

N. R.G. 3245/2021



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PESCARA
RESPONSABILITÀ' AQUILIANA E ALTRO CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Rossana Villani
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3245/2021** promossa da:

P. R. (C.F. ...), rappresentato e difeso dall'Avv. E.D.F. del Foro di ..., con studio in ..., via ...
n...., c.f. ..., ed elettivamente domiciliato presso il suo studio

ATTORE

contro

AZIENDA X (C.F. ...), corrente in ... alla Via ..., .. in persona del suo legale rappresentante
pro-tempore, Direttore Generale Dott. ..., con il patrocinio dell'avv. D.D.L.R. del Foro di ..., c.f.
... ed elettivamente domiciliato presso il suo studio in ... al Viale ...

CONVENUTA

Oggetto: risarcimento danni da responsabilità medica



Conclusioni: Come da note fatte pervenire dalle parti per l'udienza in trattazione scritta del 17/5/2024, con concessione alle stesse come da successiva ordinanza dei termini di cui all'art 190 epe con decorrenza dal 10 ottobre 2024

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Si discute della domanda di risarcimento avanzata dall'attore il quale chiedeva accertarsi e dichiararsi la responsabilità dell'Azienda X nella causazione dei danni sofferti dal medesimo, e per l'effetto, condannarla al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non, conseguenti all'intervento chirurgico del 19.03.2013, per complessivi € 288.906,00, oltre al rimborso delle spese mediche passate e future ed al risarcimento del lucro cessante per ritardato pagamento, ovvero nella somma diversa, minore o maggiore, ritenuta di giustizia, oltre rivalutazione monetaria ed interessi nella misura di legge sulla somma rivalutata.

Esponessa in citazione il P. R. che in data 14 marzo 2013, mentre effettuava lavori di manutenzione fuori casa con scala aperta a libretto, il medesimo, paziente emofiliaco, cadeva dal secondo/terzo gradino, in quanto la scala inavvertitamente cedeva, facendolo rovinare a terra sdraiato e con l'arto superiore sinistro ruotato sotto il proprio corpo. Il giorno stesso veniva trasportato all'Ospedale di T. dove gli veniva diagnosticata una frattura pluriframmentaria al terzo medio superiore dell'omero sinistro, con prognosi di 30 giorni di riposo e cure s.c. In data 15 marzo veniva trasferito con ambulanza all'Ospedale di P., ove veniva sottoposto a trazione e ricoverato presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia (dotato di struttura ospedaliera con UOSD Centro Emofilia). In data 19 marzo 2013 veniva sottoposto ad intervento chirurgico (intervento di riduzione e sintesi con chiodi) e gli veniva confezionato un tutore, rinnovato fino a luglio 2013. In data 23 marzo, presso l'UOSD Centro Emofilia Ospedale di P. gli veniva diagnosticata Emofilia H severa (FIX<1%), Epatopatia HCV correlata, Beta 2 Talassemia Eterozigote, Pregressa infezione da HBV; A fine luglio 2013, si recava in visita all'Ospedale Maggiore Policlinico di M., dal Prof. S., ove effettuava Magnetoterapia e FKT. Il 18 ottobre, effettuava esame radiologico al braccio sinistro presso l'Ospedale di T., dal quale risultava esito di frattura III medio dell'omero non perfettamente allineato e ridotto mediante infissione di chiodi metallici, che documentava iniziali fenomeni osteoriparativi.



Si riteneva opportuna consulenza specialistica. Dal 28 al 31 gennaio 2014 si rendeva necessario nuovo ricovero presso l'ospedale di M. ed un secondo intervento chirurgico in data 29 gennaio, per la rimozione dei chiodi endomidollari e apposizione, in loro vece, di placca con viti, nonché confezionamento di tutore.

Nei successivi esami radiologici si riscontrava: - All'esame 4 marzo 2014: rispetto al precedente esame del 18.10.2013, in esiti di pregressa frattura diafisaria dell'omero al 111 medio, applicazione di placca e viti metalliche di sintesi e rimozione dei fili endomidollari, buon allineamento, modesta progressione dei fenomeni consolidativi. - All'esame 10 maggio 2014 con quesito diagnostico di esiti sfavorevoli di frattura scomposta: Controllo in esiti di frattura del 11 medio dell'omero ridotta mediante osteosintesi con locali scarsi fenomeni osteoriparativi. - 11 dicembre 2014: nei radiogrammi esaminati con metodica normale evoluzione radiologica del pregresso focolaio di frattura ridotta mediante infissione di placca e viti metalliche. In corrispondenza dell'epifisi distale dell'omero si evidenzia area di trasparenza con orletto sclerotico (possibile cisti). Controllo se la clinica lo ritiene opportuno. - 28 agosto 2015: esiti di frattura del terzo medio-proximale dell'Omero sn. Ridotto mediante infissione di placca e viti metalliche. Buoni fenomeni osteoriparativi. - 06 marzo 2019 (esame ecografico presso Centro Diagnostico Interamnia di P.): Condizione edemigena del CLBO con modesto versamento della guaina. Non soluzioni di continuo della cuffia dei rotatori. Riduzione di calibro del ventre muscolare del bicipite brachiale a livello del terzo medio come da esiti fibrocicatriziali da rottura indispensabile conferma mediante RM. Con racc.te del 8 marzo 2019, e del 5 luglio 2019, il l'interessato intimava e metteva in mora l'odierna convenuta, senza esito positivo.

