N. R.G. 2021/6441

TRIBUNALE ORDINARIO DI SALERNO

SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Salerno – Seconda Sezione Civile – II unità operativa - in persona della dott.ssa Daniela Oliva in funzione di giudice unico ha pronunziato la seguente

ORDINANZA

Nella causa civile iscritta al N. R.G. N. 6441/2021 del Ruolo Generale Affari

contenziosi civili

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*) [redacted] e [redacted] alla [redacted] rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] (c.f. *C.F._2*) ed elettivamente domiciliato presso il suo studio legale sito in [redacted] (Sa) alla [redacted] come da procura in atti

Ricorrente

CONTRO

Controparte_1 *[...]* , in persona del Direttore Generale e legale rapp.te p.t. Dr. *CP_2* *[...]* con sede in [redacted] rappresentata, assistita e difesa dall'Avv. [redacted] (C.F. *CodiceFiscale_3*), domiciliata, presso l'Ufficio *Controparte_3* *[...]* *Controparte_1* di *CP_1* sita in *CP_1* alla [redacted] come da procura in atti

Resistente

Con ricorso ex art. 696 bis c.p.c. depositato il 12/06/2020, *Parte_1* esponeva che: - in data 28/11/2014, a causa di dolori addominali persistenti da alcuni giorni, si recava presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale " *Controparte_1* *[...]* di *CP_1* , ove i sanitari gli diagnosticarono e refertarono una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

"Appendicopatia"; - tuttavia, per mancanza di posti letto, il *Pt_1* fu trasferito presso la U.O. *Controparte_4* [redacted] di [redacted] (SA), ove nella stessa giornata del ricovero alle ore 16:20, stante il persistere della sintomatologia dolorosa, veniva operato con urgenza; - il successivo 01/12/2014, il persistere della sintomatologia rendeva necessario sottoporre il ricorrente ad intervento chirurgico di emicolectomia destra per trattamento radicale della lesione repertata in corso della precedente laparoscopia esplorativa; - il 15/12/2014 il ricorrente veniva dimesso ma il successivo 18/12/2014 i sanitari del P.O. di [redacted] per via dell'accentuarsi dei dolori addominali, disponevano il suo ricovero presso lo stesso [redacted] ; - il ricorrente, tuttavia, il successivo 22/12/2014, veniva sottoposto a nuovo intervento chirurgico, giacché ad avviso dei sanitari, persistendo lo stato occlusivo intestinale, era necessario procedere ad una relaparotomia pararettale destra previa escissione della pregressa cicatrice cutanea (resezione ileale e riconfezionamento di ileotrasversostomia); - in data 03/01/2015 il *Pt_1* veniva nuovamente sottoposto ad intervento, ed in particolare ad una laparotomia urgente, dalla cartella clinica è dato leggere, tra le altre cose: *"... Considerata la situazione si procede a resezione di 20 cm di ileo sede della perforazione. Tale resezione viene effettuata in quanto l'anastomosi ileo – colica appare integra; per cui si lasciano circa 20 cm di ansa ileale pre – anastomotica e si realizza una ileostomiterminale";* - in data 08/01/2015, *Pt_1* veniva trasferito presso l [redacted] di Napoli, dove fu ricoverato nella divisione di Chirurgia Epatobiliare con diagnosi di entrata di "Ematoma pelvico post intervento di emicolectomia destra", per poi essere dimesso il successivo 19/01/2015; - tuttavia, il persistere della sintomatologia dolorosa, costrinse il ricorrente in data 27/01/2015 a recarsi presso il P.S. dell'Ospedale "*Controparte_1* ", dove dopo vari controlli fu dimesso con terapia farmacologica domiciliare ma nel corso della stessa notte (tra il 27 ed il 28 gennaio 2015) a causa dei forti dolori lo stesso fu costretto a ritornare al P.S. da cui era stato dimesso poche ore prime e fu ricoverato d'urgenza nella U.O. di Chirurgia, ove vi rimase ricoverato fino al 19/02/2015, con diagnosi di accettazione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

