



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI NAPOLI
VIII Sezione Civile

Il Tribunale di Napoli, in composizione monocratica, in persona del giudice dott.ssa Ivana SASSI, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile n. 960/2015 R.G.
avente ad oggetto: responsabilità professionale.

TRA

C. S., rappresentato e difeso dall'avv. Sergio MIGNONE con studio in Portici, Via E. Gianturco n.36, presso il quale elettivamente domicilia, come da procura in atti;

ATTORE E

**PROVICIA SICULA DEI CHIERICI REGOLARI MINISTRI DEGLI INFERMI –
PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DELLA PIETA' di CASORIA** p.iva
00191770833, in persona del legale rapp.nte pt., rappresentata e difesa dagli Avv. ti
Giovanni PUCA e Angelina SAGLIOCCO, elettivamente domiciliata in Sant'Antimo, in Via M.
Serao n.13, come da procura in atti;

CONVENUTA

B. A. S.

CONVENUTO CONTUMACE

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED, p.iva
07234060965, in persona del legale rapp.nte p.t., rappresentata e difesa dall' Avv.to Renato
MAGALDI ed elettivamente domiciliata in Napoli, alla P.zza Carità n.32, come da procura in
atti;



Conclusioni delle parti

All'udienza del 18.11.2021, le parti concludevano come da note di trattazione scritta versate in atti.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Parte attrice ha proposto domanda risarcitoria nei confronti del Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà - PROVINCIA SICULA DEI CHIERICI REGOLARI MINISTRI DEGLI INFERMI di Casoria, in persona del legale rapp.n.te pt, nonché del dott. A. S. B. lamentando di aver subito danni derivanti dalla colposa condotta dei sanitari nell'esecuzione della prestazione sanitaria posta in essere presso la struttura convenuta.

Ha dedotto che:

- in data 09.06.2006, in seguito all'effettuazione di una biopsia del rene sinistro la quale evidenziava la presenza di un carcinoma uroteliale, veniva ricoverato presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà di Casoria - Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi per l'espletamento di un intervento chirurgico di nefrecto-ureterectomia sinistra per via laparoscopica a cura del dott. A. S. B.;
- a causa della comparsa di episodi ricorrenti di ematuria, su consiglio del dott. B., veniva sottoposto, presso altra struttura sanitaria, ad ulteriore intervento chirurgico di exeresi della neoplasia vescicale riscontrata e a cicli di chemioterapia endovescicali;
- in seguito al persistere di episodi di ematuria, in data 26.03.2008, veniva ricoverato nuovamente presso la struttura convenuta e sottoposto a cistoscopia e biopsia all'esito dei quali si evinceva la presenza di un carcinoma transazionale papillare di basso grado (sec. Who 2004);
- previo espletamento di regolari cicli di terapie con BCG endovescicale e, in considerazione del mancato miglioramento della sintomatologia lamentata nonostante le terapie attuate, veniva sottoposto a due ulteriori interventi chirurgici, quello di exeresi di una voluminosa neoformazione vescicale in data 12.01.2010 e quello di exeresi di un carcinoma papillare uroteliale in data 04.10.2011;
- tali interventi non furono tuttavia risolutivi della sintomatologia lamentata, motivo per cui decideva di sottoporsi a specifici esami clinici, all'esito dei quali si evinceva la



presenza di un “moncone ureterale divenuto ectasico e di un ispessimento della parete vescicale associata ad una linfadenopatia iliaco- otturatoria a sinistra”;

- tale circostanza era imputabile alla condotta imperita posta in essere dal personale sanitario durante il primo intervento in laparoscopia eseguito in data 09.06.2006, il quale non avrebbe proceduto alla rimozione del moncone ureterale impiantato determinando, per l’effetto, un aggravamento delle condizioni fisiche.

Ritenendo pertanto di aver subito le conseguenze dannose di un’errata attività chirurgica e deducendo la permanenza di postumi invalidanti quali conseguenza di quanto predetto, segnatamente le recidive vescicali e la diffusione della malattia neoplastica, ha convenuto in giudizio la struttura sanitaria nonché il medico Dott. A. S. B., chiedendo il risarcimento del danno cagionato dalla *malpractice* medica.

