si è articolata nell'acquisizione dei documenti prodotti dalle parti, nell'espletamento di una c.t.u. medico legale; all'esito è stata fissata udienza di precisazione delle conclusioni al 21.3.2017.Sulle conclusioni di cui ai rispettivi atti introduttivi, riassunte nei fogli di precisazione delle conclusioni, la causa è stata trattenuta in decisione con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.; in sede di precisazione delle conclusioni parte attrice ha insistito anche

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

nell'accoglimento delle istanze istruttorie a suo tempo formulate sia in atto introduttivo sia nella memoria istruttoria.

Accertamento della responsabilità professionale

Le domande spiegate da *Parte_1* sono fondate e possono essere accolte nei limiti che seguono.

In via generale è opportuno richiamare il consolidato orientamento della Corte di Cassazione secondo il quale *"in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non", restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinali da un evento imprevisto e imprevedibile"* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 975 del 16/0 1/2009).

Più di recente, la Suprema Corte ha rilevato come *"In tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall'esercizio di attività di carattere sanitario, il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato il suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno"* (Cass. 15993/2011).

La Suprema Corte ha infatti affermato, in modo da ritenersi del tutto consolidato, che la responsabilità della struttura sanitaria (privata o pubblica) sia da inserire nell'ambito contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto atipico (cd contratto di spedalità o di assistenza sanitaria) che si perfeziona anche per fatti concludenti laddove si abbia anche soltanto l'accettazione del malato presso la struttura (cfr. Cass. SSUU. 577/08 e Cass. N. 8826/2007).

Tale contratto ha ad oggetto l'obbligo della struttura di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero ecc.).

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni – esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario – e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera, qualunque sia il legame, di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

Con riguardo invece ai singoli sanitari ritiene questo giudice – conformemente all'orientamento seguito dalla Sezione, esposto in modo analitico ed esaustivo nella sentenza n. 9693/2014 estensore dott. Gattari e nella successiva sentenza pronunziata in RG 84417/2010 estensore pres. Bichi, il cui impianto motivazionale si richiama integralmente condividendolo appieno- che la disposizione normativa appena richiamata – interpretata alla luce del chiaro intento del legislatore di restringere e di limitare la responsabilità (anche) risarcitoria derivante dall'esercizio delle professioni sanitarie per contenere la spesa sanitaria ed in conformità del criterio previsto dall'art. 12 delle preleggi, che assegna all'interprete il compito di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore – sia da interpretare nel senso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