"Dolore addominale" e diagnosi di dimissione "Enterite. Occlusione intestinale. Presenza di ileostomia"; - il successivo 16/03/2015, il sig. *Pt_1* trasportato al P.S. dell'Ospedale [redacted] e [redacted] veniva nuovamente ricoverato per "raccolta sottoepatica e stato settico", per poi essere dimesso il successivo 24/03/2015 con la seguente diagnosi: "stato settico da infezione cvc e raccolta addominale"; - in data 15/04/2015, i sanitari del P.O. di [redacted] facente sempre parte dell *Controparte_1* *[...]* disponevano il ricovero del *Pt_1* presso la U.O. di chirurgia d'Urgenza del *CP_1* per "dolore addominale", e vi restava ricoverato sino alle dimissioni del 20/04/2015 con diagnosi di "episodio di sub-occlusione intestinale", con contestuale prescrizione di riposo e dieta alimentare a basso residuo; - il 01/05/2015 si rendeva necessario un nuovo ricovero a causa di "vertigini in ipopotassiemia in emicolectomizzato ed altri disturbi" e il 13/05/2015 il *Pt_1* fu dimesso con siffatta diagnosi: "*Ipokaliemia in paziente sottoposto ad ileostomia ed emicolectomia destra per pseudotumor infiammatorio; - pregressi episodi sub-occlusivi; - pregresso ematoma pelvico drenato. Proctite da diversione. Calcolosi della colecisti. Polmonite a focolai multipli. Sepsi delle vie urinarie. Stato d'ansia"*; - il 13/06/2015 veniva nuovamente ricoverato presso l'U.O. di Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale [redacted] di *CP_1* dal quale veniva dimesso il 20/06/2015 con il seguente referto: "*raccolta sottocutanea parete addominale, con la prescrizione di osservare a domicilio le seguenti prescrizioni: continui utilizzo di sacche per nutrizione parenterale totale, terapia farmacologica e controllo ambulatoriale chirurgico a distanza di 7 giorni*"; - nonostante ciò, in data 27/06/2015 si rendeva necessario un ulteriore lungo ricovero presso il presidio del *CP_1* i *CP_1*, dove il paziente veniva dimesso il 21/07/2015 con la seguente diagnosi di dimissione: "*Setticemia da candida glabrata. Infezione CVC. Fistola entero – cutanea infetta da flora batterica mista, focolai multipli di addensamento parenchimale polmonare bilaterali. Versamento pericardico"*; - il *Pt_1* nei mesi successivi, continuava ad accusare malessere generalizzato e disturbi seri tanto da richiedere ulteriori ricoveri ed ulteriori terapie farmacologiche; - nessuno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

si avvedeva del fatto che il Pt_1 soffriva di una patologia benigna chiamata *"diverticolite del colon ascendente determinata dalla flogosi di uno pseudodiverticolo del cieco e localizzata fin dall'inizio in fossa iliaca destra"*; - il trattamento chirurgico non fu eseguito correttamente in quanto non fu eseguita una adeguata toilette intraoperatoria del cavo peritoneale che determinò uno stato di peritonismo con stato infiammatorio persistente della cavità peritoneale ed emissione dai drenaggi per diversi giorni di liquido siero amatico; - inoltre, nonostante l'esame TC addome del 12/12/2014 mostrava la presenza di liquido libero, fu dimesso per poi essere nuovamente riportato in ospedale, ricoverato d'urgenza e sottoposto a intervento chirurgico laparotomico per occlusione intestinale con asportazione di 40 cm di anse intestinali; - furono necessari ulteriori ricoveri ospedalieri (fino al 28 dicembre 2015), ulteriori interventi chirurgici ed ulteriori resezioni intestinali che comportarono la perdita di oltre 2/3 dell'intestino tenue e la perdita della metà destra del colon e lo stabilirsi di un severo quadro clinico di alterazione del metabolismo da malassorbimento.