Si costituiva il Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà di Casoria- Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi, eccependo, in via preliminare, l’avvenuta prescrizione del diritto al risarcimento del danno per i fatti di causa, nel merito, invocando il rigetto della domanda per infondatezza della stessa, stante l’assenza di qualsiasi forma di responsabilità della struttura in relazione al proprio operato.

Si costituiva, altresì, per effetto della chiamata in causa spiegata dalla Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi, la compagnia assicurativa Berkshire Hathaway International Insurance Limited, eccependo, in relazione al rapporto assicurativo intercorrente con la convenuta, l’operatività di una franchigia con scoperto del 20% nonché di una franchigia aggregata annua per ciascuna richiesta di risarcimento.

Non si costituiva, invece, il dott. A. S. B., nonostante regolare notifica dell’atto di citazione e del decreto di fissazione dell’udienza.

Veniva effettuata CTU medico legale a cura del dott. Ciro Mauro la quale confermava l’assunto attoreo in ordine alla responsabilità della struttura sanitaria convenuta.

Sulle conclusioni rassegnate dalle parti la causa è stata assegnata in decisione a seguito di discussione.



Va dichiarata, in via preliminare, la contumacia del dott. A. S. B. in quanto non costituitosi in lite nonostante regolare citazione.

Va, inoltre, respinta l'eccezione di prescrizione del diritto sollevata dalla struttura sanitaria convenuta.

Sul punto si osserva che, in virtù delle modifiche occorse in tema di responsabilità medica per effetto dell'entrata in vigore della legge Gelli- Bianco (L. 8 marzo 2017, n. 24) nonché dell'elaborazione giurisprudenziale maturata sul punto - la quale propende per l'affermazione della natura contrattuale della stessa, in relazione alla struttura sanitaria, nonché per il carattere solidale dell'obbligazione risarcitoria tra struttura sanitaria e medico nella stessa operante - il termine di prescrizione applicabile in materia è quello decennale.

In particolare, anche alla luce delle importanti innovazioni introdotte con la legge Gelli Bianco 24/2017, il medico e l'ospedale rispondono del danno cagionato in modo differente: al medico è addebitabile una responsabilità extracontrattuale; al contrario, la struttura ospedaliera risponde secondo i principi della responsabilità contrattuale. La differenza è di particolare importanza in quanto comporta differenti termini di prescrizione. Secondo lo schema introdotto con la Legge Gelli- Bianco, il medico (o l'equipe medica) risponde solo del danno extracontrattuale, in quanto non sussiste nessun contratto tra paziente e medico.

La responsabilità del medico in questo caso deriva dal principio generale per cui nessuno può danneggiare l'altro e chi provoca il danno è tenuto al risarcimento (art. 2043 c.c.)

Ai sensi dell'art. 2947 c.c. il termine di prescrizione in questo caso è di 5 anni.

Quando il paziente si rivolge alla struttura sanitaria (ospedale, clinica e similari), tra i due soggetti si instaura un vero e proprio contatto finalizzato alla corretta erogazione della prestazione sanitaria.

Trattandosi di responsabilità contrattuale, contrariamente a quanto visto sopra, il danneggiato potrà agire nei confronti della struttura entro il termine prescrizione di 10 anni.

Tale previsione è contenuta nell'art. 2946 c.c..

Tale termine decorre, ai sensi dell'art.2935 c.c., "dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere" ossia, secondo quanto ribadito costantemente dalla giurisprudenza, dal momento in cui l'evento dannoso viene ad esistenza o si appalesa come tale. La Corte di Cassazione è infatti concorde nel ritenere che il termine di prescrizione del diritto al risarcimento sorga nel



momento in cui la produzione del danno si manifesti all'esterno divenendo oggettivamente percepibile e riconoscibile (C. 5913/2000; C. 7937/2000; C. 13/1993; oltre, Cassazione 9524/2007 secondo cui *“in tutti i casi in cui la manifestazione del danno non sia immediata ed evidente e possa apparire dubbia la sua ricollegabilità eziologica all'azione di un terzo, il momento iniziale dell'azione risarcitoria va ricollegato al momento in cui il danneggiato ha avuto la reale e concreta percezione dell'esistenza e della gravità del danno stesso, nonché della sua addebitabilità ad un determinato soggetto, ovvero dal momento in cui avrebbe potuto pervenire a una siffatta percezione usando la normale diligenza”*).

