

Abstract. È risarcibile come danno patrimoniale e, di conseguenza, in aggiunta a quello non patrimoniale, il pregiudizio subito da una casalinga a causa della produzione di una grave infermità determinata da trattamenti sanitari mal somministrati. Nonostante l'attività domestica in questione non determini la corresponsione di alcuno stipendio, la stessa è comunque suscettibile di valutazione economica e la sua lesione andrà risarcita in base ai principi espressi dagli artt. 4, 36 e 37 Cost. che, combinati fra loro, esprimono la necessità di tutelare al massimo grado ogni tipo di forma di lavoro. La liquidazione del suddetto danno patrimoniale dovrà essere effettuata in via equitativa.

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI TERNI

in composizione monocratica, nella persona del dr. -----, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al nnnn. del ruolo generale per gli affari contenziosi civili dell'anno -----, posta in decisione all'udienza del -----, e vertente

TRA

XXXX elettivamente domiciliata in Terni, -----, presso lo studio del procuratore, Avv. OOOO, del foro di TTTT, che la rappresenta e difende per procura estesa in calce alla citazione;

ATTORE

AZIENDA OSPEDALIERA YYYY, elettivamente domiciliata in Terni, -----, presso lo studio del procuratore, Avv. LLLL, che la rappresenta e difende per procura estesa in calce alla comparsa di risposta;

CONVENUTO

OGGETTO: altri contratti atipici

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni del ----- i procuratori delle parti hanno così rassegnato le proprie conclusioni: come da verbale d'udienza del ----
-----;

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione notificato il 5 giugno 2008 XXXX convenne in giudizio l'**AZIENDA OSPEDALIERA YYYY**, esponendo: che il 28 febbraio 2001, a seguito di un episodio di sincope post minzionale, veniva ricoverata presso la divisione di cardiologia dell'azienda ospedaliera convenuta; che in sede di ricovero le veniva somministrata aspirina, nella dose di 100 mg; che in questa stessa sede venivano programmati quattro esami strumentali da praticare alla paziente, rappresentati da ecocardiogramma, holter, SAIE, RX torace; che nonostante l'origine della sincope post minzionale può essere di natura cardiaca, la paziente veniva sottoposta ad una terapia antiaggregante evidentemente insufficiente (una sola dose di aspirina di 100 mg, a fronte delle linee guida internazionali che indicano quella idonea in 325 mg, seguita da una dose di mantenimento di 100 mg); che la predisposizione e somministrazione di un adeguato trattamento farmacologico antiaggregante e anticoagulante era particolarmente rilevante nel caso di specie, posto che l'attrice presentava molteplici fattori di rischio; che era corretta la programmazione, effettuata al momento del ricovero, dell'esame strumentale SAIE (studio aritmologico trans esofageo) soltanto all'esito della vana esecuzione dell'ecocardiogramma e dell'holter, stante l'invasività della prima indagine, provocativa di aritmie (a mezzo di shock elettrico) ad alto rischio quale la fibrillazione ventricolare; che una delle principali conseguenze negative provocabili dalle aritmie indotte era rappresentata, in particolare, dell'insorgere di formazioni emboliche; che, in difformità da quanto programmato al momento del ricovero, I sanitari del nosocomio ternano il 3 marzo 2001 sottoponevano la paziente a SAIE, senza fare precedere detto

esame dai meno invasivi ecocardiogramma e holter; che la paziente veniva sottoposta a SAIE senza alcuna preventiva terapia scoagulante (prescritta in letteratura stante i rilevanti rischi tromboembolici insiti nell'esecuzione di detta indagine) e previa sospensione del farmaco antiaritmico (seles beta) che le veniva somministrato; che i sanitari non acquisivano il consenso consapevole della paziente con riguardo all'esame strumentale da ultimo indicato; che nel corso della SAIE la paziente andava in fibrillazione atriale; che, accortosi di ciò, il cardiologo somministrava alla paziente dei farmaci anestetici; che a dispetto di quanto riportato dal cardiologo in cartella clinica (ove la durata della F.A. era indicata in 3 minuti) doveva ritenersi che l'aritmia cardiaca in questione si era protratta per almeno mezz'ora, stante la scelta dei sanitari di sottoporre la paziente ad anestesia; che nel pomeriggio del 3 marzo la paziente era colta da un altro fenomeno di F.A., che si era protratto per ore ed era regredito a seguito della somministrazione di propafenone per os; che la XXXX continuava a essere sottoposta ad alcuna terapia anticoagulante; che dopo poche ore dalla SAIE la XXXX era colta da ictus cerebrale cardioembolico (la FA è una patologia intrinsecamente produttiva di trombi nell'atrio sinistro che, per ragioni emodinamiche, finiscono nel circolo cerebrale); che l'ictus le cagionava un'emiparesi sinistra con atassia, e confusione mentale; che la XXXX a seguito dell'inadempimento contrattuale dell'azienda convenuta subiva delle lesioni personali, un danno patrimoniale di natura emergente e lucro cessante; che il primo era costituito dalle spese di assistenza e cura affrontate mentre il secondo era rappresentato dalla perdita del reddito figurativo che la giurisprudenza di legittimità riconosceva a seguito della riduzione della capacità di lavoro della casalinga; che l'attrice subiva peraltro un danno morale, da liquidarsi nella misura compresa tra il quarto e la metà del biologico e un danno esistenziale.

