



Repubblica Italiana
In nome del popolo italiano
Tribunale di Teramo
dr. [REDACTED]

pronuncia la seguente

sentenza

nella causa civile di primo grado iscritta al [REDACTED] nel ruolo contenzioso generale dell'anno 2013, posta in deliberazione all'udienza del 1 luglio 2019, con concessione alle parti del termine di giorni sessanta per il deposito di comparse conclusionali e di giorni venti per repliche, e vertente

tra

elettivamente domiciliato in Teramo, vico [REDACTED], presso lo studio dell'avv. [REDACTED] che lo rappresenta e difende, in virtù di delega posta a margine dell'atto di citazione,

attore;

e

in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] ed elettivamente domiciliata in Teramo, via [REDACTED], presso lo studio dell'avv. [REDACTED] in virtù di delega posta in calce alla comparsa di costituzione e risposta,

convenuta;

nonché

convenuto contumace;

Oggetto: risarcimento del danno per responsabilità medica.

Conclusioni: come da verbale del 1 luglio 2019.



Motivi di fatto e di diritto della decisione

Con l'atto di citazione | | citava in giudizio, dinanzi al Tribunale di Teramo, la
| e | per sentirli condannare al risarcimento dei danni causati dal
comportamento colpevole degli operatori dell'Ospedale | |, presso il quale l'attore prima si
era sottoposto a visita, presso il reparto di urologia, e poi, a seguito della diagnosi di fimosi e
incurvamento congenito mediale del pene, si era sottoposto ad intervento chirurgico.

A sostegno delle domande svolte, il | | deduceva, tra l'altro, che: in data 3 settembre
2009 si era sottoposto a visita presso il reparto di urologia dell'ospedale di | |, all'esito della
quale il dott. | | direttore del reparto, aveva formulato una diagnosi di fimosi e
incurvamento congenito mediale del pene di circa 20° - 30° (*recurvatio penis*), per risolvere la
quale il medico aveva consigliato l'intervento chirurgico; pertanto, su consiglio del medico, l'attore
si era deciso a sottoporsi all'intervento, ponendo come condizione imprescindibile quella di poter
mantenere la copertura del glande; in data 21 dicembre 2009 l'attore era stato ricoverato presso
l'Istituto di urologia dell'ospedale di | | e, dopo aver ricevuto maggiori informazioni dal dott.

| | e dalla sua équipe in merito alla tipologia dell'intervento, al decorso post operatorio e alle
possibili complicanze, ricevute rassicurazioni da parte dei sanitari circa la necessità
dell'operazione, in data 23 dicembre 2009 si era sottoposto ad intervento chirurgico ed era stato poi
dimesso, in data 30 dicembre 2009, con la diagnosi di "*incurvamento penieno congenito e fimosi*";
successivamente all'intervento l'attore aveva poi notato che la circoncisione era stata maggiore del
previsto e la corporoplastica eseguita aveva accentuato l'incurvamento del pene, evocando dolore
in fase di erezione; come conseguenza dell'intervento chirurgico aveva poi presentato
manifestazione di dolore, accorciamento del pene, pari a circa 2 - 3 cm, *impotentia erigendi* e
impotentia coeundi, torsione dell'asse longitudinale, scopertura totale del glande, oltre a disturbo
depressivo, in chiaro nesso di causalità con l'esito negativo dell'intervento; esperiti accertamenti
con altri medici, era giunto alla conclusione che l'intervento chirurgico, consigliato dai medici
dell'ospedale di | |, era sproporzionato rispetto alla sintomatologia che presentava, potendosi
optare per un'altra tecnica meno invasiva; oltre a tutto ciò, lamentava una difettosa tenuta della
cartella clinica e la mancanza assoluta del consenso informato; in particolare la cartella clinica era
estremamente scarna e il consenso informato era costituito da un modello prestampato
caratterizzato da superficialità e indeterminatezza, sprovvisto di quelle informazioni, per cui, se



esse fossero state portate a conoscenza del paziente, quest'ultimo avrebbe, con ogni probabilità, scelto di non sottoporsi all'intervento. Sulla scorta di quanto dedotto, l'attore chiedeva la condanna dei convenuti al risarcimento dei danni, come meglio specificati nell'atto di citazione.