Orbene, alla luce dei suddetti principi, nel caso di specie il termine di prescrizione appare adeguatamente interrotto avendo l'attore agito in giudizio per far valere la propria pretesa risarcitoria, in quanto la prima messa in mora veniva recapitata alla struttura convenuta nel novembre 2013, sicuramente prima del maturare del termine decennale di cui sopra e l'azione giudiziale è stata avviata nell'anno 2015.

Come correttamente evidenziato dalla parte attrice, quest'ultima è infatti venuta a conoscenza del presunto errore medico per il quale agisce nell'anno 2011, in seguito al consulto specialistico del dott. T., primario presso la U.O.C. di Urologia del P.O. di Vicenza il quale in quella sede riscontrava il compimento di un grave errore medico ai danni dell'odierno attore rappresentato dalla mancata asportazione del moncone ureterale nonché, successivamente, del dott. Pietro S., il quale appurava la riconducibilità del suddetto errore all'intervento chirurgico eseguito in data 09.06.2006 presso la struttura convenuta.

Il danno lamentato dall'attore si è dunque esteriorizzato, divenendo oggettivamente percepibile e riconoscibile dal medesimo, entro il termine di prescrizione decennale previsto in materia. Per tali motivi, l'eccezione sollevata dalla parte convenuta deve essere disattesa in quanto infondata.

Nel merito, la domanda è fondata e deve essere accolta.

L'attore lamenta in atti di aver subito danni derivanti dalla colposa condotta dei sanitari nell'esecuzione della prestazione sanitaria presso la struttura convenuta, segnatamente, nell'espletamento dell'intervento chirurgico di nefroureterectomia per via laparoscopica cui si è sottoposto in data



09.06.2006 presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà- Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi con sede in Casoria.

Tale addebito, che va a qualificare l'inadempienza professionale ascritta alle controparti, vale a cristallizzare il *thema decidendum*, e ad orientare l'attività istruttoria compiuta, senza che sia possibile mutare in corso di causa la natura e tipologia di doglianze tecniche.

Al riguardo, devono anzitutto essere richiamati gli approdi della giurisprudenza di legittimità in punto di responsabilità professionale sanitaria, dai quali non si ravvisano ragioni per discostarsi nel caso di specie. La responsabilità dell'ente ospedaliero (o casa di cura) nei confronti del paziente ha, infatti, natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 cod. civ., oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, anche, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ. (disposizione con cui è stata estesa nell'ambito contrattuale la disciplina contenuta negli art. 2048 e 2049 cod. civ.: Cass. civ., sez. III, 17 maggio 2001, n. 6756), all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario (e ciò anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale: Cass. civ., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

Sul piano processuale, in tema di responsabilità civile nell'attività medico - chirurgica, le conseguenze scaturenti dai principi appena evidenziati sono da ravvisarsi nel fatto che il paziente che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto o il "*contatto sociale*" ed allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la dimostrazione dell'assenza di colpa e, cioè, la prova del fatto che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass. civ., sez.

III, 28 maggio 2004, n. 10297). Con la precisazione, altresì, che, pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (Cass. civ., sez. III, 19 maggio 2004, n. 9471). Nondimeno, a fronte dell'allegazione dell'attore di inadempimento od inesatto adempimento, a carico del sanitario, o dell'ente, resta sempre l'onere probatorio relativo sia al grado di difficoltà della prestazione (Cass. civ., sez. III, 9



novembre 2006, n. 23918), sia all'inesistenza di colpa o di nesso causale; in proposito è stato anche di recente ribadito che è a carico del debitore (sanitario e/o ente) dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Cass. civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. civ., sez. III, 14 febbraio 2008, n. 3520).

In assenza di detta prova, sussiste la responsabilità del medico.

Quanto precede, dunque, consente di ricostruire la fattispecie concreta sottoposta al vaglio del Tribunale.

Nel caso di specie, parte attrice ha dedotto e dimostrato, mediante la documentazione prodotta in giudizio, l'intervento chirurgico di nefroureterectomia per via laparoscopica dalla stessa subito presso la struttura sanitaria convenuta.

