

Tribunale Chieti, 03/08/2020, n.433

Con atto di citazione ritualmente notificato, XXX ha dedotto:

- che, a seguito di episodi di macroematuria, in data 20.12.2012 eseguiva presso l'Ospedale Civile di Chieti una cistoscopia diagnostica, che evidenziava una neoformazione occupante la cupola vescicale;

- che, in data 23.04.2013, veniva ricoverato presso l'Ospedale Civile di Chieti e sottoposto il successivo 24.04.2013 ad intervento chirurgico di TURB, a cui seguivano ripetute trasfusioni di sangue;

- che, in data 20.05.2013, il Sig. XXX veniva sottoposto ad intervento di cistoprostatectomia ed ureterocutaneostomia bilaterale con incisione sovraombelicopubica; entrambi gli ureteri venivano incannulati con cateteri di Bracci-Soch, mentre, all'esito dell'intervento, venivano lasciati due drenaggi nello scavo pelvico;

- che il pezzo operatorio asportato veniva esaminato da un punto di vista anatomo-patologico, con esiti di adenocarcinoma ben differenziato, mucoide, infiltrante la parete vescicale fino al tessuto muscolare esterno (pT2b, pNx, G1 mucoide);

- che la fase post-operatoria si caratterizzava per intenso malessere accompagnato da dolore addominale, trattato con analgesici, e rialzo termico variabile sin dal 21.05.2013; inoltre, in data 23.05.2013, "nel diario clinico assistenziale si riportava un episodio di rialzo termico associato a brividi; mentre il 26.05.2013 si apprezzava fuoriuscita di sangue frammisto a materiale purulento";

- che "soltanto in data 28.05.2013, ...veniva trasferito in Patologia Chirurgica ove, il 29.05.2013, veniva sottoposto a nuovo intervento di laparotomia esplorativa e toilette del cavo peritoneale e pelvico, resezione del sigma-retto secondo Hartmann, colostomia sinistra, riconfezionamento di u.c.s. sinistro e plastica parietale. Detto nuovo intervento chirurgico si rendeva necessario a causa di pelvi peritonite da perforazione del sigma-retto in esiti di cistoprostatectomia, deiscenza della ferita laparotomica e distacco dell'uretero-cutaneo-stomia sinistra. La perforazione era stata ben apprezzata con clisma opaco semplice e TC addome completo, da cui si era evidenziato uno spandimento del mezzo di contrasto dal III distale del sigma";

- che il paziente veniva definitivamente dimesso dall'Ospedale teatino soltanto in data 17.06.2013, dopo un periodo di degenza in TIPO;

- che, a seguito della dinamica fattuale sopra indicata, il "quadro metabolico generale.. andava incontro a peggioramento, soprattutto a seguito di episodio di scompenso cardiaco congestizio (ottobre 2013), da cui discendeva un aggravamento della insufficienza renale cronica (creatininemia > 3) e della pregressa epatopatia cronica HCV-correlata;

- che, quindi, seguivano altri ricoveri (cfr. Luglio 2013 presso la Casa di Cura "G. Spatocco" di Chieti;

Agosto 2013 presso la Patologia Medica dell'O.C. di Chieti; novembre 2013 presso la Clinica Medica dell'O.C. di Chieti);

- che, anche il CTP, ha rilevato colpa medica nell'esecuzione dell'intervento chirurgico sopra indicato sotto un duplice profilo: " perforazione iatrogena del terzo distale del sigma-retto nel corso dell'intervento chirurgico del 20.05.2013 di cistoprostatectomia radicale (l'operatore avrebbe dovuto

prestare attenzione e cautela nello scollare la vescica dal retto prima della cistectomia), oltre che omessa tempestiva procedura reinterventistica chirurgica" a seguito del primo intervento;

- che, in definitiva, da tali condotte colpose poste in essere dai sanitari presso il presidio ospedaliero di Chieti, sarebbero conseguiti: 1) esiti di resezione del sigma-retto (intervento di Hartmann) e di colostomia a permanenza non operabile attese le comorbilità di cui sarebbe affetto l'istante; 2) laparocèle mediano di oltre 10 cm, anch'esso inoperabile per le medesime ragioni su esposte; 3) aggravamento della funzionalità epato-renale, "comportante nel suo complesso una riduzione delle chances nell'aspettativa di vita"; 4) insorgenza di sindrome distimica a sfondo marcatamente depressivo;

