



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di RAVENNA

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessia Vicini
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **2412/2010** promossa da:

(C.F. _____), con il patrocinio dell'avv.
e dell'avv. _____, elettivamente domiciliato in _____
48100 RAVENNA presso il difensore avv. _____

ATTORE

contro

GUIDO STAFFA

CONVENUTO CONTUMACE

**AZIENDA U.S.L. DELLA ROMAGNA (già AZIENDA USL DI RAVENNA) IN
PERSONA DEL DIRETTORE GENERALE PRO-TEMPORE (C.F. 92031720391),
con il patrocinio dell'avv. GAMBERINI ALBERTO, elettivamente domiciliato in VIA
BACCARINI, 60 48100 RAVENNA presso il difensore avv. GAMBERINI ALBERTO**

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.



MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Giova premettere alla decisione della controversia una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, e del personale medico in essa a qualsiasi titolo operante, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Le ipotesi di peggioramento della condizioni di salute possono essere ricomprese nella definizione sintetica di “danno iatrogeno”, da intendersi quale “reazione avversa all'organismo, causata da un trattamento o da un procedimento diagnostico, inavvertitamente causata da un medico”.

L'attività medica rientra tradizionalmente e concettualmente a pieno titolo nell'ambito delle “professioni intellettuali”, alla cui disciplina il codice civile vigente dedica un autonomo capo, il II°, del III° titolo del libro V°, agli artt. 2229 e ss.

Il quadro codicistico, condizionato dal periodo storico di redazione, è plasmato intorno alla figura del “prestatore d'opera intellettuale”, e quindi del medico singolarmente operante, a prescindere dalla struttura organizzativa in cui la sua attività viene prestata, ma consente comunque di enucleare le norme ed i principi applicabili alle vicende del moderno rapporto medico-clinico, caratterizzato da una consolidata – e da molti criticata – sostituzione del rapporto medico-paziente con quello struttura sanitaria-utente.

In campo legislativo tale sostituzione è segnalata con palmare evidenza dall'art. 1 della L. 23 dicembre 1978 n.833 che, al fine di dare una forma concreta all'attuazione amministrativa del dettato di cui all'art. 32 della Carta Costituzionale, premesso e ribadito al primo comma il riconoscimento della salute quale “fondamentale diritto dell'individuo”, costituiva il servizio sanitario nazionale quale “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”, con ciò significativamente escludendo dal novero dei soggetti operanti nel S.S.N., organizzato allora su base territoriale nelle Unità Sanitarie Locali, il medico in sé e per sé considerato.



Tale realtà, favorita naturalmente dalla progressiva specializzazione e spediizzazione del trattamento sanitario, fa sì che la persona necessitante di trattamento clinico – sia esso diagnostico o terapeutico – si rivolge ed entra a contatto, nella maggioranza dei casi, non con un singolo medico da cui è legato da un rapporto fiduciario, bensì con una struttura clinica, costituita dai mezzi, dalle strutture e dagli uomini organizzati per la fornitura della prestazione richiesta.

La responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata.

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spediità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle latu sensu alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha quindi natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 cc all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico nonché ai sensi dell'art. 1228 cc all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato(così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

In particolare quanto concerne le prestazioni di natura sanitaria è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale (Cass Pen. 6.04.2005/16.06.2005 n. 22579)

Pertanto dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata quindi dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.



La responsabilità del medico operante.

Ciò premesso quanto al regime di responsabilità della struttura sanitaria, rimane da chiarire qual è invece la natura della responsabilità del medico operante nell'ambito della medesima struttura.

La più recente e avveduta giurisprudenza di legittimità, superando le precedenti ricostruzioni fondate sulla natura aquiliana di tale responsabilità, si è da tempo orientata a favore della natura contrattuale, a ciò indotta dalla ovvia considerazione della irriducibilità della posizione del medico a quella di un qualsiasi altro soggetto giuridico, tenuto unicamente ad astenersi dal ledere l'altrui sfera giuridica.

Il contatto sociale tra medico e paziente, anche nell'ambito ospedaliero, pubblico o privato, non si configurerebbe infatti quale rapporto paritario, tra soggetti portatori di analoghi obblighi e diritti, bensì quale situazione di affidamento del paziente alla posizione di protezione del medico, soggetto esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 n. 1) cod. pen.) a tutela di una bene di elevato rango costituzionale (art. 32 Cost.).

La fonte di tale obbligazione contrattuale di protezione è stata rinvenuta nel "rapporto contrattuale di fatto" nascente tra medico e paziente per effetto del mero "contatto sociale" (Cass. 22.1.1999 n. 589; Cass. 11488/2004; Cass. 9085/2006; Cass. S.U. 577/2008).