Alla luce di tali premesse, sosteneva l'attore che il trattamento chirurgico del 19 marzo 2013 presso l'Ospedale di P., consistente nell'applicazione di ben 2 chiodi endomidollari, risulta essere totalmente incongruo. Infatti per la frattura diafisaria pluriframmentaria scomposta non trova indicazione il trattamento con chiodo endomidollare per le numerose complicazioni neuro vascolari e muscolari, ma bensì l'applicazione di placche e viti, come confermato dalla prevalente letteratura scientifica (come allegata al termine della relazione tecnica di parte).

Tale errata scelta terapeutica compiuta dal personale del reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale di P. ha comportato la necessità di intervenire nuovamente sulla medesima frattura, rimuovendo i due chiodi endomidollari, ed applicando al loro posto delle placche fissate con viti metalliche, come richiesto dalla migliore pratica medica per simili fratture.

L'esito negativo dell'intervento chirurgico del 19.03.2013, ha comportato l'allungamento dei tempi di guarigione, di almeno 10 mesi, oltre alla causazione di ingenti danni a carico del



paziente, alcuni dei quali rivelatisi irreversibili. Tra questi vi sono i danni conseguiti all'eccessiva trazione a cui è stato sottoposto l'arto danneggiato, consistenti in danni al livello dell'articolazione della scapolo omerale sinistra con conseguente anchilosi dell'intrarotazione e limitazione funzionale complessiva di oltre il 50% (cfr. Relazione tecnica dott. G.D.S., all.to 2). La stessa relazione tecnica afferma che: "La prevedibilità di un evento di tipo negativo costituisce immediatamente una complicanza prevedibile per la tecnica operatoria utilizzata e quindi evento caratterizzato da censurabilità. - Il concetto di complicanza deve essere inteso come realizzarsi di evoluzione negativa in presenza di correttezza operativa. - Invece nel caso in oggetto non vi è stata correttezza operativa, bensì errore. Non ricorrerebbe, dunque, la situazione della complicanza che non è derivante da altre comorbidità esistenti a carico del paziente e che non hanno concorso a realizzare in maniera determinante la pseudoartrosi, fatta ad eccezione prevalentemente dell'erroneo trattamento riparativo della frattura pluriframmentata scomposta della diafisi omerale." Ed ancora: "non vi sono state cause concorrenti, di natura patologica, determinanti e significativamente incidenti sia nella realizzazione della inabilità temporanea che dei postumi invalidanti. Inoltre l'emofilia della quale il sig. R. P. è affetto, non concorre al ritardato consolidamento della frattura, anzi è favorente il consolidamento per le caratteristiche di scoagulabilità del sangue che facilita il nutrimento dei tessuti ossei e muscolari." Secondo la relazione tecnica allegata: "In conclusione si può affermare che nel trattamento della frattura dell'omero sinistro presso la divisione di ortopedia dell'ospedale di P. sono stati riportati due errori: 1) L'utilizzo di chiodo tipo Ancora nel trattamento della polifrattura dell'omero sinistro con conseguente necessità di reintervento per il mancato consolidamento, per il mancato utilizzo della placca con chiodi di sintesi e successiva pseudoartrosi, che ha determinato una temporanea (inabilità) totale e parziale prolungata; 2) Una eccessiva trazione dell'arto con conseguente danno al livello dell'articolazione della scapolo omerale sinistra con conseguente anchilosi dell'intrarotazione e limitazione funzionale complessiva di oltre il 50%. Tutto ciò considerato la perizia medico legale del Dott. G.D.D. evidenzia la persistenza di gravi limitazioni funzionali, che realizzano un danno all'integrità psico-fisica della persona (danno biologico permanente) pari al 30%. L'invalidità temporanea invece, viene ivi appurata in: -giorni 90 di inabilità temporanea assoluta; -giorni 100 di inabilità temporanea parziale al 75%; -giorni 190 di inabilità temporanea parziale al 50%.

Parte attrice argomentava in punto di diritto che è principio acquisito in giurisprudenza che la responsabilità correlata all'esercizio dell'attività medica deve essere ricondotta al paradigma dell'art. 1218 c.c. avuto riguardo non solo alla posizione del singolo professionista, ma anche a quella della struttura sanitaria nel suo complesso (cfr., ex plurimis, Cass. civ., Sez. U., 11.1.08,



n. 577; Cass. civ., 18.9.09, n. 20101; Cass. civ., 26.1.10, n. 1538; Cass. civ., 21.7.11, n. 15993).