Si costituiva la _____ contestando la fondatezza della domanda attrice. †
_____ invece, rimaneva contumace.

Il giudizio veniva istruito mediante acquisizione della documentazione prodotta dalle parti e c.t.u. medico legale, disposta allo scopo di verificare se la terapia e l'intervento, ai quali era stato sottoposto il _____ erano stati effettuati osservando le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla scienza medica.

Successivamente, con ordinanza riservata del 4 febbraio 2015, il giudice, ritenuto che l'espletata CTU contenesse tutti gli elementi tecnici necessari ai fini della decisione, talché le prove orali articolate dalle parti apparivano irrilevanti, dichiarava chiusa la fase istruttoria e fissava udienza di precisazione delle conclusioni, all'esito della quale tratteneva la causa in decisione, assegnando alle parti i termini di cui all'art. 190 c.p.c.

Prima di valutare la fondatezza delle domande attoree, è necessario affrontare la questione della qualificazione giuridica della responsabilità della struttura sanitaria e del medico, convenuti nel presente giudizio.

Con particolare riferimento alla natura giuridica della responsabilità della struttura sanitaria, è pacifica la conclusione di un contratto di ospitalità tra _____ e la _____

Secondo la giurisprudenza della Suprema Corte, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione, il danneggiato deve 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 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 (fra le tante Cass. 16 gennaio 2009, n. 975; 9 ottobre 2012, n. 17143; 20 ottobre 2015, n. 21177).

Per quanto concerne, invece, la natura della responsabilità ascrivibile a _____ medico operante presso la struttura sanitaria, parte attrice non ha allegato di aver concluso con il medico un ulteriore contratto d'opera professionale; pertanto, appare opportuno compiere alcune brevi osservazioni preliminari sulla natura giuridica della responsabilità professionale del medico convenuto.



Questo giudice è consapevole che, a partire dal 1999 (Cass. 589/1999), la giurisprudenza pressoché unanime ha ritenuto che anch'essa vada inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. in base alla nota teoria del “contatto sociale”, rapporto fattuale qualificato dal quale scaturirebbero “*obblighi di comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi che sono emersi o sono esposti a pericolo in occasione del contatto stesso*” (Cass. S.U. 577/2008).

Tale ricostruzione è oggi superata dalla riforma della responsabilità medica operata con la legge n. 24/2017 (cd. “legge Gelli-Bianco”), che all'art. 7, comma 3, espressamente sancisce: “l'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente”.

Invero, la teoria del “contatto sociale” già vacillava per effetto della legge n. 189/ 2012 (cd. “legge Balduzzi”), che all'art. 3, comma 1, disponeva: “l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile”.

Ciò posto, ritiene questo giudice che anche per i fatti, come quello in esame, avvenuti anteriormente all'entrata in vigore della suddetta legge la responsabilità del medico che non abbia assunto un'autonoma obbligazione contrattuale nei confronti del paziente vada ascritta nell'alveo della responsabilità extracontrattuale, per l'impossibilità di ricondurre il “contatto” nell'ambito delle fonti dell'obbligazione ex art. 1173 c.c. Tale norma, sebbene contenga una formula aperta, costituita dal richiamo ad “ogni altro atto o fatto” produttivo dell'obbligazione, pretende pur sempre che l'atto o il fatto sia riconducibile a una previsione ordinamentale che lo renda un “fatto giuridico”, cioè idoneo a generare l'obbligazione medesima. In assenza di una previsione normativa in tal senso, esso rimane un “mero fatto”, perciò improduttivo di effetti giuridici.

