N. R.G. 17233/2018

TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. **17233/2018**

tra

[...]
Parte_1

ATTORE/I

e

Controparte_1

CONVENUTO/I

Oggi **26 novembre 2021** innanzi al dott. Angelo Claudio Ricciardi, sono comparsi:

Per *Parte_1* e Per *Parte_1* l'avv. [redacted]

[redacted] *Controparte_1* l'avv. [redacted]

[redacted]

ascoltata la discussione orale dei difensori,
si ritira in camera di consiglio.
Terminata la camera di consiglio,

pronuncia

la sentenza ex art.281 sexies c.p.c.

Il Giudice
dott. Angelo Claudio Ricciardi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

N. R.G. 17233/2018

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Angelo Claudio Ricciardi ha pronunciato *ex* **art. 281 *sexies* c.p.c.** la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **17233/2018** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*)

Parte_1 (C.F. *C.F._2* ,

entrambi con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._3*) PASSAGGIO [redacted] 1 [redacted] *Parte_2* (*C.F._4* *Pt_3* [redacted] 1 [redacted] (*C.F._5* PAS. [redacted] 1 [redacted] elettivamente domiciliati in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

ATTORI

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._6*) [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza del 26 marzo 2021

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il Tribunale

rilevato che:

-le domande proposte da *Parte_1* sono fondate nei seguenti limiti;

-l'attore, affetto da stenosi serrata della valvola aortica, è stato ricoverato presso il *Controparte_1* *[...]* e sottoposto il 23 aprile 2014 ad un intervento chirurgico di sostituzione valvolare aortica e di miectomia secondo *Org_1* (resezione del setto interventricolare)

-i motivi che secondo la difesa attorea sarebbero a fondamento della responsabilità professionale dei sanitari della struttura convenuta sono i seguenti:

a) resezione accidentale della corda tendinea II lembo anteriore della valvola mitralica, verificatasi durante la procedura di miectomia per il trattamento della cardiopatia ipertrofica ostruttiva

b) infezione della ferita chirurgica sternale, che ha determinato un lungo periodo di cure e di revisioni chirurgiche per la relativa cura

°°°

-riguardo al primo profilo, si tratta di verificare se la resezione della corda tendinea del lembo anteriore della mitrale sia stata una scelta chirurgica consapevole oppure, secondo la prospettazione attorea, il risultato di una manovra accidentale che ha determinato un danno miocardico

-i consulenti d'ufficio hanno accertato che:

- vi era indicazione per l'esecuzione di una procedura sul setto intraverticolare ipertrofico (miectomia) al fine di ridurre il grado di ostruzione al tratto di efflusso del ventricolo sinistro
- l'ostruzione del tratto di efflusso del ventricolo sinistro determina infatti la formazione di un gradiente pressorio tra il ventricolo sinistro e l'aorta, con conseguente anomalo incremento della tensione di parete e diminuzione del flusso coronarico che irrora il miocardio
- la causa di questa ostruzione è data dal contatto tra il lembo anteriore della valvola mitrale e il setto iperfrofico (*sistolic anterior motion SAM*)
- l'ostruzione comporta un incremento della tensione di parete, l'aumento del consumo di ossigeno e l'insufficienza mitralica, con sintomatologia caratterizzata da dispnea, angina e sincope
- la miectomia, che rappresenta la procedura chirurgica scelta per il trattamento della cardiopatia ipertrofica ostruttiva, consiste nel resecare il miocardio in eccesso localizzato a livello del setto interventricolare
- in teoria, durante una procedura di miectomia, l'intervento sulle corde tendinee della valvola mitrale può costituire una manovra chirurgica razionale, perché diretta al mantenimento della funzionalità valvolare quando l'ipertrofia del setto intraverticolare abbia prodotto alterazioni delle strutture anatomiche e della geometria ventricolare con spostamento anteriore del lembo mitralico
- nella specie, il quadro complessivo degli elementi incompatibili che inducono ad escludere che la resezione della corda tendinea sia stata un atto chirurgico consapevole e volontario è costituito dalle seguenti circostanze:
    a) assenza nel referto operatorio della descrizione di un'alterazione delle strutture anatomiche o della geometria ventricolare idonee a giustificare la manovra di resezione delle corde tendinee