A mente della giurisprudenza della Corte di Cassazione la struttura sanitaria "risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 c.c., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 c.c., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale, e ciò anche quando l'operatore non sia un suo dipendente" Cass. Sez. Ili, n. 1043 del 17/01/2019. Ciò importa, sotto il profilo probatorio, che l'attore deve provare la esistenza del contratto (o il contatto sociale qualificato) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia con l'allegazione di qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno (cfr., sul punto, ex plurimis, Cass. civ., Sez. Un., 11.1.08, n. 577; Cass. civ., 21.7.11, n. 1593; Cass. civ., 26.2.13, n. 4792; Cass. civ., Sez. Ili, 12.12.13, n. 27855; Cass. civ., Sez. III, 9.10.12, n. 17143; Cass. civ., Sez. Ili, 16.1.09, n. 975). L'attore ha, dunque, solo l'onere di allegare (ma non di provare) la colpa del medico o della struttura sanitaria; sarà quest'ultima, invece, a dover provare che l'eventuale insuccesso dell'intervento, rispetto a quanto concordato o ragionevolmente attendibile, è dipeso da causa a sé non imputabile (cfr. Cass. civ., Sez. Ili, 9.10.12, n. 17143; Cass. civ., Sez. Ili, 16.1.09, n. 975). Nel caso in esame il contratto è comprovato dalla documentazione di cui alla cartella clinica che ricostruisce l'esecuzione della prestazione sanitaria dedotta presso l'Ospedale P., mentre le inadempienze di cui è responsabile la struttura sanitaria, riguardano l'erroneità delle terapie, chirurgiche e non, somministrate al sig. P. R., poiché concretamente, e non solo astrattamente, idonee a causare i danni di cui il paziente in questa sede si duole. Deve inoltre considerarsi che "in tema di responsabilità professionale del medico, il nesso causale sussiste anche quando, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si possa ritenere che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto fondate possibilità di evitare il danno" (cfr. Cass. civ., Sez. Ili, 27.4.10, n. 10060; Cass. civ., Sez. III, 9.6.11, n. 12686). Nel caso in esame il ricorso a tale criterio probabilistico non è necessario, atteso che la riuscita del secondo intervento, posto in essere in ossequio alle corrette modalità terapeutiche, ha avuto esito positivo nonostante le condizioni di salute del paziente non fossero nel frattempo migliorate, ma anzi fossero peggiorate proprio in conseguenza del primo intervento. Ciò dimostra logicamente e senza possibilità di smentita alcuna che laddove il primo intervento fosse stato eseguito con il - corretto - trattamento chirurgico di apposizione di placca con viti, anziché chiodi con ancora endomidollare, questo avrebbe condotto alla guarigione del paziente in tempi ben più rapidi e



senza i gravi postumi permanenti verificatisi. Sulla scorta di quanto appena dedotto, l'Azienda X deve ritenersi gravata del risarcimento di tutti i danni subiti dal paziente.

Parte attrice inoltre argomentava sul 'quantum'.

L'Azienda X, nel costituirsi, impugnava e contestava le avverse deduzioni e pretese, segnalando che grava sull'attore l'onere della prova, allo stato non fornita, della sussistenza del nesso causale, sia materiale che giuridico, tra le condotte censurate e l'evento lamentato. Richiamava sul punto che la Suprema Corte ha affermato il seguente principio di diritto: "In tema di responsabilità dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione Sanitaria, inquadrabile nella responsabilità contrattuale, è a carico del danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei Sanitari, restando a carico di questi ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto ed imprevedibile ..." (Cass. Civ., Sez. 11, 24.5.2006, n. 12362). Anche secondo il più recente orientamento della giurisprudenza di legittimità, il preteso danneggiato da responsabilità professionale sanitaria deve provare non solo il danno che lamenta avere subito ma anche il nesso causale tra lo stesso e la condotta commissiva o omissiva. Dunque, non solo il danno (causalità giuridica) ma anche la sua eziologia (causalità materiale) è parte del fatto costitutivo che l'attore deve provare.

Ancora sullo stato di incertezza nell'ambito del nesso causale: "Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del Sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata." (Tribunale di Udine, sez. I, 27.7.2018, n. 954). Da ultimo è nuovamente intervenuta la S. C., confermando il precedente orientamento: "Ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del Sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del Sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso l'impossibile esatta esecuzione della prestazione" (Cass. civ., 11.11.2019 n. 28991).

Nello specifico, l'Azienda X, dopo aver ricostruito la vicenda medica, rilevava, riguardo al trattamento chirurgico, che, come da referto, l'intervento consisteva nella infissione endomidollare di chiodi metallici, associata all'applicazione di cerchiaggio per la sintesi della



frattura a tre frammenti (da precisare che nella copia della cartella veniva erroneamente inserita l'immagine amploscopica di una placca e viti applicate per una frattura di omero non diafisaria non corrispondente alla tipologia dell'intervento effettuato, come si evince dalle generalità del paziente e dalla data sopra riportata). La radiografia postoperatoria evidenziava una buona riduzione della frattura. Ciò detto, la tecnica chirurgica posta in essere dai sanitari dell'Azienda convenuta, ancorché corretta, non garantì una consolidazione della lesione fratturativa omerale. Venne proposto, pertanto, un nuovo intervento di stabilizzazione che il paziente preferì effettuare presso diverso nosocomio: fu in tale occasione eseguito innesto osseo e sintesi con placca e viti ma, anche in questo caso, il risultato non fu risolutivo non essendo stata ottenuta la consolidazione ossea ed essendo rimasta la stabilità dell'omero garantita esclusivamente dai mezzi di sintesi. Considerato inoltre che la lesione di partenza era oggettivamente molto grave, il quadro clinico è allora da ascrivere agli esiti della primitiva lesione. Riguardo, poi, all'anemia postoperatoria riscontrata in terza giornata, pur non essendo state sollevate specifiche censure in merito, si riteneva opportuno precisare, che si trattava di evento non improbabile, vista la patologia emofiliaca ed epatopatica del paziente (ed infatti, la stessa rientrava tra le complicanze illustrate nel consenso informato, sia nella parte generale che nella parte della eventuale emotrasfusione). In ogni caso, al verificarsi di tale condizione, veniva proposta, come da cartella clinica, emotrasfusione, rifiutata, però, dal paziente, nonché richiesta ulteriore consulenza ematologica con prescrizione di terapia marziale e di fattore IX. Dopo due giorni, il consulente ematologo autorizzava la dimissione prescrivendo terapia domiciliare. Ebbene, intanto è da segnalare che il trattamento di un paziente affetto da Emofilia B, Beta Talassamia ed epatopatia HCV correlata non è cosa semplice qualora lo stesso debba essere sottoposto ad intervento chirurgico per il quale sono prevedibili sanguinamenti anche nei soggetti normali. Nel caso di specie le difficoltà furono egregiamente superate dall'attento e minuzioso studio del FIX, della sua correzione a percentuali assolutamente accettabili; prova ne sia che non vi fu alcuna conseguenza emorragica post-operatoria al di là di un decremento dei valori di emoglobina per i quali fu prontamente proposta emotrasfusione, volontariamente rifiutata dal Sig. P. R.. In ogni caso, resta il fatto che parte avversa, evidentemente rivalutando il comportamento dei sanitari alla luce degli esiti del precedente giudizio, ha rinunciato ad avanzare ancor oggi contestazioni in merito. Ed infatti, parte attrice ha intentato l'odierna azione di merito senza citare il pregresso giudizio ex art. 696 e 696 bis c.p.c. promosso dinanzi il Tribunale Civile di T. (R.G. 4272/15; Dott. C.) avverso l'Azienda attualmente convenuta e la F. Srl., casa produttrice della scala dalla quale il Sig. P. R. ebbe a cadere. Dimentica, infatti, controparte che in quel giudizio venne



