

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice Unico del Tribunale di Sassari dr. G.Sanna ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa iscritta al n. 449 del RGAC per l'anno 2016 e promossa da

S. L. P. elett.te dom.ta presso il proc.avv.to CORDOLA MICHELE che la rappresenta e difende per delega a margine dell'atto introduttivo del giudizio

ATTRICE

CONTRO

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI elett.te dom.to presso il proc.avv.to DETTORI GIANMARIO che lo rappresenta e difende per delega a margine della comparsa di costituzione e risposte

CONVENUTO

CONTRO

F. C. elett.te dom.to presso il proc.avv.to STEFANO PILO che lo rappresenta e difende per delega a margine della comparsa di costituzione e risposte

CHIAMATO IN CAUSA

CONTRO

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

CHIAMATO IN CAUSA contumace

OGGETTO : risarcimento del danno da responsabilità sanitaria

CONCLUSIONI: come da foglio telematico di precisazione delle conclusioni.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione, ritualmente notificato, S. L. P. conveniva in giudizio l'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI SASSARI e, premesso che in data 14.9.2011 veniva sottoposta a intervento chirurgico presso la Azienda Ospedaliera convenuta consistito nella tiroidectomia totale per gozzo multinodulare e che immediatamente il giorno successivo all'intervento presentava dispnea tanto che venne valutata dall'otorinolaringoiatra che aveva rilevato "che le corde vocali apparivano fisse in

posizione intermedia, spazio respiratorio ristretto ma sufficiente, si consiglia laringostroboscopia”; che all’esito dell’esame effettuato nella immediatezza veniva prescritto e eseguito percorso di logopedia effettuato in due cicli; che si era sottoposta sia a test di autovalutazione della disfonia e a endoscopia faringea, all’esito dei quali veniva consigliata la logopedia e eventualmente l’intervento chirurgico, che successivamente si sottoponeva a controlli e accertamenti tanto che sottoposta a prove di funzionalità respiratoria emergeva la sussistente grave disfunzione respiratoria, lamentava, quindi, che quale conseguenza dell’errata esecuzione dell’operazione era a lei residua una grave limitazione all’integrità fisica che aveva comporta esiti permanenti e transitori nonché modificazioni alla propria vita relazione in ambito sociale e lavorativo, concludeva chiedendo il risarcimento del danno a lui conseguito sia patrimoniale che non patrimoniale nella più ampia accezione.

Si costituiva l’Azienda Ospedaliera Sanitaria contestando la domanda e i motivi posti a suo fondamento .

Esponeva che la S. prima della operazione aveva sottoscritto il modulo relativo al consenso informato, nel quale venivano enunciati non solo i vantaggi derivanti dalla operazione ma anche le eventuali complicanze tra le quale quella allegata dall’attrice appariva una possibile conseguenza.

In sostanza, sosteneva che l’attrice prima dell’intervento veniva informata circa il rischio di lesione permanente o temporanea di uno dei nervi ricorrenti, del fatto che, nonostante una tecnica chirurgica ineccepibile, a volte il danno neurologico si manifesta nonostante la corretta identificazione della struttura nervosa, a causa delle frequenti varianti di decorso o di modalità di inserzione ed il fatto che il nervo, anche se integro, possa manifestare fenomeni di sofferenza anche permanenti per la particolare sensibilità alla frazione o alle correnti di coagulazione trasmesse durante l’intervento.

Esponeva, inoltre, che l’intervento chirurgico era stata espletato in conformità alle buone prassi nonché alle *leges artis* nonché con adeguata perizia e in totale assenza di negligenza. Concludeva chiedendo il rigetto della domanda e chiedendo la chiamata in causa del medico chirurgo che aveva effettuato l’operazione nonché la compagnia di assicurazione Reale Mutua Assicurazioni.

Si costituiva F. C. contestando la domanda posta a fondamento della chiamata in causa e tutti i motivi posti a suo fondamento, eccepiva in via preliminare la non opponibilità della consulenza tecnica preventiva al chiamato in causa non avendo egli partecipato al mezzo di istruttoria e quindi, nei suoi confronti assunto in assenza di contraddittorio, nel merito sosteneva l’assenza di responsabilità nell’esecuzione dell’operazione essendosi egli attenuto alle regole e procedure espressamente adottate in operazioni simili e essendo la conseguenza allegata dalla

S. complicanza che poteva naturalmente conseguire anche in presenza di un intervento correttamente eseguito, concludeva per il rigetto della domanda.

Non si costituiva Reale Mutua Assicurazione e il giudizio proseguiva in sua contumacia.