Peraltro, è appena il caso di evidenziare come tali elementi circostanziali non abbiano formato oggetto di alcuna specifica contestazione ad opera della struttura sanitaria convenuta e siano, pertanto, da ritenersi comprovati ai sensi della disposizione normativa di cui all'art. 115, comma primo, cod. proc. civ., come modificato mediante l'art. 45, comma 14, della legge 18 giugno 2009, n. 69.

L'attore ha, pertanto, certamente fornito la prova del titolo, in forza del quale egli ha esercitato l'azione risarcitoria nei confronti della struttura sanitaria convenuta nonché del dott. A. S. B.. Giova precisare che la struttura certamente risponde, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 cod. civ. A tale proposito, peraltro, la Suprema Corte, con la sentenza 8 gennaio 1999, n. 103 (ma cfr. anche, più recentemente, Cass. 22 marzo 2007, n. 6945), applicando in ambito sanitario principi già costantemente esposti nell'ordinario ambito contrattuale, ha ulteriormente chiarito - così sgombrando il campo da qualsivoglia dubbio ed equivoco - che rispetto al detto inquadramento dogmatico non rileva la circostanza per cui il medico che eseguì l'intervento fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass. 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura (ovvero all'ospedale) per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità tra l'opera del suddetto *ausiliario* e l'obbligo del



debitore (cfr., in tal senso, Cass. 11 maggio 1995, n. 5150). Ciò posto in punto di fatto, occorre ora stabilire: a) se vi è nesso causale tra le eventuali azioni od omissioni della parte convenuta e l'evento lesivo; b) se la condotta della parte convenuta è stata conforme alle *leges artis* ed alla diligenza dell'*homo eiusdem generis et condicionis*.

L'accertamento del nesso causale è passaggio logicamente e cronologicamente precedente all'accertamento della colpa, in quanto solamente qualora sia dimostrato che la condotta attiva od omissiva del sanitario sia stata causa dell'evento lesivo subito dal paziente, è possibile procedere ad accertare se questa condotta sia contraria alle *leges artis*.

È necessario, in altri termini, stabilire, nel caso di specie, se la lesione lamentata dall'attore, segnatamente il peggioramento delle proprie condizioni cliniche sia eziologicamente riconducibile alla condotta posta in essere dal personale sanitario con specifico riguardo all'intervento chirurgico eseguito presso la struttura sanitaria convenuta consistita, in particolare, nella mancata rimozione del moncone ureterale impiantato.

Come da ultimo chiarito dal supremo organo di nomofilachia, insomma, il nesso di causalità materiale, tra condotta ed evento lesivo, anche nella responsabilità da illecito civile, deve essere accertato secondo i principi penalistici di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per cui un evento è causato da un altro se non si sarebbe verificato in assenza del secondo. Tuttavia, la giurisprudenza di legittimità ha ulteriormente precisato come una causalità materiale non sia sufficiente per avere una causalità giuridicamente rilevante, la quale impone di attribuire rilievo, secondo la teoria della regolarità causale o della causalità adeguata, con cui va integrata la teoria della "*condicio sine qua non*", a quei soli accadimenti che, al momento in cui si produce l'evento causante il danno, non siano inverosimili e imprevedibili, secondo un giudizio "*ex ante*" (di cosiddetta "*prognosi postuma*"), da ricondurre al momento della condotta e da effettuare secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili (cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n 581).

In materia civile, l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica.

Ed invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, che questo Giudice ritiene di condividere, deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato: giudizio da compiere non sulla base di calcoli



statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

Orbene, i fatti costitutivi della pretesa risarcitoria azionata possono ritenersi ampiamente acclarati alla stregua della documentazione prodotta in giudizio dalla difesa dell'attore nonché dagli accertamenti peritali compiuti. In particolare, dai documenti in atti, risulta piuttosto agevole desumere come l'istante, al momento del proprio ricovero presso la convenuta struttura sanitaria, fosse affetto da una neoplasia della pelvi renale di sinistra, nella specie un carcinoma uroteliale, motivo per cui decise di rivolgersi al Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà di Casoria- Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi per l'effettuazione, in data 09.06.2006, di un intervento di nefroureterectomia con approccio laparoscopico.

A causa del peggioramento delle condizioni cliniche e, in particolare, del persistere di episodi di ematuria, a tale intervento ne seguirono altri, sempre espletati presso la struttura sanitaria convenuta nonché in altri centri specializzati.