espletata CTU, a firma del Dott. M. F., totalmente assolutoria nei confronti dei sanitari dell'O.C.

di P. che ebbero in cura il P. R.

Ed ancora, la convenuta, in ordine al consenso, faceva presente che sono presenti in cartella clinica: a) consenso informato per l'esecuzione di procedure diagnostiche e trattamenti terapeutici di 14 pagine da pagina 35 a pagina 48 comprensivo delle complicanze, datato 16 (o 18) marzo 2013: ACCONSENTE (con consenso informato per trasfusioni di sangue o emoderivati in data 16 marzo 2013 alla pagina 46); b) modulo di informazione e consenso all'anestesia del 18 marzo 2013 (pagina 34); c) consenso informato per l'esecuzione di procedure diagnostiche e trattamenti terapeutici di 14 pagine da pagina 13 a pagina 26 comprensivo delle complicanze, datato 22-03-2013 (15?): NON ACCONSENTE. Alla pagina 55 il consenso al trattamento dei dati personali è non riempito e non firmato. Il consenso informato per l'intervento subito in data 19 marzo 2013 presso l'Ospedale di P. risulta espresso. Altrettanto per quanto concerne il Policlinico di M.

L'Azienda X svolgeva anche considerazioni in ordine al barème valutativo utilizzato, ed in ordine alla durata della inabilità temporanea eccependo che controparte, nel formulare le sue censure, si è semplicemente limitata ad applicare il criterio del post hoc ergo propter hoc, così ignorando quello della prognosi postuma nonché disattendendo la regola del "più probabile che non".

Con riguardo all'elemento soggettivo, rilevava che i Sanitari che hanno tenuto in cura il P. R. si sono scrupolosamente attenuti alle linee guida ed ai protocolli previsti per casi consimili, opportunamente adeguandoli a quello in esame secondo la migliore pratica medica; hanno quindi tempestivamente formulato la corretta diagnosi, secondo quelle che erano le evidenze cliniche, e posto in essere con la massima diligenza e perizia ogni azione utile a preservare la salute del paziente. Valga comunque anche per il caso di specie il seguente principio di diritto: «... nelle obbligazioni di diligenza professionale, la prestazione oggetto dell'obbligazione non è la guarigione dalla malattia o la vittoria della causa, ma il perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore ...» (Cass. civ., Sez. III, 11 novembre 2019 n. 28891 e n. 28892).

D'altro canto già accorta e dotta giurisprudenza di merito aveva sottolineato la necessità di recuperare il senso sostanziale dell'art. 2236 a cui "anche nello spirito riequilibratore operato dalla recente legge 24/2017" occorre "dare il corretto significato" valorizzando il principio per il quale "non può ritenersi in colpa (da intendersi grave e quindi giuridicamente significativa) il medico che, in presenza di problemi tecnici di speciale difficoltà si sia attenuto alle linee guida o esse mancando, alle buone pratiche cliniche-assistenziali, quali che siano stati i risultati dell'intervento dal medesimo effettuato" (Trib. Roma, 1.2.2018, Dott. Cons. Monconi). In ogni



caso, nella denegata ipotesi in cui le controparti riuscissero a fornire la prova del nesso causale materiale e della riconducibilità alla condotta dei medici, sempre che presenti profili di colpa, di un evento dannoso effettivo, la responsabilità dell'esponente dovrebbe essere limitata in ragione del solo apporto causale della condotta antidoverosa dei sanitari suoi dipendenti, escludendo pertanto le sequele attribuibili a concause naturali o comunque ad altri fattori causali.

A tal proposito infatti è da dirsi che qualora la produzione di un evento dannoso risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, se da un lato l'autore del fatto illecito o il debitore inadempiente risponde, in base ai criteri della causalità naturale, di tutti i danni che ne sono derivati, a nulla rilevando che gli stessi siano stati concausati anche da eventi naturali, dall'altro questi ultimi rilevano ai fini della stima del danno, ossia sul piano della causalità giuridica, determinando il danno risarcibile sia in ragione della differenza tra lo stato complessivamente presentato dal danneggiato dopo il fatto e lo stato pregresso, sia alla stregua della situazione che si sarebbe determinata se non fosse intervenuto il fatto lesivo imputabile (Cass. Civ., Sez. Ili, 18.4.2019 n. 10812; Cass. civ., 20.11.2017, n. 27524; Cass. civ., 13. 11.2014, n. 24204; Cass. civ., 21.7.2011, n. 15991).