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

b) l'esito dell'ecocardiografia transesofagea intraoperatoria, che ha escluso la presenza di una grave insufficienza mitralica postoperatoria e ha attestato che il muscolo papillare era adeso al setto interventricolare posteriore

c) peggioramento dell'emodinamica valvolare mitralica del paziente, in ragione del passaggio da un grado preparatorio di insufficienza valvolare lieve ad un quadro di insufficienza severa, successivamente progredito e stabilizzatosi ad un grado intermedio (cfr. ecocardiografia transtoracica del 15 ottobre 2018)

d) l'annotazione della resezione della corda tendinea II del lembo anteriore solo nella lettera di dimissione

-i consulenti d'ufficio sono pertanto giunti alle seguenti conclusioni:

"…in astratto la resezione della corda tendinea può considerarsi "un atto volontario" effettuato durante le manovre per ridurre l'ostruzione al tratto di efflusso del ventricolo sinistro e per spostare il muscolo adeso alla porzione posteriore del setto (come da ecocardiografia Transesofagea intraoperatoria), ovvero, al contrario, "un atto incidentale" nella procedura di miectomia. Da questo atto chirurgico deriva un peggioramento dell'emodinamica valvolare mitralica del Sig. *Pt_* : si passa, difatti, da un grado preoperatorio di insufficienza valvolare lieve ad un quadro di insuf za severa che successivamente risulta migliorato in un grado intermedio come sopra evidenziato…"

"…dunque, per concludere sul punto: è stata resecata una corda tendinea del lembo anteriore della mitrale e, quanto alla sua genesi intraoperatoria, è da ritenersi del tutto improbabile la opzione della scelta volontaria consapevole: ben altro avrebbe dovuto esser l'iter logico che portava a quella decisione, mentre della scelta di tale importante ed inconsueta opzione non vi è alcuna traccia documentale, peraltro senza descrizione di ciò nel referto operatorio, ma solo nella lettera di dimissione; una scelta di tale portata avrebbe dovuto essere via via esplicitata nella sua scelta operativa; di essa non si fa mai invece una menzione se non solo nel momento in cui, a cose fatte, non può più, spalle al muro, non darsene atto (lettera di dimissione); inoltre, e d'altra parte, l'ecocardiografia transesofagea intraoperatoria non testimoniava una grave insufficienza mitralica postoperatoria ed attesta che il muscolo papillare era adeso al setto interventricolare posteriore; pertanto, è da ritenersi assai probabile che detta lesione sia il risultato di un colposo ed involontario atto accidentale ed il cui accadimento non può essere ridimensionato a giustificabile complicanza; fortunatamente l'insufficienza mitralica ha presentato successivamente un netto miglioramento con un ridotto impatto ai giorni nostri sul piano clinico…"

°°°

-con le note autorizzate del 1° febbraio 2021, la difesa del *Controparte_1* ha contestato le conclusioni peritali, sottolineando quattro profili critici (pagg.8-12):

1) "…in primo luogo, il Sig. *Pt_* era portatore di una cardiopatia ipertrofica.

Il referto istopatologico del 23.4.2014 (pag. 78 cartella clinica n. 3166/2019) riportava "Quadro morfologico coerente con diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica".

La cardiomiopatia ipertrofica veniva sospettata durante l'ecocuore transesofageo intraoperatorio (pag. 154 cartella clinica n.3166/2014) e poi confermata dal reperto istologico operatorio del muscolo inviato (pag. 78 cartella clinica 3166/2014)

Dopo l'intervento, l'eco transesofageo del 6.5.2014 (pag. 46 cartella clinica n.3500/2014) refertava "Bioprotesi in sede aortica normofunzionale. Ventricolo sx con funzione sistolica conservata. Insufficienza mitralica di grado moderato. Dilatazione atriale sx"

La correttezza della scelta terapeutica è dimostrata anche dall'esame ecotransesofageo post-operatorio (pag. 154 cartella clinica 3166/2014).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

Quanto sopra non può che far ritenere che il Prof. Per_1 abbia deciso scientemente di adottare la terapia chirurgica per tale condizione patologica (patia ipertrofica ostruttiva) che veniva eseguita con miectomia sec.Morrow e taglio di una corda secondaria retratta tra muscolo papillare adeso al setto e LAM…"

2) "…in secondo luogo, si fa presente che la descrizione dell'intervento contenuto nel registro operatorio alla data del 23.4.2014 (pag. 76 cartella clinica n.3166/2014) riporta testualmente "scollamento papillari miotomia sec Morrow" che costituisce atto propedeutico per il successivo intervento di resezione delle corde per liberare la trazione della valvola esercitata dagli attacchi dei muscoli papillari e dalla corda secondaria e prevenire così la temibile ostruzione.