L' AZIENDA OSPEDALIERA YYYY, costituitasi, dedusse: che la sola presenza di una F.A. non era in grado di provocare l'insorgenza di coaguli intercardiaci; che le procedure di aritmologia cardiaca, anche nei pazienti affetti da FA, erano da praticare in presenza dell'indice INR inferiore a 1,5, a pena di rischio emorragico; che la SAIE non era qualificabile come un esame invasivo; che la XXXX era un soggetto che non presentava indici di rischio tromboembolico; che al momento del ricovero in pronto soccorso l'attrice presentava una sinciope post minzionale che rappresenta una patologia che non deve essere trattata con antiaggreganti o scoagulanti; che la paziente, all'atto del ricovero, era già affetta da diversi anni, almeno quattro, da cardiopalmo; che nel corso della prima giornata di ricovero la XXXX non presentava alcun episodio aritmico, sì che non vi era ragione per sottoporre la stessa a terapia anticoagulante o antiaggregante; che la sincope post minzionale, nel 98% dei casi, era un evento non correlato ad un episodio di FA; che la paziente non veniva anestetizzata ma, semplicemente, trattata con farmaci tranquillanti; che l'ETE cui la paziente veniva sottoposta dopo la SAIE non evidenziava la presenza di formazioni trombotiche intracavitari; che il danno patrimoniale da perdita di reddito figurativo era già ricompreso nel danno biologico; che il danno morale ed esistenziale lamentato dall'attrice era un evidente caso di duplicazione di poste risarcitorie.

MOTIVI DELLA DECISIONE OSSERVA

1. Principi in materia di responsabilità medica.

che la responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale (cfr. tra le molte, Cass. 22 novembre 1999, n. 589, est. Segreto); ai sensi dell'art. 1228 e.e. l'azienda ospedaliero risponde dei fatti colposi o dolosi dei terzi di cui si avvale per l'adempimento del contratto;

che la responsabilità dell'ente gestore del servizio ospedaliero ha

fondamento nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitaria per cui, accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale dell'ente; la responsabilità dell'ente ospedaliero (e del medico dipendente) postula la violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività sanitaria, tra i quali quello della diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività e che in rapporto alla professione di medico chirurgo implica scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale: il medico chirurgo è tenuto alla diligenza del debitore qualificato prevista dall'art. 1176, secondo comma, c.c. mediante il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica; il richiamo alla diligenza sta a significare applicazione di regole tecniche all'esecuzione dell'obbligo, e pertanto assume la valenza di un criterio generale ed oggettivo e non soggettivo; la diligenza assume nella fattispecie un duplice significato: parametro di imputazione del mancato adempimento e criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione: nella diligenza è compresa la perizia, da intendersi come conoscenza ed attuazione delle regole tecniche proprie di una determinata arte o professione; **che** l'attività sanitaria è prestazione di mezzi, sì che incombe sul paziente l'onere di dimostrare quali siano state le modalità di esecuzione ritenute inadeguate; dalla natura contrattuale della responsabilità dell'ente gestore del servizio sanitario nei confronti del paziente discende l'applicazione diretta, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà la norma di cui all'art. 2236 c.c., che limita la responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave; tale limitazione attiene esclusivamente alla perizia, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza; incombe sulla struttura sanitaria l'onere di dimostrare che la prestazione (sanitaria) implicava la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà (cfr. Cass. 4 febbraio 1998, n. 1127); che nessuna incompatibilità deve dirsi sussistente tra la natura contrattuale della responsabilità dell'ente ospedaliero e del medico dipendente

e la risarcibilità del danno non patrimoniale subito dal paziente (ciò secondo la più recente ricostruzione ermeneutica della giurisprudenza di legittimità che riconduce all'art. 2059 e.e. anche il danno biologico, oltre che quello morale: cfr. Cass. 12 maggio 2003, n. 7281): a decidere della risarcibilità del danno non patrimoniale generato da un fatto illecito (*ex contractu*) è la natura dell'interesse leso (che deve essere di rilevanza costituzionale) e non quella della natura della responsabilità che viene in gioco (contrattuale o extracontrattuale); in questi termini ha espressamente concluso Cass. SS.UU. n. 26972 del 2008).