Come si evince dall'esame della documentazione contenuta nella cartella clinica in atti, il decorso clinico successivo al primo intervento (nefroureterectomia) non fu certamente positivo: il periodo post-operatorio fu connotato infatti dalla ricorrenza di numerosi episodi di ematuria che resero necessaria, come poc'anzi evidenziato, la sottoposizione del paziente a ripetuti interventi chirurgici, purtroppo non risolutivi della sintomatologia, ciò sino a quello eseguito nell'anno 2011 presso il P.O. di Vicenza.

Il decorso negativo del quadro clinico del paziente fu comprovato, in particolare, dal successivo espletamento di specifici esami diagnostici i quali evidenziarono, nella sede dell'intervento, la presenza di un moncone ureterale non rimosso.

Orbene, al fine di chiarire l'esatta dinamica dei fatti in ordine all'accertamento della derivazione eziologica della lesione lamentata, di cui l'attore chiede in questa sede il ristoro, occorre premettere che l'intervento di nefroureterectomia, consistente nell'asportazione del rene, dell'uretere e della porzione di vescica in cui sbocca l'uretere, come chiarito anche dall'elaborato peritale, è una procedura di carattere complesso, tuttavia di uso corrente da alcuni decenni in ambito medico, che viene generalmente effettuata in presenza di neoplasie interessanti le vie escretrici renali e/o l'uretere, a prescindere dall'eventuale sussistenza di un danno renale.



Ciò premesso, deve ritenersi che la suddetta procedura interventistica, in considerazione delle peculiarità del caso concreto, sia stata nella fattispecie ritenuta adeguata a fronte della sintomatologia e, in particolare, della diagnosi effettuata al momento del ricovero del paziente presso la struttura sanitaria (carcinoma a cellule transizionali dell'alto apparato urinario (pelvi renale sinistra). Tale neoplasia, infatti, chiarisce l'ausiliario, *“rappresenta il 2-10% di tutti i tumori uroteliali e, a differenza delle altre neoplasie urologiche, è caratterizzato da cellule in grado di impiantarsi presso altri siti attraverso le urine. Ne deriva che il trattamento chirurgico radicale consiste nell'asportazione del rene con la pelvi renale e di tutto l'uretere fino all'exeresi di una “pastiglia” tessuto vescicale coinvolgente lo sbocco dell'uretere”*. Deve rilevarsi tuttavia che la procedura interventistica così descritta non fu effettuata in modo completo. Come si evince dalla documentazione clinica nonché dalla perizia espletata, all'esito dell'espletamento del suddetto intervento, il personale sanitario non provvide alla *“rimozione del moncone dell'uretere distale ossia del tratto di uretere che sbocca in vescica su questo segmento d'organo”*.

Tale circostanza, a ben vedere, assunse rilievo dirimente nella misura in cui incise fortemente sul decorso clinico della patologia di cui risultava affetto il paziente. Ed invero, chiarisce al riguardo il ctu, *“il permanere del moncone distale dell'uretere – in assenza di qualsivoglia criterio tecnico e clinico – espose il C. a recidiva loco-regionale che si manifestò a distanza di circa cinque anni con necessità di procedura laparotomica per exeresi sia del moncone sia della porzione di vescica sede dello sbocco ureterale con contestuale linfadenectomia. La ripresa di malattia (prevedibile e prevenibile) una volta che il chirurgo-urologo aveva lasciato in sede parte della via escretrice sede di neoplasia determinò la comparsa di una malattia oncologica in fase più avanzata rispetto a quello del tumore di origine (pT2 grado*

G3) con necessità di chemioterapia adiuvante sistemica”. Deve evidenziarsi, peraltro, come tale condotta omissiva non sia apparsa giustificata dalla sopravvenienza di un fattore imprevedibile occorso durante l'intervento. Infatti, chiarisce l'ausiliario, *“L'attenta lettura del registro operatorio relativo all'atto chirurgico del 9 giugno 2006 (registro n. 1350 – PO S. Maria Pietà) esclude che il moncone fu lasciato per particolari complicanze o contingenze occorse nel corso della procedura. Anzi si fa richiamo specifico a isolamento e sezione del condotto ureterale fino alla vescica come a dire che non vi furono particolari ostacoli all'esecuzione corretta della nefroureterectomia che invece (inspiegabilmente) fu condotta in maniera incompleta”*.