La causa veniva istruita con produzioni documentali, consulenza tecnica di ufficio e prova testimoniale e presa in decisione sulle conclusioni assunte dalle parti e all’esito

del deposito delle memorie ex art. 190 cpc .

MOTIVI DELLA DECISIONE

Preliminarmente deve essere affrontato il problema relativo al documento, nella specie la certificazione medica in data 28.6.2018 , sottoposta all'esame del consulente tecnico di ufficio successivamente alle conclusioni finali da lui assunte.

Siffatta produzione documentale deve ritenersi inammissibile alla luce dei principi che regolano il regime delle preclusioni nel sistema processuale attuale .

Premesso che non sussiste prova alcuna che detta certificazione sia stata prodotta da parte attrice nei termini di cui all'art. 183 cpc comma VI memoria n.2 e ancora che la stessa fosse contenuta nella documentazione consegnata e presa in esame dal ctu nel corso dell'espletamento della consulenza e prima della stesura definitiva, deve osservarsi a supporto della decisione che anche di recente la suprema Corte con la sentenza 23972/2020 ha affrontato il problema (il caso di specie trattato prevedeva in esame l'avvenuta produzione documentale direttamente al consulente tecnico) concludendo "Quanto al profilo della pretesa ammissibilità di ogni produzione documentale in sede di espletamento delle operazioni del consulente tecnico d'ufficio, esso non coglie nel segno. È bensì vero che la c.t.u. può avere ad oggetto non solo l'incarico di valutare i fatti accertati (cd. consulenza deducente), ma anche di accertare i fatti stessi (cd. consulenza percipiente): tuttavia, ciò può avvenire solo quando gli elementi oggettivi siano rilevabili esclusivamente con il concorso di cognizioni tecniche (per tutte, Cass. 30 maggio 2007, n. 12695; 14 febbraio 2006, n. 3191; 19 gennaio 2006, n. 1020), non potendo, in nessun caso, la consulenza d'ufficio avere funzione sostitutiva dell'onere probatorio delle parti; e, pur quando essa sia percipiente, l'ausiliario non può avvalersi, per la formazione del suo parere, di documenti non prodotti dalle parti nei tempi e modi permessi dalla scansione processuale, pena l'inutilizzabilità, per il giudice, delle conclusioni del consulente fondate sui detti documenti in violazione delle regole di riparto dell'onere probatorio (Cass. n. 18152/2020; Cass. n. 27776/2019; Cass.n. 10373/2019; Cass.n. 30218/2017; Cass. n. 18770/2016; Cass. n. 20695/2013).

Nessuna delle parti ha avuto conoscenza del documento in esame prima dell'udienza del 27.2.2019 e lo stesso consulente tecnico nella relazione ne conferma la mancata produzione in sede di espletamento della consulenza tecnica. Va di conseguenza che il documento non poteva in alcun modo essere preso in considerazione dal consulente tecnico in quanto parte attrice era decaduta dal diritto di produrlo non avendolo prodotto entro il termine ultimo a lei consentito e precisamente entro il 30 giorno previsto per le memorie ex art. 183 cpc assegnato per le deduzioni di prova diretta.

Alla dichiarazione di inammissibilità del documento consegue l'inammissibilità delle conclusioni peritali assunte dal consulente nominato con la relazione integrativa in quanto fondata su elementi acquisiti in un momento successivo al verificarsi di una preclusione processuale e quindi in totale assenza di legittimo contraddittorio.

Occorre premettere in diritto, che con riferimento alla ormai pacifica qualificazione della responsabilità della struttura sanitaria come responsabilità contrattuale, la

costante giurisprudenza a decorrere dalla sentenza a sezioni semplici n.18392/2017 ha tracciato una linea unitaria in ordine ai principi relativi all'onere della prova, indicandone specificamente i piani operativi e all'onere di allegazione incombenti alle parti e di conseguenza alla prova del nesso di causalità sia materiale che giuridica.

Riguardo al generale problema dell'onere della prova la citata sentenza ha affermato che «ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è onere del danneggiato provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre è onere della parte debitrice provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione; l'onere per la struttura sanitaria di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile sorge solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità fra la patologia e la condotta dei sanitari», principio confermato dalla sentenze gemelle cd di San Martino 2019 N.28991 e 28992 che hanno approfondito l'aspetto causale con un inquadramento più attualistico mediante la valutazione delle prove presuntive (sul quale ha influito il principio di vicinanza della prova) .