Ulteriormente argomentava la convenuta in merito al quantum, concludendo nei seguenti termini: in via principale accertare e ritenere l'assenza di qualsivoglia nesso di causa, sia materiale che giuridico, tra gli eventi ex adverso lamentati in termini di danno e le condotte riferibili alla convenuta nonché la conformità di tali condotte alle regole dell'arte medica; con conseguente rigetto degli addebiti e delle domande di parte attrice, siccome del tutto destituiti di fondamento in fatto ed in diritto e comunque non provati; in via subordinata, volersi accertare con rigore l'entità dei danni risarcibili (da limitarsi al maggior danno iatrogeno) realmente subiti dall'attore e strettamente riconducibili alla condotta censurata, previo accertamento dell'esistenza e graduazione del nesso eziologico anche con riguardo all'eventuale apporto causale della condotta del paziente (da valutarsi ai sensi e per gli effetti dell'art. 1227 c.c., I e II comma e dunque, rispettivamente, quale causa dell'evento lamentato -o quanto meno concausa dominante- e/o, in subordine, quale condotta colposa del danneggiato idonea ad aggravare le conseguenze dannose, sempre che siano tutte causalmente ricollegabili al sinistro di che trattasi) o di eventuali terzi.

Vi è da dire che, nel corso del giudizio, sulle richieste istruttorie delle parti il precedente istruttorie si pronunciava sulla ritenuta non necessità dei mezzi di prova orale richiesti dall'attore, ritenendo unicamente necessaria c.t.u. medico legale collegiale. Inoltre era disposta l'acquisizione e l'allegazione dell'a.t.p. iscritto al n. 4275/15 R.G. Tribunale di T.



Ebbene, ai fini della decisione, risulta imprescindibile riportarsi alla ricostruzione ed alle valutazioni espresse in sede di CTU dal collegio incaricato, da cui non è motivo di discostarsi. Si riportano pertanto i punti salienti:

... dall'esame della documentazione sanitaria esibita emerge che il Signor P.R. , affetto da emofilia B, il 14 marzo 2013, a seguito di caduta accidentale, fu accompagnato al pronto soccorso del presidio ospedaliero di T. ove fu sottoposto ad accertamenti clinico-strumentali da cui emerse la frattura dell'omero sinistro scomposta con successivo trasferimento presso il Presidio Ospedaliero di P. ove fu sottoposto a riduzione della frattura e trazione dell'arto superiore fino a che il 19 marzo 2013 fu sottoposto ad intervento chirurgico di osteosintesi. Nel periodo successivo all'intervento fu rilevata l'evoluzione in pseudoartrosi della frattura diafisaria trattata chirurgicamente che richiese un intervento di bonifica del focolaio di pseudoartrosi, effettuato in data 29 gennaio 2014, presso l'IRCCS ...Policlinico di M. Prima di passare ad analizzare il caso in parola è necessario precisare che il trattamento delle fratture diafisarie dell'omero rimane ancora oggi dibattuto e controverso. L'approccio conservativo, diffuso da Sarmiento a metà degli anni '70, mediante impiego di presidi gessati funzionali o di tutori prefabbricati su misura, ha consentito di ottenere buoni risultati anche in considerazione del fatto che vizi di consolidazione con un angolo anteriore di meno di 20° o un varo di 30° sono solitamente ben tollerati sia funzionalmente che esteticamente (17-18). I presidi gessati, tuttavia, sono poco tollerati e lunghi periodi di immobilizzazione possono portare ad una rigidità della spalla cosicché, in alcuni gruppi di pazienti (con trauma toracico associato o insufficienza respiratoria cronica, alcolismo, obesità, soggetti poco collaboranti) e nel caso di particolari caratteristiche delle fratture (esposte, patologiche, fratture con vizio di consolidazione e severo interessamento dei tessuti molli) è preferibile il trattamento chirurgico. Le fratture diafisarie d'omero che non possono essere risolte con il semplice trattamento incruento sono quelle in cui la riduzione è inaccettabile, quelle esposte o bifocali, quelle associate a lesioni neurologiche periferiche o in soggetto con grave compromissione delle condizioni generali in cui è necessario eseguire l'intervento di osteosintesi in tempi brevi.

La fissazione endomidollare delle fratture omerali è stata eseguita nel tempo con chiodi tipo Rush, Kuntscher, elastici tipo Ender, bloccati o introdotti per via anterograda tipo Seidel, fino ad arrivare ai chiodi semielastici introdotti per via retrograda tipo Marchetti-Vincenzi(1-9). La sintesi con placca delle fratture diafisarie dell'omero (10-14) è stata, prima che i chiodi endomidollari dell 'omero diventassero una tecnica largamente diffusa, la metodica più largamente utilizzata in quanto in grado di garantire risultati anatomici e funzionali eccellenti seppur non scevra di rischi quali infezioni, fallimenti meccanici in ossa osteoporotiche e possibili