- che, quanto sopra, sarebbe foriero di responsabilità professionale, dalla quale sarebbero conseguiti danni di tipo patrimoniale e non patrimoniale; in particolare, con riferimento al primo, a "titolo di danno emergente per spese mediche e borsuali sopportate, dovrà essere risarcita la somma di E 2.500,00), a cui sono da aggiungere le spese mediche future, da liquidarsi in via equitativa"; quanto all'invocato danno non patrimoniale, quantificabile secondo le c.d. Tabelle di Milano: - danno biologico da maggiore inabilità temporanea assoluta, riferibile alla responsabilità professionale medica (gg. 30) = E 3.600,00; - danno biologico da inabilità temporanea parziale, riferibile alla responsabilità professionale medica, al 62 % (gg. 60) = E 4.464,00; - Totale Inabilità Temporanea = E 8.064,00; - maggior danno biologico da I.P. pari al 62 %, da ricondurre esclusivamente a responsabilità dei sanitari dell'O.C. di Chieti = E 426.158,00 - Totale del danno biologico da I.T. e I.P. = E 434.222,00 - Danno non patrimoniale totale con personalizzazione al 10% = E 476.837,80" atteso che, quanto sopra avrebbe comportato per l'attore uno "sconvolgimento della sua esistenza, il cambiamento di vita, la forzosa rinuncia allo svolgimento di attività ordinarie quali curare il giardino, fare del bricolage, passeggiare dopo i pasti, andare al mare in estate e in montagna in inverno, viaggiare, etc., attività che in passato erano fonte di profondo compiacimento e di benessere per il danneggiato e che oggi non sono più praticabili o comunque risultano fortemente compresse a causa dei disturbi psico-fisici, con lesione del diritto al libero dispiegarsi delle attività dell'attore e alla libera esplicazione della sua personalità".

Ha spiegato le conclusioni rassegnate in epigrafe.

Si è costituita in giudizio l'Azienda Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti la quale ha dedotto: 1) lo stato di grave comorbilità di cui era affetto il ricorrente a fronte della correttezza dell'iter diagnosi/interventistico posto in essere dai sanitari intervenuti, talché alla presenza di patologie coeve rispetto a quelle trattate in occasione dell'intervento medico sarebbe conseguito, comunque, una "lesione/menomazione" con conseguente "riduzione dell'eventuale pregiudizio iatrogeno in via proporzionale"; 2) l'errata quantificazione del danno non patrimoniale per come operata dal ricorrente atteso che, alla luce dei recenti approdi di legittimità il danno morale sarebbe già computato nel cd. danno biologico, con impossibilità di ricomprendervi anche dei pregiudizi "esistenziali";

Ha chiesto, in via principale, il rigetto domanda; in subordine, la riduzione del quantum risarcibile, "da limitarsi al maggior danno iatrogeno differenziale e comunque alla sola quota di danno conseguente alla condotta ritenuta colposa":

Instauratosi il contraddittorio, esaurite le fasi di trattazione ed istruzione, dato ingresso ad una CTU medico-legale, precisate le conclusioni, la causa veniva trattenuta in decisione.

1. Primariamente è necessario precisare quanto segue circa la mancata dichiarazione ex art. 300 c.pc. da parte del procuratore dell'attore, XXX dell'avvenuto decesso di quest'ultimo.

1.2. Nel caso di specie, con atto di richiesta di visibilità del 16.06.2020 (ndr, successivo l'udienza di precisazione delle conclusioni) inoltrato dall'avv. Maria Eugenia Rossi, nell'interesse di Ce. Ma. e Mi. Ec. (estraneae al presente giudizio) si è appreso dell'intervenuto decesso dell'attore il quale con testamento olografo (allegato all'istanza) avrebbe attribuito un legato di credito alle predette sulle somme eventualmente ottenute, nell'odierna sede, a titolo risarcitorio, a questo punto, dal defunto XXX.

