N. R.G. 3590/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di PERUGIA

PRIMA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Arianna De Martino
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3590/2019** promossa da:

arte_1 (C.F. *C.F._1* , rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in Indirizzo Telematico presso il difensore avv. [redacted]

ATTORE/I

contro

Controparte_1 , rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] *CP_1* presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTO/I

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da note di trattazione scritta depositate per l'udienza di precisazione delle conclusioni del 15.12.2022.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Parte_1, premesso di aver subito un intervento di artroprotesi totale di ginocchio sinistro in data 25.3.2016 presso l'ospedale di *CP_1* e di aver ivi sviluppato un processo artritico settico e osteomielite che lo ha costretto a terapia antibiotica, nonché a deiescenza della ferita, mai rimarginata; che per il persistere dello stato settico veniva nuovamente ricoverato ad ottobre 2016, sottoposto ad intervento di espianto della protesi e posizionamento di cemento spaziatore; che nel tempo non si apprezzava alcun miglioramento, anzi compariva una tumefazione fluttuante che fistolizzava drenando materiale purulento; che l'infezione è da attribuire ad una contaminazione in sala operatoria e che non fu adeguata la terapia antibiotica; che neppure è stato mai risolto il problema al ginocchio per il quale aveva subito l'intervento del 2016; che vi fu anche una violazione del consenso informato, tanto premesso ha chiesto il risarcimento di tutti i danni subiti nella vicenda.

L *Controparte_1* si è costituita chiedendo il rigetto della domanda, in quanto fu eseguita un'adeguata profilassi antibiotica prima dell'operazione, in sala operatoria e così pure per la strumentazione era stata eseguita una efficace sterilizzazione, il *Pt_1* inoltre venne dimesso in data 8.4.2016 dopo essere stato sottoposto ad emocoltura negativa e dopo che il paziente da almeno una settimana aveva temperatura nella norma; lo stato settico lamentato dunque non sarebbe riferibile con certezza all'intervento chirurgico del 25.3.2016 oppure a colpa sanitaria.

Ammessa ed espletata l'istruttoria, la causa è stata riservata in decisione, previa concessione dei termini per il deposito degli scritti conclusionali.

Non è in contestazione che il *Pt_1* sia stato sottoposto a cure presso la struttura convenuta, né la qualificazione della responsabilità come contrattuale.

Invero, quanto alla ripartizione dell'onere probatorio in ambito di responsabilità contrattuale in generale, e medica in particolare - così come enunciati dalla ormai consolidata giurisprudenza della Suprema Corte - vige la regola per cui il paziente che intenda far valere la responsabilità della struttura sanitaria per danni derivanti da trattamento sanitario inadeguato deve dimostrare il titolo della sua pretesa, consistente dell'aggravamento della propria situazione patologica (o nell'insorgenza di nuove patologie) ed allegare inoltre la sua derivazione e connessione causale con la prestazione erogata (cd. inadempimento qualificato). Adempiuto siffatto predetto onere probatorio, è onere della struttura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

sanitaria dare prova dell'esatto adempimento della prestazione medica, ovvero che il peggioramento delle condizioni soggettive sia dipeso da eventi o reazione soggettiva del tutto estranei, imprevedibili e dunque non prevenibili; che non sussiste dunque per tali ragioni alcun nesso causale tra condotta del debitore e pregiudizio del creditore (Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577; ed in via generale, quanto a responsabilità ex contractu, Cass. Sez. Un. 30 ottobre 2001, n. 13533); con l'ulteriore osservazione che per ritenere sussistente un nesso causale tra prestazione e danno onde rinvenire responsabilità per inadempimento nel giudizio civile - diversamente che dall'ambito penalistico (ove è richiesta la prova "al di là di ogni ragionevole dubbio) - vige invece la regola della preponderanza dell'evidenza causale, altresì detta del "più probabile che non". La regola iuris per addivenire ad accertamento di responsabilità professionale dei sanitari non è peraltro limitata soltanto al piano oggettivo dell'illecito, vale a dire a quel che concerne l'accertamento del nesso di causalità tra condotta ed evento, ma rileva anche sul piano del concreto atteggiarsi dell'elemento soggettivo della colpa, intesa come prevedibilità e prevedibilità dell'evento dannoso da parte del sanitario stesso e/o della struttura, e dunque della qualità della prestazione richiesta per il raggiungimento dell'obiettivo costituito dalla guarigione del paziente o – come è nel caso di specie - dalla prevenzione di possibili esiti negativi o peggiorativi delle condizioni personali rispetto a quanto era previsto come ragionevole attendersi dall'intervento.