La lesione lamentata dall'attore, rappresentata dal peggioramento delle condizioni cliniche e, segnatamente, dalla progressione della malattia neoplastica, appare pertanto certamente riconducibile alla condotta imperita posta in essere dal personale sanitario durante l'espletamento del primo intervento, connotata dalla mancata rimozione del moncone residuo ureterale.

Tale circostanza fu pregiudizievole per il paziente nella misura in cui determinò, a circa cinque anni di distanza, la ripresa della patologia di cui risultava affetto sul tratto di uretere lasciato in sede e la conseguente necessaria sottoposizione dello stesso a plurimi interventi ablativi e a cicli di chemioterapia post- chirurgica.

Deve precisarsi tuttavia che, nonostante la condotta imperita abbia determinato un iter terapeutico - diagnostico travagliato in capo al paziente, attualmente come ha chiarito il ctu *“la procedura di asportazione laparotomica del moncone residuo a video-laparoscopia eseguita nell'anno 2011 presso il P.O. di Vicenza ha del tutto emendato la ripresa di malattia nella sede del moncone stesso”*. Può ritenersi dunque che la rimozione del moncone stesso abbia determinato la guarigione chirurgica della neoplasia. Ne deriva che il pregiudizio suscettibile di risarcimento per effetto della condotta lesiva posta in essere debba essere limitato, come correttamente individuato dal ctu, al danno biologico inteso come esito meramente cicatriziale rappresentato, in particolare, *“dalla cicatrice laparotomica ben consolidata con lieve indebolimento della parete e comunemente celata da indumenti (pregiudizio estetico lievissimo) e dagli esiti di ampia linfadenectomia pelvica omolateralmente al moncone residuo ureterale. Linfonodi preda di fenomenologia flogistica e non metastatica”*.

Alla luce di tali considerazioni, appare dunque sussistere il nesso eziologico tra la condotta negligente ed imperita posta in essere dal personale sanitario operante presso la struttura convenuta e il danno lamentato dal paziente.

Per tali motivi, la struttura convenuta e il sanitario convenuto, in solido responsabili del fatto dedotto in lite, vanno condannati al risarcimento dei danni derivanti dalla *malpractice* medica dedotta in lite.

In ordine alla quantificazione del danno biologico permanente esitato in capo al paziente, corretta e congrua appare l'indicazione dell'ausiliario del Giudice, pari al **5%** di lesione dell'integrità psicofisica. Ciò posto, trattandosi di lesioni rientranti nel novero delle cosiddette *“micropermanenti”*, questo giudicante ritiene applicabili, in via equitativa, i parametri di

Firmato Da: MONTEFUSCO LUCA Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 3c8c85c0c7e9b70f
Firmato Da: SASSI IVANA Emesso Da: ARUBAPEC PER CA DI FIRMA QUALIFICATA Serial#: 4c5360677c199d4a3c24c525ec04e9
Firmato Da: MONTEFUSCO LUCA Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 3c8c85c0c7e9b70f
Firmato Da: SASSI IVANA Emesso Da: ARUBAPEC PER CA DI FIRMA QUALIFICATA Serial#: 4c5360677c199d4a3c24c525ec04e9



liquidazione indicati fissati dall'art. 139 cod. ass. (Cass. civ., 6 luglio 2020, n. 13881), cui rinvia l'articolo 7 comma 4 della legge n. 24/2017, cd. Gelli-Bianco, che conferma quanto già previsto dall'articolo 3 comma 3 della L. n. 183/2012, cd legge

Balduzzi: infatti, la disposizione in parola s'applica a tutti i processi in corso indipendentemente dalla verifica del danno, in quanto la norma, non incidendo retroattivamente sugli elementi costitutivi della fattispecie legale della responsabilità civile, non intacca situazioni giuridiche precostituite ed acquisite al patrimonio del soggetto leso, ma si rivolge direttamente al giudice, delimitandone l'ambito di discrezionalità e indicando il criterio tabellare quale parametro equitativo del danno (Cass. n. 28990/2019).