Ciò posto al fine di un corretto esercizio dell'onere della prova deve essere tenuto presente ovviamente l'onere di puntuale allegazione in ordine sia al comportamento che il paziente ritiene posto in essere in violazione dell'obbligazione di cura in capo allo struttura sia degli effetti dannosi allo stesso conseguiti, ciò alla luce del fatto che la struttura (debitore) è onerata dell'esatto adempimento ordine alla prestazione richiesta e ove inadempiente a rispondere dei danni alla integrità fisica allegati e provati come conseguenza dell'inadempimento.

Parte attrice, in atto di citazione e nella memoria ex art. 183 cpc n.1- atti processuali preposti a favore dell'attore per la conformazione di tutti gli elementi oggettivi e soggettivi costituenti la domanda e le ragioni logico giuridiche alla stessa sottese, ha allegato sia di essere stata sottoposta a intervento chirurgico di tiroidectomia totale per gozzo multinodulare non correttamente eseguito in quanto a lei era conseguita una lesione bilaterale dei nervi ricorrenti con grave danno dell'apparato di fonazione e respirazione.

A fondamento di siffatta puntuale domanda ha depositato copiosa e esaustiva documentazione medica che, stante la peculiarità della fattispecie veniva sottoposto al vaglio del consulente tecnico di ufficio nominato a tal fine.

Pacifico e non contestato da parte convenuta e chiamata in causa che la S. è stata sottoposta a intervento chirurgico di tiroidectomia totale il consulente tecnico di ufficio ha , in primo luogo, rilevato che “ La lesione del NLR rappresenta quindi una complicanza ben nota degli interventi di tiroidectomia. Diversi meccanismi lesivi, tra cui il legamento, lo schiacciamento o lo stiramento delle fibre nervose possono comportare una lesione del NLR.

Ha poi chiarito che “Dati gli stretti rapporti anatomici tra la tiroide e il NLR, quest'ultimo risulta particolarmente vulnerabile durante le manovre di manipolazione della ghiandola che vengono poste in essere nel corso dell'intervento chirurgico. Il sito anatomico più comunemente coinvolto è rappresentato dal legamento di Berry, laddove

il nervo penetra nella laringe. La lesione del NLR si verifica in genere per due motivi principali: in primo luogo durante la trazione della ghiandola che, come accennato, può comportare lo stiramento delle fibre nervose; in secondo luogo durante la legatura emostatica utilizzata della ghiandola, potendo inavvertitamente includere in essa il nervo. Un'altra area di incrementato rischio è rappresentata dal polo inferiore della ghiandola. In quest'area il NLR può essere incluso nella legatura delle vene tiroidee inferiori. Il danno può infine verificarsi come conseguenza di emorragie. “

Concludendo sul punto che “Una lesione del NLR determina una paralisi delle corde vocali, comportando la comparsa di disfonìa o afonia, dispnea e perfino insufficienza respiratoria acuta”

Di seguito, con chiarezza e puntualità, sottolineava che “analizzando la vicenda clinica (della S.) attraverso la criteriologia medico-legale classica appaiono soddisfatti, oltre al criterio di mera possibilità scientifica, anche i restanti criteri medico-legali classici sulla valutazione del nesso di causa.”

Ed infatti riferiva che “Dalla disamina della documentazione clinica è emerso che immediatamente dopo l'intervento chirurgico di tiroidectomia compariva disfonìa. Veniva inoltre eseguita una laringoscopia che evidenziava una fissità in posizione intermedia delle corde vocali (criterio cronologico). Compatibile risulta inoltre il danno del NLR con la sede anatomica coinvolta. Dato lo stretto rapporto che i NLR assumono rispetto alla ghiandola, infatti, il sito di cruentazione chirurgica, ossia la loggia tiroidea, rappresenta anche la sede di verifica del danno, ossia dei nervi posti appena dietro la tiroide stessa (criterio topografico). L'esecuzione dell'intervento chirurgico ha comportato una manipolazione della ghiandola, sottoponendo il NLR ad uno o più dei meccanismi lesivi sopra riportati, i quali risultano idonei a cagionare una lesione del nervo stesso (criterio di idoneità lesiva qualitativa e quantitativa). Nel periodo successivo al verificarsi della lesione, la S. si sottoponeva a due cicli di riabilitazione logopedica, oltre che a diverse visite di controllo ed esami strumentali, recuperando solo in parte la funzione danneggiata. Il parziale miglioramento della disfonìa è espressione del passaggio quasi diretto da un quadro lesivo iniziale verso uno menomativo finale, ciò risultando perfettamente compatibile e sovrapponibile alla storia naturale delle lesioni permanenti del NLR (criterio di continuità fenomenologica). La disamina della documentazione clinica non ha infine permesso di identificare alcuna altra causa, diversa da quella presa in esame, ossia la tiroidectomia, capace di giustificare il quadro lesivo riportato dalla S. (criterio di esclusione di altre cause).