di ricondurre la responsabilità risarcitoria del medico (al pari di quella degli altri esercenti professioni sanitarie) nell'alveo della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c. (con tutto ciò che ne consegue, principalmente in tema di riparto dell'onere della prova, di termine di prescrizione e del diritto al risarcimento del danno).
Del resto la ricostruzione della responsabilità della struttura sanitaria nell'ambito delle prestazioni mediche rese in ambito di servizio sanitario nazionale è stata ricostruita da dottrina e giurisprudenza con richiamo al cosiddetto contatto sociale sulla base di un contratto di spedalità che presenta diversi profili problematici se estesa anche alla figura del medico operante all'interno della struttura sanitaria che non viene in prima battuta coinvolto in tale preliminare contatto (sul punto più diffusamente si veda sentenza citata pres. Bichi).
Tale opzione interpretativa è stata accolta anche dalla recente riforma delle professioni sanitarie (legge cd Gelli) che ha espressamente riconosciuto alla responsabilità del medico dipendente o stabilmente strutturato nell'ente ospedaliero un carattere aquiliano.
Per tali ragioni ove, come nel caso di specie, l'attrice agisce anche nei confronti del medico, senza allegare l'esistenza di un contratto d'opera professionale con lo stesso concluso, deve ritenersi che il rapporto che si instaura con la struttura sanitaria sia contrattuale, mentre il rapporto con il professionista sia di natura extracontrattuale.
Tanto premesso va anche osservato che gli interventi di cui oggi si discute (in particolare quello del 22.4.2009 e quello del 17.6.2009) non attengono al profilo della mera chirurgia estetica dovendo considerarsi avere carattere funzionale di cura della paziente, in quanto complementari all'intervento curativo svolto nel 2006.
Il dato è ben evidenziato nella relazione peritale redatta dalla dott.ssa *Persona_2* (specialista in medicina legale) e dal dott. *Persona_3* (specialista in chirurgia generale ed Urologia) depositata il 30.9.2015 – le cui conclusioni meritano di essere pienamente condivise, in quanto basate su un completo esame anamnestico e su un obiettivo, approfondito e coerente studio della documentazione medica prodotta – nella quale i CTU hano ribadito che la chirurgia definita "post bariatica" rappresenta un fondamentale intervento di **chirurgia funzionale** che consente ai soggetti, spesso giovani, sottoposti ad interventi volti alla risoluzione di problematiche di obesità grave, di riprendere una normale attività fisica e lavorativa e di superare le problematiche psicologiche legate alla loro condizione; inoltre, la riapproprazione di un "contorno corporeo" accettabile, che non è assolutamente conseguibile con la semplice perdita di peso, rappresenta per questi pazienti un potente incentivo a dimagrire ulteriormente e a mantenere il dimagrimento conseguito.
L'analisi dei consulenti ha consentito di accertare quanto segue:
-la sig.ra *Pt_1* fu operata in data 12.4.2006 per obesità patologica; l'intervento eseguito fu una diversione biliodigestiva e gastroresezione secondo *Per_4* ; l'intervento chirurgico era assolutamente indicato, fu condotto con tecnica corretta e non ebbe complicanze degne di nota. - l'intervento ebbe un ottimo esito sul peso della paziente, ma diede luogo, come complicanza a distanza, alla formazione di un laparocele post-chirugico; essa costituisce a tutti gli effetti una complicanza abbastanza usuale dopo interventi chirurgici consimili, prevedibile ma concretamente non prevenibile, che fu corretta con un ulteriore intervento chirurgico eseguito il 30.5.2008;
- tale procedura andò incontro ad una complicanza "minore", una diastasi della sutura cutanea, per la quale si rese necessario un ulteriore intervento (20.6.2008) che portò alla guarigione della ferita; questo intervento concluse la fase cosiddetta bariatica.
- Per quanto attiene, invece, alla fase clinico-chirurgica cosiddetta post-bariatrica, essa venne avviata nell'aprile 2009 sempre presso la *CP_1* e fu necessaria, osservano i consulenti "tenuto conto che poiché si vengono a creare cali ponderali assolutamente significativi, con alterazioni consistenti dell'immagine corporea aventi valenza funzionale ed estetica la chirurgia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

post-bariatrica attraverso la chirurgia plastica opera un rimodellamento corporeo utile nei soggetti nei quali la cute ed il tessuto sottocutaneo che erano distesi dall'obesità patologica divengono sovrabbondanti, con pliche pendule che determinano importanti limitazioni funzionali al movimento, macerazioni cutanee con dermatiti e micosi, sovraccarico sulla colonna, nonché gravi problematiche di tipo psicologico; questa condizione è definita dermocalasia";
-tra gli interventi chirurgici più comunemente eseguiti vi è quello effettuato sulla sig.ra *Pt_1* vale a dire **l'addominoplastica riduttiva; i**n data 21.11.2008 il dott. *Per_5* , chirurgo plastico, visitava infatti la ricorrente e attestava "*grave dermatocalasi addominale, mammari" ponendo indicazione per l'intervento che veniva quindi svolto in data 22.4.2009;*
- Il successivo decorso clinico al domicilio non fu assolutamente regolare; esiste infatti ampia evidenza documentale di una ferita chirurgica diastasata, con abbondante secrezione di materiale puruloide, esitata nel distacco e quindi nell'"eliminazione" dell'ombelico. A seguito di tale condizione, si rese necessario un intervento chirurgico di "bonifica" eseguito su terreno infetto, avente significato di "necessità" e il cui risultato, non solo estetico, ma anche in termini di guarigione, era a priori compromesso proprio dall'infezione locale. Questo intervento fu eseguito dal Prof. *CP_2*
-l'infezione tuttavia si estese progressivamente nel corso dei mesi successivi anche al piano muscolo fasciale, determinando anche una recidiva del laparocele (vedasi TAC addome del 19.2.2010 che evidenziava "*diastasi della parete addominale lungo la ferita mediana con erniazione della rete e fuoriuscita di tessuto omentale e di qualche ansa del piccolo intestino … tragitto fistoloso che origina dalla parete addominale con una lunghezza di 7 cm. La parte più distale … risulta in comunicazione con raccolte sottocutanea … con estensione cranio caudale … di circa 4 cm*");
-la situazione fu emendata alla fine da un ulteriore intervento chirurgico, eseguito dai chirurghi addominali il 10.3.2010.

