

N. R.G. 2684/2020

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO di ANCONA**

SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice Onorario di Pace dott. Maria Teresa Danieli ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **2684/2020** promossa da:

**A. M. M.** (C.F. OMISSIS), con il patrocinio dell'avv. DE CADILHAC PIERFRANCESCO, elettivamente domiciliato in Viale della Vittoria n. 49 60123 Ancona ITALIA presso il difensore avv. DE CADILHAC PIERFRANCESCO

ATTORE/I

contro

**SOC. L. SPA- V.I.** (C.F. OMISSIS), con il patrocinio dell'avv. STRANO FRANCESCO, elettivamente domiciliato in VIA GIANNELLI 36 null 60123 ANCONA presso il difensore avv. STRANO FRANCESCO

CONVENUTO/I

**Conclusioni delle parti**

Parte attrice ha concluso: “Voglia l’Ill.mo Tribunale adito, assunti i mezzi di prova così come richiesti in via istruttoria, *contrariis reiectis*: NEL MERITO: Previa declaratoria di responsabilità, ai sensi e per l’effetto degli artt. 1176 e 1218 c.c., in relazione agli artt. 2236, 2043 e 2049 c.c nonché ai sensi della L. 8 marzo 2017 n. 24, cd. “Legge Gelli”, condannare La Casa di Cura privata V.I.- L. Spa (P.I. OMISSIS), in persona del legale rappresentante pro-tempore, con sede ad Ancona, alla Via Maggini n. 200 al risarcimento di tutti i danni subiti dall’odierna ricorrente in favore della Sig.ra A. M. M. (CF. OMISSIS), nata a C. il giorno 8 Novembre 1943 ed ivi residente alla Via DN. n. OMISSIS, a causa del ricovero ospedaliero e trattamento chirurgico cui si è sottoposta in data 23-26 Marzo 2016 presso la medesima casa di cura e per cui è causa, nella misura complessiva di Euro 72.406,01 o in quella maggiore o minore che si riterrà di giustizia: la ridetta somma indicata da liquidarsi con la rivalutazione monetaria e gli interessi legali, anche ex art. 1284, pen. comma, c.c., dal fatto all’effettivo soddisfo. Quanto appena detto, con vittoria di spese, competenze ed onorari di causa relativi alla doppia fase del presente procedimento, ossia l’espletata ed obbligatoria condizione di procedibilità ex art. 696 bis ed il presente conseguente giudizio ex art. 702 bis. (come previsto dalla l. 8 marzo 2017 n. 24, cd. “Legge Gelli”).”

Parte convenuta ha concluso: “Voglia l’Ill.mo Tribunale adito, *contrariis reiectis*, nel merito in via principale: rigettare le domande formulate da parte ricorrente, poiché inammissibili e/o infondate in fatto ed in diritto ed in ogni caso non provate, per tutti i motivi ed eccezioni di cui in narrativa, con ogni conseguente statuizione; in via subordinata e salvo gravame: nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande proposte dalla ricorrente ridurre in ogni caso la pretesa risarcitoria, per tutti i motivi ed eccezioni di cui in narrativa, anche ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1223, 1225 e 1227 cc; sempre in via subordinata: accertare e dichiarare la congruità della proposta conciliativa formulata da L. Spa in data 30.06.20, anche ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 91 cpc; In via istruttoria: respingere le richieste ex adverso formulate, poiché inammissibili per i motivi sopra dedotti. Con vittoria di spese e competenze difensive”

**Motivi della decisione**

La sig.ra M. adiva l’intestato tribunale al fine di sentir condannare la soc. L. spa-V.I. al risarcimento del danno in suo favore, assumendo di aver riportato una lesione neurologica in esito all’intervento chirurgico eseguito presso la struttura ospedaliera in data 23.03.16.

La società convenuta ha contestato sia l’an che il quantum della domanda.

Antecedentemente al presente giudizio, l’attrice aveva introitato procedimento di ATP in data 01.10.19, che aveva riconosciuto la responsabilità degli operatori della casa di cura nella creazione della fattispecie dannosa.

Sempre prima dell'instaurazione del presente procedimento, la società convenuta ha proposto all'attrice, per definire bonariamente la questione, la somma di € 35.000,00, senza nulla ammettere in ordine all'*an debeatur*.

Nel corso del giudizio non è stata espletata ulteriore attività istruttoria e la causa è stata trattenuta in decisione all'udienza del 20.09.21 con concessione dei termini ex art. 190 cpc per il deposito delle comparse conclusionali.