L'omissione nel registro operatorio della descrizione della corda tendinea, dunque non costituisce prova del fatto che non si volesse procedere con la descritta procedura, ma solamente che la stessa era stata ritenuta sufficientemente descritta con la precedente locuzione omnicomprensiva della resezione: "scollamento papillari miotomia sec Morrow"

D'altra parte, la descrizione dell'intervento nel registro intraoperatorio è necessariamente sintetica, demandandosi alla lettera di dimissioni una più completa ed articolata descrizione dell'intero intervento chirurgico effettuato nell'interesse del paziente e del suo medico curante, nonché del riabilitatore.

Gli stessi CTU con riferimento alla locuzione affermano: "Per quanto riguarda la genesi dell'insufficienza mitralica, nel referto operatorio si legge "…scollamento papillari".

Tale termine, anche volendo giustificare la necessità di descrivere in modo conciso la procedura effettuata, non può coprire tutte le azioni che possono essere effettuate"

I CTU, dunque, ammettono che trattasi di una descrizione sintetica della procedura interventistica, senza, tuttavia, escludere che possa comprendere anche la resezione della corda tendinea. Probabilmente la procedura avrebbe potuto essere descritta con miglior precisione, ma nulla prova che nella descrizione non si sia voluta ricomprendere la resezione della corda…"

3) "…la considerazione più importante, che porta oggettivamente ad escludere l'errore da parte del Prof. Per_1 sta, tuttavia, nella successiva argomentazione.

Al momento della dimissione non vi era ragione alcuna per sospettare la sussistenza di un errore e dunque non vi era alcuna ragione di doverlo dissimulare "a cose fatte e spalle a muro" descrivendo la resezione della corda nella lettera di dimissioni.

Per dirla come i CTU, il giorno della dimissione le cose non erano fatte.

Ciò che avrebbe potuto far sospettare al Prof Per_1 di avere commesso un errore e di avere quindi resecato la corda tendinea, pur non volendol e stata l'insorgenza di una grave insufficienza mitralica post-operatoria. In tale caso, il Prof. Per_1 avrebbe, sì, avuto un buon motivo di descrivere il taglio della corda nella lettera di dimissioni.

Ma la insufficienza mitralica non si è presentata dopo l'intervento ed infatti sia l'eco-transesofageo intraoperatorio (pag. 154 cartella clinica n. 3166/14) sia l'ecocardiogramma eseguito in data 24.4.2014 alle ore 21.15 (pag. 34 cartella clinica n. 3166/2014) registravano una insufficienza mitralica lieve.

A fronte di una evoluzione favorevole del quadro clinico del paziente, confermata da esami obiettivi, non vi sarebbe stato motivo di redigere un referto volto a mascherare un errore, le cui conseguenze non si erano ancora verificate.

L'insufficienza mitralica grave, conseguente alla lesione della corda tendinea veniva evidenziata solamente il 16.5.2014 (pag. 48 cartella clinica 3500/2014), ossia 11 giorni dopo le dimissioni.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

Quando il Sig. Pt_ veniva dimesso, non vi erano, quindi, ancora le condizioni fattuali che avrebbero giustificato la dissimulazione di un errore…"

4) "…si aggiunga, infine, che l'eco del 6.5.2014 (pag. 46 cartella clinica n.3500/2014) in riabilitazione sia in proiezione di 3 camere che in 4 camere non evidenzia nessun residuo di corda secondaria resecata attestando la accurata resezione della stessa a scopo terapeutico.

Giova precisare che l'intervento di miectomia e la resezione della corda è stato eseguito per prevenire l'ostruzione sotto aortica che è una delle complicanze postoperatorie più temibili dopo sostituzione della valvola aortica, come riportato dalla letteratura internazionale (1-4). Infatti, nei pazienti con stenosi aortica associata a cardiomiopatia ipertrofica, dopo aver rimosso l'ostruzione dovuta alla stenosi aortica con conseguente diminuzione dell'*afterload* (o post carico), si può sviluppare nel post-operatorio un movimento sistolico anteriore della valvola mitralica ed un gradiente (ostruzione) nel tratto di efflusso del ventricolo sinistro che possono causare gravi complicanze post-operatorie (1-4)….