Il procuratore di parte attrice non ha dichiarato né, tantomeno, notificato alla controparte la circostanza dell'evento interruttivo ai sensi dell'art. 300 c.p.c.

1.3. Al riguardo, sulla scorta dell'opinione espressa dalla migliore dottrina che qualifica la dichiarazione ex art. 300 c.p.c. come un diritto potestativo di natura processuale, la giurisprudenza di legittimità ha statuito che "la morte (o la perdita della capacità di stare in giudizio) della parte costituita non determina l'interruzione del processo se manchi la dichiarazione in udienza (o la notificazione dell'evento interruttivo) del procuratore per mezzo del quale la parte si è costituita (art. 30 comma 1 e 2 cod. proc. civ.). Trattandosi di dichiarazione avente carattere negoziale, in quanto manifestazione della volontà di interrompere il processo, e non di mera scienza, legittimato a renderla è il procuratore della parte colpita dall'evento, al quale soltanto spetta la valutazione, a tutela della parte rappresentata, dell'utilità o dell'opportunità dell'interruzione del processo (Cass. Sez. II, Sentenza n. 3431 del 03/04/1998).

Ne consegue che, in assenza di dichiarazione da parte del difensore del defunto attore, l'odierno giudizio deve proseguire nei confronti delle parti originarie.

2. Ciò posto, nel merito la domanda è fondata.

3. Giova prendere le mosse dalla cornice teorica relativa al risarcimento del danno causato da attività medica.

3.1. Al riguardo, è principio acquisito in giurisprudenza che la responsabilità correlata all'esercizio dell'attività medica deve essere ricondotta al paradigma dell'art. 1218 c.c. avuto riguardo non solo alla posizione del singolo professionista, ma anche a quella della struttura sanitaria nel suo complesso (cfr., ex plurimis, Cass. civ., Sez. U., 11.1.08, n. 577; Cass. civ., 18.9.09, n. 20101; Cass. civ., 26.1.10, n. 1538; Cass. civ., 21.7.11, n. 15993).

Peraltro, ferma la inapplicabilità *ratione temporis* al caso di specie della disciplina di diritto sostanziale di cui alla Legge n. 24/2017 (emanata in epoca posteriore ai fatti di cui è processo), non sussistono ragioni per ritenere che la precedente novella legislativa introdotta con il D.L. n. 158/12, conv. in L. n. 189/12 (sul punto oggi abrogata dalla Legge n. 24/17) possa aver inciso direttamente sull'attuale costruzione della responsabilità medica secondo il diritto vivente e che debba imporre un *revirement* giurisprudenziale nel senso del ritorno ad un'impostazione aquiliana, con le conseguenziali ricadute in punto di riparto degli oneri probatori e di durata del termine prescrizione (cfr. Cass. civ., Sez. VI, 24.12.14, n. 27391).

È infatti noto che l'art. 3, comma I, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere come "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 c.c.", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve (Cass. civ., Sez. VI-III, 17.4.14, n. 8940).

Ne consegue che alla luce delle superiori considerazioni, l'azione risarcitoria esercitata dall'attore deve, dunque, ricondursi nell'alveo e nella disciplina dell'azione di responsabilità contrattuale.

3.2. Sotto il profilo probatorio, in tema di responsabilità contrattuale del medico (così com'anche della struttura sanitaria) nei confronti del paziente, ai fini del riparto del relativo onere l'attore deve provare la esistenza del contratto (o il contatto sociale qualificato) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia con l'allegazione di qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno (cfr., sul punto, ex plurimis, Cass. civ., Sez. Un., 11.1.08, n. 577; Cass. civ., 21.7.11, n. 1593; Cass. civ., 26.2.13, n. 4792; Cass. civ., Sez. III, 12.12.13, n. 27855; Cass. civ., Sez. III, 9.10.12, n. 17143; Cass. civ., Sez. III, 16.1.09, n. 975).

L'attore ha, dunque, solo l'onere di allegare (ma non di provare) la colpa del medico; quest'ultimo, invece, ha l'onere di provare che l'eventuale insuccesso dell'intervento, rispetto a quanto concordato o ragionevolmente attendibile, è dipeso da causa a sé non imputabile (cfr. Cass. civ., Sez. III, 9.10.12, n. 17143; Cass. civ., Sez. III, 16.1.09, n. 975).