Veniva disposta CTU dalla quale emergeva l'esistenza di "*un chiaro nesso di causalità tra gli eventi multipli chirurgici avuti, evidenti errori durante questi interventi chirurgici e le gravi complicazioni avutesi nei giorni e settimane successivi, includendo l'asportazione del colon ascendente (laddove si poteva comunque sospettare una eteroplasia!) e di un lungo segmento dell'ileo."*

A giudizio dei due CTU era presente un chiaro evidente, incidente nesso di causalità tra le manovre e gli eventi chirurgici e le conseguenze gravi, nonché le attuali delicate condizioni generali del Pt_1 La colpa professionale, precisavano, non è legata solo ad una lieve – moderata imperizia degli operatori dell'Ospedale [redacted] ma anche e soprattutto ad una multipla negligenza ed imprudenza di media gravità dell'equipe e del complesso ospedaliero del [redacted] per una serie di omissioni, di ritardi, di disattenzioni ad esempio nell'emo-trasfusione o nelle dimissioni premature o anche semplicemente nella sovrapposizione di una grave sepsi addominale durante e dopo gli interventi operatori multipli avuti a [redacted] Pertanto, valutando le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

condizioni generali, i danni irreversibili a carico di parte dell'intestino asportato, lo stravolgimento delle abitudini alimentari e naturalmente confermando il danno biologico attuale del *Pt_1* in relazione agli eventi chirurgici e a delle negligenze, imprudenze e imperizie di media gravità, si terminava la perizia assegnando una percentuale di danno per le varie problematiche emerse e per gli attuali evidenti danni biologici come da note tabelle valutative e anche ministeriali, ricordando che la emicolectomia è valutata il 20%. Per l'asportazione di oltre cm. 50 dell'ileo, il danno veniva valutato intorno al 14%, includendo il conseguente malassorbimento e le problematiche di astenia e di anomalie nella nutrizione quotidiana. Ricordando le multiple, evidenti cicatrici sulla parete addominale, si valutava questo danno estetico intorno al 3%. Pertanto, in conclusione, la somma dei suddetti danni era del 37% ma tale entità venne lievemente ridotta proprio per la sovrapposizione di danni concorrenti nello stesso identico apparato. Orbene, si concludeva la perizia valutando il danno biologico intorno al 35%. Scrivevano i CTU che, a causa delle suddette colpe (tutte dei sanitari del solo Ospedale [redacted] di [redacted], ritenendo che una più accurata condotta avrebbe potuto ridurre e di molto il lunghissimo periodo di malattia, di sofferenza e di stress, andava discrezionalmente assegnata anche: una I.A. : di GIORNI 60 una I.T. (50%) DI GIORNI 60 una I.T (25%) DI ALTRI 60 GIORNI.

In data 05/08/2021, veniva depositato ricorso ex art 702 bis c.p.c. con cui veniva chiesto accertarsi e dichiararsi che il danno subito dal sig. *Pt_1* fosse riconducibile alla condotta della struttura sanitaria e dei medici che avevano effettuato gli interventi chirurgici e, per l'effetto, condannare la resistente *Controparte_5* *[...]* *Controparte_6* ", in persona del legale rapp.te p.t, con sede in *CP_1* , al [redacted] P.Iva *P.IVA_1* al risarcimento, in favore del ricorrente, dei danni patrimoniali e non pari ad euro 246.260,50, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal giorno dell'evento al soddisfo in aggiunta alla condanna della resistente al pagamento delle spese e competenze di lite.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

Si costituiva, così, nel presente giudizio l *Controparte_1*, che sollevava due eccezioni.

In primis, parte resistente chiedeva che il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. venisse dichiarato inammissibile ed improcedibile per mancato rispetto dell'art. 8 co.3 legge 24/2017, sulla base del fatto che la norma prevede che il deposito del ricorso ex art. 702 bis c.p.c., deve essere effettuato entro il termine perentorio di 6 mesi dal deposito del ricorso ex art. 696 bis c.p.c.

In seconda battuta, parte resistente contestava la mancata comunicazione dell'inizio delle operazioni peritali da parte dei CCTTUU al difensore costituito della resistente.

Con ordinanza del 19/10/2023, veniva accolta la eccezione tempestiva di nullità della ctu sollevata dal difensore di parte resistente in quanto si riteneva effettivamente concretizzata una ipotesi di omessa comunicazione della data e del luogo di inizio delle operazioni ex art. 90 e 91 disp. Att. C.p.c., per cui ne veniva dichiarata la nullità e si procedeva, conseguentemente, alla rinnovazione della CTU la cui relazione definitiva veniva depositata in data 27/12/2023.

In data 08/12/2024, la causa veniva trattenuta in decisione.