A carico della struttura sanitaria convenuta in giudizio grava pertanto, secondo l'orientamento consolidato, che qui pienamente si condivide, un duplice onere probatorio:

- dimostrare di aver impiegato la perizia ed i mezzi tecnici adeguati allo standard professionale della categoria di interventi in esame, tale standard valendo a determinare, in conformità alla regola generale, il contenuto della perizia dovuta e la corrispondente misura dello sforzo diligente adeguato per conseguirlo, nonché del relativo grado di responsabilità;

- inoltre, che l'inesatto adempimento – estrinsecatosi nel mancato conseguimento degli obiettivi terapeutici previsti per tale intervento, o nell'insorgenza di complicanze - è dovuto a causa non imputabile agli operatori sanitario, in quanto determinato da fattore non prevedibile ne' prevenibile con la diligenza nel caso dovuta (cfr. Cass. Sez. 3, n. 8826 del 2007).

Una precisazione va fatta per le cosiddette infezioni nosocomiali, cioè infezioni contratte in occasione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

del ricovero ospedaliero. Una volta stabilito, secondo gli ordinari criteri medico-legali, che vi è una relazione causale tra prestazione sanitaria ed infezione, poiché gli operatori professionali sono tenuti in tale ambito ad espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica , qualora insorga una patologia (così come nel caso in cui l'intervento non raggiunga gli obiettivi di guarigione che è ragionevole attendersi), in assenza di altri fattori alternativi può ritenersi che tali eventi costituiscano elementi sintomatici di inesatto adempimento della prestazione sanitaria stessa.

La valutazione del nesso di causalità assume particolare rilievo in tema di c.d. complicanze (eventi dannosi, prevedibili ma non prevenibili, insorti in occasione o successivamente all'intervento) che determinino un peggioramento delle condizioni del paziente, tra i quali sono certamente da annoverarsi le infezioni cd. nosocomiali, perché in tali casi, come ha assai efficacemente affermato la Suprema Corte, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 c.c. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile (così Cass. Sez 6-3 ordinanza *n.* 35024 *del* 29/11/2022).

Provati dunque dal paziente l'espletamento da parte della struttura ospedaliera della prestazione in forza del cosiddetto contatto sociale, se dall'attività professionale prestata deriva non già il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso, bensì l'insorgenza di una lesione o patologia in precedenza insussistenti, tra le quali come detto è da annoverarsi anche un processo infettivo contratto nel corso dell'intervento, grava sulla struttura sanitaria l'onere di dare la prova che il risultato è "anomalo", o anormale, rispetto al previsto esito dell'intervento o della cura- e che esso, ancorché prevedibile, non fosse in alcun modo prevenibile.

Nel merito la valutazione della vicenda non può prescindere dagli elementi emersi nel corso dell'accertamento medico-legale disposto in corso di causa.

I CTU, dopo aver dettagliatamente ricostruito la vicenda clinica dell’attore, hanno indicato che

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

l'intervento di artroprotesi al ginocchio eseguito presso il nosocomio di *CP_1* era certamente indicato alla situazione, per la grave gonartrosi di lunga durata.

Essi hanno verificato che prima dell'esecuzione dell'intervento risulta eseguita adeguata profilassi antimicrobica, corretta per dosaggio e timing della somministrazione data la durata di intervento inferiore alle 3 ore. È presente in cartella check list operatoria e la descrizione dell'intervento puntualizza l'avvenuta detersione antisettica della cute dell'arto interessato con preparazione del campo sterile. Presenti in cartella le etichette che documentano la adeguata sterilità dello strumentario e degli impianti utilizzati durante l'intervento e per la protesizzazione. I CTU concludono che nessun rilievo è possibile muovere a carico del personale sanitario per quanto concerne l'intervento chirurgico del marzo 2016 eseguito presso la *Controparte_1*, né emergono elementi che indichino che la struttura sanitaria non abbia messo a disposizione i necessari mezzi e strumenti preventivi.