Poi, "in tema di responsabilità professionale del medico, il nesso causale sussiste anche quando, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si possa ritenere che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto fondate possibilità di evitare il danno" (cfr. Cass. civ., Sez. III, 27.4.10, n. 10060; Cass. civ., Sez. III, 9.6.11, n. 12686).

In particolare, per quel che riguarda l'onere probatorio del nesso causale, secondo consolidato orientamento di legittimità, in materia di responsabilità professionale sanitaria, il paziente deve provare il danno ed il nesso causale tra lo stesso e la condotta commissiva ed omissiva sanitaria denunciata come colposa. Dunque, non solo il danno, ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare. Ed invero se si ascrive un danno ad una condotta non può non essere provata da colui che allega tale iscrizione la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta (Cass. civ., Sez. III, 4.11.17, n. 26824; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 18392 del 26/07/2017 ; Cass. civ, sez. III, 07/12/2017, n. 29315 ; si v., inoltre, ex plurimis, Cass. civ., Sez. III, 9.10.12, n. 17143; Cass. civ., Sez. III, 16.1.09, n. 975; Cass. civ., Sez. III, 30.9.14, n. 20547; Cass. civ., Sez. III, 26.2.13, n. 4792; Cass. civ., Sez. III, 20.10.15, n. 21177).

3.3. Per l'accertamento del nesso eziologico, come per la causalità ordinaria, anche per la causalità da chances perduta, da intendersi come possibilità di un risultato diverso e migliore, l'accertamento del nesso di causalità materiale implica sempre la applicazione della regola causale di funzione, cioè probatoria, del più probabile che non; sicché, in questo caso, la ricorrenza del nesso causale può affermarsi allorché il Giudice accerti che quella diversa e migliore possibilità si sarebbe verificata più probabilmente che non (cfr., sul punto, Cass. civ., Sez. III, 17.9.13, n. 21255). Infatti, è proprio la sua elevata probabilità di avveramento, sulla base di elementi certi ed obiettivi, a rendere la chance favorevole e, così, la sua lesione risarcibile (Cass. civ., Sez. III, 17.9.13, n. 21255). E l'onere probatorio specifico della inferenza probabilistica incombe sul preteso danneggiato (Cass. civ., S.U., 23.9.13, n. 21678).

3.4. Quanto ai profili di responsabilità, in questa sede rilevanti, relativa ai membri di un equipe medica, la Corte di Cassazione ha statuito che "l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, sicché rientra tra gli obblighi di ogni singolo componente di una equipe chirurgica, sia esso in posizione sopra o sotto

ordinata, anche quello di prendere visione, prima dell'operazione, della cartella clinica contenente tutti i dati per verificare la necessità di adottare particolari precauzioni imposte dalla specifica condizione del paziente ed eventualmente segnalare, anche senza particolari formalità, il suo motivato dissenso rispetto alle scelte chirurgiche effettuate ed alla scelta stessa di procedere all'operazione, potendo solo in tal caso esimersi dalla concorrente responsabilità dei membri dell'equipe nell'inadempimento della prestazione sanitaria (Cass. Sez. III, n. 2060 del 29/01/2018).

4. Con riferimento invece alla responsabilità della struttura sanitaria, a mente della giurisprudenza della Corte di Cassazione la stessa "risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 c.c., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 c.c., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale, e ciò anche quando l'operatore non sia un suo dipendente" Cass. Sez. III, n. 1043 del 17/01/2019; con l'importante precisazione che, "in tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connesso all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione (Cass. Sez. III, n. 28987 del 11/11/2019).

5. Traslando nel caso di specie i principi di diritto sopra enucleati, alla luce della istruttoria espletata, si osserva quanto segue.

6. Correttamente, si è dato ingresso in questa sede ad una CTU medico-legale finalizzata all'accertamento del corretto iter diagnostico/pre-post operatorio seguito dai sanitari convenuti da analizzarsi alla luce dei sopra indicati profili.