All'esito della disamina i consulenti dell'ufficio hanno osservato come "si osserva come la chirurgia post-bariatrica e la gestione delle ferite complesse, rientrino a pieno titolo nelle competenze degli specialisti in Chirurgia Plastica, quale il prof. *CP_2* e i restanti sanitari che ebbero ad assistere la paziente in regime ambulatoriale. Giova peraltro notare come la chirurgia bariatrica e post-bariatrica sia un settore in cui la Divisione di Chirurgia Generale e quella di Chirurgia Plastica *Controparte_8* hanno un'ampia casistica ed esperienza, con piena competenza tecnica nella gestione di simili pazienti".
Hanno quindi osservato che l'intervento del 22.4.2009, svolto dal dott. *Per_5* , trovasse chiara indicazione chirurgica e come lo stesso sia stato eseguito secondo una tecnica ed una esecuzione priva di censure e conforme alle buone pratiche mediche per tale tipologia di intervento.
Infatti da un lato la paziente, in esiti di chirurgia bariatrica, presentava infatti un quadro di dermatocalasi con ampio grembiule omentale e importanti segni di macerazione cutanea, che costituisce appunto il quadro patologico per il quale la procedura di addominoplastica è espressamente prevista e dall'altro il verbale operatorio, ancorché sintetico, riporta i previsti step chirurgici ed il successivo decorso post-operatorio si caratterizzò per una complicanza (diastasi e infezione di ferita) non correlata alla metodica chirurgica impiegata.
Il dato è stato ricostruto dai consulenti osservando come la ferita chirurgica già a pochi giorni dall'intervento manifestò una diastasi dei margini e fu gestita ambulatorialmente mediante medicazioni e trattamento antibiotico; il 25.5.09, visto il persistere di secrezione dalla ferita, fu effettuato un primo tampone colturale che documentò la presenza, oltre che di Enterococco Faecalis, di Pseudomonas Aeruginosa e di E. *CP_9* , vale a dire due patogeni comunemente associati ad infezioni cosiddette nosocomiali. I consulenti hanno efficacemente osservato che "trattandosi di batteri raramente acquisibili in comunità da soggetti immunocompetenti, è evidente come la loro presenza a livello della ferita chirurgica sottenda con ogni probabilità il ricorrere o di una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