In relazione alla eccezione di inammissibilità e improcedibilità del ricorso per inosservanza dell'art. 8 co.3 legge 24/2017

Essa va disattesa.

Parte convenuta afferma che il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. presentato da parte ricorrente vada dichiarato inammissibile ed improcedibile, per mancato rispetto dell'art. 8 co.3 Legge 24/2017, che prevede: "il deposito del ricorso ex art. 702 bis c.p.c., deve essere effettuato entro il termine perentorio di 6 mesi dal deposito del ricorso ex art. 696 bis c.p.c."

Si evidenzia che il comma 3 dell'art 8 della summenzionata legge prescrive che: "Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702 bis c.p.c. (art 281- undecies c.p.c. nella nuova formulazione)…"

La relazione dei consulenti tecnici in sede di ATP è stata depositata in data 16/05/2021 ed il successivo ricorso ex art. 702 bis c.p.c. è stato introdotto in data 05/08/2021, dunque nel rispetto del termine dei novanta giorni previsto dalla norma speciale.

Pertanto, tale eccezione merita rigetto.

La domanda è fondata e va accolta.

Nel caso de quo trattasi di responsabilità medica, nell'ambito della quale, si ricorda, il rapporto fra paziente e struttura trova fondamento in un contratto autonomo ed atipico, definito come contratto di spedalità o contratto di assistenza sanitaria, per il cui inadempimento si applicano le regole fissate dall'art. 1218 c.c. relative alla responsabilità contrattuale. L'oggetto dell'obbligazione assunta dalla resistente con la conclusione del contratto c.d. di spedalità è costituito dalla prestazione medica dei propri dipendenti, nonché da una più complessa prestazione, definita come "assistenza sanitaria". A carico della struttura sanitaria gravano, infatti, prestazioni non solo di diagnosi e cura, ma anche di tipo organizzativo, connesse all'assistenza post-operatoria, alla sicurezza delle attrezzature e dei macchinari, alla vigilanza ed alla custodia dei pazienti, oltre prestazioni più propriamente riconducibili al contratto d'albergo.

Di conseguenza, la responsabilità dell'ente per il fatto dei propri medici ausiliari si fonda sulla previsione dell'art. 1228 c.c., in forza del quale il debitore, che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

Tale normativa prende le mosse dalla teoria del contatto sociale qualificato che è una particolare forma di responsabilità civile che prescinde dall'esistenza di un contratto inteso nel senso stretto del termine, laddove tra il danneggiato e il danneggiante sussista una particolare relazione sociale considerata dall'ordinamento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

giuridico idonea a determinare specifici doveri comportamentali non riconducibili al dovere generico di non ledere l'altrui sfera giuridica.

Nel caso in esame i fatti oggetto della pretesa risarcitoria azionata possono ritenersi ampiamente provati alla stregua della documentazione prodotta e anche della espletata CTU medico-legale.

I risultati delle indagini peritali, infatti, rendono incontestabile la presenza di evidenti profili di responsabilità a carico della resistente azienda ospedaliera.

Veniva richiesto ai nominati CCTTUU di descrivere la natura e l'entità delle lesioni riportate da parte istante a seguito dell'intervento chirurgico per cui è causa specificando il rapporto di causalità tra le prime ed il secondo, nonché l'evoluzione e i trattamenti praticati; descrivere lo stato psico-fisico preesistente del periziando onde tenerne conto nelle valutazioni successive; appurare quali conseguenze negative siano derivate dal predetto intervento, specificando se i danni fisici eventualmente accertati e ricollegabili all'operato del medico costituissero conseguenza delle violazioni, ed in quale misura, dei doveri di diligenza, prudenza e imperizia ed in particolare se il medico avesse omesso di attenersi alle regole scientifiche e pratiche proprio del settore e della specialità; accertare se i danni lamentati dall'istante costituissero complicazioni ed effetti collaterali prevedibili anteriormente all'intervento; infine, accertare la congruità delle spese mediche e di cure documentate e la necessità di cure mediche future, indicandone il costo.