lesioni iatrogene. Di conseguenza, si è diffuso l'uso dei fissatori interni di nuova generazione basati su un sistema placca-vite in cui le viti vengono bloccate alla placca sull'osso con un minor danno alla vascolarizzazione periostale (15-16). Lo sviluppo della placca a foro misto LCP ne rappresenta l'ulteriore evoluzione in quanto consente a seconda delle diverse tipologie di frattura e in base alla qualità dell'osso un impiego differente: come placca in compressione tradizionale, come fissatore interno bloccato o eventualmente combinando in parte le metodiche(16) . In letteratura sono stati descritti svariati dispositivi per la sintesi chirurgica, ciascuno presentava delle limitazioni: -l'osteosintesi con placca e viti ha lo svantaggio di prevedere un'incisione piuttosto estesa con coinvolgimento dei tessuti molli, un danno potenziale del nervo radiale (19-20) e nel caso di un osso osteoporotico la fissazione può essere molto instabile (21-24); -i chiodi endomidollari non bloccati come il chiodo di Rush o di Kuntscher hanno poca stabilità e possono migrare, compromettendo le articolazioni adiacenti (25); -i chiodi di Seidel anterogradi hanno dato ottimi risultati per quanto concerne la percentuale di consolidazione (25-26) ma il controllo in rotazione è difficoltoso ed anche la funzionalità della spalla risulta compromessa (28-29). Alcuni autori hanno dimostrato di avere una bassa percentuale di complicanze intraoperatorie utilizzando procedure di inchiodamento retrogrado diversamente da quanto si verifica nell'inchiodamento anterogrado. Nel caso in esame, come evidente dalle immagini radiografiche effettuate nell'immediatezza del trauma (Fig.1), la frattura necessitava di trattamento chirurgico non essendo ipotizzabile un trattamento di tipo incruento.Relativamente alla scelta del mezzo di sintesi va considerando che il R. è un soggetto emofiliaco e pertanto un trattamento iniziale con placca e viti avrebbe previsto una ampia dissezione dei tessuti molli, dei muscoli e del periostio e pertanto sarebbe potuto essere responsabile di un sanguinamento poco controllabile. Tale considerazione ha imposto la scelta un trattamento alternativo (Fig.2) valido per il consolidamento della frattura che avrebbe ridotto il rischio sanguinamento riservando la osteosintesi rigida con placca al solo trattamento di una eventuale complicanza...

Anche l'uso alternativo di un chiodo centromidollare poteva essere una scelta valida ma è necessario considerare tuttavia che, rispetto ai chiodi elastici avrebbe aumentato le possibilità di sanguinamento in quanto avrebbe richiesto la alesatura del canale midollare mentre il mezzo di sintesi impiegato dai sanitari dell'Ospedale di P. (fili elastici di grande diametro in numero di 2 in associazione ad una tutela di immobilizzazione dell'arto superiore) permetteva di ridurre i rischi di tale possibilità di sanguinamento ed una sufficiente stabilizzazione e riduzione della frattura. Per analizzare se il ritardo di consolidazione della frattura, evidenziabile nell'esame Rx del 18/10/13 (Fig.3), vada inteso come conseguenza dell'inadeguata esecuzione tecnica della



metodica ovvero come complicanza, va precisato che il P. R. è affetto da emofilia B, caratterizzata dall'assenza ovvero da bassi livelli del fattore IX (FIX) della coagulazione...

L'Emofilia, di cui esistono due tipi (il tipo A ed il tipo B), è una malattia emorragica caratterizzata dal difetto congenito qualitativo o quantitativo di un fattore della cascata coagulativa.

Nei difetti coagulativi le emorragie non sono superficiali (cutaneo-mucose) come nei difetti piastrinici ma sono tipicamente profonde rappresentate da ematomi del sottocute o muscolari, sanguinamenti all'interno delle cavità articolari (emartri) spontanei o dopo traumi modesti o, più raramente, della cavità addominale (emoperitoneo). Tipicamente le emorragie da difetto coagulativo non sono immediate ma, insorgono a distanza di tempo (tempo di latenza) dopo una ferita accidentale o chirurgica ed il sanguinamento tende a recidivare dopo rimozione della pressione locale. L'Emofilia A è una patologia ereditaria trasmessa come carattere legato al cromosoma X, dovuta alla ridotta o assente produzione di Fattore Vili o alla produzione di una molecola di Fattore Vili strutturalmente abnorme.

L'Emofilia B è anch'essa ereditaria trasmessa come carattere legato al cromosoma X e dovuta alla ridotta o assente produzione di fattore IX (fattore di Christmas) o alla produzione di Fattore IX strutturalmente abnorme; circa il 15-20% di soggetti con Emofilia A ed il 3-5%> di quelli con Emofilia B sviluppa un inibitore, un anticorpo (immunoglobulina IgG) rivolto contro il FVIII o contro il FIX rispettivamente. Ciò rappresenta una grave complicanza in quanto tali soggetti quando vanno incontro a sanguinamenti spontanei sono refrattari alla terapia. L'emorragia viene usualmente trattata, nel tipo A, mediante la somministrazione e.v. di concentrati liofilizzati di FVIII e nel tipo B, mediante l'uso di concentrati di FIX. A ciò va aggiunto che in diversi studi è stata descritta una diminuzione della densità minerale ossea media nei pazienti emofilici rispetto ai controlli sani tanto che l'osteoporosi potrebbe essere una comorbilità correlata all'emofilia. Nessuno dei seguenti fattori di rischio analizzati dai diversi studio (ridotta attività fisica, danno articolare, carenza di vitamina D e/o infezione da virus dell'epatite C (HCV)) è stato ritenuto una causa di osteoporosi nei pazienti emofilici; un'altra ipotesi è che la perdita ossea potrebbe essere direttamente collegata alla carenza di FVIII o FIX e/o di trombina. Da ciò consegue che l'evoluzione pseudoartrosica del focolaio di frattura non vada intesa come conseguenza dell'errata scelta e/o esecuzione tecnica ma come complicanza, considerando che il mezzo di sintesi individuato può considerarsi adeguato, considerando che il posizionamento del mezzo di sintesi è corretto, considerando la buona riduzione della frattura, considerando l'integrazione farmacologica sostitutiva del fattore IX nel periodo peri-intervento, considerando l'aumentato rischio di sanguinamento tipico dell'emofilia e l'indubbia incidenza di tale