I CTU ravvisano invece dell'imperizia nella gestione del post operatorio. Al *Pt_1* infatti fu somministrata terapia antibiotica, con amoxicillina/clavulanato 1 gr os ogni 12 ore, da proseguire anche dopo le dimissioni e fino a desutura. I CTU reputano la terapia empirica impostata assolutamente inadeguata al caso in specie. Si trattava di un paziente con recente intervento di chirurgia pulita che quindi presentava fattori di rischio per infezione da stafilococchi, e che nello spettro di terapia empirica di una infezione del sito chirurgico, certamente sempre, ma in particolar modo quando sono presenti mezzi di sintesi o protesici, deve includere nello spettro gli stafilococchi aureo e coagulasi-negativi, incluso i meticillino resistenti (potendo optare quindi per vancomicina, daptomicina, linezolid, +/- copertura verso anche Gram negativi e anaerobi, in base al quadro clinico della ferita).

La prima criticità viene quindi ravvisata nel fatto che, pur essendosi manifestati, nei giorni del ricovero dopo l'intervento, i segni clinici di flogosi, riscontrati dagli stessi sanitari ("rubor e calor a livello dell'arto operato, febbre post op TC 38.1") , il che deponeva per un sospetto clinico di infezione del sito chirurgico (tant'è che venne introdotto e prescritto anche alla dimissione un antibiotico, che altrimenti non avrebbe avuto alcuna giustificazione), furono adottate unicamente misure conservative. Al momento stesso dell'arrivo nella struttura di riabilitazione erano presenti segni di un'importante deiscenza con escara necrotica della ferita chirurgica. Il paziente proseguiva terapia antibiotica empirica con ciprofloxacina 500 mgx2/die dall'11 al 16/4 e ancora modificata verso teicoplanina 400, e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

solo a fine maggio, a causa della comparsa di febbre, fu programmato un ricovero il 4 giugno 2016 presso l'ospedale di *CP_1* con diagnosi di ingresso "sospetta infezione artroprotesi ginocchio sinistro".

Ivi fu svolta consulenza infettivologica ed impostata terapia adeguata per tipologia e per dosaggio. Osservano tuttavia i CTU che l'infettivologo non motivò nel referto la ragione della sua prescrizione (infezione cute e tessuti molli? O infezione di protesi articolare?) La presenza di una fistola era criterio unico e sufficiente per porre diagnosi di infezione di protesi; se l'ipotesi diagnostica fosse stata quella di una infezione di protesi articolare, precoce (1-3 mesi dall'impianto) ma non acuta (entro 4 settimane dall'impianto) non era possibile effettuare, con accettabili probabilità di successo, tentativi conservativi con la sola terapia antibiotica. In sostanza, benché il paziente avesse come diagnosi d'ingresso "sospetta infezione di protesi articolare posizionata nel marzo precedente", e nonostante in DUE consulenze infettivologiche sia riportata la presenza di una "fistola", nessun sanitario che ha preso in carico il paziente ha indicato i necessari approfondimenti diagnostici (non eseguito in 25 giorni un aspirato di liquido articolare per esame chimico fisico e per esame microbiologico profondo) né ha dato indicazioni per revisione della protesi, anche al limite con un approccio tardivo ma sempre possibile (semplicemente a più bassa probabilità di successo) quantomeno con *CP_2* , se non con revisione in due tempi.

In conclusione, i CTU concludono che non vi sono dubbi che nella fase iniziale vi sia stata, da parte dei sanitari dell' *Controparte_1* una non corretta gestione dell'inquadramento e del trattamento dell'infezione precoce del sito chirurgico, subito manifestatesi nell'immediato post-operatorio, senza adeguato approfondimento nei tempi e nei modi del tipo di impegno di questa infezione (cosa che avrebbe consentito, nel caso di evidenza di infezione acuta della protesi, un possibile trattamento conservativo con DAIR) e con inadeguato trattamento antibiotico empirico.

A ciò si aggiunge un ancor maggiore incongruo trattamento del paziente nel giugno 2016, quando ormai non vi erano più dubbi sulla natura della infezione (infezione periprotesica del ginocchio); nonostante ciò non furono eseguiti i necessari accertamenti, né prese le necessarie decisioni terapeutiche.

Nel corso della degenza presso l'ospedale infatti, pur essendo state osservate le linee guida in tema di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

sterilizzazione dell'ambiente operatorio, si concretizzò una complicanza infettiva alla protesi, più difficoltosamente trattata per la presenza di fattori predisponenti (obesità, abitudine tabagica, esiti di pregressa frattura, insufficienza venosa), fenomeni tutti ben noti agli ortopedici della [redacted] e che quindi avrebbero dovuto indurre stretta sorveglianza e immediato corretto trattamento della infezione una volta che essa si fosse manifestata.