I periti, nel ricostruire i fatti storici, scrivevano che, in occasione del secondo intervento, dato che fu confermato il forte sospetto di una lesione sul colon ascendente, si praticò una emicolectomia destra (cioè, l'asportazione di tutto il colon ascendente). In questi interventi, a parer loro, almeno sul piano delle indicazioni e dell'approccio chirurgico, non si evidenziavano evidenti imperizie o negligenze.

Tuttavia, dopo questo secondo intervento , fu evidenziata una lenta ma continua perdita di sangue e per cui fu anche iniziata una parziale emo-trasfusione e con una successiva dimissione a domicilio del ricorrente. Nei giorni successivi e per il perdurare di una marcata anemia e nel dubbio di un difetto nell'emostasi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

nell'intervento precedente, sempre l'equipe chirurgica dell'Ospedale [redacted] sottopose, in data 22/12/14, il *Pt_1* ad un terzo intervento chirurgico in cui confezionava una nuova anastomosi L.L. ed è qui, scrivono i medici, che appare la prima colpa professionale per una imperizia di lieve – media entità in quanto evidentemente nell'intervento precedente ,appunto, non fu praticata una corretta e perfetta emostasi.

Nelle prime settimane del 2015 , iniziò, poi, un quadro settico con febbre, leucocitosi e una raccolta ascessuale (accertata con radiografia) nello spazio parieto-colico destro e nello scavo pelvico, nonché l'evidenza di una perforazione dell'ileo, per cui il 03 gennaio del 2015, fu sottoposto ancora una volta ad intervento presso l'Ospedale [redacted] e nel quale fu resecato un ulteriore tratto di cm. 20 dell'ileo proprio nella sede della perforazione intestinale e si confezionò una ileo-stomia terminale. E cioè fu evidenziata una perforazione che non può non essere che iatrogena e cioè praticata dagli operatori nei due interventi precedenti. Si ricorda, appunto, che questa perforazione (con verosimile ridotta emostasi chirurgica) struttura una imperizia ed una colpa professionale di media entità ed ha determinato l'asportazione di un segmento dell'ileo ancora più lungo e giustifica l'inizio di una grave sepsi addominale. E, quindi, dopo un attento inziale approccio all'Ospedale [redacted] di [redacted] e soprattutto per il perdurare di una marcata colica addominale e di una sospetta neoplasia del colon ascendente, fu praticata una emicolectomia e un'anastomosi ileale con asportazione di un segmento dell'ileo. In questo intervento, pertanto, avveniva (come accertato ed evidenziatosi successivamente) una perforazione iatrogena dell'ileo e soprattutto un inizio di sepsi addominale che ha creato sia una modesta ma continua emorragia, sia poi raccolte plurime di liquido purulento in varie zone dell'addome.

Sul piano medico-legale questi eventi di tecnica chirurgica nel secondo e nel terzo intervento al [redacted] rappresentano una colpa professionale, sul piano della perizia chirurgica degli operatori, di media entità. Ed invero, il quadro sia clinico che operatorio con plurime aderenze fra le anse intestinali era grave e comunque

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

complesso ma ciò non giustifica sia la perforazione intestinale (con l'obbligo di reintervenire successivamente resecando un altro pezzo di ileo), sia la grave infezione settica diffusa che si manifestò nelle settimane successive con ulteriori multipli ricoveri agli ospedale di *CP_1* e al [redacted] di Napoli. Fu accertato, così, " un ematoma pelvico post-intervento di emicolectomia dx in paziente operato in altro ospedale di emicolectomia con ileotrasversostomia LL, resezione ileale e riconfezionamento di ileotrasversostomia , svuotamento ascesso parietocolico dx ed ematoma pelvico , resezione ileale, ileostomia terminale sinistra".

A parere dei CCTTUU, si può parlare in maniera logica e serenamente di un colpa professionale degli operatori dell'Ospedale [redacted] ma identificando questa colpa in una imperizia di lieve – media entità per la complessità dell'intervento operatorio e per le complicazioni sempre possibili, quali ad esempio una micro-emorragia o la sovrapposizione di una grave sepsi.