contaminazione intra-operatoria durante l'intervento del 22.4.09, ovvero di una sopravvenuta penetrazione microbica in occasione delle medicazioni ambulatoriali cui la paziente fu sottoposta".
D'altro canto i consulenti hanno sottolineato non si giustifichi di per sé la presenza di tali batteri, anche in soggetti obesi, mentre la loro genesi è tipicamente nosocomiale.
Poiché il periodo successivo si caratterizzò per una serie di medicazioni che non risolvevano il processo infettivo correttamente fu posta l'indicazione di un secondo intervento di revisione, eseguito dal dott. *CP_2* il 17.6.2009.
Con specifico riguardo a tale intervento i CTU hanno evidenziato che "all'epoca dei fatti l'infezione ancora interessava i piani superficiali sottocutanei; non sussisteva pertanto indicazione al posizionamento di una rete (il riscontro di recidiva di laparocele avvenne infatti alcuni mesi dopo), né ad un intervento maggiormente esplorativo e/o demolitivo. Per quanto in atti, dunque, il gesto chirurgico del Prof. *CP_2* non presenta elementi di comprovata criticità".
L'attenzione critica dei CTU si è invece appuntata sulla fase successiva all'intervento del giugno 2009, atteso che, come ravvisato dai CTU, l'esito non positivo di tale ultimo intervento fu dovuto ad una prevedibile ma non prevenibile "persistenza e riaccensione del processo infettivo a livello della ferita chirurgica**".**
Invero la persistenza di una condizione infettiva non risolta avrebbe dovuto indurre, ad avviso dei CTU, il personale medico ad un maggior approfondimento del quadro addominale mediante ecografia dell'addome, quanto meno a partire dal mese di settembre 2009, allorquando era più che evidente l'inefficacia dei 3 mesi di medicazioni ambulatoriali (giugno-settembre) e ad un ulteriore più tempestivo intervento di revisione chirurgica della ferita tesa a verificarne l'effettiva estensione (più o meno profonda) e a bonificare i tessuti infetti.
Al contrario i consulenti hanno rilevato come la paziente venne gestita in regime ambulatoriale con medicazioni plurisettimanali da giugno 2009 a marzo 2010, vale a dire per 9 mesi e solo nel febbraio 2010 fu disposta un'ecografia ed una Tac dell'addome che documentarono l'espansione del processo infettivo, con interessamento dei tessuti profondi, formazione di tragitti fistolosi e cedimento della rete precedentemente posizionata con recidiva di laparocele.
All'esame attuale della attrice i consulenti dell'ufficio hanno riscontrato la presenza di **"**un addome globoso per adipe, assenza dell'ombelico, nonché una cicatrice orizzontale infossata in corrispondenza delle fosse iliache e stellata all'incrocio con quella longitudinale (da chirurgia bariatrica), in esiti di infezione di ferita guarita per seconda intenzione. La sig.ra *Pt_1* è inoltre portatrice di esiti di recidiva di laparocele, con posizionamento di una seconda rete protesica, nonché di esiti di raccolte ascessuali e tramiti fistolosi in sede sottocutanea.
Hanno in definitiva accertato che "in conseguenza della precoce infezione di ferita dopo l'intervento di addominoplastica riduttiva, sostenuta da patogeni nosocomiali, e della non idonea gestione della stessa dopo l'intervento del giugno 2009, la ricorrente ha riportato, rispetto a quanto atteso in caso di intervento non complicato, una cicatrice orizzontale più estesa, distrofica ed esteticamente peggiore, la perdita dell'ombelico, nonché gli esiti del processo infettivo sottocutaneo e fasciale con una seconda rete protesica di plastica addominale.
Quindi, avuto riguardo alla quantificazione percentuale del danno da lesione dell'integrità psicofisica i consulenti hanno distinto, alla luce dei barème di comune impiego medico-legale (*Persona_6* e colleghi; *Parte_2* e colleghi) due profili, uno estetico e l'altro di compromissione dei tessuti profondi.
Complessivamente hanno valutato sussistere un danno per postumi permanenti del 15% ricollegato, da un lato considerato altresì l'esito medio atteso per interventi di addominoplastica riduttiva, tenuto conto dello stato anteriore, avuto inoltre riguardo che in conseguenza dell'infezione e della sua impropria gestione alla perdita dell'ombelico, al peggioramento della cicatrice orizzontale ed ad un dismorfismo dei piani superficiali addominali; e dall'altro agli esiti dell'infezione dei tessuti profondi e fasciali e gli esiti di correzione di recidiva di laparocele, esiti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