…Se la corda fosse stata resecata per errore, gli esami successivi avrebbero evidenziato una corda beante all'interno del ventricolo sinistro.

Tutti gli ecocardiogrammi eseguititi in terapia intensiva riportavano insufficienza mitralica lieve e non esisteva nessun residuo di una corda beante all'interno del ventricolo sinistro tagliata accidentalmente.

La bontà dell'intervento è dimostrata, infine, dall'ecocardiogramma transesofageo eseguito all'Ospedale Org_2 in data 20.2.2015, che documenta "normale funzionamento della bioprotesi aortica in *ak* e con gradienti fisiologici; assenza di ostruzione all'efflusso e di SAM mitralico e riduzione del rigurgito mitralico, che risulta moderato, da *thenting* del lembo posteriore della valvola…"

-le superiori osservazioni non sono sufficienti a inficiare le conclusioni formulate dai consulenti d'ufficio

-il dato clinico principale dal quale muovere è il peggioramento dell'emodinamica vascolare mitralica subito dal paziente nel periodo successivo all'intervento chirurgico (23 aprile 2014) e documentato dall'ecografia transtoracica del 16 maggio 2014

-la scansione temporale della funzionalità emodinamica vascolare mitralica (IM) all'epoca dei fatti (2014) è la seguente:

ecografia transtoracica del 25 febbraio (pre-operatoria): IM lieve

ecografia transtoracica del 23 aprile (intra-operatoria): IM lieve

ecografia transtoracica del 16 maggio (post-operatoria): IM severa

ecografia transtoracica del 15 ottobre (pre-operatoria): IM intermedia, moderata

-si tratta di un dato clinico (ingravescenza della funzionalità mitralica) -- relativo ad un paziente già affetto da IM di grado lieve -- emerso il 16 maggio, e, cioè, nell'intervallo temporale successivo all'intervento chirurgico del 23 aprile

-i consulenti d'ufficio hanno affermato che:

a) l'ecocardiografia trasesofagea intraoperatoria documenta una complessa situazione dell'apparato valvolare mitralico ("degenerazione calcifica della valvola aortica anello 22-23 mm. Marcata ipertrofia settale 17-18 mm con papillare adeso al setto posteriore. CP_2 Assente PFO"), in presenza della quale l'intervento non può esser consistito in un semplice "scollamento", ma ha comportato manovre esitate in un'insufficienza severa della valvola

b) l'ingravescenza dell'insufficienza mitralica – passata dal grado lieve della fase pre-operatoria a quello severo della fase successiva – è probabile conseguenza della resezione della corda tendinea del lembo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

anteriore della mitrale, pur al netto della concorrente incidenza causale, durante il periodo post-operatorio, di altri fattori, quali il sovraccarico di volume, lo stato di anemia e la fibrillazione atriale

-infatti, l'insufficienza mitralica di grado lieve sussistente nella fase anteriore all'intervento fa ritenere che fino al momento dell'operazione il muscolo papillare e le corde tendinee avessero svolto in modo regolare la loro funzione e che, pertanto non vi era indicazione alla resezione in contestazione

-in altri termini, nonostante le aderenze dei papillari al setto interventricolare, documentate dall'ecografia intraoperatoria, la geometria valvolare preoperatoria non era alterata e non vi era un quadro di insufficienza severa emerso, invece, solo nella fase post-operatoria

-queste circostanze escludono la fondatezza della ricostruzione prospettata dal *Controparte_3* *[...]*

[...] , è agevole affermare che la situazione di lieve disfunzionalità dell'emodinamica vascolare mitralica (IM lieve) alla data dell'intervento non giustificava la resezione della corda tendinea

-inoltre, parte convenuta non ha dimostrato la presenza di una particolare geometria valvolare idonea a giustificare la programmazione -- o, almeno, la prevedibilità -- della manovra chirurgica in esame

-dall'altro canto, l'ingravescenza della funzionalità emodinamica vascolare mitralica (con passaggio da una IM di grado lieve del 23 aprile ad una IM di grado severo il 16 maggio) è conseguenza della improvvida resezione della corda tendinea e, rispetto a questa, il *CP_1* non ha fornito e dimostrato la presenza di una ragionevole giustificazione medico-legale