2. L'istruttoria.

che l'istruttoria svolta ha permesso di accertare: a) che il 28 febbraio 2001 la XXXX, affetta da una sincope post-minzionale, viene ricoverata presso il nosocomio ternano; in questa sede viene registrato un ECG che evidenzia ritmo sinusaie ed extrasistolia sopraventricolare; **b)** che alla paziente viene somministrata una dose di 100 mg. di aspirina e sospesa la terapia in atto con betabloccante; **e)** che il giorno successivo viene eseguito alla XXXX un ecocardiogramma transtoracico che evidenzia dati di normalità, non rilevando una valvulopatia mitralica significativa o una dilatazione atriale o un c.d. *smoke effect*, tali da costituire indicazione per una terapia anticoagulante in ritmo sinusaie; **d)** che il 3 marzo 2001 la paziente viene sottoposta a SAIE, interrotto per l'insorgenza nel corso dello stesso di una fibrillazione atriale (FA) protrattasi per 3 minuti; **e)** che alle ore 11 dello stesso giorno, la paziente è colta da una nuova FA, rispetto alla quale viene praticato un tentativo di cardioversione farmacologica mediante 300 mg di propafenone per os; **f)** che la paziente non è sottoposta a terapia scoagulante o antiaggregante né prima né dopo l'insorgere dei fenomeni di FA del 3 marzo 2001 (ad eccezione dei 100 mg di aspirina somministrati al momento del ricovero); **g)** che il predetto tentativo di cardioversione va a buon fine, posto che alle ore 18 dello stesso giorno si registra il ripristino del ritmo sinusaie (sul punto si rileva che in assenza di indicazioni specifiche in cartella

relative alla durata di tale secondo episodio di FA, lo stesso deve ritenersi si sia protratto dalle ore 11 alle 18); **h**) che durante la notte tra il 3 e il 4 marzo 2001 la paziente viene colta da un episodio sincopale con residua emiparesi sinistra; **i**) che il consulente neurologo ipotizza la genesi embolica del fenomeno e prescrive il mannitolo; **I**) che successive indagini radiologiche evidenziano un'area ischemico-emorragica temporale destra, interpretata a genesi cardioembolica; **m**) che l'ecocardio trans esofageo praticato alla paziente l'8 marzo 2001 non evidenzia alcuna trombosi intratriale; **n**) che la diagnosi di dimissione della paziente dalla divisione di neurologia del medesimo nosocomio, ove veniva trasferita, è la seguente: " infarto rosso in sede temporale destra e lenticolare destra a verosimile genesi embolica in paziente con parossismi di fibrillazione atriale; ipercolesterolemia"; **o**) che nel corso degli anni successivi l'attrice presenta periodi di ritmo sinusaie alternati a fenomeni di fibrillazione atriale; **p**) che nel novembre 2006 la XXXX subisce una frattura di femore con posizionamento di artroprotesi d'anca sinistra.

3. Nesso eziologico.

che nell'ambito della responsabilità civile un essenziale punto di partenza per l'indagine in merito alla sussistenza del c.d. rapporto di causalità in fatto (contrapposto alla causalità giuridica, nella quale sono determinate le conseguenze dannose che il responsabile dovrà risarcire, che rinviene la propria regolamentazione nell'art. 1223 c.c.) è rappresentato dalla teorica dell'equivalenza delle cause - che corrisponde al *but for* tesi di *common law* - e per la quale è causa ogni condizione in mancanza della quale l'evento non si sarebbe verificato; non ogni condizione astrattamente considerata, però, ma quelle che vengono in rilievo sulla base dello specifico criterio di imputazione che si ritiene operante nel caso di specie; nell'imputazione per colpa non la mera violazione di una regola di condotta è sufficiente a fondare la responsabilità, è necessario che risulti che quella violazione sia stata la causa dell'evento;

che ciò posto, la verifica della causalità richiede il ricorso al

giudizio contrafattuale "costituito secondo la tradizionale doppia formula, nel senso che: a) la condotta umana è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dal novero dei fatti realmente accaduti l'evento non si sarebbe verificato; b) la condotta umana non è condizione necessaria se, eliminata mentalmente mediante il medesimo procedimento, l'evento si sarebbe ugualmente verificato [...] si è osservato che in tanto può affermarsi che, operata l'eliminazione mentale dell'antecedente costituito dalla condotta umana, il risultato non si sarebbe verificato in quanto si sappia « già da prima » che da una determinata condotta scaturisca, o no, un determinato evento" (così Cass. pen. SS.UU. 10 luglio 2002, n. 27, Franzese, pres. Marvulli, est. Canzio). Lo schema condizionalistico deve pertanto essere integrato dal criterio di sussunzione sotto leggi scientifiche, che possono avere natura "universale" o "statistica", le quali ultime si limitano ad affermare che il verificarsi di un evento è accompagnato dal verificarsi di altro evento in una certa percentuale di casi e con frequenza relativa e non assoluta. L'individuazione della legge scientifica di copertura ha portata tipizzante, eliminando gli ampi margini di discrezionalità e indeterminatezza che, altrimenti, contrassegnerebbero il giudizio contrafattuale; nell'illecito omissivo improprio lo statuto logico del rapporto di causalità dovrà rispondere al quesito se, « mentalmente eliminato il mancato compimento dell'azione doverosa e sostituito alla componente statica un ipotetico comportamento dinamico corrispondente al comportamento doveroso, supposto come realizzato, il singolo evento lesivo, *hic et nunc* verificatosi, sarebbe, o non, venuto meno, mediante un enunciato esplicativo "coperto" dal sapere scientifico del tempo » (sempre Cass. pen. SS.UU. 10 luglio 2002); il giudice di legittimità nella pronuncia da ultimo citata rileva che il rapporto di causalità dovrà dirsi sussistente ogni qual volta, all'esito del ragionamento probatorio svolto con metodo induttivo, potrà concludersi che mediante il comportamento dovuto e omesso l'evento lesivo sarebbe stato impedito con alto grado di probabilità logica;

