N. R.G. 2017/4388

TRIBUNALE ORDINARIO di RAVENNA

Nella causa civile iscritta al n. r.g. **4388/2017** promossa da:

Parte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._1* Indirizzo Telematico; , elettivamente [redacted] il difensore avv. [redacted]

ATTORE

contro

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

CONVENUTO

Il Giudice dott. Alessia Vicini,
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 19/07/2018,
ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Giova premettere alla decisione della presente controversia una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, e del personale medico in essa a qualsiasi titolo operante, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Le ipotesi di peggioramento della condizioni di salute possono essere ricomprese nella definizione sintetica di "danno iatrogeno", da intendersi quale "reazione avversa all'organismo, causata da un trattamento o da un procedimento diagnostico, inavvertitamente causata da un medico".

L'attività medica rientra tradizionalmente e concettualmente a pieno titolo nell'ambito delle "professioni intellettuali", alla cui disciplina il codice civile vigente dedica un autonomo capo, il II°, del III° titolo del libro V°, agli artt. 2229 e ss.

Il quadro codicistico, condizionato dal periodo storico di redazione, è plasmato intorno alla figura del "prestatore d'opera intellettuale", e quindi del medico singolarmente operante, a prescindere dalla struttura organizzativa in cui la sua attività viene prestata, ma consente comunque di enucleare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

le norme ed i principi applicabili alle vicende del moderno rapporto medico-clinico, caratterizzato da una consolidata – e da molti criticata – sostituzione del rapporto medico-paziente con quello struttura sanitaria-utente.

In campo legislativo tale sostituzione è segnalata con palmare evidenza dall'art. 1 della L. 23 dicembre 1978 n.833 che, al fine di dare una forma concreta all'attuazione amministrativa del dettato di cui all'art. 32 della Carta Costituzionale, premesso e ribadito al primo comma il riconoscimento della salute quale "fondamentale diritto dell'individuo", costituiva il servizio sanitario nazionale quale "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione", con ciò significativamente escludendo dal novero dei soggetti operanti nel S.S.N., organizzato allora su base territoriale nelle Unità Sanitarie Locali, il medico in sé e per sé considerato.

Tale realtà, favorita naturalmente dalla progressiva specializzazione e spedalizzazione del trattamento sanitario, fa sì che la persona necessitante di trattamento clinico – sia esso diagnostico o terapeutico – si rivolge ed entra a contatto, nella maggioranza dei casi, non con un singolo medico da cui è legato da un rapporto fiduciario, bensì con una struttura clinica, costituita dai mezzi, dalle strutture e dagli uomini organizzati per la fornitura della prestazione richiesta.

La responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata.

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle latu sensu alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha quindi natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 cc all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico nonché ai sensi dell'art. 1228 cc all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato(così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

La responsabilità dell'Ente Ospedaliero o della *CP_1* o della struttura privata nei confronti dei pazienti ricoverati ha natura contrattuale pertanto anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti medici e tale responsabilità trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (Cass. 4400/04; Cass. 6756/01; Cass. 5329/03).

In particolare quanto concerne le prestazioni di natura sanitaria è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale (Cass Pen. 6.04.2005/16.06.2005 n. 22579)

Pertanto dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata quindi dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.

La responsabilità del medico operante.

Ciò premesso quanto al regime di responsabilità della struttura sanitaria, rimane da chiarire qual è invece la natura della responsabilità del medico operante nell'ambito della medesima struttura.

A riguardo si precisa che non pare trovare applicazione nel caso de quo la Legge n. 24 dell'8.03.2017 entrata in vigore il 1° aprile 2017 quando le parti avevano già instaurato ed istruito la causa e la controversia si trovava in prossimità di fase decisionale su fatti del resto anteriori alla entrata in vigore del nuovo testo normativo che abroga sostanzialmente all'art. 6 comma 2 l'art. 3 comma 1 del d.l. 158/2012 convertito in Legge 189/2012 (c.d. Legge Balduzzi) in ordine alla responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria e attribuisce, all'art. 7, natura extracontrattuale alla responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria in strutture pubbliche o private salvo che lo stesso avesse agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Anteriormente alla Legge 24 del 2017 ed anche in vigenza della c.d. Legge Balduzzi la più avveduta giurisprudenza di legittimità, superando le precedenti ricostruzioni fondate sulla natura aquiliana di tale responsabilità, si era da tempo orientata a favore della natura contrattuale della responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, a ciò indotta dalla ovvia considerazione della irriducibilità della posizione del medico a quella di un qualsiasi altro soggetto giuridico, tenuto unicamente ad astenersi dal ledere l'altrui sfera giuridica.