che, rapportati a quanto è solito riconoscersi per il laparocele trattato efficacemente, definiscono un vero e proprio pregiudizio all'integrità psicofisica della persona.
Quanto alla inabilità temporanea i CTU hanno ritenuto sussistere un "prolungamento della malattia" rispetto ad un suo decorso regolare di circa 9-10 mesi (12 mesi meno i 2 mesi attesi per interventi non complicati), durante i quali, in rapporto ai ricoveri e alle medicazioni plurisettimanali, molte attività ordinarie furono, se non precluse, quanto meno assai limitate. Tale periodo definisce dunque un'inabilità temporanea biologica che è da quantificarsi in: 6 giorni (sei) di inabilità assoluta al 100%, pari ai due ricoveri ospedalieri del giugno 2009 e marzo 2010; 30 giorni (trenta) in forma parziale mediamente al 75%, espressione del decorso postoperatorio successivo ai due reinterventi; 4 mesi (120 giorni) in forma parziale mediamente al 50% e 4 mesi (120 giorni) in forma parziale mediamente al 25%, durante i quali la paziente effettuò plurime medicazioni ambulatoriali, protratto trattamento antibiotico, presentando in taluni periodi ampia deiscenza della ferita.
I consulenti hanno quindi risposto alle osservazioni critiche dei consulenti di parte con riguardo alla percentuale di postumo permanente riscontrata osservando come l'addome così come obiettivato sulla sig.ra *Pt_1* in un soggetto non affetto da obesità e non sottoposto ad addominoplastica, avrebbe infatti configurato un danno estetico assai superiore al 10%; tale percentuale tiene pertanto pienamente conto dello stato anteriore e delle aspettative attese da un intervento di addominoplastica. Va peraltro ulteriormente precisato come gli esiti menomativi non siano esclusivamente di carattere estetico, dal momento che, oltre alla perdita dell'ombelico, la paziente è portatrice di un'ulteriore rete protesica in correzione di recidiva di laparocele, nonché di aderenze addominali in esito al processo settico con ascessualizzazione. La percentuale dell'8% prospettato dal consulente di parte sarebbe pertanto esaustiva del solo danno funzionale.
Anche avuto riguardo al profilo del danno psichico e della emendabilità del danno i CTU hanno chiarito da un lato come la sig.ra *Pt_1* avesse lamentato crisi d'ansia e attacchi di panico anche prima degli interventi e che non vi è agli atti alcun elemento sul quale poggiare una attestazione di aggravamento di tale disturbi; dall'altro che la non emendabilità della situazione giudicata postumo permanente trova fondamento nella impossibilità di operare una ricostruzione dei tessuti profondi e dell'ombelico.
Quanto infine all'apparto causale della condotta posta in essere dal Dott. *CP_2* i consulenti hanno ribadito l'assenza di criticità con specifico riferimento all'intervento del giugno 2009, periodo nel quale gli effetti della infezione ancora non erano riconoscibili.
Le conclusioni sopra descritte, come già anticipato, meritano di essere condivise.
I consulenti dell'ufficio hanno infatti dato conto con ampia motivazione e richiami alla documentazione clinica in atti del processo infettivo occorso alla attrice, evidenziando con chiarezza e senza che sia stato diversamente ricostruito con uguale forza probante la genesi dell'infezione, a chiare lettere definita nosocomiale.
Sul punto hanno anche ben precisato, a confutazione della diversa tesi della convenuta *CP_1* come la condizione della paziente non la esponesse a rischi di contrarre tali batteri in altri contesti mentre la tipologia di batterio riscontrata con specifici esami è stata riconosciuta come tipicamente nosocomiale. La circostanza che non sia stato possibile evidenziare in quale esatto momento l'infezione sia stata contratta non esclude che essa sia riconducibile alla frequentazione, purtroppo non rara, della sig.ra *Pt_1* della clinica [redacted] e l'aspetto temporale ravvicinato all'intervento ed alle conseguenti medicazioni del rilievo dell'infezione è circostanza significativa che depone a favore della tesi sostenuta dai consulenti quanto alla causa della contrazione della infezione.
Quanto all'ulteriore aspetto di responsabilità sanitaria (la mancata rilevazione della natura e gravità dell'infezione ed il ritardo con il quale venne disposto l'accertamento diagnostico a seguito del quale venne data indicazione per un successivo e radicale intervento di revisione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