che in sede di imputazione della responsabilità civile i rigorosi criteri formulati dalla Suprema Corte ai fini dell'accertamento della causalità in sede di imputazione della responsabilità penale (che rispondono ad evidenti esigenze garantiste, nonché alla tassatività delle fonti di responsabilità penale e di personalità della stessa ex artt. 25 e 27 Cost.) possono però essere attenuati, considerando sufficiente che la condotta in esame abbia aumentato le probabilità di verificazione di eventi lesivi del tipo di quelli che la norma di condotta colposamente violata tendeva a prevenire;

che costituisce elemento del sistema della causalità materiale, operante sia in sede di imputazione della responsabilità civile che in quella del fatto-reato, il principio di equivalenza delle cause, posto dall'art. 41 c.p., in base al quale se la produzione di un evento è riferibile a più azioni od omissioni, deve riconoscersi ad ognuna di esse efficienza causale; tale principio trova il suo temperamento nel principio di causalità efficiente, desumibile dal secondo comma dell'art. 41 c.p., in base al quale l'evento dannoso deve essere imputato esclusivamente all'autore della condotta sopravvenuta, solo se questa condotta risulti tale da rendere irrilevanti le altre cause preesistenti, ponendosi al di fuori delle normali linee di sviluppo della serie causale già in atto (cfr. da ultimo Cass. n. 19297 del 2006); in sede civile si aggiunge che all'interno delle serie causali così individuate può essere dato rilievo esclusivamente a quelle relazioni causali che si presentino come effetto non del tutto imprevedibile, secondo il principio della c.d. regolarità causale (cfr. da ultimo Cass. n. 4791 del 2007);

che le critiche alla suddetta teoria della regolarità causale da parte della dottrina, la quale non ha mancato di sottolineare che ove il giudizio di causalità adeguata venisse compiuto con valutazione ex ante verrebbe a coincidere con il giudizio di accertamento della sussistenza dell'elemento soggettivo, sono state risolte dalla più recente giurisprudenza di legittimità precisando che ciò che rileva è che l'evento sia prevedibile "non da parte dell'agente ma, per così dire, da parte delle regole statistiche e/o scientifiche, dalla quale prevedibilità discende da parte delle stesse un giudizio di non

imprevedibilità dell'evento" (così Cass. SS.UU. n. 580 del 2008);

che, ferma la comunanza dei principi logico-giuridici che regolano il nesso causale, le Sezioni Unite della Corte di Cassazione con la citata sentenza n. 580 del 2008, ribadendo un principio già espresso dalla Terza Sezione Civile con sentenza n. 21619 del 2007, hanno rilevato che ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, nel senso che mentre nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" nel secondo vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti;

che anche la Corte di Giustizia CE ha finito per accogliere la tesi per cui la causalità non possa che poggiarsi su logiche di tipo probabilistico (con sentenze n. 295 del 13 luglio 2005 e n. 12 del 15 febbraio 2005, citate da Cass. SS.UU. n. 580 del 2008, la Corte europea ha accolto espressamente il criterio del "maggiormente probabile");

che, da ultimo, il giudice di legittimità, con la pronuncia n. 975 del 2009, resa in materia di responsabilità medica, ha statuito che, stante la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria dedotta in giudizio, grava sul danneggiato l'onere di fornire la prova del contratto 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 e imprevedibile; tuttavia l'insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o comunque con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito civilistico, consiste anche nella relazione probabilistica completa tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale,

del "più probabile che non";

4. Legge scientifica di copertura.

che il consulente tecnico d'ufficio, dr. PPPP, (nominato ex art. 22 disp. att. e.p.c. attingendo all'albo dei consulenti tecnici del Tribunale di -----), ha rilevato: 1) che la sincope post-minzionale è una forma di sincope neuromediata associata a specifiche circostanza, c.d. situazionale, e collegata ad un riflesso emodinamico (cardioinibizione o vasodepressione) di tipo viscerale; 2) che in relazione a detta tipologia non sono necessari trattamenti urgenti o specifici, ma è sufficiente rassicurare il paziente (in assenza di linee guida specifiche, si fa riferimento a quelle elaborate per la sincope dalla task force della Società Europea di Cardiologia del 2001); 3) che in relazione alla sincope post-minzionale non occorre intraprendere una terapia antiaggregante p anticoagulante, dal momento che tale patologia non può costituire, di per sé, causa di formazioni trombotiche; 4) che l'insorgenza di un prolungato periodo di fibrillazione atriale può costituire causa di formazioni trombotiche; 5) che non vi è alcuna ragione tecnica per sottoporre una paziente affetta da sincope post-minzionale ad un esame ecocardiografico o ad un holter (la XXXX comunque era sottoposta al primo di tali esami strumentali, che presentava un'aritmia sopraventricolare, in data 1 marzo 2001, eppertanto prima dell'esecuzione della SATE); 6) che lo studio aritmologico trans-esofageo (SAIE) è una metodica diagnostica mini-invasiva (consistente nell'introduzione di un piccolo catetere elettrodo per una narice sino a raggiungere la posizione media dell'esofago), adatta per la valutazione della vulnerabilità atriale, cioè della propensione della paziente ad andare incontro a tachiaritmie sopraventricolari, flutter o fibrillazione atriale (nell'indicazione dell'esame è riportata la sincope): la capacità diagnostica dell'esame muove dall'induzione artificiale di un'aritmia per valutarne la probabilità di insorgenza nel tempo e le