6.1. Al riguardo devono condividersi le risultanze della CTU medico legale espletata dal dott. Il. Po. con metodo analitico e circostanziato e per questo da intendersi qui integralmente richiamata per relationem e condivisa, ha accertato la derivazione dei danni lamentati dalla condotta imperita dei medici.

6.2. Il CTU ha in particolare rilevato come " la cistoprostatectomia radicale è il trattamento standard del tumore vescicale ad alto rischio di progressione e, comunemente, l'intervento viene eseguito mediante incisione della parete addominale con asportazione della vescica, della prostata, delle vescicole seminali, dei dotti e dei linfonodi otturatori ed iliaci. In relazione al quadro anatomico funzionale che consegue alla suddetta amputazione chirurgica, gli ureteri possono essere abboccati direttamente alla cute mediante il confezionamento di due uretero-cutaneostomie ai quadranti inferiori dell'addome. Poiché la tecnica operatoria comporta lo scollamento della vescica dalla parete rettale retrostante, con mobilizzazione della vescica stessa, prima della sua exeresi in blocco con prostata e vescicola seminale, vi è l'alto rischio di complicanze intraoperatorie e tra di esse quella della lesione accidentale dell'intestino che riteniamo essere intervenuta nel caso di specie; di fatto, nel caso riguardante XXX è intervenuta una lesione iatrogena a carico del sigma retto, con conseguente pelvi peritonite e necessità di reintervento chirurgico per il trattamento della ridetta lesione intestinale. L'ipotesi di lesione iatrogena intervenuta nel corso dell'intervento chirurgico del 20 maggio 2013 risulta avvalorata dalla posizione anatomica della lesione, dalla cronologia di manifestazione della pelvi-peritonite e dalle risultanze dell'analisi della letteratura scientifica al riguardo. È da precisare, inoltre, che nel caso in esame il reintervento chirurgico, posto in essere per il trattamento riparativo della lesione, venne eseguito soltanto in data 29 maggio 2013, quindi non tempestivamente, con riferimento ai segni clinici presentati dal paziente che già dal 23 maggio aveva manifestato febbre con brivido e dal 26 maggio 2013 è stata documentata la emissione di

materiale purulento dai drenaggi. Pertanto, in considerazione delle complicanze insorte a seguito della lesione iatrogena intestinale, con necessità di confezionamento di colostomia a permanenza, e per l'insorgenza di laparocele mediano, riteniamo sussista un danno biologico permanente conseguente ai fatti di causa, direttamente ricollegabile all'intervento chirurgico del 20 maggio 2013. Peraltro, è da considerare che sia la colostomia sia il laparocele mediano insorto sulla cicatrice in esito della ferita chirurgica del reintervento riparatore, non siano suscettibili di ulteriore trattamento chirurgico per evidenti controindicazioni cliniche determinate dalle condizioni generali del periziato.

Conclusivamente, è possibile affermare che in conseguenza dell'evento descritto in atti, occorso durante il trattamento chirurgico della malattia neoplastica vescicale di cui era portatore XXX, sia residuata una lesione dell'integrità personale dell'attore, nei termini dianzi descritti e riportati sub lettera a. del paragrafo V. della presente relazione. Il danno biologico temporaneo, in relazione alla necessità degli ulteriori trattamenti praticati per le complicanze intervenute è quantificabile in misura di giorni 60 di inabilità temporanea totale al 100 % e di ulteriori giorni 30 di inabilità temporanea parziale al 50%. Attualmente, in relazione ai postumi permanenti conseguenti alle suddette complicanze iatrogene dinanzi descritte, riteniamo che a carico dell'attore sia residuato un danno biologico permanente, con riferimento a quanto evidenziato sub lettera a. del paragrafo V. della presente relazione, valutabile in misura pari al 40 % (quaranta per cento), comprensivo degli esiti anatomici ed estetici, oltre il disagio psichico derivante dall'evento descritto, comprese le ulteriori incidenze negative determinate dalle coesistenti e preesistenti affezioni documentate in atti".