Gli atti indicano invece che il comportamento dei sanitari, in presenza di segni di infezione (rilievo di arto arrossato e caldo, leucocitosi, febbre, aumento indici di flogosi), non fu congruo, dato che si limitarono a somministrare una inadeguata terapia antibiotica che non può che avere causato l'aggravamento della condizione flogistica.

Tale comportamento, quindi, ha concorso ad aggravare la situazione che si era venuta a creare ed ha creato i presupposti per la realizzazione del grave quadro menomativo oggi presente, consistente in un significativo accorciamento dell'arto (oltre 4 cm), una anchilosi rettilinea del ginocchio, limitazione funzionale dell'anca, atteggiamento vizioso e limitazione dei movimenti della caviglia, evidenti cicatrici chirurgiche multiple. Tale condizione, secondo i riferimenti tabellari previsti dalle "linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico" edite da Giuffrè nel 2016, complessivamente determina una riduzione del 49% dell'integrità psicofisica del soggetto.

I consulenti precisano al tempo stesso che il maggior danno dovuto all'incongruo trattamento delle complicanze settiche realizzatesi è da riconoscere in 29 punti percentuali, da intendersi tra il danno biologico complessivo oggi residuato del 49% ed il danno comunque atteso del 20%, qulora l'intervento avesse avuto buon esito.

Quanto alla inabilità temporanea, tenuto conto di quella che si sarebbe avuta in assenza della complicanza infettiva ed in presenza di una infezione correttamente trattata, il maggior danno biologico temporaneo conseguente al non adeguato trattamento delle complicanze settiche viene dai CTU identificato in 268 giorni a totale, 700 a parziale al 75% e 983 a parziale al 50%, tenendo conto nel computo economico che sarebbe stata prevedibile anche una IT al 25% per 80 giorni.

Le conclusioni cui giunge la consulenza sono condivisibili e vengono fatte proprie dal magistrato in quanto operate in base a criteri tecnici e motivazioni convincenti, con adeguata risposta anche alle osservazioni dei consulenti di parte.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

A tal proposito si segnala che solo in seguito alla visita medica da parte dei ctu sono stati prodotti nuovi certificati che attestano "condizioni menomative nuove ma assai gravi e comunque sicuramente correlate con le conseguenze da noi rilevate e descritte dell'intervento di protesizzazione del ginocchio". Con riguardo però alla possibile amputazione della gamba fino al ginocchio i ctu affermano che trattasi di una eventualità, non di una certezza, che non può quindi costituire danno futuro. Aggiungono che qualora si pervenisse ad amputazione, "*la perdita anatomica di un arto inferiore a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace*" va valutata in un range tra il 45% ed il 60%; quindi nel caso in cui il *Pt_1* debba sottoporsi alla ipotizzata amputazione la sua menomazione complessiva, nel caso in cui la protesi fosse efficace sarebbe migliorativa (45%) rispetto alla condizione attuale (49%) e sarebbe peggiorativa (60%) soltanto se la protesi non risultasse tollerata o comunque inefficace.

Ai fini della quantificazione del danno si ritiene dunque di poter condividere la valutazione del 29% operata dai ctu quale misura "differenziale" valutando cioè l'aggravamento delle condizioni rispetto al deficit sul piano della integrità psicofisica che sarebbe comunque residuato in capo al paziente, anche in ipotesi di trattamento dell'infezione correttamente eseguito.

In merito alla problematica dell'amputazione dell'arto, innanzitutto deve darsi atto che allo stato il *Pt_1* non l'ha subita; inoltre la sopra indicata percentuale di danno differenziale del 29%, per come spiegato dai ctu, non pare significativamente discostarsi da quella che si avrebbe in caso di amputazione dell'arto con protesi ben tollerata. Quand'anche dunque questa infausta prospettiva si concretizzasse, non è detto che a carico dell'odierno attore deriverebbe un danno biologico maggiore di quello qui riconosciuto

Venendo alla quantificazione del danno, la somma da riconoscere va quantificata come segue: applicando le Tabelle del Tribunale di Milano aggiornate, tenendo conto dell'età del danneggiato al momento dei fatti (51 anni) il danno permanente va quantificato nella differenza tra un danno pari al 49% (€ **345.401,00**) ed un danno del 20% (€ **66.869,00**), comprensivi del danno alla salute e della sofferenza morale e così per complessivi € **278.532,00**.