Siffatte motivate conclusioni comportano, senza che si possa avere dubbio alcuno, che sussiste il nesso di causalità materiale tra l'operazione subita dalla S. e le condizioni attuali accertate in sede di consulenza tecnica.

Il passaggio successivo, e precisamente la valutazione del comportamento tenuto dalla struttura nell'effettuare l'operazione è stato analizzato con grande precisione dal consulente tecnico il quale ha ritenuto che da “ Un'attenta disamina della documentazione clinica ha portato a ritenere che durante il ricovero del settembre 2011 i Sanitari avessero posto indicazione di tiroidectomia basandosi sui dati clinici del 2007, come più volte riportato nella cartella stessa (cfr anamnesi patologica prossima

all'ingresso "*all'ETG... formazione nodulare del diametro di 36 mm*"; scheda di dimissione "*accertamenti strumentali: 06.11.2007 ETG tiroide... 20.11.2007 Ago biopsia tiroide sinistra...*"), piuttosto che su quelli del 2009, dei quali non viene fatta alcuna menzione. Nel 2007, infatti, la S. si sottoponeva ad esame ecografico della tiroide e ad esame doppler da cui emergeva la presenza di un nodulo di circa 8 mm a carico del lobo destro ed uno di 36 mm a carico di quello sinistro, quest'ultimo presentava segni di vascolarizzazione peri ed intranodulare all'esame color doppler (cfr. referto esame ecografico del novembre 2007). Per questo motivo eseguiva un esame citologico su agoaspirato da cui risultava una compatibilità con origine da gozzo (cfr. referto esame citologico del novembre 2007).

Dati i caratteri di benignità della lesione, la S. veniva sottoposta a follow-up e nel 2009 ripeteva gli esami di controllo. L'ecografia mostrava reperti pressappoco sovrapponibili ai precedenti, il nodulo a carico del lobo tiroideo sinistro misurava circa 4 x 2 cm. La trachea risultava deviata verso destra (cfr. referto esame ecografico del settembre 2009). L'esame citologico su agoaspirato della tiroide sinistra risultava compatibile con un nodulo follicolare TIR3 (cfr. referto esame citologico del novembre 2009).

Nella cartella relativa al ricovero veniva inoltre riportato un assetto ormonale tiroideo nella norma, espressione del corretto funzionamento della ghiandola (cfr. anamnesi patologica prossima all'ingresso "*agli esami ematochimici il profilo tiroideo è nella norma*"). La patologia per la quale la S. veniva sottoposta ad intervento chirurgico di tiroidectomia poteva pertanto essere identificata in un gozzo nodulare non tossico.....

Il gozzo diffuso non tossico (gozzo semplice) interessa in modo omogeneo l'intera ghiandola, senza formazione di noduli. La gran parte dei pazienti con forme di gozzo semplice è clinicamente eutiroidea. Con il tempo, episodi ripetuti di iperplasia e involuzione si alternano a provocare un ingrossamento della tiroide più irregolare, detto gozzo multinodulare. Questi possono essere non-tossici oppure accompagnarsi a ipertiroidismo (gozzo tossico multinodulare). I gozzi multinodulari sono polilobulati, asimmetrici e il loro peso può superare i 2000 grammi. L'ingrandimento non è prevedibile e può interessare un lobo in misura molto maggiore dell'altro, con compressione e dislocazione laterale delle strutture mediane come la trachea e l'esofago. I sintomi clinici principali del gozzo sono quelli dovuti all'effetto massa da parte della ghiandola ingrandita. Oltre all'impatto estetico della massa cervicale, il gozzo può causare ostruzione respiratoria, disfagia, compressione dei grandi vasi del collo e della parte superiore del torace. L'indicazione al trattamento chirurgico nelle patologie nodulari benigne della tiroide viene posta in presenza di alcune condizioni fra cui, in particolare, il sospetto di malignità, segni di compressione locale delle strutture del collo, localizzazione distopica della ghiandola (gozzo immerso), ipertiroidismo non controllato dalle misure conservative .

A questo punto è possibile formulare due maggiori ipotesi:

1. Se si considerano i dati del 2007 utilizzati dai Sanitari ma cronologicamente più vecchi, nessuna delle condizioni sopra riportate, tali da giustificare un'indicazione al trattamento chirurgico erano presenti. Ciò porterebbe, quindi, a ritenere erronea l'indicazione al trattamento chirurgico. Questo aspetto è in linea con il fatto che nel

2007 la S. veniva sottoposta a follow up e rivalutata circa due anni dopo.