In ordine alla responsabilità medica, va premesso che la Corte di Cassazione ha costantemente inquadrato la responsabilità dell'ente ospedaliero nell'ambito della responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di ospedalità (così, tra le tante, Cass. n. 3492/2002; Cass. n. 11316/2003; Cass. n. 10297/2004, Cass. n.9085/2006). Si è, in particolare, affermato che *"il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura privata (o ente ospedaliero) ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (...), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'Ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto"* (Cass., n. 13066/2004; e negli stessi termini Cass. n. 2042/2005).

Quanto agli oneri probatori, secondo il consolidato orientamento della Corte di Cassazione, *"in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove 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, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non", 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 impreveduto e imprevedibile"* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 975 del 16.01.2009). Quindi, la Suprema Corte ha affermato che *"in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall'esercizio di attività di carattere sanitario, il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato il suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno"* (Cass. 15993/2011).

Sulla scorta di tali principi, si può affermare che parte attrice ha ottemperato al proprio onere probatorio, rappresentando e provando sia il contratto di ospedalità insorto tra la sig.ra M. e la L. spa-V.I. (circostanza pacificamente condivisa dalle parti) che l'insorgere di uno stato di malattia verificatosi in seguito all'espletamento di un intervento chirurgico presso la casa di cura.

A tale conclusione è infatti giunta la CTU espletata nel corso dell'ATP, avendo il perito riconosciuto che *"La diagnosi post operatoria di .. deficit dello SPE .. ed il conseguente stato clinico appaiono da imputarsi con grado di probabilità prossimo alla certezza, con profilo eziologico unico, diretto ed esclusivo, all'intervento 23.3.16 effettuato presso la Casa di Cura V.I.-L. Spa"*.

Per quanto riguarda le considerazioni medico legali che hanno portato a tale conclusione, si rimanda al contenuto della perizia -da intendersi qui integralmente riportata- che si condivide siccome esaustiva, logica, basata sulle risultanze cliniche e corredata di idonea bibliografia scientifica a sostegno.

Pertanto, viste le risultanze della perizia, va riconosciuto che in esito all'intervento per l'impianto dell'artroprotesi all'anca destra del 23.03.16 la sig.ra M. ha riportato l'insorgenza di una lesione neurologica del nervo peroneo comune (altrimenti detto sciatico popliteo esterno o SPE) destro, che è

stata tempestivamente diagnosticata e trattata - senza addivenire ad una completa remissione - e che ha inciso negativamente sulla durata del percorso di cura.

E' stato provato infatti che l'attrice è stata costretta a sottoporsi a ricoveri e terapie riabilitative per quasi un anno, avendo anche il CTU riconosciuto un periodo di inabilità temporanea di 336 giorni.

Pur avendo il perito rilevato che l'intervento è stato correttamente prescritto (*"stante la patologia degenerativa coxo-femorale, la scelta terapeutica va considerata inevitabile e l'impianto artroprotesico non cementato indicazione elettiva"*), che *"la scelta del materiale di impianto appare pienamente conforme alle migliori pratiche del settore"* e che *"la gestione post-chirurgica testimonia la sostanziale tempestività nella diagnosi clinica del danno neurogeno; l'attività riabilitativa è stata altrettanto tempestiva e competente ed in alcun modo è risultato inficiato il successivo decorso clinico"*, ciò nonostante, la conclusione cui è giunto il CTU è che *"la sofferenza neurologica lamentata dalla P possa essere qualificata come evento avverso prevedibile e prevenibile, potendosi rilevare elementi di dubbia perizia nella condotta sanitaria in assenza tuttavia di elementi fruibili per una chiara identificazione di Operatore/i"*.

Pertanto, anche se l'intervento era sicuramente indicato per la patologia sofferta dalla paziente, nel corso dello stesso si è verificato un evento *"prevedibile e prevenibile"* (la lesione del nervo) che ha portato alla creazione di un danno fisico (e non solo) alla paziente, anche se si è intervenuti tempestivamente per cercare di rimediare all'accaduto. Sicchè non è possibile parlare di condotta irreprensibile e rispettosa delle buone pratiche da parte dei sanitari, posto che –anche se l'intervento era indicato – ciò nonostante non è stato eseguito con la dovuta perizia.

Quindi, non v'è dubbio che sia stato provato da parte attrice l'*an debeatur*, essendo stata rilevata una grave negligenza nell'operato dei sanitari.