Ebbene, non esistendo alcuna disposizione o principio giuridico che correli il contatto sociale tra medico e paziente della struttura a specifiche obbligazioni, va da sé che tale contatto debba considerarsi un mero fatto, irrilevante ai fini dell'art. 1173 c.c.. Da questo inquadramento discende logicamente che il medico può essere chiamato a rispondere unicamente ai sensi dell'art. 2043 c.c., con il conseguente onere in capo al danneggiato di provare tutti gli elementi costitutivi di tale fattispecie, ivi incluso il dolo o la colpa del sanitario nell'esecuzione dell'intervento medico.



Tanto premesso, le domande di parte attrice sono infondate e devono pertanto essere rigettate per i motivi che seguono.

L'istruttoria espletata - e, in particolare, i documenti prodotti dalle parti nonché la consulenza tecnica d'ufficio - ha consentito di escludere la sussistenza del nesso di causalità tra i danni lamentati da parte attrice e le condotte poste in essere dai sanitari dell'Ospedale [REDACTED].

In via generale, appare necessario compiere alcune precisazioni proprio in merito al nesso di causa.

Come affermato da Cass. 12 settembre 2013, n. 20904, *"dal punto di vista del danneggiato, la prova del nesso causale quale fatto costitutivo della domanda intesa a far valere la responsabilità per l'inadempimento del rapporto curativo si sostanzia nella dimostrazione che l'esecuzione del rapporto curativo, che si sarà articolata con comportamenti positivi ed eventualmente omissivi, si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di preteso danno, che è rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui si era richiesta la prestazione o dal suo aggravamento fino anche ad un esito finale come quello mortale o dall'insorgenza di una nuova patologia che non era quella con cui il rapporto era iniziato"*.

Orbene, come recentemente chiarito dalla Suprema Corte, quando resta incerta la causa dell'evento, occorre distinguere fra la causalità relativa all'evento (causalità materiale) ed al consequenziale danno (causalità giuridica) e quella concernente la possibilità (*rectius* impossibilità) della prestazione. Nella sentenza n. 18392/2017, la Corte ha affermato che: *"emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante. Mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto). Conseguenzialmente la causa incognita resta a carico dell'attore relativamente all'evento dannoso, resta a carico del convenuto relativamente alla possibilità di adempiere. Se, al termine dell'istruttoria, resti incerti la causa del danno o dell'impossibilità di adempiere, le conseguenze sfavorevoli in termini di onere della prova gravano rispettivamente sull'attore o sul convenuto. Il ciclo causale relativo alla possibilità di adempiere acquista rilievo solo ove risulti dimostrato il nesso causale fra evento dannoso e condotta del debitore. Solo una volta che il danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della situazione patologica (o*



l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) è causalmente riconducibile alla condotta dei sanitari sorge per la struttura sanitaria l'onere di provare che l'inadempimento, fonte del pregiudizio lamentato dall'attore, è stato determinato da causa non imputabile. Solo una volta che il danneggiato abbia dimostrato che la patologia sia riconducibile, ad esempio, all'intervento chirurgico, la struttura sanitaria deve dimostrare che l'intervento ha determinato la patologia per una causa, imprevedibile ed inevitabile, la quale ha reso impossibile l'esecuzione esperta dell'intervento chirurgico medesimo".

La consulenza tecnica espletata in corso di causa (pienamente condivisa da questo Giudice in quanto basata su un completo esame anamnestico e su un obiettivo studio della documentazione medica prodotta), depositata a firma del dott. _____ specialista in urologia, ha consentito di evidenziare le circostanze che seguono (non sussistono i presupposti per accogliere l'istanza di parte attrice di rinnovare la consulenza mediante nomina di collegio peritale, in quanto la norma introdotta dalla legge n. 24/17 costituisce norma di carattere processuale inapplicabile ai giudizi instaurati prima dell'entrata in vigore).