2. Se tuttavia si considerano i dati del 2009, cronologicamente più recenti rispetto all'intervento chirurgico poi effettuato nel 2011, questi classificavano la lesione nodulare del lobo sinistro come un TIR 3. All'epoca dei fatti era valida la classificazione SIAPEC del 2007 (aggiornata successivamente dalla classificazione SIAPEC-AIT-AME-SIE 2014), la quale prevedeva una suddivisione delle lesioni nodulari della tiroide in 5 classi: TIR 1 non diagnostico, TIR 2 negativo per cellule maligne, TIR 3 inconclusivo/indeterminato (proliferazione follicolare), TIR 4 sospetto di malignità, TIR 5 positivo per cellule maligne. La classe TIR 3 comprende diverse lesioni follicolari: iperplasia adenomatoide, adenoma, carcinoma follicolare microinvasivo, lesione a cellule ossifile e alcuni casi della variante follicolare del carcinoma papillare. In questi casi la citologia non è in grado di fornire una conclusione diagnostica, possibile solo con l'esame istologico. In circa l'80% dei casi si tratta di lesioni benigne ed il 20% risulta maligno all'esame istologico. Il suggerimento operativo consiste nella asportazione chirurgica della lesione ed esame istologico.

Alla luce di quanto appena affermato, in queste circostanze un intervento chirurgico avrebbe senza dubbio potuto trovare indicazione, poiché finalizzato a rimuovere la lesione nodulare di natura indeterminata”.

Posta la corretta decisione di sottoporre la S. a intervento chirurgico il ctu procede in conformità all'incarico ricevuto alla valutazione della scelta effettuata dalla struttura sanitaria di intervenire effettuando l'asportazione totale della tiroide, e premessa la situazione della paziente osservava che “Nel caso in valutazione, l'apparente dubbio su quale fosse il trattamento chirurgico da preferire può trovare una soluzione se si prende in considerazione il fatto che l'ecografia mostrava una tiroide aumentata di volume ma le cui dimensioni erano tutto sommato piuttosto contenute (cfr. referto esame istologico del settembre 2011 “*tiroide del peso di 30 g*”), con presenza di un nodulo solitario a sinistra occupante quasi interamente il lobo tiroideo sinistro e le ultime analisi di laboratorio disponibili all'epoca dei fatti, le quali mostravano una normale funzionalità tiroidea (cfr. referto esami di laboratorio del luglio 2009), segno del fatto che il parenchima tiroideo residuo, in particolare quello del lobo destro, era ancora in grado di sopperire in maniera efficace al funzionamento della ghiandola in toto. Non furono peraltro svolte indagini strumentali atte a valutare la presenza di una effettiva compressione tracheale da parte della ghiandola, per quanto nella cartella di ricovero appaia un mero riferimento ad un “*sensò di peso nella regione anteriore del collo, lieve difficoltà alla deglutizione*” riferito dalla S..

Questi dati, in possesso anche ai Sanitari che nel 2011 effettuarono l'intervento chirurgico, non giustificano il ricorso ad un intervento altamente demolitivo quale è la tiroidectomia totale. La condotta sanitaria appare quindi, sotto questo punto di vista, erronea e pertanto censurabile, in ragione di una condotta alternativa ed esigibile che avrebbe piuttosto dovuto essere quella di un'emitiroidectomia con risparmio del lobo destro della tiroide, in quanto nonostante gli iniziali aspetti di degenerazione colloidocistica visti poi istologicamente, aveva garantito fino a quel momento un normale funzionamento della ghiandola.

Come conseguenza, l'asportazione non necessario del lobo destro della ghiandola ha

esposto la S. ad un ingiustificato rischio (poi di fatto concretizzatosi) di lesione ricorrentiale omolateralmente, oltre ad aver determinato la necessità di ricorrere ad una terapia sostitutiva della funzione tiroidea (ipotiroidismo in compenso farmacologico). In ultima analisi appare importante sottolineare alcuni aspetti riguardanti l'intervento di tiroidectomia effettuato dai Sanitari.

Uno degli obiettivi principali della chirurgia della tiroide è quello di evitare lesioni del nervo laringeo ricorrente. L'evoluzione delle conoscenze scientifiche ha fatto sì che, nel corso degli anni, si passasse da una non visualizzazione ed evitamento del nervo ricorrente, ad uno successivo e diametralmente opposto, caratterizzato dalla visualizzazione diretta del nervo e dissezione capsulare. Ad oggi come allora, tale approccio rappresenta il gold standard nell'ambito chirurgia tiroidea, avendo permesso di abbassare notevolmente l'incidenza di questa temuta complicanza, la quale nelle varie casistiche varia dal 4 all'8 % con una percentuale di paralisi permanenti che va dall'1 al 2% dei casi.