-infine, sia la oggettiva complessità della situazione dell'apparato valvolare mitralico (attestata dall'ecocardiografia trasesofagea intraoperatoria) sia l'allegazione di una conformazione mitralica, in ipotesi emersa solo in sede operatoria e tale da giustificare la resezione della corda, avrebbero dovuto indurre il chirurgo, nella redazione del referto operatorio, ad illustrare in termini eventualmente sintetici, ma esaurienti la specifica conformazione della geometria cardiaca e i dati clinici alla base della manovra di resezione

-ciò a prescindere dal fatto che, secondo quanto evidenziato da parte convenuta, l'aggravamento della funzionalità vascolare mitralica era emerso solo con l'ecografia transesofagea del 16 maggio e, cioè, successivamente alla redazione del referto operatorio, il quale pertanto – sempre secondo parte convenuta – non sarebbe stato affatto diretto a dissimulare *ex post* l'errore chirurgico asseritamente compiuto

-in conclusione, l'affermazione della responsabilità medica del *CP_1* di *CP_1* riposa in via principale sulla mancanza di una valida giustificazione della manovra di resezione della corda alla luce della geometria valvolare mitralica evidenziata dagli esami ecografici espletati nonché sulla sopravvenienza, nell'arco temporale successivo all'intervento, di una ingravescenza della funzionalità emodinamica vascolare mitralica che è conseguenza dell'errata manovra

-la lacunosa formulazione del referto operatorio è una circostanza concorrente alla configurazione della responsabilità professionale dei sanitari sopra illustrata, perché preclude alla convenuta di dimostrare, in termini di sufficiente certezza ed univocità, la presenza di un'effettiva indicazione medico-legale alla manovra di resezione e della natura consapevole e programmata della stessa

°°°

-l'ulteriore profilo di responsabilità professionale accertato dai consulenti d'ufficio è quello relativo all'infezione nosocomiale contratta dal paziente durante il suo ricovero presso il Policlinico di *CP_1*

-la condotta sanitaria colposa si configura con riferimento sia alla mancata dimostrazione del concreto rispetto, durante il ricovero del paziente, delle norme igienico-sanitarie di disinfezione dei locali (camera di degenza, sala operatoria, ecc.) e della strumentazione medico-chirurgica utilizzata, ecc., sia – e soprattutto -- all'omessa prescrizione delle necessarie terapie antibiotiche nelle fasi successive alle dimissioni del 9 agosto 2014 e del 27 settembre 2014

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

-al riguardo, è sufficiente riportare quanto riferito nella relazione peritale:

"…dalla ricostruzione documentale si rileva che il Sig. *Pt*, dopo essere stato sottoposto ad intervento di sostituzione valvolare aortica con valvola biologica, sviluppò una infezione del sito chirurgico con formazione di fistola sternale.

La formazione di fistola sternale e le recidive che seguirono richiesero numerosi interventi revisione chirurgica, lunghi periodi di ricovero presso diverse strutture sanitarie e prolungata antibiotico terapia.

Le caratteristiche cliniche e microbiologiche, con riferimento alla classificazione delle infezioni del sito chirurgico, permettono di inquadrare tale infezione come infezione del sito chirurgico profonda (ISC Profonda) di origine nosocomiale acquisita in occasione della procedura chirurgica effettuata nel mese di aprile del 2014 presso il [redacted] di *CP_1*

Tale affermazione risulta suffragata sia da evidenze cliniche (dolore sternale, arrossamento, tumefazione, raccolta purulenta) sia microbiologiche.

È infatti appena il caso di ricordare che lo *Staphylococcus epidermidis*, coagulasi negativo, rappresenta uno dei più frequenti microrganismi responsabili di infezioni nosocomiali e, nel caso che ci occupa, la manifesta antibiotico resistenza rafforza tale assunto.

Appare inoltre doveroso sottolineare come, in occasione dei successivi ricoveri al *CP_1* di *CP_1* per il trattamento della fistola sternale, non fu intrapreso alcun trattamento antibiotico. Tale atteggiamento si rese responsabile della persistenza del processo infettivo con necessità di ulteriori trattamenti chirurgici con inevitabile prolungamento dello stato di "malattia".