Il contatto sociale tra medico e paziente, anche nell'ambito ospedaliero, pubblico o privato, non si configurerebbe infatti quale rapporto paritario, tra soggetti portatori di analoghi obblighi e diritti,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

bensì quale situazione di affidamento del paziente alla posizione di protezione del medico, soggetto esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 n. 1) cod. pen.) a tutela di una bene di elevato rango costituzionale (art. 32 Cost.).

La fonte di tale obbligazione contrattuale di protezione è stata rinvenuta nel "rapporto contrattuale di fatto" nascente tra medico e paziente per effetto del mero "contatto sociale" (Cass. 22.1.1999 n. 589; Cass. 11488/2004; Cass. 19564/04 Cass. 9085/2006; Cass. S.U. 577/2008).

La responsabilità del medico nei confronti del paziente secondo tale dominante orientamento giurisprudenziale aveva dunque sempre, sino all'introduzione della Legge n. 24/2017, natura contrattuale, sorgente dallo svolgimento di un'attività professionale, che ne connota la disciplina.

Conseguenze della natura della responsabilità sull'onere probatorio.

La natura contrattuale della responsabilità del medico e della struttura al cui interno questo opera per errata prestazione sanitaria comporta quanto all'onere probatorio che il paziente, deducente l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario nonché fornire prova del nesso causale esistente tra inadempimento ed evento dannoso, mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

In particolare il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. S.U. 13533/2001; Cass. 16092/2002; Cass. 6395/2004; Cass. 9351/2007; Cass. 22361/2007; Cass. SU 577/2008).

In particolare il riparto dell'onere probatorio segue quindi i criteri fissati in materia contrattuale alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Ove pertanto 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 (o del contatto) 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, 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 determinati da un'evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. 975/2009).

Natura solidale della responsabilità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

Quando un medesimo danno è provocato da più soggetti anche se per inadempimenti di contratti diversi intercorsi rispettivamente tra ciascuno di essi e il danneggiato tali soggetti devono essere considerati corresponsabili in solido non tanto sulla base dell'estensione alla responsabilità contrattuale della norma dell'art. 2055 cc dettata per la responsabilità extracontrattuale quanto perché sia in tema di responsabilità contrattuale che di responsabilità extracontrattuale "se un unico evento dannoso è imputabile a più persone al fine di ritenere la responsabilità di tutte nell'obbligo risarcitorio, è sufficiente, in base ai principi che regolano il nesso di causalità ed il concorso di più cause efficienti nella produzione dell'evento (dei quali del resto l'art. 2055 cc costituisce un'esplicitazione) che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrli (Cass. Sez. III N. 23919/2006).

Il fatto.

Nel caso oggetto della presente controversia risulta che in data 14.09.07 *Parte_1* già affetto da ostruzione prossimale dell'arteria femorale superficiale associata a stenosi della profonda, veniva ricoverato presso [redacted] di Ravenna e veniva sottoposto ad intervento chirurgico di rivascolarizzazione mediante by-pass femoro-tibioperoniero in PTFE di 7mm.

Rilevava l'attore che tale intervento si presentò non corretto sia per impiego della *CP_2* anziché della più idonea safena, sia per l'eseguita anastomosi distale oltre la giuntura del ginocchio e la rilevata ridondanza del tubo protesico.

Osservava parte attrice come tali errori nella scelta ed esecuzione dell'intervento del 14.09.07 avessero determinato l'insorgere di una trombosi nonché di una infezione nosocomiale alla ferita inguinale con formazione di liquame ematico e linfatico lungo tutto il decorso della protesi che resero necessario un nuovo intervento chirurgico in data 5.10.07.

Adduceva l'attore che i successivi fenomeni ischemici ingravescenti all'arto inferiore destro e dei fenomeni settici locali con successiva diffusione generale avevano reso necessario un terzo intervento chirurgico in cui la protesi infetta era stata rimossa e sostituita, nella medesima sede, con altra composita di silver e safena autologa.

Rilevava l'attore la errata scelta terapeutica la quale aveva determinato la cronicizzazione del processo flogistico divenuto poi manifestamente purulento.