caratteristiche elettrofisiologiche (si fa notare che la logica ad essa sottesa è analoga a quella che sorregge l'ECG sotto sforzo: si sottopone il paziente a stress fisico per indurre, eventualmente, una ischemia miocardica transitoria e valutare la probabilità di esistenza di una coronaropatia di base e il successivo verificarsi dell'infarto); **7)** che in letteratura non si rinviene nessun riferimento alla necessità di anticoagulazione preventivamente rispetto all'esecuzione di SATE; **8)** che la fibrillazione atriale espone pacificamente ad un incremento del rischio di manifestazione tromboemboliche cerebrali: tale rischio aumenta in presenza di cardiopatie o di particolari condizioni correlate alla fibrillazione medesima (ad es. la valvulopatia mitralica o l'insufficienza miocardica); **9)** che un importante fattore per definire il rischio cardioembolico nella FA è costituito dal tempo di insorgenza dell'aritmia: il rischio aumenta quando la FA è insorta oltre 48 ore: in tali casi non è indicato promuovere un tentativo di cardioversione elettrica o farmacologica se non dopo un'adeguata anticoagulazione orale; qualora, invece, la FA è di recente insorgenza si può tentare la cardioversione immediatamente previo bolo di eparina; **10)** che altri fattori che aumentano il rischio cardioembolico sono l'età avanzata, l'ipertensione, il diabete, la tireotossicosi, il pregresso stroke o Tia, una coronaropatia; **11)** che in presenza di una FA intermittente e di breve durata ed in assenza di noti fattori di rischio (c.d. Ione FA) si tende ad escludere la necessità di sottoporre il paziente a terapia anticoagulante, tenuto conto il bassissimo rischio trombo-embolico (0.4-1,1%) è tale da non compensare il contrapposto rischio emorragico; **12)** che a parere di buona parte della letteratura scientifica, se l'età del soggetto è superiore a 60 anni non può parlarsi di Ione FA (integrando di per sé l'età avanzata un fattore di rischio); **13)** che tale ultima opinione dottrinale è recepita nelle linee guida internazionali delle associazioni cardiologiche americane ed europee ove si indica, per i pazienti di età superiore a 60 anni, una terapia anticoagulante con aspirina 325 mg/die (nelle linee guida internazionali del 2006 è raccomandata, per i

pazienti con età compresa tra il 60 e i 74 anni che non presentino fattori aggiuntivi di rischio, una terapia con aspirina da 81 a 325 mg/die); **14**) che nelle linee guida internazionali per la gestione della FA viene indicato che la conversione farmacologica in ritmo sinusale comporta un incremento del rischio di tromboembolismo fra l'I e il 5%, che si avvicina alla fascia bassa dell'intervallo statistico in caso di attuazione di terapia scoagulante; **15**) che le *guidelines* del 2006 prevedono che in pazienti con FA insorta da meno di 48 ore può procedersi alla cardioversione elettrica o farmacologica ma dovrebbe essere eseguito un bolo di eparina o un'iniezione sottocute di eparina a basso peso molecolare (sul punto si rileva che il rischio emorragico sotteso a detta profilassi è così minimale da non poter in alcun modo rilevare in senso contrario); **16**) che, come rilevato al precedente punto **f**), la XXXX, di anni 66, non veniva sottoposta a terapia antiaggregante o scoagulante (la paziente non presentava comunque altri fattori di rischio, posto che nessun esame strumentale eseguito nel corso del ricovero riscontrava una valvulopatia mitralica o una dilatazione atriale); **17**) che alla luce dei dati precedentemente riportati la percentuale di rischio trombo-embolico riferibile alla XXXX era compreso tra il 3 e il 5% (in cui la base dell'intervallo è costituito dal rischio indotto dall'età e dall'assenza di terapia antiaggregante con aspirina, mentre l'apice è costituito dall'indice massimo connesso alla praticata conversione farmacologica senza scoagulanti); **18**) che la terapia anticoagulante con eparina, ove praticata, avrebbe ridotto le probabilità di cardioembolismo post-cardioversione all'I%; **19**) che la genesi cardioembolica dell'evento ischemico cerebrale, in un primo tempo ipotizzata dai radiologici del nosocomio ternano, trova riscontro: a) nella "formazione iperdensa [...] compatibile con piccolo focolaio emorragico recente" risultante dal referto TAC del 4 marzo 2001; b) nella "area a parziale contenuto ematico [che] potrebbe rappresentare una lesione ischemica a patogenesi embolica con infarcimento emorragico" evidenziata dall'esame RM del 5 marzo 2001; e) nell'ulteriore controllo Rm del