Nella anamnesi del ricovero si annotava: *"si ricovera per incurvamento congenito penieno che il paziente riferisce essere e di circa 20 - 30° ed al livello della porzione centrale dell'asta".* Successivamente, come pacificamente emerso dalla documentazione medica, il paziente veniva sottoposto ad un intervento di fimosi e, allo stesso tempo, alla correzione del *recurvatum* penieno (*"incisione sotto coronale del glande, scollamento della cute, sottocute e della fascia fino alla radice del pene; si induce erezione artificiale del pene previa infusione di soluzione fisiologica, si evidenzia la deviazione del pene ventralmente e si appongono quindi pinze di Allis controlateralmente inducendo il raddrizzamento del pene; si incide l'albuginea longitudinalmente poi richiusa con punto in continuo a livello sotto coronale ed altri due vengono apposti a livello medio dell'asta a sinistra dell'uretra e a destra. Chiusura della fascia di Bucke della cute in vicrylrapid 3/0 e frenuloplastica. Catetere vescicale a dimora Foley 16 Ch con 8 cc. nel palloncino. Medicazione compressiva"*).

L'intervento di corporoplastica di raddrizzamento, come descritto nella cartella clinica e riscontrato nella visita svolta nel corso della c.t.u., risulta correttamente eseguito (il c.t.u. riferisce di *"esito di circoncisione ben eseguita e consolidata con un glande parzialmente ricoperto"* e riferisce che *"non si apprezzano placche di fibrosi a carico dei corpi cavernosi"*). In particolare, il c.t.u. specifica che il glande risulta parzialmente ricoperto, come richiesto dal paziente, e tale circostanza evita la insorgenza di una minore sensibilità a carico dello stesso.



In merito alla necessità dell'intervento, il c.t.u., in risposta alle note critiche del consulente di parte attrice, specifica che un incurvamento congenito di circa 30° non rappresenta un'indicazione assoluta all'intervento di raddrizzamento del pene e gli stessi dati considerano tale grado di curvatura piuttosto un inestetismo che un'alterazione funzionale. Nel caso di specie, però, si riscontrava una curvatura verso il basso, che rappresenta una variante rispetto alla deviazione ventrale (verso l'addome) o laterale (più di frequente a sinistra), che invece rappresentano le maggiori forme di incurvamento del pene. Pertanto, data la particolarità del caso (curvatura verso il basso), gli interventi chirurgici di circoncisione e di raddrizzamento del *recurvatum* congenito del pene non possono essere considerati come correttivo di un inestetismo ma come una necessità per l'eliminazione della problematica, specie allo scopo di eliminare le problematiche nei futuri rapporti sessuali.

In quanto alla problematica della deviazione a sinistra del pene, che sarebbe conseguita all'intervento, nel corso della c.t.u. veniva svolto, previo consenso del periziando e della controparte, un esame ecocolordoppler penieno basale e dinamico, eseguito con farmaco-infusione intracavernosa di PGE1. Gli esiti dell'esame dimostravano la presenza di una disfunzione erettile su base organica, con incidenza sulla capacità *coeundi*, dovuta a "disfunzione veno-conclusiva", che esclude il nesso di causalità del difetto con l'intervento.

Ebbene, anche tenuto conto delle osservazioni critiche mosse alla relazione peritale dal consulente di parte attrice, questo giudice ritiene che gli elementi inequivocabili emersi dalla stessa non consentano di ritenere fornita la prova del nesso di causalità tra i danni lamentati da [redacted] e l'intervento eseguito nel dicembre del 2009 presso il reparto di urologia dell'Ospedale di [redacted].

Tanto osservato in merito alla correttezza dell'operato dei sanitari dell'Ospedale di [redacted] nella scelta dell'intervento e nell'esecuzione dello stesso, si può passare all'esame dell'ulteriore profilo di doglianza dell'attore, in merito alle carenze della cartella clinica, con particolare riguardo alla estrema superficialità ed indeterminatezza del consenso informato, in riferimento alle quali va osservato quanto segue.

Dalla documentazione agli atti risulta che il giorno prima dell'intervento chirurgico (22 dicembre 2019) l'attore sottoscriveva due fogli, uno relativo al "consenso informato all'anestesia e alle procedure diagnostiche" e un altro relativo al "modulo di informazione e consenso all'atto medico".