In ragione di ciò, si ritiene di liquidare i postumi permanenti nell'importo complessivo di euro €

5.465,79. Tenuto poi conto dell'indennità giornaliera calcolata in 47,49 euro, come da decreto attuativo dell'art. 139 Cod. Ass., il Tribunale ritiene di dover liquidare il danno biologico temporaneo, così come precisato nella CtU, nella somma di € **7.123,50** (in particolare, ITT per 90 gg; ITP valutabile al tasso del 50% per 120 gg) senza necessità di personalizzazione in aumento, prevista dal terzo comma sino al 20% per le sofferenze di "particolare intensità", in assenza di adeguati riscontri sul punto.

Nulla risulta dovuto invece a titolo di danno morale, la cui liquidazione non può invero considerarsi già ricompresa in quella del cosiddetto danno biologico, poiché effettuata sulla base di tabelle (quelle di cui agli artt. 138 e 139 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.

209) che, a differenza di quelle predisposte dall'Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano, non risultano elaborate allo scopo di realizzare, sulla scorta di quanto affermato dal Supremo Organo di nomofilachia (cfr., in tal senso, Cass., SS. UU. 11 novembre 2008, n.



Sentenza n. 5221/2022 pubbl. il 26/05/2022
RG n. 960/2015

Sentenza n. 5221/2022 pubbl. il 26/05/2022
RG n. 960/2015

26972; Cass., SS. UU. 11 novembre 2008, n. 26973; Cass., SS. UU. 11 novembre 2008, n. 26074; Cass., SS. UU. 11 novembre 2008, n. 26975), una liquidazione complessiva del danno non patrimoniale conseguente a *“lesione permanente dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale”*, nei suoi risvolti anatomico - funzionali e relazionali medi ovvero peculiari, e del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di *“dolore”*, *“sofferenza soggettiva”*, in via di presunzione, con riguardo ad una determinata tipologia di lesione e, dunque, una liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo: 1) di cosiddetto danno biologico *“standard”*; 2) cosiddetto *danno morale*.



Pertanto, in caso di lesioni micropermanenti sebbene debba ritenersi consentita la liquidazione separata del danno morale quale voce del danno non patrimoniale, ciò è possibile soltanto laddove il danneggiato fornisca la prova della sussistenza del medesimo in termini di sofferenza interiore ulteriore patita in conseguenza delle lesioni subite. Come ribadito dalla giurisprudenza di legittimità, invero, *“In linea di principio non è possibile ottenere il riconoscimento del danno morale automaticamente, in quanto lo stesso non è liquidabile in re ipsa e occorre fornirne la prova, anche in via presuntiva. Tale ricostruzione è valevole in generale e a maggior ragione nel caso di lesioni minori, cd. micropermanenti, laddove se è pur vero che non si può aprioristicamente escludere il danno morale dal novero delle lesioni meritevoli di tutela, dovendo il giudice tener conto della lesione effettivamente subita, nel contempo non sussiste sempre un ulteriore danno in termini di sofferenza, da ristorare. Di conseguenza, anche in caso di danno da micropermanenti, deve ritenersi consentita la liquidazione del danno morale come voce di danno non patrimoniale, in aggiunta al danno biologico previsto dall'art. 139 del codice delle assicurazioni, fornendo però la prova della sofferenza patita (che grava sul danneggiato) anche mediante lo strumento delle presunzioni”* (Corte di Cassazione III Sezione Civile - n. 17209 del 27 agosto 2015)

Deve rilevarsi, al riguardo, come alcuna prova sia stata fornita dall'attore in relazione a tale specifica voce di danno. Tale circostanza preclude pertanto l'accoglimento della relativa pretesa risarcitoria.

Parimenti, nulla risulta dovuto a titolo di ristoro del pregiudizio meramente patrimoniale asseritamente sofferto per effetto della condotta lesiva, stante l'assoluta carenza probatoria attorea sul punto.

Infine, per quanto concerne la domanda di garanzia proposta dall'ente ospedaliero convenuto nei confronti della compagnia assicurativa, deve darsi atto della rinuncia alla relativa domanda effettuata dalla struttura sanitaria convenuta nella propria comparsa conclusionale, senz'altro ammissibile in quanto espressione del diritto di cui è titolare la parte processuale.