6.3 Peraltro, a seguito delle osservazioni del CTP di parte convenuta, il dott. Po. ha opportunamente precisato come "il consulente tecnico di parte della ASL ha formulato osservazioni che, sostanzialmente, riguardano due aspetti della consulenza tecnica d'Ufficio nella sua stesura preliminare; il primo interessa la lesione intestinale subita da XXX nel corso dell'intervento cui è stato sottoposto il 20 maggio 2013, mentre il secondo aspetto attiene alla valutazione della menomazione permanente dell'integrità psicofisica dell'attore. Analizzando il primo aspetto delle osservazioni, il Consulente tecnico di parte ritiene che "(...) non si trattò di una lesione iatrogena intraoperatoria da "errore tecnico" bensì di una complicanza postoperatoria prevista, prevedibile ma non sempre prevenibile o evitabile "error scientiae"". Quindi, premesso che con certezza anch'egli ricollega la lesione intestinale all'intervento chirurgico per cui è causa, sostiene tuttavia erroneamente che essa "non è evitabile in alcun modo" ma ciò, in buona sostanza, significherebbe ammettere che la lesione intestinale in argomento è "insita" nella tecnica operatoria, presente costantemente all'esito dell'intervento chirurgico ed in alcun modo evitabile.

Ma così non è. Di fatto, la perforazione del sigma-retto deve essere considerata quale lesione accidentale dell'intestino in corso di scollamento della vescica, quindi classicamente definibile come lesione intraoperatoria, operatore dipendente, e non già come complicanza postoperatoria, essendo riportata, nelle varie casistiche, incirca lo 0,5% dei casi; semmai, qualora non immediatamente riconosciute, risultano postoperatorie le sue manifestazioni cliniche. Manifestazioni cliniche nel caso in esame sono insorte già dal 23 maggio 2013, poiché in quella data il paziente ha manifestato febbre con brivido, mentre dal 26 maggio 2013 fu documentata anche la emissione di materiale purulento dai drenaggi; nonostante tale evidenza clinica, tuttavia, soltanto in data 29 maggio 2013 il paziente venne sottoposto a reintervento chirurgico. conseguenza di tale lesione iatrogena fu la pelvi-peritonite che richiese il successivo reintervento chirurgico nel corso del quale fu effettuata una resezione del sigma-retto, secondo Hartmann, con confezionamento di colostomia sinistra a permanenza; inoltre, riconducibili agli esiti dell'intervento chirurgico per pelvi peritonite sono anche le due formazioni erniarie a localizzate la prima sulla cicatrice xifo-ombelicale e l'altra nell'area adiacente la colostomia;

dette formazioni erniarie, da valutare all'interno del danno biologico permanente riconducibili agli esiti della lesione intestinale iatrogena, contribuiscono all'indebolimento della parete addominale. Si appalesa ancora più evidente l'errore clinico in cui versa il Consulente tecnico di parte nella valutazione del caso quando ritiene di poter accreditare la tesi "di una situazione di particolare complessità difficoltà tecnica di esecuzione dell'intervento in pz con gravi comorbilità cardiovascolari, metaboliche, epatorenali (cirrosi hcv)", trascurando di considerare, invece, che la valutazione delle speciali difficoltà tecniche di un intervento sono da riferire unicamente alle condizioni clinico-anatomiche locali rapportate alla tecnica chirurgica adottata. Riguardo invece alla valutazione del danno biologico conseguente alla lesione iatrogena evidenziata, premesso che la menomazione considerata attiene unicamente alla colostomia a permanenza, ivi compresa la presenza dei due laparocele e del disagio psicologico connesso, le Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, edito dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni nell'anno 2016, contrariamente a quanto affermato dal Consulente tecnico di parte, riportano che "la presenza di stomia a permanenza giustifica il riconoscimento di una valutazione orientativa del 35/40% in dipendenza della localizzazione dei disturbi secondari"; non si riesce quindi a comprendere quale sia la base clinica e medico-legale sulla quale egli fonda la propria valutazione del 6-8%, né i barems consultati. Un'ultima riflessione, di carattere squisitamente clinica, deve essere espressa in ordine a quelle che sono le personalissime considerazioni del Consulente tecnico di parte il quale ritiene di dover formulare proprie "indicazioni statistiche epidemiologiche circa la severità della malattia neoplastica, della prognosi statisticamente sfavorevole, della aspettativa reale di vita molto breve in Pz 78 enne, molto breve con qualità scadente in considerazione del gravissimo quadro clinico metabolico, oncologico con necessità di CMT e RDT neoadiuvante"; a smentire tale imprevedibile tesi vi è la dimostrazione, provata, della sopravvivenza del paziente a cinque anni dall'intervento chirurgico