Infine, per completezza scientifica, appare corretto evidenziare come le manifestazioni cliniche successive all'Aprile 2015, che richiesero un prolungamento del trattamento antibiotico e di ossigeno terapia, siano da ricondurre ad un diverso microrganismo (*Staphylococcus hominis meticillino* resistente) la cui provenienza non è certamente da correlare all'iniziale intervento effettuato presso il *Controparte_4* *[...]* "

°°°

-la valutazione complessiva delle superiori circostanze giustifica l'affermazione della responsabilità contrattuale del *Controparte_1* tenuto conto che:

"Il consolidato orientamento della Suprema Corte inserisce la responsabilità della struttura sanitaria nell'alveo della responsabilità contrattuale, posto che l'accettazione del paziente nella struttura comporta la conclusione di un contratto atipico di spedalità. L'obbligazione scaturente dal contratto, genericamente detta di assistenza sanitaria, ha un contenuto complesso, perché comprende sia la prestazione medica o chirurgica principale sia una serie di obblighi accessori, consistenti nella messa a disposizione del personale medico, ausiliario e infermieristico, dei medicinali e delle attrezzature tecniche necessarie e nelle prestazioni *lato sensu* alberghiere comprendenti il ricovero e la fornitura di alloggio, vitto e assistenza al paziente fino alla sua dimissione (cfr. Cass. 19541/2015).

La struttura medica risponde, quindi, a titolo contrattuale per la mancata o scorretta esecuzione di ciascuna delle prestazioni ricomprese nell'obbligazione assunta, ivi inclusa la prestazione medica principale.

Più recentemente, la Suprema Corte (cfr. Cass. 28987/2019) ha precisato che il medico opera pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante; ne consegue che, se la struttura si avvale della "collaborazione" dei sanitari persone fisiche si trova a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati: la responsabilità di chi si avvale dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa *in eligendo* degli ausiliari o *in vigilando* circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

dell'obbligazione (cfr. Cass. 6243/2015), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvilimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass. 12833/2014).

È esclusa la responsabilità della struttura sanitaria solo nei casi del tutto eccezionali di inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza del comportamento del medico da quel programma condiviso di tutela della salute che accomuna egli alla struttura sanitaria (cfr. Cass. 28987/2019)"

°°°

-la lesione all'integrità psico-fisica subita da *Parte_1* [redacted] è stato così accertato dai consulenti d'ufficio:

"…il descritto quadro clinico, di già comparato poc'anzi con lo stato anteriore nonché col risultato clinico che era lecito attendersi in assenza di inconveniente alcuno, è connotato dagli esiti della descritta lesione tendinea e della sovrapposta complicanza settica e contempla, tenuti in debito conto i riferimenti baremici dottrinari di branca medico-legale…l'individuazione dei seguenti parametri valutativi medico-legali:

- relativamente all'inabilità temporanea aggiuntiva rispetto a quella che si sarebbe verificata tutto fosse andato per il meglio:
ITT mesi 1 (uno); ricoveri aggiuntivi
ITP 75% mesi 1 (uno);
ITP 50% mesi 1 (uno);
ITP 25% mesi 9 (nove);
si tratta dei periodi di ricovero e convalescenza nitidamente emersi dalla ricostruzione della vicenda clinica sul piano documentale; detto periodo si interrompe causalmente al momento della "seconda" infezione ospedaliera (quella dell'aprile 2015) non attribuibile ai convenuti attuali

- relativamente alla invalidità permanente, premesso che non si è qui ritenuto di applicare la criteriologia del danno differenziale essendovi lesioni sia concorrenti che coesistenti ma comunque tenuto in debito conto lo stato anteriore ed il quadro clinico atteso, il grado complessivo attuale di invalidità è del 15% (quindici percento) in parte derivante dal danno miocardico ed in parte dal danno di parete toracica, tra loro combinati con classica sommatoria medico-legale riduzionistica;

- si rileva infine che, al di là di euro 207,00 per recente controllo cardiologico (doc attoreo n. 60) non sono documentate spese mediche congrue e adeguate al caso, né si ritiene prevedibile che ve ne siano da sostenere in futuro…"

-la liquidazione del danno non patrimoniale va effettuata – tenuto conto dell'età del paziente [redacted] all'epoca della stabilizzazione dei postumi, e, cioè, dopo l'esaurimento dell'invalidità temporanea di complessivi 360 giorni (2015) – sulla base delle note Tabelle del Tribunale di Milano, le quali rispecchiano i criteri liquidatori medi applicati dalla giurisprudenza per fasce di età (nella specie: anni 77) e con riferimento alle due componenti del danno biologico e della sofferenza soggettiva

-non ricorrono circostanze personali o relazionali idonee a giustificare una personalizzazione del danno