Non si ritengono sussistere i presupposti per aumentare detto importo onde giungere ad una personalizzazione del danno. Invero, laddove, come nel caso di specie, difettino l'allegazione e la prova

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

di specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso concreto, che valgano a superare le conseguenze "comuni" del danno, già previste e compensate dalla liquidazione forfettizzata assicurata dalle previsioni tabellari, il giudice adempie correttamente all'onere motivazionale facendo appunto ricorso, per la liquidazione equitativa del danno, ai parametri tabellari *(*cfr. Cass. 15084/19*).*

Per quanto riguarda il periodo di invalidità temporanea, anch'esso viene riconosciuto in misura differenziale, considerando cioè il maggior danno biologico temporaneo conseguente al non adeguato trattamento delle complicanze settiche. Esso viene dai ctu identificato in 268 giorni a totale, 700 a parziale al 75% e 983 a parziale al 50%, tenendo conto nel computo economico che sarebbe stata prevedibile anche una IT al 25% per 80 giorni.

In base ai criteri indicati dai ctu il danno biologico temporaneo in caso di corretto trattamento sarebbe stato pari, sempre secondo i parametri milanesi, ad € 21.780,00; il danno effettivamente patito darebbe luogo ad un risarcimento di euro 148.945,50; il differenziale è pari dunque ad euro 127.165,50.

Non vincola la determinazione del danno temporaneo indicata in citazione, di gran lunga inferiore a quello appena indicato, atteso che nelle conclusioni veniva chiesta la condanna anche alla "diversa somma minore o maggiore che sarà ritenuta di giustizia" e, trattandosi di danno non patrimoniale da liquidare equitativamente, anche all'esito dell'istruttoria svolta poteva residuare un margine di incertezza circa l'individuazione del quantum risarcibile che giustificava anche nelle conclusioni definitivamente rassegnate il richiamo alla clausola di salvaguardia, non tramutatasi in mera formula di stile (cfr. Cass. Civile Sez. III 26 settembre 2017 n. 22330).

Alla somma complessiva di euro **405.697,50** liquidata in via equitativa e calcolata all'attualità, pertanto non soggetta a rivalutazione, vanno aggiunti gli interessi compensativi, da calcolarsi secondo il criterio di cui alla nota sentenza Cass. n. 1712/95, dunque non sugli importi liquidati all'attualità bensì sulla somma devalutata, in base agli indici ISTAT, al momento del fatto e rivalutata anno per anno a partire dalla data della domanda fino alla data della pubblicazione della presente sentenza, oltre agli interessi al tasso legale, da calcolare, sulla somma liquidata all'attualità, dalla data della pubblicazione della presente sentenza a quella della estinzione dell'obbligazione risarcitoria.

Si specifica che per "momento del fatto" si intenderà non la data dell'operazione chirurgica, 25.3.2016, ma la data della dimissione, 8.4.2016, in quanto i ctu hanno ravvisato il non corretto trattamento nella

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

gestione del post operatorio e non nell'atto chirurgico in sé.

Benché siano state ravvisate dai ctu delle carenze anche nella prestazione del consenso informato (il modulo viene definito "assai generico, senza indicazione di alcuna specifica possibile complicanza e, in particolare, senza alcun riferimento a possibili infezioni del sito chirurgico"), non si ravvisano autonome conseguenze a carattere risarcitorio a carico dell'azienda convenuta. Invero, secondo i principi più volte precisati dalla Suprema Corte (tra le tante vedi Cass. sentenza n. 28985/2019), a fronte di una omessa o incompleta informazione possono verificarsi: a) un danno alla salute, "quando sia ragionevole ritenere che il paziente - sul quale grava il relativo onere probatorio - se correttamente informato, avrebbe rifiutato di sottoporsi all'intervento (onde non subirne le conseguenze invalidanti)";

b) un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione ogni volta che "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" .

a seguito di insufficiente od omessa informazione possono verificarsi varie situazioni, tutte passate in rassegna dalla Corte nella sopra citata pronuncia:

1) omessa/insufficiente informazione in relazione ad un intervento che ha cagionato un danno alla salute a causa della condotta colposa del medico, a cui il paziente avrebbe in ogni caso scelto di sottoporsi, nelle medesime condizioni, "hic et nunc". In tal caso, il risarcimento sarà limitato al solo danno alla salute subito dal paziente, nella sua duplice componente, morale e relazionale;

2) omessa/insufficiente informazione in relazione ad un intervento che ha cagionato un danno alla salute a causa della condotta colposa del medico, a cui il paziente avrebbe scelto di non sottoporsi. In tal caso, il risarcimento avrà ad oggetto il diritto alla salute e quello all'autodeterminazione del paziente;