La responsabilità del medico nei confronti del paziente ha dunque natura contrattuale, sorgente dallo svolgimento di un'attività professionale, che ne connota la disciplina.

La natura contrattuale della responsabilità del medico operante nei confronti del paziente determina pertanto l'infondatezza della eccezione di prescrizione del diritto attoreo sollevata dalla difesa dei medici convenuti con riferimento alla natura di illecito aquiliano della fattispecie per cui è causa.

Conseguenze della natura della responsabilità sull'onere probatorio.

La natura contrattuale della responsabilità del medico e della struttura al cui interno questo opera per errata prestazione sanitaria comporta quanto all'onere probatorio che il paziente, deducente l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario nonché fornire prova del nesso



causale esistente tra inadempimento ed evento dannoso, mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

In particolare il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. S.U. 13533/2001; Cass. 16092/2002; Cass. 6395/2004; Cass. 9351/2007; Cass. 22361/2007; Cass. SU 577/2008).

In particolare il riparto dell'onere probatorio segue quindi i criteri fissati in materia contrattuale alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Ove pertanto 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, 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 imprevisto ed imprevedibile (Cass. 975/2009)

Il fatto.

Nel caso oggetto della presente controversia in data 12.02.2009 essendole stata diagnosticata il 3.02.2009 dal dott. _____ una "grave sofferenza compressiva del nervo mediano al polso dx ed una marcata sofferenza compressiva del nervo mediano al polso sn", si sottoponeva su indicazione del sanitario, presso l'O.C. di Faenza, ad intervento chirurgico in entrambi i polsi (intervento di decompressione e neurolisi del nervo mediano dx al carpo).

L'attrice lamenta nei propri scritti difensivi come successivamente all'intervento chirurgico si fosse presentato un forte dolore alla mano e polso destri (tendinite post-chirurgica dei flessori della mano dx) il quale nonostante le terapie e controlli eseguiti



nei mesi seguenti non era scomparso determinando un severo “quadro algico-disfunzionale a carico del polso dx e di tutte le dita della mano dx con ipoanestesia a tutta la faccia volare della mano e delle dita e compromissione della funzione prensile”.

L'attrice, contestando l'erroneità della procedura chirurgica adottata presso l'O.C. di Faenza, lamentava essersi verificata la predetta lesione cronica del polso e mano destri la quale aveva reso necessario un successivo intervento chirurgico presso altra struttura.

L'attrice aggiungeva che l'errore professionale de qua le aveva procurato un prolungato dolore ed aveva determinato un periodo di inabilità temporanea totale di giorni 30 e parziale di giorni 50 nonché postumi invalidanti permanenti del 27% incidenti in maniera notevole sulla propria capacità lavorativa specifica svolgendo la stessa attività di cuoca.

Orbene come sopra già rilevato qualora il paziente deduca- come nel caso de quo- l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Il paziente deve provare in particolare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento impreveduto ed imprevedibile.

Ciò posto in termini generali, si osserva come nel caso de quo l'istruttoria svolta abbia escluso la fondatezza della domanda attorea.

Risulta in primo luogo pacifica in causa l'esistenza del contratto intercorso con il medico dott. [redatto] e con la struttura dell'Ospedale Civile di Faenza.

In secondo luogo quanto peraltro al contestato inadempimento relativo all'esecuzione erronea dell'intervento chirurgico posto in essere dal Dott. [redatto] lo stesso risulta escluso sulla scorta della CTU in atti redatta dal dott. Daniele Orrico.

L'elaborato peritale immune da vizi logici e giuridici, diffusamente motivato, esaustivo e rispettoso delle regole formali del processo anche in punto di contraddittorio con i consulenti di parte viene fatto proprio da questo giudicante.



Il CTU ha evidenziato come in base all'esame EMG-grafico eseguito il 3.02.2014 risultasse certo che Stella Morena fosse affetta da una grave sofferenza compressiva del nervo mediano destro al polso nonché da una marcata sofferenza compressiva dello stesso nervo in regione contro laterale (c.d. sindrome del tunnel carpale).

Il CTU ha evidenziato come stante la diagnosi predetta l'intervento chirurgico di neulolisi del nervo mediano destro cui veniva sottoposta in data 12.03.2009 fosse proprio il tipo di intervento indicato e come pertanto la scelta operata dai sanitari fosse immune da errori professionali.

Il CTU ha rilevato anche la natura routinaria dell'approccio terapeutico alla Sindrome del tunnel carpale.