In ordine al *quantum debeatur*, il CTU ha quantificato nella misura del 13.5% il grado di menomazione permanente della sig.ra M., ed in complessivi 336 giorni il periodo di inabilità temporanea (*"così da interpretare e suddividere: 16 gg. di inabilità assoluta (ricovero ospedaliero), 5 gg. di inabilità parziale media al 75%, 187 gg. di inabilità parziale media al 50%, 128 gg. di inabilità parziale media al 25%"*). Trattandosi di paziente di 73 anni al momento dell'occorso, applicando le tabelle di Milano aggiornate al 2021 e riconoscendo € 100,00 per ogni giorno di inabilità temporanea, si ottengono le seguenti voci di risarcimento:

- Per l'invalidità permanente al 13,5% ..... € 29.213,00 (media tra € 27.445,00 ed € 30.981,00 previsti per il 13% ed il 14% di IP)

- Per la personalizzazione nella misura del 25 % del danno permanente (applicabile in virtù della maggior sofferenza patita dalla paziente, in termini di tempo e di interventi riabilitativi necessitati per la stabilizzazione degli esiti della lesione al nervo) ..... € 7.303,50

- Per l'inabilità temporanea (calcolando € 100,00 per ogni giorno): per IT al 100% x 16 gg € 1.600,00; per IT al 75% x 5 gg € 375,00; per l'IT al 50% x 187 gg € 9.350,00; per IT al 25% x 128 gg € 3.200,00..... In totale € 14.525,00

- Per le spese mediche ritenute congrue dal CTU..... € 2.430,71

Non si ritiene dovuto alcun risarcimento per il danno morale, posto che *"il danno biologico (cioè la lesione della salute), quello morale (cioè la sofferenza interiore) e quello dinamico-relazionale (altrimenti definibile "esistenziale", e consistente nel peggioramento delle condizioni di vita quotidiane, risarcibile nel caso in cui l'illecito abbia violato diritti fondamentali della persona) costituiscono componenti dell'unitario danno non patrimoniale che, senza poter essere valutate atomisticamente, debbono pur sempre dar luogo ad una valutazione globale. Ed in tema di risarcimento del danno le tabelle del Tribunale di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione all'integrità psico-fisica, determinano il valore finale del punto utile al calcolo del danno biologico da invalidità permanente tenendo conto di tutte le componenti non patrimoniali, compresa quella già qualificata in termini di "danno morale", nei sistemi tabellari precedenti liquidata invece separatamente"* (Tribunale Milano Sez. X Sent., 14/01/2021).

Pertanto, in totale il risarcimento dovuto assomma ad € 53.472,21, oltre interessi dalla data dell'evento al risarcimento effettivo. Non è necessario procedersi alla rivalutazione delle somme liquidate, essendosi applicate le tabelle di Milano aggiornate al 2021.

Andranno inoltre rimborsate alla sig.ra M. le spese della fase dell'ATP , ivi comprese le spese di CTU e di CTP, siccome necessitate dall'evento lesivo di cui è stata vittima per l'inadempienza della società convenuta.

Sulla scorta di quanto finora argomentato, appare evidente che la proposta conciliativa della struttura non poteva dirsi soddisfacente delle aspettative della paziente, essendo di gran lunga inferiore rispetto a quanto dovuto.

La domanda è quindi fondata nei termini di cui sopra.

Le spese del giudizio seguono la soccombenza.

#### **Ptm**

Il Tribunale di Ancona, definitivamente pronunciando in ordine all'azione promossa da M. A. M. avverso la soc. L. spa-V.I., ritenuta la propria competenza, ogni ulteriore domanda o eccezione rigettata, così dispone;

1) accoglie la domanda perché fondata in fatto ed in diritto;

2) dichiara che la società convenuta è responsabile del danno patito dall'attrice per negligenza medica;

3) per l'effetto condanna la soc. L. spa-V.I. in persona del legale rapp.te p.t. al risarcimento del danno in favore della sig.ra M. A. M., liquidato in complessivi € 53.472,21 oltre interessi dal fatto lesivo al saldo effettivo;

4) condanna la soc. L. spa-V.I. alla refusione delle spese di lite in favore della sig.ra M., liquidate: quanto alla fase dell'ATP in complessivi € 5.914,01 (di cui € 540,00 per fase di studio, € 473,00 per fase introduttiva , € 1.134,00 per fase istruttorie, € 406,50 per spese di contributo unificato, ed € 3.360,51 per spese di CTU e CTP) oltre accessori di legge; quanto al presente procedimento in complessivi € 8.201,50 (di cui € 775,00 per fase introduttiva, € 1.215,00 per fase di studio, € 3.780,00 per fase istruttoria ed € 2.025,00 per fase decisoria, € 406,50 per spese) oltre accessori di legge.

Così deciso in Ancona, 12.01.22

Il GOP dott.ssa Maria Teresa Danieli