Sul piano medico-legale vi è stata anche una imprudenza e negligenza e sempre di media gravità nel non aver subito compreso il sospetto di una micro-emorragia post-operatoria, di aver persino dimesso il paziente con un grado di evidente anemia, di aver praticato solo una parziale e minima emo-trasfusione e nell'aver indotto, durante i primi due interventi operatori demolitivi, una grave infezione, una sepsi marcata con raccolte ascessuali multiple. Questi eventi di imperizia tecnica degli operatori dimostrano proprio negligenza ed imprudenza complessiva della struttura e di mancate attenzioni multiple e doverose nei vari postoperatori di un paziente grave e che era già stato sottoposto a precedenti interventi chirurgici.

In conclusione, scrivono i consulenti, considerando la legge Gelli, si può parlare, nel caso specifico del *Pt_1* di un chiaro nesso di causalità tra gli eventi multipli chirurgici avuti, evidenti errori durante questi interventi chirurgici e le gravi complicazioni avutesi nei giorni e settimane successive, includendo l'asportazione del colon ascendente (laddove si poteva comunque sospettare una eteroplasia) e di un lungo segmento dell'ileo. A giudizio dei due CCTTUU, è presente un chiaro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

evidente, incidente nesso eziologico tra le manovre e gli eventi chirurgici e le conseguenze gravi, nonché le attuali delicate condizioni generali del *Pt_1*

La colpa professionale non è legata solo a una lieve–moderata imperizia degli operatori dell'Ospedale [redacted] ma anche e soprattutto ad una multipla negligenza ed imprudenza di media gravità dell'equipe e del complesso ospedaliero dello stesso Ospedale per una serie di omissioni, di ritardi, di disattenzioni ad esempio nell'emo-trasfusione o nelle dimissioni premature o anche semplicemente nella sovrapposizione di una grave sepsi addominale durante e dopo gli interventi operatori multipli avuti a [redacted] Espongono i CCTTUU anche che, nel sig. *Pt_1* si determinava un generale malassorbimento dei prodotti alimentari, il decadimento delle condizioni generali, una discreta astenia e ipotonia ancora oggi presente. Anche i frequenti episodi di diarrea e vomito riferiti rientravano nella menomazione intestinale.

In conclusione, la somma dei suddetti danni era pari al 37% ma veniva lievemente ridotta per la sovrapposizione di danni concorrenti nello stesso identico apparato. Pertanto, si concludeva la perizia valutando il danno biologico intorno al 35%.

In relazione allo stato psico-fisico preesistente, si legge che il sig. *Pt_1* godesse di buona salute, vivendo una vita normale tra famiglia e lavoro e alimentandosi correttamente e regolarmente. Veniva precisato che, trattandosi di interventi chirurgici di urgenza e per complicazioni non prevedibili, ci sono stati violazioni di perizia e soprattutto di prudenza e diligenza, ragionando in termini di pratica corretta chirurgica e non ritenendo che ci siano linee guida per tali interventi emergenziali.

Durante i vari iniziali interventi chirurgici ci furono, per aderenze multiple e per piccole emorragie sempre possibili, quadri addominali gravi e difficili sul piano dell'approccio chirurgico . Ed è per questo che i due periti definiscono la colpa professionale del caso del *Pt_1* non solo di imperizia degli operatori chirurgici nei vari interventi e comunque di lieve – media entità, ma soprattutto configurano un'impudenza e negligenze multiple nei vari approcci anche clinici, nei ritardi e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

omissioni di attenzioni ,ad esempio, nella terapia emo-trasfusiva o in premature dimissioni.

Per tutto quanto tecnicamente argomentato, i CTU concludevano con un evidente danno biologico, a causa di queste colpe professionali avvenute tra il novembre – dicembre 2014 e il gennaio 2015, intorno al 35%. A causa delle suddette colpe (tutte dei sanitari del solo Ospedale [redacted] di [redacted] , ritenendo che una più accurata condotta avrebbe potuto ridurre e di molto il lunghissimo periodo di malattia, di sofferenza e di stress , assegnavano discrezionalmente anche: una I.A. : di GIORNI 60 una I.T. (50%) DI *Per_1* 0 una I.T (25%) DI ALTRI 60 GIORNI.

Nella fattispecie, considerando l'età del danneggiato all'epoca dei fatti (anni 43) e il valore del danno biologico riconosciuto in sede di CTU (35%), emerge un danno totale risarcibile pari a € 244.593,00.