chirurgica della ferita) va osservato che esso, non sottoposto a critiche dai consulenti di parte, emerge con chiarezza tenuto conto delle molteplici medicazioni a cui la sig.ra *Pt_1* venne sottoposta in assenza di risoluzione della infezione, come invece si sarebbe dovuto verificare entro un termine certamente più breve della decina di mesi verificatisi in concreto.
Vale a questo punto sottolineare come gli addebiti colposi riscontrati motivatamente dai consulenti hanno ad oggetto specificatamente condotte che attengono alla gestione ed organizzazione della struttura sanitaria, sia sotto il profilo della igiene ambientale sia sotto il profilo delle procedure di gestione del post ricovero e della comunicazione delle informazioni tra sanitari che intervengano sulla medesima paziente. Tali addebiti, proprio per le loro caratteristiche, sono all'evidenza addebiti che si attagliano alle prestazioni che gravano sulla struttura sanitaria più che sul singolo operatore sanitario, atteso che la loro osservanza dipende proprio dalla messa a disposizione della struttura di un insieme di procedure, protocolli e conseguenti operazioni generali eseguite con predisposizione di mezzi e strumenti efficaci che operano ad un livello sopraordinato rispetto alle prestazioni concretamente esigibili dal singolo operatore, sul quale ricade piuttosto l'onere di una esecuzione concreta delle direttive già formulate dalla struttura.
A questo proposito vale brevemente considerare che l'addebito colposo mosso dalla difesa di parte attrice al dott. *CP_2* sanitario convenuto, in citazione è stato solo quello di avere male eseguito l'intervento del giugno 2009; su tale addebito si è attestata anche la difesa della convenuta *CP_1* che fin da subito ha ritenuto di richiamare tale addebito specificando che sulla base di ciò si sarebbe dovuta ricostruire la responsabilità esclusiva del dott. *CP_2* e ciò anche con immediati riflessi sulla azione di regresso spiegata all'atto della costituzione in giudizio.
La diversa e nuova prospettazione in ordine ad un addebito colposo del dott. *CP_2* per omessa vigilanza dell'operato dei propri collaboratori nella gestione del post operatorio è stata dedotta da *CP_1* nella sola comparsa conclusionale, con conseguente tardività della diversa contestazione sulla quale non si è instaurato alcun contraddittorio.
La tardività della allegazione è rilevabile dal giudice in quanto domanda nuova che estende il contenuto della originaria domanda di accertamento di responsabilità esclusiva del dott. *CP_2* e poi di regresso (domanda per il vero articolata in modo del tutto generico). Né può ritenersi che tale diversa prospettazione sia stata "conseguenza inaspettata " della valutazione peritale atteso che era chiaro fin dall'origine che la vicenda clinica della attrice si era aggravata a seguito di un processo infettivo le cui cause ben potevano prevedibilmente essere affrontate nella allegazione difensiva della convenuta *CP_1* fin dall'inizio.
Va dunque accertata la responsabilità sanitaria della convenuta *CP_1* mandato assolto da ogni rimprovero a carattere colposo il dott. *CP_2*

Danni risarcibili
In merito alla quantificazione dei danni va data adesione all'accertamento dei CTU i quali hanno riscontrato un danno postumo permanente pari al 15%.La percentuale indicata dai CTU appare condivisibile avendo dato conto sia delle diverse sue componenti (estetico e funzionale) sia della sua individuazione con criterio di aggravamento rispetto ad una situazione preesistente (in assenza della quale ben maggiore sarebbe stato il danno estetico).
Applicando i criteri di cui alle tabelle del Tribunale di Milano aggiornate all'ultima versione disponibile, criterio di liquidazione del danno biologico che, pur mantenendo i caratteri dell'equità, consente di introdurre criteri oggettivi e giudicati dalla giurisprudenza di legittimità ragionevoli quale riferimento (*cfr Cass. sentenza n. 12408 del 7.6.2011),* deve riconoscersi l'importo di euro 43.658,00, tenuto conto dell'età della danneggiata al tempo del riscontro della infezione a postumi stabilizzati (36 anni) e della percentuale di invalidità accertata (15%).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