Come ribadito dalla Corte di Cassazione, infatti *“la rinuncia alla domanda o ai suoi singoli capi, qualora si atteggi come espressione della facoltà della parte di modificare ai sensi dell’art. 184 c.p.c. le domande e le conclusioni precedentemente formulate, rientra fra i poteri del difensore (che in tal guisa esercita la discrezionalità tecnica che gli compete nell’impostazione della lite e che lo abilita a scegliere in relazione anche agli sviluppi della causa la condotta processuale da lui ritenuta più rispondente agli interessi del proprio rappresentato), distinguendosi così sia dalla rinuncia agli atti del giudizio, che può essere fatta solo dalla parte personalmente o da un suo procuratore speciale nelle forme rigorose previste dall’art. 306 c.p.c., e non produce effetto senza l’accettazione della controparte, sia dalla disposizione negoziale del diritto in contesa, che a sua volta costituisce esercizio di un potere sostanziale spettante come tale alla parte personalmente o al suo procuratore munito di mandato speciale, siccome diretto a determinare la perdita o la riduzione del diritto stesso*

(Cass. 4-2-2002 n 1439; Cass. 8-1-2002 n. 140; Cass. 7-3- 1998 n. 2572). E’ altrettanto vero che, nonostante la natura semplicemente illustrativa della comparsa conclusionale, questa Corte ha costantemente ammesso la possibilità di rinunciare, per mezzo di essa, a qualche capo di domanda, con correlativa restrizione del thema decidendum (Cass. 25-8-1997 n. 7977), essendosi precisato che, dopo la precisazione delle conclusioni, è vietato estendere il thema decidendum, attraverso nuove domande ed eccezioni che non potrebbero essere confutate ‘ex adverso’, ma non restringerlo, mediante rinuncia a qualche capo di domanda o a qualche eccezione (Cass. 23-7-1971 n. 2434; Cass. 27-2-1965 n. 334, Cass. 22-4-1963 n. 1018).” (cfr. Cass, n.4837/ 2019)

In conclusione, alla luce delle considerazioni finora sviluppate, la struttura convenuta Provincia Sicula dell’Ordine CC.RR.M.I., Presidio Ospedaliero “Santa Maria della Pietà” va dunque condannata, in solido con il Dott. A. S. B., al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dall’attore, da liquidarsi nella misura complessiva di euro

12.589,29.

Il danno non patrimoniale è stato liquidato all’attualità, ma alla parte attrice compete altresì il danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione di interessi al saggio legale sugli importi



liquidati, devalutati all'epoca del fatto (2006) e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat
foi, dal giorno del fatto sino alla pubblicazione della presente sentenza.

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono poste solidalmente a carico della parte convenuta nella
misura indicata in dispositivo.

In considerazione della rinuncia alla domanda di manleva da parte della struttura convenuta, le spese
di lite tra quest'ultima e terza chiamata si intendono compensate.

Le spese di CTU vanno poste in via definitiva a carico della parte convenuta. P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando nella controversia civile proposta come in
epigrafe, così provvede:

- 1) dichiara la contumacia del dott. A. S. B.;
- 2) accoglie la domanda formulata da parte attrice e, per l'effetto:



- condanna la PROVINCIA SICULA DEI CHIERICI REGOLARI MINISTRI DEGLI INFERMI – PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DELLA PIETA' di Casoria, in solido con A. S. B., al pagamento in favore dell'attore di complessivi € **12.589,29**, oltre interessi legali sulla somma devalutata al mese di giugno 2006 e di anno in anno rivalutata secondo gli indici istat foi, dal mese di giugno 2006 sino alla pronuncia della presente sentenza;
- 3) condanna le parti convenute, in solido tra loro, al rimborso delle spese di lite in favore dell'attore, che si liquidano in euro **1.241,00** per esborsi ed € **4.835,00** per compensi professionali del procuratore, oltre Iva Cpa e spese generali al 15% come per legge, da distrarsi in favore del procuratore per fattone anticipo;
- 4) compensa le spese di lite tra la struttura convenuta e la terza chiamata;
- 5) pone le spese di CTU in via definitiva a carico delle due parti convenute in solido tra loro.
- Napoli, così deciso il 25.05.22

Il Giudice

dott.ssa Ivana SASSI