-tenuto conto che, secondo i periti, non si verte in materia di danno differenziale, si stima equo liquidare all'attore la complessiva somma di **€ 47.028,00**

-la somma così liquidata in moneta attuale a titolo di **danno non patrimoniale** va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data della stabilizzazione dei postumi (23 aprile 2015), come poi rivalutatasi anno per anno (ai sensi di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

Cass.Sez.Un. 17/2/1995 n.1712), in base alla variazione indici ISTAT, dalla data del fatto alla data della presente sentenza; oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo

°°°

-il **danno patrimoniale** subito dall'attore ammonta ad **€ 207,00**, come indicato a pag.13 della relazione peritale

-la somma così liquidata a titolo di danno patrimoniale (spese mediche sostenute) va maggiorata della rivalutazione monetaria in base alla variazione dei coefficienti degli indici ISTAT dalla data degli esborsi alla data della presente sentenza, oltre interessi legali da calcolarsi sulle rivalutazioni della somma capitale anno per anno (ai sensi di Cass. Sez. Un. 17/2/1995 n. 1712), dalla data degli esborsi alla data della presente sentenza, oltre interessi legali dalla data della sentenza al saldo;

-le ulteriori spese mediche indicate dalla difesa attorea (docc. 34, 35, 60) non sono direttamente pertinenti ai profili di responsabilità medica di parte convenuta, perché rappresentano esborsi che sarebbero stati comunque effettuati dall'attore in ragione degli accertamenti e delle cure connesse alla propria patologia di base

°°°

-il danno non patrimoniale (**danno riflesso**) subito da *Parte_1* , [redacted] attiene allo sconvolgimento della vita familiare (riorganizzazione del nucleo familiare e assistenza quotidiana, ecc.) conseguente ai successivi ricoveri per la cura dell'infezione nosocomiale e al lungo periodo di invalidità temporanea del coniuge direttamente causati dalla responsabilità professionale dei sanitari del *Controparte_5*

[...]

[...] , tenuto conto che l'invalidità permanente non appare connotata da una particolare gravità e che, quindi, i riflessi sul coniuge, pur sussistenti, appaiono comunque circoscritti (perché considerati al netto di quelli direttamente connessi alla patologia di base del paziente e della necessità dell'intervento del 23 aprile 2014), si stima equo liquidare equitativamente la complessiva somma di **€ 3.000,00**, in moneta attuale e comprensiva di interessi e rivalutazione monetaria

-questa somma va pertanto maggiorata dei soli interessi legali dalla data della presente pronuncia al saldo effettivo

°°°

-le spese processuali seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo con applicazione dei valori previsti dalle Tabelle dei compensi con riferimento a ciascuna fase processuale effettivamente esperita e all'ammontare del risarcimento in concreto liquidato

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando ex art.281 sexies c.p.c., accertata la responsabilità contrattuale del *Controparte_1* così

dispone:

1) condanna il *Controparte_1* al risarcimento dei danni non patrimoniali e patrimoniali subiti da *Parte_1* pari rispettivamente a **€ 47.028,00** e a **€ 207,00**

2) la somma come sopra liquidata in moneta attuale a titolo di **danno non patrimoniale** va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata al 23 aprile 2015, come poi rivalutatasi anno per anno, in base alla variazione indici *Org_3* , dalla data del fatto alla data della presente sentenza; oltre interessi legali da tale ultima data al sal tivo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201

3) la somma come sopra a titolo di **danno patrimoniale** (spese mediche sostenute) va maggiorata della rivalutazione monetaria in base alla variazione dei coefficienti degli indici ISTAT dalla data degli esborsi alla data della presente sentenza, oltre interessi legali da calcolarsi sulle rivalutazioni della somma capitale anno per anno, dalla data degli esborsi alla data della presente sentenza, oltre interessi legali dalla data della sentenza al saldo

4) condanna il *Controparte_1* al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti da *Parte_1* **so**, pari ad **€ 3.000,00**, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia al saldo effettivo

5) condanna il *Controparte_1* alla rifusione, in favore degli attori, delle spese processuali che si liquidano in i cui € 1.000,00 per spese (oltre quelle di CTU e di CTP su fatture quietanzate) e € 7.254,00 per compenso, oltre a CPA, spese generali ed IVA se dovuta

Milano, 26 novembre 2021

Il Giudice

dott. Angelo Claudio Ricciardi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-201