27 marzo 2001, il quale "conferma l'ipotesi diagnostica di lesione vascolare ischemica con componente emorragica"; d) nella diagnosi di dimissione formulata dai sanitari della divisione di neurologia dell'azienda convenuta, de seguente tenore: "infarto rosso [...] a verosimile genesi embolica in paz. con parossismi di FA"; 20) che l'evento cardioembolico in esame ha provocato una emisindrome deficitaria sinistra a rapida risoluzione, con residuo parziale deficit di funzione dell'arto inferiore sinistro, senza deficit cognitivo-intelletti o forme di deterioramento mentale significativo; 21) che nessun evento legato al ricovero del marzo 2001 ha determinato un'alterazione del quadro aritmologico della XXXX, sempre caratterizzato da extrasistolia con tratti di FA (come si rileva dalle risultanze degli esami strumentali cui la paziente si è sottoposta nel corso del decennio compreso tra il 1996 e il 2006); 22) che in forza delle considerazioni di cui al precedente punto 21), non può ravvisarsi alcun nesso eziologico tra l'esame SAIE del 3 marzo 2001 e la lipotimia con caduta e frattura del collo femorale del 2006 (anche a voler ammettere, cioè, che la caduta sia stata causata da un episodio di FA ad altissima risposta ventricolare, deve escludersi ogni relazione tra quest'ultimo e l'esame SAIE, non produttivo di alcuna alterazione aritmologica); 23) che, in conclusione, gli esisti permanenti delle lesioni riportate dalle XXXX a seguito dell'evento ischemico cerebrale a genesi cardioembolica devono essere valutati nella percentuale di riduzione della capacità psico-fisica totale del 35% (sulla base del barème edito dalla SIMLA); 24) che il periodo di inabilità psicofisica temporanea totale è di giorni 60, cui è seguito un ulteriore periodo di giorni 60 di inabilità temporanea parziale al 50%; **che** stante la genesi cardioembolica dell'episodio ischemico cerebrale (sul punto si richiamano le considerazioni riportate al precedente punto 19) nonché si rileva che nessun'altra probabile causa efficiente dell'ictus cerebri è stata rappresentata dal consulente d'ufficio o da quello di parte convenuta), deve dirsi irrilevante la modesta entità della percentuale che, in termini di causalità generale, è riportata in letteratura al fine di descrivere

il rapporto di regolarità statistica sussistente tra la FA non trattata con terapia anticoagulante e l'evento cardioembolico, rimanendo, nella specie, tali considerazioni assorbite nella accertata relazione causale individuale ;

che, in altri termini, l'accertamento, secondo i criteri della preponderanza dell'evidenza, della relazione eziologica specifica priva di rilevanza la causalità generale e astratta fondata su previsioni statistiche (con conseguente prevalenza degli indici di probabilità ex post su quelli di probabilità ex ante);

5. Imputazione della responsabilità

che in sede di imputazione della responsabilità deve rilevarsi, dunque, che la mancata somministrazione alla paziente di terapia anticoagulante ha comportato un incremento del rischio cardioembolico post-conversione pari all'80% (recte: ove la coagulazione con eparina fosse stata effettuata il rischio sarebbe sceso dal 5 all'1%);

che, di conseguenza, non potendosi escludere che il fenomeno ischemico si sarebbe verificato anche in presenza della condotta commissiva dovuta, l'azienda ospedaliera convenuta deve essere ritenuta responsabile esclusivamente nei limiti dell'incremento del rischio imputabile alla negligente condotta omissiva adottata dai propri dipendenti, lasciando a carico del paziente la parte residua del danno ex art. 1227 c.c.;

che in altri termini, ponendosi in una logica di *apportionment of liability*, si attua una graduazione della responsabilità in funzione del rischio circa la produzione del sinistro, che può essere attribuita a ciascun antecedente causale, così da circoscrivere il risarcimento in proporzione all'incidenza statistica della condotta del danneggiante;

che, così facendo, si accoglie una prospettiva diversa da quella del risarcimento da perdita di *chance*, utilizzata, in casi analoghi a quello di specie, dal giudice di legittimità, proprio per sfuggire alla logica del “*all or nothing*” mediante l'elaborazione di un'autonoma voce di danno emergente (la *chance*, appunto) la

quale “va commisurata alla perdita della possibilità di conseguire un risultato positivo, e non alla mera perdita del risultato stesso” (così, Cass. n. 4400 del 2004);

che a riguardo si ritiene che sia da disattendere l’idea, intimamente connessa alla teorica della perdita di *chance*, per cui esito positivo probabile e possibilità di tale esito costituiscono oggetto di pretese risarcitorie diverse, per accedere invece ad un risultato secondo cui probabilità di esito favorevole e sua possibilità non sono che graduazioni di una stessa affermazione di danno, subito a causa dell’omissione colposa del comportamento dovuto;

che in questo senso sembra essersi orientato il giudice di legittimità con la sentenza, in precedenza citata, n. 975 del 2009 (resa in materia di responsabilità medica), nella cui motivazione si legge “allorché vi è stato un inadempimento e come non si può concludere con certezza che esso sia la causa dell’evento dannoso e neppure lo si può escludere, anziché collegare l’intero peso del danno all’uno o all’altro soggetto, è possibile lasciare a carico del danneggiato il peso del danno alla cui produzione ha concorso a determinare il suo stato e imputare all’altro il peso del danno la cui produzione può avere trovato causa nella condotta negligente sua
“;