In risposta alle controdeduzioni del Dott. Prof. *Persona_2*

Il Dott. Prof. *Per_2* nella prima osservazione alla bozza di CTU parlava di un livello di emoglobina normale e comunque non grave e perciò compatibile con le dimissioni del *Pt_1* dopo i primi interventi avvenuti nel novembre del 2015. A tale osservazione, i periti obiettavano che il livello di emoglobina di 10.8 fosse comunque un valore basso dopo due delicati interventi chirurgici e per poter dimettere un paziente per una vita normale. Ribadivano che sarebbe stato indispensabile la permanenza in Ospedale e un'osservazione attenta nella struttura ospedaliera, cosa che non fu praticata e che anticipò ulteriori complicazioni e altri due interventi chirurgici di emergenza del dicembre 2015.

Riguardo al terzo intervento del 03/01/2016, il CTP *Per_2* mostrava il proprio disaccordo su una diagnosi di scontata perforazione per la mancanza di uno pneumoperitoneo, evento che non apparve in nessun radiogramma prima di questo terzo intervento al [redacted] I due CTU replicavano affermando che in una micro perforazione non vi è sempre un pneunoperitoneo e che questo può essere coperto dall'epiploon e ancora che ci fu comunque una micro perforazione perché furono riscontrati in questo terzo ricovero a gennaio dei livelli idroaerei addominali, segno di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

peritonismo; in questo ulteriore ricovero per il terzo intervento chirurgico fu anche drenato un accesso addominale, scontata conseguenza di una peritonite o comunque di una grave sepsi dopo i vari interventi avutisi.

Infine, sempre il CTP obiettava che non sussistono profili di responsabilità degli operatori in una grave sepsi addominale che provocò peritonite e, appunto, un ascesso drenato. I periti concordavano su questo ma evidenziavano che una infezione ospedaliera grave e prodottasi durante i molteplici interventi chirurgici anche demolitivi addominali è comunque dovuta ad una mancanza di perfetta igiene nella sala operatoria o in genere tra gli ausiliari e sui mezzi vari adoperati dai chirurghi.

Una grave sepsi ospedaliera, aggiungevano, è comunque responsabilità complessiva della struttura.

Concludendo, i due CCTTUU confermavano integralmente la loro perizia e le loro valutazioni finali medico legali numeriche collegate soprattutto alla grave menomazione per l'asportazione del colon ascendente e di un lungo tratto ileale, nonché per la grave menomazione dell'assorbimento intestinale e del metabolismo alterato conseguenziale del ricorrente.

Sussiste, per tutto quanto motivato, chiaro nesso eziologico tra la condotta professionale colposa per negligenza, imprudenza, imperizia dei sanitari dell'Ospedale [redacted] di [redacted] (SA) con il quadro esitale descritto.

Sulla scia delle esposte argomentazioni, la domanda di risarcimento merita accoglimento.

Va pertanto accertato e dichiarato che il danno subito dal ricorrente è riconducibile alla condotta della struttura sanitaria e dei medici che lo hanno operato e per l'effetto va condannata la resistente *Controparte_5* *[...]* *Controparte_6* rapp.te p.t, con sede in *CP_1* , al [redacted] P.Iva *P.IVA_1* , al risarcimento, in favore del ricorrente, dei danni patrimoniali e non pari ad Euro 244.593,00 oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal giorno dell'evento ad soddisfo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo che segue.

PQM

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

1) in accoglimento della domanda di parte ricorrente, accerta e dichiara che il danno subito dal ricorrente è riconducibile alla condotta dei medici e operatori dell'Ospedale [redacted] di [redacted] (SA) e, per l'effetto, condanna l *Controparte_1* *[...]*, in persona del Direttore Generale e legale rapp.te, al risarcimento, in favore del ricorrente, dei danni non patrimoniali che si quantificano in € 244.593,00 oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal giorno dell'evento al soddisfo;
2) condanna la convenuta *Controparte_5* *[...]* *Controparte_7*, in persona del legale rapp.te p.t, al pagamento delle spese e competenze di lite pari a € 22.457,00 in favore del procuratore di parte ricorrente antistatario;
3) pone le spese di CTU a carico di parte convenuta.

Si comunichi

Salerno 11 giu. 25

Il Giudice

Daniela Oliva

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-453