Aggiungeva l'attore che il progredire del processo flogistico e delle sindromi ischemiche avevano reso necessario un nuovo ricovero ospedaliero con tentativo di eseguire una rivascolarizzazione mediante by-pass di silver fra femorale com. e protesi preesistente, senza risultati apprezzabili e a cui seguirono una lesione trofica all'alluce del piede destro e una vasta escara di gamba destra

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

laterale che rendevano inevitabile prima l'amputazione dell'avampiede e poi della coscia destri determinanti una invalidità permanente in capo al paziente del 70%, una ITT di 10 mesi, una ITP al 75% di 8 mesi.

Osservava l'attore che gli errori professionali e dei sanitari e la infezione nosocomiale riportata avevano reso necessari successivi interventi chirurgici ed avevano quindi determinato per lui un maggior danno all'integrità psico-fisica sia temporaneo che permanente di cui in questa sede chiedeva ristoro.

Orbene come sopra già rilevato qualora il paziente deduca- come nel caso de quo- l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Il paziente deve provare in particolare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esisti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile.

Ciò posto in termini generali, si osserva come nel caso de quo parte attrice abbia assolto al proprio onere probatorio.

Risulta in primo luogo pacifica in causa l'esistenza del contratto di spedalità intercorso tra l'attore e la struttura sanitaria pubblica ravennate presso cui il *Parte_1* veniva ricoverato e sottoposto a trattamenti medici ed interventi chirurgici a far data dal 14.09.07.

In secondo luogo quanto al contestato inadempimento risulta sulla scorta della CTU in atti redatta in sede di ATP dal dott. *Persona_1* come, quanto al primo intervento relativo al by-pass femoro-popliteo, sia da rilevare il mancato utilizzo della vena safena come generalmente invece utilizzata in tali interventi.

Il CTU ha osservato come "in base alla descrizione dell'intervento pare che la decisione di non usare la safena sia stata presa proprio intraoperatoriamente invece è di tutta evidenza si era già orientati in tal senso fin da prima dell'intervento stesso".

Il CTU ha peraltro osservato come la safena di calibro esiguo del *Parte_1* avesse reso idonea nel caso concreto sia la scelta della protesi utilizzata dai sanitari sia il non inserimento della stessa nella safena.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

Ancora il CTU ha escluso la rilevanza della contestata anastomosi distale del by-pass effettuata dai sanitari in ragione della ostruzione della arteria poplitea per un segmento di 2,5 cm. con riferimento alla successiva evoluzione sfavorevole del quadro clinico dell'attore.

Il CTU ha rilevato che su tale evoluzione è stata determinante un'altra criticità : "…il problema essenziale fu rappresentato dalla suppurazione della protesi, fatto questo del tutto pacifico.." e accertato direttamente in sede di secondo intervento il 5.10.07 nella cui cartella clinica emerge: "si reperta un ematoma organizzato con raccolta linfatica che si estende lungo tutto il tunnel della protesi".

Il CTU ha affermato che "certamente è stato proprio tale ematoma, considerando che il sangue è il miglior pabulum per i germi, l'origine dell'infezione, la quale fu riconosciuta anche dagli stessi operatori in quanto il paziente, dopo l'asportazione di 2 cm. di protesi ritenuta ridondante dai sanitari, fu dimesso con la diagnosi di "trombosi acuta di by-pass femoro-popliteo destro, infezione della ferita chirurgica"

Successivamente il 27.12.07 il *Parte_1* veniva ricoverato con la diagnosi di "obliterazione di by-pass femoro-popliteo destro infetto con ischemia critica" ed operato d'urgenza di "rimozione di protesi vascolare infetta".

Il CTU ha osservato: "ben sappiamo che la suppurazione della protesi rappresenta una complicanza prevedibile nel senso che rientra nel novero delle possibili sequele sfavorevoli di questo atto medico: tuttavia non può essere di per sé ritenuta altresì automaticamente ineludibile..".

Il CTU ha aggiunto "…nella fattispecie ..tutti i dati attualmente ostensibili portano a concludere che si verificò un'evitabile infezione favorita dal vasto ematoma realizzatosi lungo tutto il decorso della protesi, così come evidenziato e descritto nel corso del secondo intervento".

Il CTU ha precisato che "questo vasto ematoma protesico è indice palese di una non corretta applicazione della protesi stessa, che, se ben attuata, non dovrebbe essere accompagnata da un così importante stravaso ematico. Il processo infettivo, mai completamente risoltosi, ha poi avuto un ruolo decisivo nella successiva evoluzione sfavorevole, che ha condotto dapprima all'amputazione transmetatarsale dell'avampiede destro, poi all'amputazione sovra-femorale dell'arto inferiore omolaterale".