6. Consenso informato.

che non avendo lo studio aritmologico trans esofageo (che è un esame diagnostico non invasivo) determinato un peggioramento delle condizioni psicofisiche del paziente, non rileva accertare se i sanitari avessero o meno preventivamente acquisito il consenso informato della XXXX;

7. Danno non patrimoniale.

che il danno biologico si configura tutte le volte i cui è riscontrabile una lesione dell’integrità psicofisica medicalmente accertabile, secondo la definizione originariamente introdotta dall’art. 5, terzo comma, L. 57/01 e adottata dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 233 del 2003;

che il consulente tecnico d'ufficio ha determinato il grado di invalidità permanente residua a carico dell'attrice nel 35% della totale (facendo applicazione, in conformità alle direttive ricevute in sede di conferimento di incarico, del barème edito dalla SIMLA);

che sotto il profilo della liquidazione a titolo di danno biologico occorre premettere che l'invalidità permanente ricomprende in sé due aspetti: quello statico, della diminuzione dell'integrità psicosomatica che interessando indifferentemente ogni persona, rappresenta una voce fissa di risarcimento, e quello dinamico che esprime l'incidenza del fatto illecito sulle attività effettivamente espletate da parte del soggetto danneggiato nell'ambito della propria vita anche non lavorativa. Il profilo dinamico, divergendo da soggetto a soggetto, impone al giudice di adeguare la liquidazione al caso concreto, tenendo conto delle attività delle quali si componeva l'esistenza del soggetto, sotto l'aspetto della vita di relazione, della sfera sessuale, del danno estetico, di quello alla serenità familiare e così via (di conseguenza non può riconoscersi, come vorrebbe l'attrice, un'autonoma voce di danno c.d. esistenziale);

che ai fini della liquidazione del profilo statico del danno, si adottano le tabelle di liquidazione del danno biologico in uso presso il Tribunale di Roma, che, in assenza di aggiornate tabelle perugine di liquidazione, appaiono, anche geograficamente, le più prossime al contesto locale;

che nella specie, posta la carenza probatoria sul punto, ai fini della determinazione della componente dinamica del danno biologico si dispone esclusivamente del criterio individualizzante rappresentato dall'età della danneggiata;

che deve essere risarcito anche il danno morale soggettivo (inteso come sofferenze e patema d'animo) subito dalla XXXX, non solo secondo la tradizionale impostazione giurisprudenziale che richiedeva] l'imprescindibile rilevanza penale del fatto illecito ai fini della sussunzione dello stesso nella fattispecie tipica di cui all'art. 2059 e.e., ma anche, secondo una lettura costituzionalmente orientata di quest'ultima norma che ammette

una liquidazione del danno non patrimoniale ogni qual volta il fatto illecito abbia immediatamente leso un interesse costituzionalmente rilevante (nel caso di specie quello alla salute di cui all'art. 32 Cost.; cfr. Cass. 31 maggio 2003, n. 8827, est. Amatucci; Cass. 12 maggio 2003, n. 7281 est. Preden);

che si precisa comunque, in adesione alla ricostruzione del sistema dell'illecito aquiliano proposta da Cass. SS.UU. n. 26972 del 2008, che il danno morale rappresenta una voce del danno biologico, che a sua volta si colloca quale componente dell'unitario danno non patrimoniale e che si è fatto uso della terminologia adottata esclusivamente per soddisfare esigenze di chiarezza espositiva;

che ai fini della liquidazione del danno morale si tiene conto dell'età della danneggiata e dei deficit funzionali individuati in sede peritale; che sulla base di tali argomentazioni, il danno subito dal XXXX può essere così quantificato (gli importi che seguono sono già liquidati nella misura dell'80%): **a) euro 3456,00** a titolo di invalidità temporanea assoluta; **b) euro 1728,00** a titolo di invalidità temporanea parziale al 50% **e) euro 82403,00** a titolo di invalidità permanente; **d) euro 22000,00** a titolo di danno morale (somma equitativamente determinata sulla base dei parametri innanzi indicati e ritenendo, in via presuntiva, che l'entità della sofferenza d'animo patita sia direttamente proporzionale alla gravità dell'invalidità psicofisica medicalmente accertata);