7. In altri termini, è emersa una condotta di grossolana colposità posta in essere dal personale sanitario in occasione dell'esecuzione dell'intervento chirurgico in oggetto il quale, oltre ad asportare la vescica hanno provocato al malcapitato attore anche una lesione intestinale iatrogena a carico del sigma retto, imputabile esclusivamente all'operatore, in occasione dell'intervento del 20 maggio 2013; peraltro, il successivo reintervento chirurgico posto in essere per il trattamento riparativo della lesione, venne eseguito, tardivamente, soltanto in data 29 maggio 2013, talché, i sanitari hanno assunto una condotta attendista, senza tempestivamente reintervenire sulla zona interessata dal primo intervento. Tale quadro è viepiù aggravato dalla circostanza che sia la colostomia sia il laparocele mediano insorto sulla cicatrice in esito della ferita chirurgica del reintervento riparatore, non siano suscettibili di ulteriore trattamento chirurgico per evidenti controindicazioni cliniche determinate dalle condizioni generali dell'attore portatore di altre patologie in comorbilità.

Sulla scorta della giurisprudenza sopra riportata, l'Azienda Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti non ha dimostrato un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione, talché la stessa è gravata del relativo risarcimento dei danni.

8. Passando a questo punto all'individuazione ed al quantum debeatur del danno non patrimoniale rivendicato da parte attrice, si condividono, le risultanze della CTU medico legale sopra indicate.

Pertanto, applicando le Tabelle di Milano vigenti (Punto base I.T.T. E 98,00) per la liquidazione del predetto danno non patrimoniale (comprensivo della lesione biologica e di quella morale), tenendo conto dell'età dell'attore al momento del sinistro e della successiva cessazione della invalidità fisica temporanea, nonché dell'allegata e provata presenza di fattori legittimanti una personalizzazione della predetta liquidazione tabellare (n.d.r le disposizioni testimoniali rese all'udienza del 17.04.2019 di De Am. Ma. e Ma. Ma. Ce. dalle quali emerge come l'attore a seguito dell'occorso non abbia più

potuto svolgere le attività ludico/ricreative quali, coltivare la propria campagna, andare in montagna,) che legittimano un aumento del 10% delle danno calcolato, all'infortunato competono le seguenti somme:

- Età del danneggiato alla data del sinistro 72 anni
- Percentuale di invalidità permanente 40%
- Punto base danno non patrimoniale E 7.898,10
- Giorni di invalidità temporanea totale 60
- Giorni di invalidità temporanea parziale al 50% 30
- Punto base I.T.T. euro 98,00

Danno euro 203.771,00 oltre il 10% di tale danno, stante la personalizzazione di cui sopra, per un totale di euro 224.148,10.

Quanto all'invocato danno patrimoniale, dall'indice dell'atto di citazione non emerge documentazione relativa alle spese mediche sostenute da parte attive a titolo di danno patrimoniale; in sede di memoria ai sensi dell'art. 183 comma VI. parte attrice ha depositato una fattura avente ad oggetto il pagamento dei compensi al CTP di parte relazione medico legale per euro 4.270.00; tale somma è del tutto eccessiva talché ne deve essere esclusa la ripetibilità ai sensi dell'art. 92 comma 1 c.p.c.

Ne consegue che, in forza della giurisprudenza sopra richiamata, l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti deve essere condannata al pagamento della somma di euro 224.148,10.