In particolare, in letteratura risultava ben descritto già da molti anni il ruolo delle tecniche di neuromonitoring intra operatorio (IONM) come complemento alla identificazione visiva del NLR, le quali si sono dimostrate capaci di minimizzare l'incidenza di tale complicanza .

L'applicazione di tali tecniche permette, infatti, di abbassare ulteriormente il rischio di lesioni a carico del NLR attraverso un costante e rapido feedback relativamente apprezzato dal chirurgo nel corso dell'intervento, relativamente allo stato funzionale del NLR, permettendo una migliore identificazione del nervo, specie di quelle parti di più difficile identificazione anatomica e quindi più a rischio di lesione.

Alla luce di ciò, la mancata applicazione delle metodiche di IONM durante l'intervento di tiroidectomia ha sottoposto la S. ad un rischio di complicanze maggiore rispetto a quello atteso, rappresentando quindi ulteriore motivo di censura relativamente alla lesione nervosa verificatasi.”

All'esito di siffatta esaustiva esposizione ed accertamento del comportamento che ha portato alla lesione alla integrità fisica lamentata dalla attrice il ctu è passato alla quantificazione “ della stessa in termini di danno biologico inteso quale lesione dell'integrità psico-fisica della persona suscettibile di valutazione medico-legale il quale, compatibilmente con l'intervallo di tempo intercorso tra la sua origine e lo stato attuale, è da considerarsi non più suscettibile di miglioramento e quindi a carattere permanente.

Dalla documentazione sanitaria e dalla visita medico-legale è emerso un quadro menomativo caratterizzato da paresi ricorrentiale bilaterale ed ipotiroidismo in compenso farmacologico.

Le principali ripercussioni sugli aspetti dinamico relazionali della paresi ricorrentiale riguardano soprattutto la funzione fonatoria e respiratoria.

Con riferimento alle correnti linee guida SIMLA per la valutazione del danno biologico è stato possibile ravvisare una disfonia di moderata entità che può essere valutata nella misura del 20% (venti per cento) del totale [con riferimento alla voce tabellare: moderate alterazioni della favella *“intensità della voce costantemente e considerevolmente ridotta per cui il soggetto deve sforzarsi per conferire*

comprensibilità alle sue parole. Eloquio lento, impacciato e difficoltoso con problemi di intelligibilità che spesso obbliga il soggetto a ripetere. Può essere utilizzato il linguaggio in ambienti favorevoli mentre il soggetto ha notevoli difficoltà e può talvolta risultare incomprensibile in ambienti rumorosi” 11-20%].

Appare ragionevole ricondurre la sintomatologia respiratoria accusata dalla S. ad un deficit ostruttivo dinamico che si manifesta soprattutto durante gli sforzi fisici a causa della paresi bilaterale delle corde vocali. In base alle sopracitate linee guida SIMLA è possibile stimare tale danno nella misura del 6% (sei per cento) del totale, [con riferimento – mediante criterio analogico- alle voci tabellari: *“esiti di traumi minori della laringe senza rilevanti deficit funzionali” 2-8% e “insufficienza respiratoria lieve di tipo ostruttivo” 5-8%].*

L’ultima voce di danno considerata è rappresentata dalla perdita della funzione tiroidea, sopperita dal ricorso alla terapia farmacologica sostitutiva. Tale pregiudizio può essere quantificato nella misura del 10% (dieci per cento) del totale [con riferimento alla voce tabellare: *“ipotiroidismo in buon controllo farmacologico (tenendo conto del residuo di parenchima funzionante)” 5-15%].*

In conclusione, applicando le opportune formule riduzionistiche al caso di specie, il danno biologico permanente può essere complessivamente quantificato nella misura del 35% (trentacinque per cento) del totale.

Oltre al danno biologico testé considerato, va inoltre riconosciuto alla S. un danno biologico temporaneo, il quale deve diversificarsi del normale periodo di malattia che avrebbe comunque dovuto patire dopo un intervento chirurgico di emitiroidectomia e deve prendere in considerazione il periodo di riabilitazione/stabilizzazione del quadro lesivo concretizzatosi. In base a queste premesse appare equo riconoscere giorni 60 (sessanta) di danno biologico temporaneo al 75% e ulteriori giorni 60 (sessanta) di danno biologico temporaneo al 50%.