8. Danno patrimoniale.

che chi svolge attività domestica (circostanza che, nella specie, può presumersi riguardo all'attrice, in assenza di specifica contestazione sul punto e non prestando la stessa alcuna attività lavorativa), benché non percepisca reddito monetizzato, svolge tuttavia un'attività suscettibile di valutazione economica; sicché quello subito in conseguenza della riduzione della propria capacità lavorativa (che nella specie può darsi per dimostrato stante la grave entità dei postumi permanenti residuati) va legittimamente inquadrato nella categoria del danno

patrimoniale (come tale risarcibile autonomamente rispetto al danno biologico, nelle componenti del danno emergente ed, eventualmente, del lucro cessante); tale diritto rinvie il proprio fondamento in sede costituzionale, ma, a differenza del danno biologico, che si fonda sul principio della tutela del diritto alla salute (art. 32 Cost.), riposa sui principi di cui agli articoli 4, 36 e 37 della Costituzione (che tutelano, rispettivamente, la tutela di ogni forma di lavoro e i diritti del lavoratore e della donna lavoratrice); così Cass. n. 20324 del 2005 e, da ultimo, Cass. n. 6658 del 2009;

che ai fini della liquidazione di tale voce di danno patrimoniale deve procedersi in via equitativa, tenuto conto, nella specie: a) della gravità dei postumi di invalidità psico-fisica residui (35% della totale) ; b) del reddito di cui all'art. 4 della L n. 39 del 1977 (triplo della pensione sociale); e) dello scarto tra la vita fisica e quella lavorativa (la danneggiata aveva 65 anni di età e può presumersi lo svolgimento di attività domestica per non oltre un triennio); d) della circostanza che l'attività di lavoro domestico non sarebbe stata svolta dalla XXXX esclusivamente nel proprio interesse ma anche in quello dei suoi conviventi (il marito); e) dell'adottata ripartizione di responsabilità; **che** sulla base dei criteri da ultimo indicati ritiene equo questo Tribunale liquidare a detto titolo all'attrice la complessiva somma di denaro di **euro 7000,00** (è già compiuta la riduzione del 20%);

che dagli atti non emergono spese mediche documentate; **che** non può essere riconosciuta la voce di danno patrimoniale connessa con l'indennità di accompagnamento elargita al marito della XXXX, invalido al 100%, posto che: a) il titolare di tale sostegno economico assistenziale è il coniuge dell'attrice e non quest'ultima; b) si ha diritto all'indennità in parola a titolo di contribuzione forfettaria per il rimborso delle spese conseguenti allo stato di invalidità, indipendentemente da ogni altro requisito anche reddituale (sì che non può dirsi che la XXXX sì "guadagnasse" l'assegno de quo prestando assistenza al marito: il sostegno viene corrisposto indipendentemente dal fatto che

l'invalido abbia o meno chi si prende cura di lui); e) l'assunzione di una badante, resasi necessaria anche a causa dei postumi permanenti di invalidità psico-fisica riportata dall'attrice, non può integrare un pregiudizio patrimoniale riferibile a quest'ultima, ma, eventualmente, al solo titolare dell'indennità;

9. Inieressi compensativi da ritardo.

che trattandosi di crediti di valore di natura risarcitoria a decorrere dall'anno 2001 (momento nel quale l'evento dannoso si è compiutamente verificato) sull'importo corrispondente alla somma a quella data devalutata (in base al corrispondente coefficiente mensile Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati) dovranno essere calcolati gli interessi nella misura del tasso legale (progressivamente vigente), con rivalutazione anno per anno - sulla base dei relativi coefficienti annuali Istat - sino alla data di pubblicazione della presente decisione (ex artt. 1219 n. 1 e 2056 e.e.; cfr. Cass. SS.UU. 17 febbraio 1995, n. 1712, in precedenza citata);

che dalla data di pubblicazione della presente sentenza di liquidazione del danno, che rende il credito di valuta, sono dovuti gli interessi nella misura del tasso legale sino all'effettivo pagamento;

10. Spese processuali.

che l' **AZIENDA OSPEDALIERA YYYY**, soccombente, deve essere condannata a rimborsare alla **XXXX** le spese processuali da quest'ultimo anticipate, nella misura indicata in dispositivo che le spese di consulenza tecnica d'ufficio devono essere, tra le parti, poste definitivamente a carico dell'Azienda convenuta; che la sentenza è esecutiva per legge (art. 282 c.p.c.).

P. Q. M.

1) condanna la **AZIENDA OSPEDALIERA YYYY** a corrispondere ad **XXXX** la somma di denaro di euro 116.587,00, oltre gli interessi nella misura del tasso legale corrispondente a

decorrere dall'anno 2001 sull'importo base rappresentato dalla somma in questa sede liquidata devalutata a quella data in base al coefficiente mensile Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati relativo all'anno 2001, con rivalutazione anno per anno - sempre sulla base dei relativi coefficienti annuali Istat - sino alla data di pubblicazione della presente decisione, a decorrere dalla quale dovranno essere corrisposti gli interessi nella misura del tasso legale sino all'effettivo pagamento;

2) condanna **l' AZIENDA OSPEDALIERA YYYY** a rimborsare

ad XXXX le spese processuali da questi ultimo anticipate, che si liquidano in euro 1780,00 per diritti di procuratore, euro 6100,00 per onorari di avvocato, ed euro 1360,00 per spese, oltre spese generali come da tariffa forense, I.V.A. e C.A.P. come per legge;

5) pone, tra le parti, le spese di consulenza tecnica d'ufficio liquidate con decreto del giudice istruttore del 29 settembre 2009, definitivamente a carico **dell' AZIENDA OSPEDALIERA YYYY**, con conseguente condanna della stessa a rimborsare ad XXXX quanto dalla stessa a tale titolo effettivamente anticipato.

Così deciso in Terni, il 2 luglio 2010.

Il giudice designato

(-----)