Quanto al profilo della inabilità temporanea sulla base del valore giornaliero indicato nella medesima tabella alla luce dei periodi di inabilità temporanea assoluta e parziale accertati dai CTU può essere liquidato l'importo di euro 11.376,00.
In merito alla richiesta di c.d. personalizzazione del danno, in ragione delle gravi conseguenze patite dall'attrice, si osserva quanto segue.
In via generale non pare inutile ricordare che il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale, essendo compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, a prescindere dal nome attribuitogli. Pertanto, in tema di liquidazione del danno per la lesione del diritto alla salute, nei diversi aspetti o voci di cui tale unitaria categoria si compendia, l'applicazione dei criteri di valutazione equitativa, rimessa alla prudente discrezionalità del giudice, deve consentirne la maggiore approssimazione possibile all'integrale risarcimento, anche attraverso la cd. personalizzazione del danno (Cass., Sez. Un., n. 26972/08).
Con particolare riferimento alla c.d. personalizzazione, la Suprema Corte ha precisato che "*il grado di invalidità permanente espresso da un baréme medico legale esprime la misura in cui il pregiudizio alla salute incide su tutti gli aspetti della vita quotidiana della vittima. Pertanto, una volta liquidato il danno biologico convertendo in denaro il grado di invalidità permanente, una liquidazione separata del danno estetico, alla vita di relazione, alla vita sessuale, è possibile soltanto in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, le quali rendano il danno concreto più grave, sotto gli aspetti indicati, rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età. Tali circostanze debbono essere tempestivamente allegate dal danneggiato, ed analiticamente indicate nella motivazione, senza rifugiarsi in formule di stile o stereotipe del tipo 'tenuto conto della gravità delle lesioni'*" (Cass. 23778/2014).
Il Giudice, procedendo ad una valutazione nella sua effettiva consistenza delle sofferenze fisiche e psichiche patite da *Parte_3* (così da tendere ad un risarcimento del danno nella misura più prossima alla sua integralità, puramente tendenziale atteso che trattasi di danno alla persona) ritiene presuntivamente che nel caso di specie la voce del danno non patrimoniale intesa come sofferenza soggettiva in sé considerata non sia adeguatamente risarcita con la sola applicazione dei predetti valori monetari.
La rappresentazione dei fatti così come descritta dalla attrice nell'atto introduttivo e nelle memorie, non specificatamente contestata dalle altre parti, evidenzia che, in seguito all'intervento l'attrice patì uno stato di prostrazione psicologica intensa, tenuto conto che l'intervento ha avuto ad oggetto una zona sensibile rispetto alle relazioni affettive e che la risonanza afflittiva determinata dai ripetuti e senza buon esito interventi di medicazione hanno senza dubbio aggravato l'iter terapeutico della paziente, già fragile da un punto di vista psicologico.
Tali elementi, tempestivamente allegati dalla difesa di parte attrice, portano il Tribunale a ritenere che la fattispecie in esame si differenzi dai casi consimili di invalidità dello stesso grado.
Pertanto si reputa opportuno procedere ad una adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale (nella misura del 30% del danno biologico complessivamente subito), che consenta di congruamente risarcire la voce di danno (che comprende anche le voci di sofferenza riconducibili all'art. 2059 c.c.) liquidandolo nella complessiva somma di euro **56.755,40 in relazione al danno da postumo permanente e di euro 14.788,00 per il danno da inabilità temporanea (per un complessivo danno di euro 71.543,40).**
Tale risarcimento copre interamente il danno patito dalla attrice in relazione alla vicenda clinica esaminata.
Non è infatti riscontrabile altro danno (e precisamente quello di carattere psichico) come evidenziato dai CTU che non hanno riscontrato dati anamnestici di aggravamento rispetto a quanto già sofferto dalla attrice per tale profilo in precedenza rispetto all'intervento.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

Quanto ai danni patrimoniali i CTU hanno riscontrato spese documentate ed inerenti per euro 50,00. Esse vanno interamente riconosciute alla attrice in quanto esborsi relativi ad adempimenti necessari per i fatti di causa. Non sono invece stati riscontrati come possibili interventi ad emenda e tale circostanza esclude la sussistenza di spese per cure future.
Quanto ai riflessi di carattere patrimoniale sulla attività lavorativa della attrice si deve osservare che se da un lato i consulenti hanno dato evidenza di un periodo di protratte ospedalizzazioni al fine di medicare una ferita purulenta dall'altro non è stato sufficientemente riscontrato che la perdita del lavoro patita dalla attrice sia diretta conseguenza di tale necessità di cura.
Ed invero dei tre contratti prodotti solo due danno conto di una lettera di licenziamento relativa che peraltro evidenzia quale causa la generica mancanza di superamento del periodo di prova. Tale carenza probatoria neppure si sarebbe potuto colmare con l'ammissione del prove orali delle quali parte attrice ha chiesto l'ammissione in sede di precisazione delle conclusioni, insistendo nella richiesta già svolta con la memoria istruttoria.
Dette istanze infatti riguardano capitoli articolati genericamente e contenenti valutazioni non demandabili ai testi.
Il danno complessivo subito da parte attrice (pari a complessivi euro 71.573,40) è stato liquidato equitativamente ai valori attuali della moneta e non deve quindi farsi luogo alla sua rivalutazione.
Inoltre, alla luce dell'insegnamento delle Sezioni Unite della Cassazione (risalente alla sentenza del 17/2/1995 n. 1712), vertendosi in tema di debito di valore non sono dovuti sul credito risarcitorio suddetto gli interessi legali con decorrenza dall'illecito.
Si ritiene tuttavia, in considerazione del lasso di tempo trascorso dall'illecito (8 anni), che vada riconosciuta all'attrice un'ulteriore somma a titolo di lucro cessante provocato dal mancato tempestivo risarcimento del danno da parte del responsabile - e conseguentemente dalla mancata disponibilità dell'equivalente pecuniario spettante al danneggiato - potendo ragionevolmente presumersi che il creditore, ove avesse avuto la tempestiva disponibilità della somma, l'avrebbe impiegata in modo fruttifero.
Ai fini della liquidazione necessariamente equitativa di tale ulteriore voce di danno patrimoniale, si ritiene di far ricorso al criterio degli interessi legali al saggio variabile in ragione di anno (determinato ex art. 1284 c.c.) da calcolarsi sull'importo già riconosciuto, dapprima "devalutato" fino all'illecito e poi "rivalutato" annualmente con l'aggiunta degli interessi, ovvero sul capitale "medio" rivalutato.
Su tali somme, corrispondenti all'intero danno risarcibile liquidato al creditore, sono altresì dovuti dai convenuti gli interessi al tasso legale sino al saldo, con decorrenza dalla data della presente pronuncia coincidente con la trasformazione del debito di valore in debito di valuta-.