In accordo con le rilevazioni del perito deve ritenersi sussistente "una condotta medica non conforme alla leges artis da parte di chi operò e seguì il sig. *Parte_1* con particolare riferimento alla evitabile suppurazione della protesi impiantata nel corso del primo intervento secondaria alla formazione di un altrettanto evitabile vasto ematoma protesico, infezione che ha condotto,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

attraverso fasi successive sempre derivanti da questa fino all'evitabile amputazione dell'arto inferiore destro".

Risulta quindi evidente nel caso di specie la sussistenza di un rapporto di causalità materiale tra il danno psico-fisico subito dall'attore, ad oggi in carrozzina senza proficue possibilità di efficaci applicazioni di protesi dell'arto inferiore destro, in conseguenza degli errori professionali commessi dai sanitari durante l'intervento chirurgico eseguito in data 14.09.2007 presso [redacted] di Ravenna.

La sussistenza di nesso causale tra la condotta imperita dei sanitari e il danno lamentato da parte attrice e l'imputabilità dello stesso a colpa dei medici intervenuti nella fase esecutiva della terapia prescelta devono pertanto ritenersi comprovate.

La struttura ospedaliera convenuta al contrario non ha fornito adeguata prova che la prestazione professionale fosse stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti erano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile, non emergendo ciò neppure dagli esiti dell'elaborato peritale.

Il mancato assolvimento dell'onere probatorio da parte del convenuto ed al contrario l'attestata sussistenza di nesso causale da un lato e di imputabilità soggettiva dall'altro alla condotta negligente del personale sanitario della struttura convenuta dei danni lamentati dall'attore comportano l'accoglimento della domanda svolta da *Parte_1* nei confronti di *Org_1* *[...]*

Quanto al danno non patrimoniale subito il CTU ha rilevato come la criticata condotta sanitaria tenuta dai sanitari abbia cagionato all'attore un maggior danno (tenuto conto degli esiti delle pregresse condizioni) all'integrità psico-fisica di tipo permanente del 60% nonché all'integrità psicofisica di tipo temporaneo totale di mesi 6 e parziale al 75% di 4 mesi.

Pertanto a titolo di risarcimento per il danno non patrimoniale subito va liquidata all'attore (di anni 72 all'epoca del sinistro e con 60% di I.P e personalizzazione massima in ragione della prolungata e crescente sofferenza subita.), la somma di € 542.859,00, già valutata all'attualità.

Nessun ulteriore danno risulta liquidabile a parte attrice non avendo tra l'altro il CTU riscontrato documentazione attestante eventuali somme sostenute e da sostenere in futuro.

L'importo risarcitorio sopra liquidato, secondo quanto stabilito da Cass. 1712/95, deve essere svalutato alla data del sinistro e sull'importo così quantificato devono essere liquidati, a titolo di risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati sulla somma annualmente rivalutata dalla data del sinistro alla data della pubblicazione della presente decisone.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740

Sono dovuti inoltre sulla somma così risultante gli interessi legali ex art. 1282 cc decorrenti a far data dalla pubblicazione della presente sentenza sino al saldo.

Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano in dispositivo.

Le spese di CTU medica devono porsi definitivamente a carico di *Controparte_1*

PQM

Il Tribunale di Ravenna definitivamente pronunciando nella causa RG n. 4388/2017 ogni contraria domanda, eccezione, deduzione disattesa così decide:

- accertata la responsabilità di *Controparte_1* in ordine ai fatti oggetto di causa condanna *Controparte_1* a risarcire in favore di *Parte_1* la somma di € 542.859,00, già valutata all'attualità a titolo di danno non patrimoniale; su tale importo, svalutato alla data del sinistro ed anno per anno rivalutato sino alla pubblicazione della sentenza sono dovuti, a titolo di risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati; sulla somma così risultante saranno dovuti gli interessi legali ex art. 1282 cc che matureranno dalla data della pubblicazione della presente sentenza sino al saldo effettivo;
- condanna *Controparte_1* a rifondere in favore di *Parte_1* le spese di lite del presente giudizio e del giudizio di ATP che liquida complessivamente in € 20.122,00 per compenso, € 572,00 per anticipazioni oltre 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge;
- pone le spese di CTU medica definitivamente a carico di *Controparte_1*

Così deciso in Ravenna, 31 luglio 2018

Il Giudice

Dott.ssa Alessia Vicini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-740