condizioni patologica sullo “stato di salute dell’osso”; in altre parole, l’evoluzione pseudoartrosica è da intendersi come evento latamente prevedibile ma non prevenibile da correlarsi sia al tipo di frattura che alle condizioni patologiche preesistenti al trauma e non all’errata scelta/esecuzione tecnica dell’intervento chirurgico di osteosintesi. Il 25 settembre 2023 è stata inoltrata la relazione preliminare alle parti ed entro i termini concessi non sono pervenute osservazioni. **RISPOSTA AL QUESITO:** In riferimento al quesito postoci è possibile asserire che: 1 .il Signor P.R. , affetto da emofilia B, il 14 marzo 2013, a seguito di caduta accidentale, fu accompagnato al pronto soccorso del presidio ospedaliero di T. ove fu sottoposto ad accertamenti clinico-strumentali da cui emerse la frattura dell’omero sinistro scomposta con successivo trasferimento presso il Presidio Ospedaliero di P. ove fu sottoposto a riduzione della frattura ed in data 19 marzo 2013 ad intervento chirurgico di osteosintesi; a seguito dell’evoluzione in pseudoartrosi della frattura diafisaria il soggetto fu sottoposto, in data 29 gennaio 2014, ad intervento chirurgico di bonifica del focolaio di pseudoartrosi, presso l’IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico di M. 2. non si ravvisano elementi di censura nell’operato dei sanitari in merito al mezzo di sintesi impiegati ed in merito all’esecuzione tecnica dell’intervento cosicché l’evoluzione pseudoartrosica della frattura diafisaria va intesa come complicanza, ovvero come evento latamente prevedibile ma non prevenibile. 3. Il quadro clinico attualmente rilevabile non è correibile all’errato operato dei sanitari che ebbero in cura il P. R.

Va considerato quanto segue sul piano del diritto.

Anzitutto, è pacifico che il paziente che intende ottenere il risarcimento dei danni asseritamente subiti per responsabilità medica, deve dimostrare il nesso causale tra la condotta del sanitario e l’evento dannoso subito. Non è invece tenuto a provare la violazione delle *leges artis* durante l’esecuzione della prestazione sanitaria. Questo onere ricade sulla struttura sanitaria o sul professionista, che devono contestare la domanda di risarcimento dimostrando la correttezza della prestazione o che l’inadempimento è dovuto a una causa non imputabile. In particolare, questo principio è stato ribadito dalla Corte di Cassazione con l’ordinanza 5 marzo 2024, n. 5922, nella quale è stata sottolineata. Cassazione chiarisce anche la differenza tra nesso causale e inadempimento. Il nesso causale è la relazione tra la condotta del sanitario e il danno subito dal paziente. È un concetto relazionale che identifica l’azione del sanitario come causa diretta del danno. L’inadempimento, invece, si riferisce alla mancata esecuzione o all’errata esecuzione della prestazione sanitaria secondo le regole della buona pratica medica. Mentre il paziente deve dimostrare il nesso causale, è compito della struttura sanitaria dimostrare che non vi è stato inadempimento o che questo è dovuto a cause non imputabili alla struttura stessa. Secondo



l'insegnamento della Corte, pertanto, in ambito di responsabilità sanitaria, il nesso causale non è una mera circostanza di fatto, ma un concetto relazionale che identifica una relazione tra due eventi, dove uno è la conseguenza dell'altro. Si utilizza il criterio della preponderanza dell'evidenza ("del più probabile che non"), distinto dalla prova "oltre ogni ragionevole dubbio" richiesta nel giudizio penale. La regola probatoria per l'accertamento del nesso causale, si specifica poi in due criteri distinti, quella del "più probabile che non" secondo cui il giudice valuta se una certa condotta è causa di un evento dannoso basandosi sulla probabilità maggiore che l'evento sia conseguenza della condotta piuttosto che no, l'altra del criterio della prevalenza relativa, secondo cui il giudice valuta se la probabilità che una condotta sia la causa di un evento dannoso prevale sulle probabilità delle altre cause alternative o concause esistenti. Conseguentemente, qualora l'evento dannoso sia ipoteticamente riconducibile ad una pluralità di cause, in applicazione progressiva dei due criteri, il giudice di merito deve prima eliminare le ipotesi meno probabili, analizzare quelle rimanenti più probabili e scegliere quella con il maggior grado di conferma, basandosi su un ragionamento inferenziale. Inoltre, il giudice, in applicazione di entrambi i criteri, nell'effettuare il ragionamento inferenziale probatorio, tiene conto, nell'esercizio del potere di libero apprezzamento della qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili per determinare il grado di conferma necessario per ritenere provati i fatti allegati e formulare un giudizio. La decisione chiarisce che la mancata dimostrazione, da parte del paziente, di elementi fattuali facilmente provabili non pregiudica necessariamente l'esito del giudizio. Non spetta, infatti, al paziente dimostrare l'errore medico; questo compito ricade interamente sull'ente ospedaliero. Quanto sopra si raccorda anche alla considerazione che sul paziente-danneggiato incombe l'onere probatorio alla stregua del primo comma dell'art. 2697 c.c., secondo cui "chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento". Chi lamenta il danno deve dunque provare il fatto lamentato, le conseguenze che ne sono derivate e anche il nesso causale tra fatto e pregiudizio. Non solo quindi il danno, ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore provare; quand'anche si discuta di responsabilità contrattuale, la previsione dell'art. 1218 c.c. solleva infatti il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento. La previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nella opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla (cfr. Cass. S.U.