3) omessa informazione in relazione ad un intervento che ha cagionato un danno alla salute (inteso anche nel senso di un aggravamento delle condizioni preesistenti) a causa della condotta non colposa del medico, a cui il paziente avrebbe scelto di non sottoporsi. In tal caso il risarcimento sarà liquidato in via equitativa con riferimento alla violazione del diritto alla autodeterminazione, mentre la lesione della salute - da considerarsi comunque in relazione causale con la condotta, poiché, in presenza di adeguata informazione, l'intervento non sarebbe stato eseguito - andrà valutata in relazione alla eventuale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

situazione "differenziale" tra il maggiore danno biologico conseguente all'intervento ed il preesistente stato patologico invalidante del soggetto;

4) omessa informazione in relazione ad un intervento che non abbia cagionato danno alla salute del paziente, cui egli avrebbe comunque scelto di sottoporsi. In tal caso, nessun risarcimento sarà dovuto;

5) Omissione/inadeguatezza diagnostica che non abbia cagionato danno alla salute del paziente, ma che gli ha tuttavia impedito di accedere a più accurati ed attendibili accertamenti. In tal caso, il danno da lesione del diritto alla autodeterminazione sarà risarcibile qualora il paziente alleghi che, dalla omessa, inadeguata o insufficiente informazione, gli siano comunque derivate conseguenze dannose, di natura non patrimoniale, in termini di sofferenza soggettiva e contrazione della libertà di disporre di se stesso, psichicamente e fisicamente.

Grava dunque sul paziente l'onere di allegare e provare che, se correttamente informato, avrebbe opposto un rifiuto al medico di sottoporsi al trattamento sanitario (con l'ulteriore precisazione che il discostamento della scelta del paziente dalla valutazione di necessità/opportunità dell'intervento operata dal medico costituisce eventualità non corrispondente all'"*id quod plerumque accidit*").

Nel caso di specie nulla è stato allegato e provato circa il rifiuto che sarebbe stato opposto al medico, o comunque circa le conseguenze dannose ulteriori, rispetto al danno alla salute, derivanti dalla lesione del diritto alla autodeterminazione. Per il risarcimento dei summenzionati pregiudizi, infatti, il paziente deve dimostrare la relazione tra evento lesivo del diritto alla autodeterminazione - perfezionatosi con la condotta omissiva violativa dell'obbligo informativo preventivo - e conseguenze pregiudizievoli che da quello derivano secondo un nesso eziologico inteso come causalità giuridica ex art. 1223 c.c.

In merito poi al danno patrimoniale, i ctu non hanno ravvisato spese vive documentate. Solo successivamente allo scadere dei termini per memorie istruttorie, precisamente in allegato alle osservazioni dei ctp, la parte attrice ha documentato alcune spese. Esse sono certamente pertinenti alle menomazioni patite, ma appare ammissibile la rimessione in termini soltanto per la fattura dell'11.7.2022 in quanto formatasi dopo lo scadere dei termini per le memorie istruttorie. Il danno patrimoniale va dunque quantificato in euro 165,00 corrispondente all'esborso di cui al su citato documento, cui andranno aggiunti gli interessi legali dalla data di pubblicazione della presente sentenza fino al soddisfo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882

Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo, in conformità alla nota spese depositata.

Parimenti le spese di ctu graveranno sulla parte soccombente.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

condanna l'azienda ospedaliera di *CP_1* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di euro 405.697,50, oltre interessi legali sulla somma devalutata al 8.4.2016 e di anno in anno rivalutata in base agli indici ISTAT dalla data della domanda fino alla data della pubblicazione della presente sentenza, oltre agli interessi al tasso legale, da calcolare, sulla somma liquidata all'attualità, dalla data della pubblicazione della presente sentenza a quella della estinzione dell'obbligazione risarcitoria.

Condanna altresì l'azienda convenuta a pagare in favore di *Parte_1* la somma di euro 165,00 oltre interessi legali dalla data della pubblicazione della presente sentenza a quella della estinzione dell'obbligazione risarcitoria.

Condanna altresì la parte convenuta a rimborsare alla parte attrice le spese di lite, che si liquidano in € 14.103,00 per compensi ex DM 147/22, oltre i.v.a., c.p.a. e 15,00 % per spese generali.

Pone definitivamente a carico della convenuta le spese di ctu come già liquidate in corso di lite.

Perugia, 3 luglio 2023

Il Giudice

dott. Arianna De Martino

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-882