Infine, con riferimento all’attività lavorativa specifica della S. è possibile riconoscere nel caso di specie un moderato danno alla cenestesi lavorativa.

Le conclusioni assunte dal consulente tecnico e sopra riportate, in punto di determinazione del danno biologico permanente necessitano di ulteriore vaglio in relazione alle allegazioni di parte attrice.

Ribadito che con l’atto di citazione e con la memoria ex art. 183 cpc parte attrice ha lamentato esclusivamente la lesione da lei riportata alle corde vocali e alla respirazione quale conseguenza dell’intervento da lei subito e richiesto di conseguenza il risarcimento del danno solamente per detta lesione, deve essere estrapolata e non tenuta in considerazione la lesione alla integrità fisica cagionata dal venir meno della funzione tiroidea in virtù della quale la S. deve sottoporsi a terapia farmacologica sostitutiva. Lesione che è emersa esclusivamente in sede di consulenza tecnica solo a seguito delle considerazioni puntuali e complete del perito nominato ma del tutto estranea al tema del decidere non avendone, come già detto la S., allegato la sussistenza e di conseguenza neppure richiesto il conseguente risarcimento.

Restano, quindi, acclarate sia la lesione alle corde vocali che quella alla respiratoria determinate dal consulente tecnico di ufficio nella determinazione massima di 20% e del 6%. Orbene avuto riguardo alla determinazione singolare non appare corretto al

fine della determinazione della entità delle lesioni procedere alla loro somma ma si deve procedere ad una valutazione complessiva delle stesse , quindi non si deve procedere alla somma aritmetica ma alla determinazione del valore percentuale a quello tariffato con l'applicazione dello schema in virtù del quale l'invalidità totale finale è uguale alla somma delle invalidità parziali diminuita del loro prodotto (criterio rinvenibile nella Gazzetta Ufficiale con le nuove tabelle indicative per le minorazione e malattie invalidanti sulla base della classificazione internazionale dell'organizzazione mondiale della sanità) .

Pertanto in applicazione di detto criterio $(0,20+0,06) - (0,20 \times 0,6) = 24,8$ la complessiva lesione permanente subita dalla S. è pari a 24,8 punti percentuali, entità che può essere arrotondata in 25 punti percentuali.

Non resta che quantificare applicando le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano e in uso presso questo Tribunale. Le citate tabelle per l'anno 2021 prevedono per il danno biologico (lesione 25% soggetto di 44 anni all'epoca dell'operazione) è pari a € 74.444,00; valutata, altresì, la peculiare sofferenza sopportata dalla S. a causa di dette lesioni a lei appare dovuta per intero la somma prevista dalle tabelle milanesi per il danno morale e che comporta un risarcimento del danno non patrimoniale complessivo di € 104.996,00.

Quanto alla richiesta personalizzazione occorre premettere che già con le sentenze nn. 26972 e 26975 dell'11.11.2008 delle sezioni unite della Cassazione , è stato posto in rilievo “ il carattere unitario del danno non patrimoniale, quale categoria giuridica distinta da quella del danno patrimoniale, incasellando in essa, al fine di evitare duplicazioni risarcitorie, tutte le diverse "voci" elaborate dalla dottrina e dalla giurisprudenza (danno estetico, danno esistenziale, danno alla vita di relazione, ecc.) che non richiedono uno specifico ed autonomo statuto risarcitorio (inteso come metodologia dei criteri liquidatori per equivalente), ma possono venire in considerazione solo in sede di adeguamento del risarcimento al caso specifico, attraverso il meccanismo della cd. personalizzazione; si è affermato che, in tema di liquidazione del danno non patrimoniale, ai fini della c.d. "personalizzazione" del danno forfettariamente individuato (in termini monetari) attraverso i meccanismi tabellari cui la sentenza abbia fatto riferimento (e che devono ritenersi destinati alla riparazione delle conseguenze "ordinarie" inerenti ai pregiudizi che qualunque vittima di lesioni analoghe normalmente subirebbe), spetta al giudice far emergere e valorizzare, dandone espressamente conto in motivazione in coerenza alle risultanze argomentative e probatorie obiettivamente emerse ad esito del dibattito processuale, specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso sottoposto ad esame, che valgano a superare le conseguenze "ordinarie" già previste e compensate dalla liquidazione forfettizzata assicurata dalle previsioni tabellari; da queste ultime distinguendosi siccome legate all'irripetibile singolarità dell'esperienza di vita individuale nella specie considerata, caratterizzata da aspetti legati alle dinamiche emotive della vita interiore o all'uso del corpo e alla valorizzazione dei relativi aspetti funzionali, di per sé tali da presentare obiettive e riconoscibili ragioni di apprezzamento... meritevoli di tradursi in una differente (più ricca e, dunque, individualizzata) considerazione in termini monetari, rispetto a quanto suole compiersi in assenza di dette peculiarità” (v. in

conformità da ultimo Cass.n 31358/2021; Cass. n7597/2021; Cass.22859/2020) .