In particolare il CTU ha evidenziato peraltro come l'intervento chirurgico de qua seppure di routine non risulti scevro di possibili complicanze prevedibili immediate (eccessivo sanguinamento, traumi diretti, danno da eccessiva coagulazione, lesioni vascolari o tendinee, dolore in sede chirurgica, dolore e dolorabilità al polso e alla mano) o differite nel tempo (ematoma in sede di intervento, processi infiammatori o infettivi in sede chirurgica, processo cicatriziale eccessivamente produttivo, deiscenza delle suture, liberazione incompleta del nervo) nonché da reazioni difficilmente prevedibili (Sindrome Dolorosa Regionale Complessa di tipo 1 e di tipo 2).

Il CTU ha rilevato come la sintomatologia presentata dall'attrice in conseguenza dell'intervento chirurgico subito al polso destro risulti "una sintomatologia di solo carattere algico...con la precisazione che a tale sintomatologia non sia accompagna alcun deficit di tipo motorio (se non una ipofunzione dolorosa) ma una sola ipoestesia localizzata nel territorio del mediano (al 2° e 3° dito della mano) né una franca atrofia da non uso dei muscoli interossei e delle eminenze tenar ed ipotenar né ancora disturbi da trofismo cutaneo ed ungueale".

Il CTU ha precisato che la conseguenza dell'intervento può pertanto identificarsi in una complicanza algodistrofica (dal 1994 definita, a livello internazionale, anche come "sindrome dolorosa regionale complessa") che si esprime con l'impotenza funzionale prodotta dal dolore.



Il CTU ha osservato come la complicità algodistrofica, seppur rara, costituisca una complicanza possibile, anche se difficilmente prevedibile, negli interventi decompressivi del nervo mediano.

Il CTU ha affermato come tale complicanza “non è assolutamente influenzata dalla qualità chirurgica ma da alcuni fattori predisponenti solo in parte noti.. La qualità dell'intervento chirurgico effettuato nel caso de quo non può essere, dunque, assunta a causa della sua produzione visto e considerato che l'intervento stesso era sicuramente indicato, che lo stesso si è svolto in maniera del tutto regolare ed in tempi assolutamente adeguati come riportato in Cartella clinica. Essa non è dunque censurabile sul piano dell'imperizia..”.

Il CTU conclude affermando che “sul piano della qualità professionale nessuna censura può essere dunque mossa all'atto operatorio eseguito il 12 febbraio 2009”.

Irrilevante in causa risulta quanto affermato dal CTU in ordine al mancato inserimento nel consenso informato fatto sottoscrivere alla paziente della complicità algodistrofica tra le possibili conseguenze dell'intervento chirurgico al tunnel carpale.

Infatti non costituisce oggetto di decisione nell'ambito del presente giudizio l'eventuale carenza o incompletezza del consenso informato non avendo parte attrice mai dedotto o allegato alcuna circostanza ad esse afferente e risultando oggetto del giudizio unicamente la contestata esecuzione erronea dell'intervento chirurgico eseguito dal dott. _____
in data 12.02.2009.

Allo stesso modo irrilevante in causa risulta quanto affermato dal CTU in ordine a possibili negligenze dei sanitari nel pot-operatorio.

Infatti anche in questo caso non costituisce oggetto di decisione nell'ambito del presente giudizio l'eventuale carenza di diligenza del personale sanitario nel periodo post-operatorio non avendo parte attrice mai dedotto o allegato alcuna circostanza ad essa afferente e risultando oggetto del giudizio unicamente la contestata esecuzione erronea dell'intervento chirurgico subito da _____ nel febbraio 2009.

Rilevata la carenza di imputabilità alla condotta dei sanitari della sintomatologia riscontrata in capo all'attrice, deve rilevarsi come non emergano pertanto elementi di censura in capo al dott. _____ ed in generale ai sanitari dell'Ospedale Civile di _____



Faenza ne in capo alla struttura sanitaria stessa con riferimento ai danni lamentati da parte attrice.

La domanda attorea pertanto deve essere respinta.

Conseguentemente le spese di lite, liquidate così come in dispositivo ai sensi del DM 55/2014, oltre alle spese di CTU seguono la soccombenza.

P. Q. M.

Il Tribunale di Ravenna definitivamente pronunciando nella causa RG n. 2412/2010 ogni contraria istanza, eccezione, deduzione disattesa così decide:

- respinge la domanda attorea in quanto infondata;
- dichiara tenuta e condanna ; a rifondere in favore di Azienda USL della Romagna (già Azienda USL Ravenna) le spese di lite che liquida in € 13.430,00 per compenso professionale oltre spese generali in misura forfettaria del 15%, IVA e CPA come per legge;
- pone le spese di CTU definitivamente a carico di parte attrice.

Ravenna, 29 aprile 2014

Il Giudice

Dott.ssa Alessia Vicini