9. All'attore compete altresì - anche d'Ufficio - sulla somma sopra indicata, l'equivalente del mancato tempestivo godimento del bene danneggiato, ovvero del suo controvalore in denaro, quale mancato guadagno o lucro cessante ai sensi dell'art 1223 c.c., richiamato dall'art. 2056 c.c., provocato dal ritardato pagamento del risarcimento, la cui prova può essere data e riconosciuta dal Giudice con ogni mezzo e quindi anche mediante criteri presuntivi ed equitativi (cfr. in tal senso, ex multis, Cass. civ., S.U. n.1712/95; Cass. civ., n. 608/2003; Cass. civ., Sez. III, 9.3.10, n. 5671).

Per la liquidazione concreta del danno, si riconoscono, sulle somme rispettivamente riconosciute, da devalutarsi e rivalutarsi progressivamente anno per anno secondo gli indici Istat F.O.I. (cfr. Cass. civ., Sez. III, 9.3.10, n. 5671; Cass. civ., Sez. II, 3.8.10, n. 18028; Cass. civ., 26.10.04, n. 20742; Cass. civ., n. 10565/02), gli interessi legali tempo per tempo vigenti, a decorrere dal 20.05.2013 (data dell'evento lesivo) sino alla data di pubblicazione della sentenza, la quale costituisce il momento in cui il credito dedotto in giudizio diviene liquido ed esigibile ed il cui correlativo debito si converte in debito di valuta (Cass. Sez. II, Sentenza n. 1256 del 02/02/1995; Cass. Sez. III, Sentenza n. 3996 del 20/03/2001).

Sulle somme risarcitorie finali di cui sopra (danno risarcibile + danno da ritardo) spetteranno, dal dì successivo alla pubblicazione della sentenza al saldo, gli interessi corrispettivi al tasso legale (tempo per tempo vigente), ai sensi dell'art. 1282 c.c., in quanto somme convertitasi - con la detta pubblicazione - in debito di valuta (cfr. in tal senso ex multis, Cass. Sent. 22 giugno 2004 n. 11594; Cass. Sez. III, Sentenza n. 9711 del 21/05/2004).

10. Le spese di lite, tenendo conto dell'esito del giudizio (caratterizzato da una decisa riduzione del quantum della domanda) possono dichiararsi compensate nella misura di 1/3, con condanna di parte convenuta al pagamento della restante frazione, che si liquida come da dispositivo con parametri coincidenti con i valori medi.

11. Le spese di C.T.U. separatamente liquidate - con vincolo di solidarietà - sono poste integralmente a carico di parte convenuta; non si ravvisano profili di temerarietà della lite.

P.Q.M.

il Tribunale, in persona del Giudice Unico, definitivamente pronunciando nel giudizio iscritto al R.G. N. 2177/2016, ogni contraria istanza, domanda ed eccezione disattesa, così decide:

DICHIARA

la responsabilità professionale dei sanitari alle dipendenze della Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti, in persona del legale rapp.te pro-tempore, in ordine alla causazione dei danni occorsi a XXX a seguito dell'intervento chirurgico eseguito dai predetti in data 20.05.2013;

Per l'effetto,

CONDANNA

l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti, in persona del legale rapp.te pro-tempore, al pagamento della somma di euro 224.148,10 in favore di XXX, già all'attualità, oltre, a titolo di ristoro del danno da ritardo, gli interessi legali tempo per tempo vigenti, sulla predetta somma, come via via devalutata e rivalutata anno per anno, dal 20.05.2013 sino alla data di pubblicazione della presente sentenza, oltre - sulle somme finali complessive di cui sopra (danno quivi liquidato + danno da ritardo nella liquidazione del primo) - gli interessi corrispettivi al tasso legale dal giorno successivo alla pubblicazione della sentenza al saldo.

CONDANNA

previa compensazione di 1/3 delle spese di lite, l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti, in persona del legale rapp.te pro-tempore, alla refusione della restante frazione in favore dell'attore che liquida in euro in euro 8.953,33 per compensi oltre IVA, cpa e rimborso forfetario 15%, da distrarsi in favore del procuratore dichiaratosi antistatario.

PONE

le spese di C.T.U - separatamente liquidate - con vincolo di solidarietà nei confronti del CTU - integralmente a carico della l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Lanciano Vasto Chieti, in persona del legale rapp.te pro-tempore.

Alla Cancelleria per quanto di competenza.

Chieti, 31.07.2020

Depositata in Cancelleria il 03/08/2020