n. 13533/2001), ma tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha dunque ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il già richiamato principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. Anche nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, pertanto, è onere del paziente danneggiato dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento. Su questo aspetto, va rammentato che una delle teorie del nesso causale che si riscontra nell'ordinamento giuridico è quella della "regolarità causale", per la quale un danno è conseguenza di un fatto qualora ne costituisca un effetto normale. Va però anche ricordato che, almeno a partire dal 2008, è stata accolta con favore la teoria della "preponderanza dell'evidenza", altrimenti detta del "è più probabile che non". La Cassazione a Sezioni Unite, infatti, ha affermato che in assenza di norme civili che specificamente regolino il rapporto causale, occorre fare riferimento ai principi generali di cui agli artt. 40 e 41 c.p.: un evento, quindi, è da considerare causato da un altro se, ferme restando le altre condizioni, il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo (cosiddetta teoria della *condicio sine qua non*) (Cass. Sez. Un. 11.01.2008, n. 581).

Deve essere però chiaro che l'analisi sul nesso causale non va svolta in termini di certezza assoluta («oltre ogni ragionevole dubbio», come in sede penale) né di mera possibilità, quanto piuttosto in termini di rilevante probabilità, nel senso cioè che l'azione o l'omissione del medico deve avere causato il danno lamentato dal paziente con un grado di efficienza causale così alto da rendere più che plausibile l'esclusione di fattori concomitanti o addirittura assorbenti. Il concetto di "rilevante probabilità" rifugge poi da valutazioni aprioristiche e non può essere ancorato esclusivamente alla determinazione quantitativa/statistica delle frequenze di classi di eventi ma richiede una valutazione caso per caso, all'esito della quale potrà affermarsi che il nesso causale sussiste ogni qualvolta una certa causa ha una probabilità più alta rispetto ad altre cause aventi una probabilità inferiore. Infine, occorre ricordare che il nesso causale è escluso quando interviene una causa autonoma e successiva che si inserisce nel processo causale in maniera eccezionale ed imprevedibile interrompendolo e non quando si verifica una causa successiva, che abbia soltanto accelerato un evento che si sarebbe comunque verificato, secondo una valutazione caratterizzata da un elevato grado di probabilità logica.

Tenuto conto di questi principi si perviene al rigetto della domanda per le dirimenti risultanze della ctu, che portano ad escludere, anzitutto, la scorrettezza dell'operato dei sanitari, anche in relazione alle condizioni soggettive del paziente e, in base al criterio del più probabile che non, la ragionevole esclusione del nesso causale tra le scelte dei sanitari e il pregiudizio lamentato dal paziente.



D'altra parte, sotto il profilo delle complicità, il collegio peritale è stato molto chiaro anche nel rilevare che tutti gli elementi della vicenda portano a ritenere che le stesse nel caso concreto fossero prevedibili ma non evitabili.

Per completezza va rappresentato che non risulta acquisita dalla cancelleria la documentazione inerente l'ATP svolta a T.

Infatti le risultanze della svolta ctu sono, come già detto, dirimenti ed univoche, per cui sembrano inutili ulteriori approfondimenti, che non potrebbero mutare gli esiti della valutazione del caso, anche considerato.

In ogni caso, giova segnalare che dalle copie prodotte dalla difesa di parte convenuta emerge che in quel procedimento, i medici rilevavano: esiti di frattura traumatica dell'omero sinistro in paziente destrimane emofiliaco e con altre comorbidità. Tali esiti non sono riconducibili alle attività mediche o omissioni poste in essere da personale dipendente della Azienda X ... Vi sono state cause concorrenti, di natura patologica non iatrogena, determinanti e significativamente incidenti sia nella realizzazione della inabilità temporanea che dei postumi invalidanti. Il danno realizzatosi è ricompreso delle c.d. complicità del trattamento chirurgico.

Si perviene dunque al rigetto della domanda. La natura non semplice della questione medica ed il fatto che la causa è stata introdotta sulla base di una consulenza tecnica di parte, appare congruo compensare metà delle spese del giudizio con condanna della parte soccombente al pagamento dell'ulteriore metà e con onere a suo carico di tutte le spese di ctu.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

rigetta la domanda e compensa nella metà le spese di giudizio condannando la parte attrice al pagamento di metà delle spese di giudizio in favore di controparte; spese liquidate per l'intero in complessivi euro 11.229,00 oltre accessori, ponendo inoltre a suo carico in via definitiva le spese di ctu.

Pescara, 16 gennaio 2025

Il Giudice
dott. Rossana Villani