Incombeva di conseguenza alla S. dare la prova che gli effetti della lesione come sopra rilevata e patita aveva inciso nella sua vita in modo peculiare e stringente del tutto differente dal patimento comune di un soggetto afflitto dalla medesima lesione.

Siffatta prova è stata offerta a mezzo di testimoni su una duplice direzione la prima e la modifica delle condizioni lavorative, che seppure le lesioni non abbiano portato a un demansionamento, hanno comportato un mutamento della situazione precedente proprio per la difficoltà di eloquio normale sofferta dalla S., con riduzione delle sue relazioni diretti con gli utenti, e sul piano personale relazionale dovendosi ritenere complicate tutte le manifestazioni anche personalissime che comportano per lei uno sforzo respiratorio del tutto fuori dal comune.

Alla luce di quanto rilevato a titolo di personalizzazione appare dovuta la somma equivalente al 30% del danno biologico e quindi complessivamente la somma totale pari a € 130.277,00.

Quanto alla inabilità temporanea patita (60 giorni al 75% e 60 giorni al 50%) sempre in applicazione delle tabelle di cui sopra appare dovuta la somma di € 7.425,00.

Il risarcimento totale derivato dalle lesioni permanenti e dalla inabilità transitoria dovuto alla S. ammonta a complessivi € 137.702,00. Alla somma complessiva va sommato il danno patrimoniale determinato dalle spese mediche nella misura dichiarata congrua dal ctu e quindi in € 3.979,00. La somma complessiva da risarcire appare dunque ammontare a € 141.681,00.

La somma non deve essere rivalutata in quanto determinata all'attualità con l'applicazione delle tabelle per l'anno 2021 ed essendosi il sinistro verificato nell'anno 2011.

Non sono, invece, dovuti interessi compensativi.

Occorre richiamare, al riguardo, il recente orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui nei debiti di valore i cosiddetti interessi compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno causato dal ritardato pagamento dell'equivalente monetario attuale della somma dovuta all'epoca dell'evento lesivo. Tale danno sussiste solo quando, dal confronto comparativo in unità di pezzi monetari tra la somma rivalutata riconosciuta al creditore al momento della liquidazione e quella di cui egli disporrebbe se (in ipotesi tempestivamente soddisfatto) avesse potuto utilizzare l'importo allora dovutogli secondo le forme considerate ordinarie nella comune esperienza ovvero in impieghi più remunerativi, la seconda ipotetica somma sia maggiore della prima, solo in tal caso potendosi ravvisare un danno da ritardo, indennizzabile in vario modo, anche mediante il meccanismo degli interessi, mentre in ogni altro caso il danno va escluso (Cass. 1111/2020; Cass.13684/2018; Cass.3173/2016; Cass. 3355/2010 e Cass. 22347/2007).

L'Azienda Ospedaliera Universitaria è tenuta di conseguenza a corrispondere a titolo di risarcimento del danno subito da S. L. P. la complessiva somma di € 141.681,00.

Quanto alla domanda di manleva proposta dalla Azienda convenuta nei confronti del chirurgo che aveva effettuato l'operazione deve osservarsi che la stessa manca totalmente di puntualizzazione e precisione tanto che la stessa deve essere rigettata.

Le spese seguono la soccombenza e nella loro determinazione verrà tenuto presente il

fatto del mancato accoglimento da parte dell'attrice della proposta transattiva effettuata in quanto superiore, seppure di poco superiore alla determinazione come esposta in sentenza, mediante l'eliminazione del compenso relativo alla fase decisoria.
Le spese restano compensate tra la convenuta e il chiamato in causa.

P.Q.M.

Definitivamente pronunciando ogni contraria istanza eccezione e deduzione reietta;

1) Condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari a corrispondere in favore di S. L. P. la somma di € 141.681,00 oltre interessi al tasso legale dalla sentenza al saldo;

2) Condanna Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari al pagamento delle spese processuali in favore di S. L. P. determinate in complessivi € 9.380,00 oltre spese generali e accessori nella misura dovuta per legge;

3) Rigetta la domanda di manleva proposta nei confronti di F. C. e dichiara le spese compensate tra il chiamante e il chiamato:

Sassari 29.1.2022

Il Giudice
G.Sanna