La domanda di regresso della casa di cura nei confronti del medico
Parte convenuta *CP_1* ha svolto domanda di regresso nei confronti del convenuto *CP_2* ritenendo imputabile a quest'ultimo il danno accertato in questa sede.
La domanda non merita accoglimento.
La concorrente responsabilità professionale sanitaria del dottore convenuto è stata esclusa con accertamento poc'anzi svolto e dunque non sussistono i presupposti per l'accoglimento della domanda di regresso dovendosi ritenere la convenuta *CP_1* unica responsabile del danno come accertato.

La regolamentazione delle spese
Le spese di lite tra l'attrice (ammessa al patrocinio a spese dello stato) e la convenuta *Controparte_1* seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo (in misura equivalente a quella che è oggetto di liquidazione del difensore della parte ammessa al patrocinio a spese dello Stato e quindi con diminuzione della metà).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219

Si ritiene invece equo disporre la compensazione delle spese di lite tra attrice e convenuto *CP_2* atteso il provato coinvolgimento dello stesso nel percorso clinico che ha riguardato la sig.ra *Pt_1* la cui difesa aveva anche accettato la proposta conciliativa formulata dal giudice che non prevedeva alcun coinvolgimento del convenuto *CP_2*
Diversamente *CP_1* va condannata alla rifusione delle spese sostenute dal convenuto *CP_2* per la diesa rispetto alla domanda di regresso , domanda rispetto alla quale *CP_1* è rimasta totalmente soccombente anche avuto riguardo al preliminare profilo volto ad attribuire l'intera ed esclusiva responsabilità della vicenda al sanitario che ha posto in essere uno solo dei diversi interventi sula paziente.
Dette spese si liquidano come da dispositivo (nella misura pari ad un terzo di quelle sostenute complessivamente avuto riguardo all'impegno difensionale sostenuto per resistere alla domanda di regresso).
Le spese di c.t.u., liquidate con separato provvedimento, devono essere poste definitivamente a carico della convenuta *CP_1*

P.Q.M.

Il Tribunale di Milano, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, istanza od eccezione disattesa, così provvede:

a) Accoglie le domande di parte attrice e, per l'effetto, condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* a titolo di risarcimento dei danni, della somma di **euro 71.573,40** oltre interessi come da motivazione ;
b) Respinge la domanda attorea nei confronti del convenuto *CP_2*
c) Respinge la domanda di regresso svolta da *Controparte_1* nei confronti del convenuto *CP_2*
d) Condanna la convenuta *Controparte_1* a rifondere le spese di lite sostenute dalla attrice, liquidate in euro 6.715,00 oltre accessori di legge e spese di ctp, spese da pagarsi in favore dello Stato;
e) Spese compensate tra attrice e convenuto *CP_2*
f) Condanna la convenuta *Controparte_1* a rifondere le spese di lite sostenute dal convenuto *CP_2* in relazione alla domanda di regresso liquidate in euro 4.250,00 oltre rimborso forfettario, IVA e cpa;
g) pone definitivamente a carico della convenuta *Controparte_1* le spese di c.t.u, già liquidate con separato provvedimento.

Milano, 9 ottobre 2017

Il Giudice
Valentina Boroni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-219