Per quanto concerne il consenso informato all'anestesia, con tutta evidenza esso non presenta particolari problematiche. Infatti, benché il consenso sia stato espresso mediante la sottoscrizione di un modulo precompilato, nel quale il paziente aveva la possibilità esclusivamente di indicare con una crocetta "sì" o "no" ad eventuali trattamenti nel corso dell'intervento, in calce al modulo il paziente specificava di rifiutare l'anestesia spinale, mediante l'aggiunta apposta in modo manuale. La specificazione che il paziente ha inteso aggiungere manualmente al modulo lascia intendere che egli aveva ben compreso il contenuto dello stesso, al punto tale da voler aggiungere una specificazione non prevista dal modulo precompilato.

Per quanto concerne, invece, il consenso all'intervento vero e proprio, anche questo veniva espresso mediante sottoscrizione di un modulo.

Richiamato quanto indicato sopra in merito alla necessità, nel caso concreto, dell'intervento, nel modulo sottoscritto dal paziente si indicava specificamente che la patologia riscontrata era l'"*incurvamento congenito del pene*" e che per tale patologia era necessaria l'esecuzione dell'intervento chirurgico di "*corporoplastica con circoncisione*". In merito agli eventuali rischi, si specificava che tali rischi potevano consistere in "*emorragie*", "*infezioni*" e "*lieve accorciamento pene*".

Sulla base degli elementi posti in evidenza, si può affermare in primo luogo che il paziente era chiaramente a conoscenza della patologia da trattare e del tipo di intervento. Per quanto concerne le conseguenze, come detto, nel modulo sottoscritto dal paziente si indicava che esse potevano consistere in infezioni, emorragie e leggero accorciamento del pene. Su tale ultima circostanza l'attore lamentava che, nei fatti, l'accorciamento del pene era avvenuta in una misura molto superiore rispetto a quella che gli era stata prospettata, ossia di pochi millimetri.

Sulla questione il c.t.u. osservava che, in caso di un intervento chirurgico come quello in esame, l'accorciamento del pene non può mai essere di pochi millimetri, una misura che sarebbe pressoché irrilevante. Nella norma l'accorciamento corrisponde a 1-2 cm, accorciamento che nei pazienti affetti da incurvamento congenito del bene costituisce una normalità, all'esito dell'intervento.

Sulla base di quanto osservato, considerato che effettivamente un accorciamento di pochi millimetri, come dedotto dall'attore, costituisce una misura pressoché irrilevante, al punto tale che non sarebbe neanche stata compresa tra le conseguenze degne di nota, non può non ritenersi che una diminuzione delle dimensioni nel termine di 1, 2 o 3 cm sia una misura chiaramente indicata dalla indicazione "accorciamento del bene".



Sulla base di quanto osservato deve concludersi che, nel caso di specie, non si rinvencono carenze nell'informazione fornita al paziente prima dell'intervento.

Per il resto, per quanto concerne la fase preoperatoria e la fase postoperatoria, come sottolineato dal c.t.u., il paziente è stato regolarmente seguito nelle medicazioni e nel controllo clinico presso il reparto di degenza, per come emerge dalla cartella clinica.

Segue da quanto osservato sopra che le domande di parte attrice devono essere rigettate.

Per quanto riguarda le spese di lite, la particolare complessità dell'accertamento scientifico, che ha condotto alla verifica dell'assenza di responsabilità in capo ai sanitari, induce a ritenere sussistenti i presupposti perché siano integralmente compensate tra le parti le spese.

p.q.m.

definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione disattesa:

- *rigetta la domanda risarcitoria proposta da*
- *compensa integralmente tra le parti le spese di lite;*
- *pone definitivamente a carico di tutte le parti in solido le spese della c.t.u.*

Teramo, 5 dicembre 2019

Il Giudice

(dott. )



