

Sentenza n. 771/2015 pubbl. il 20/05/2015

RG n. 8628/2012

Repert. n. 1667/2015 del 20/05/2015

N. R.G. 8628/2012



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di REGGIO EMILIA
SEZIONE SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Luca Ramponi
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 8628/2012 promossa da:

[redacted] con il patrocinio dell'avv. [redacted]
difensore avv. [redacted]

ATTORE/I

contro

[redacted] F.), con il patrocinio dell'avv. [redacted]
domiciliato in [redacted]
A [redacted] con il patrocinio dell'avv. [redacted]
domiciliato in [redacted]

CONVENUTO/I

[redacted] ASSICURAZION S [redacted] con il patrocinio dell'avv. G [redacted]
dell' [redacted]
difensore [redacted]

TERZO CHIAMATO

CONCLUSIONI

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



Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Il sig. [REDACTED] ha convenuto in giudizio il dott. [REDACTED] s.r.l. chiedendo il risarcimento del danno per esecuzione di intervento di correzione della ipermetropia e astigmatismo a mezzo strumento laser, in assenza di adeguato consenso informato del paziente e comunque con esecuzione non diligente. Ha dedotto la sussistenza di responsabilità contrattuale dei convenuti per i danni al diritto alla salute conseguenti alle violazioni delle *leges artis* mediche, nonché dell'obbligo di informazione adeguata sulle conseguenze dell'intervento e i relativi rischi e complicanze; ha inoltre dedotto danni non patrimoniali da lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica.

La convenuta [REDACTED] s.r.l. si è costituita chiedendo il rigetto delle domande attoree e comunque asserendo di non poter rispondere né contrattualmente né in via extracontrattuale delle negligenze ed imperizie dei medici (come il [REDACTED] non dipendenti ma collaboratori libero professionisti).

Il convenuto [REDACTED] si è costituito chiedendo respingersi le domande attoree e comunque chiamando a manleva e garanzia, debitamente autorizzato dal Giudice, la propria assicurazione per la responsabilità civile [REDACTED].

Quest'ultima si costituiva eccependo l'inoperatività della polizza e, nel merito, chiedendo comunque respingersi le domande dell'attore.

La causa è stata istruita mediante assunzione di prove orali e con CTU medicolegale, oltre che con l'acquisizione della documentazione offerta in comunicazione dalle parti.

Costituiscono fatti pacifici (anche ai sensi dell'art. 115 c.p.c.) e in parte risultanti dalla documentazione clinica in causa:

- che il sig. [REDACTED] fosse affetto da ipermetropia e astigmatismo e si fosse rivolto alla clinica [REDACTED] per visita presso la dott.ssa [REDACTED] e gli era stato indicato intervento laser all'occhio destro;
- che tale intervento venne eseguito in data 27-1-2010 dal dott. [REDACTED] e presso [REDACTED] le un intervento di correzione del difetto visivo a mezzo laser ad eccimeri.

Parte attrice ha dedotto danni da negligente esecuzione dell'intervento.

La giurisprudenza ormai consolidata ha sussunto la responsabilità professionale del medico nei confronti del paziente nell'ambito della responsabilità contrattuale o da contatto ritenendo, dunque, che l'obbligo risarcitorio del professionista sia soggetto alle disposizioni di cui agli art. 1218 ss. c.c.

Anche la responsabilità della struttura sanitaria si inserisce nell'ambito di un rapporto negoziale, qualificabile come complesso e atipico "contratto di ospedalità", il quale sorge per il solo effetto anche tacito del ricovero del paziente o del suo "contatto" e sottoposizione alla attività terapeutica o, sanitaria in generale.

Invero, allorché siano allegati, come nel caso di specie, danni derivanti, in tesi dalla sola imperita o negligente attività professionale medica, la struttura ospedaliera (pubblica o privata) si ritiene che debba rispondere per inadempimento contrattuale anche in relazione alla inadeguata opera prestata direttamente dai propri dipendenti o medici convenzionati, secondo la fattispecie di responsabilità per fatto altrui configurata dall'art. 1228 c.c. (responsabilità per il fatto dei propri ausiliari o collaboratori: v. ex plurimis: Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008, nonché Cass., Sez. 3, n. 13953 del 14/06/2007; e più di recente: Cass., Sez. 3, Sentenza n. 24791 del 08/10/2008 ; Sez. 3, n. 11621 del 26/05/2011).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10



È quindi ormai principio consolidato che nell'ambito della responsabilità medica l'onere della prova della causalità tra la condotta del medico allegata come negligente ovvero imperita, ovvero comunque inosservante delle *leges artis*, e l'evento è posta a carico del paziente danneggiato: e ciò, quale conseguenza dei normali criteri di riparto dell'onus probandi tipici della responsabilità contrattuale.

Sicché, è stato in generale chiarito che "nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

L'attore danneggiato è, invece, corrispondentemente esonerato dal provare la negligenza del sanitario: si può infatti limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali species dell'inadempimento agli obblighi assunti con il contatto negoziale ovvero con il contratto di ospedalità, consistenti nella prestazione di assistenza diagnostica e terapeutica conformata alla miglior scienza ed esperienza ed alla perizia richiesta dalla natura e caratteristiche degli interventi necessari, ovvero comunque alla particolare situazione clinica-patologica.

È, per contro, onere del medico provare che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a propria negligenza o imperizia; in altri termini, "la presunzione di colpa dalla quale, ai sensi dell'art. 1218 c.c., è gravato il medico nei confronti del paziente che ne invochi la responsabilità professionale, può essere superata dal sanitario dimostrando che l'insuccesso dell'intervento sia dipeso da un evento imprevedibile e non prevenibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da lui esigibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 12274 del 07/06/2011; v. anche Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

Parte attrice ha inoltre dedotto la violazione del diritto ad essere compiutamente informato circa la natura, le conseguenze e le complicità e i rischi dell'intervento del sig. [REDACTED], oltre alla erroneità dell'esecuzione dell'intervento.

In ordine alla dedotta omessa acquisizione del consenso informato deve convenirsi con la ormai consolidata giurisprudenza della Suprema Corte, secondo la quale in caso di tale omissione (costituente anche una violazione delle *leges artis* mediche in sé e per sé) l'intervento eseguito

- costituisce violazione dell'art. 32 comma secondo della Costituzione, (a norma del quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge); sotto questo profilo il danno alla salute, descrittivamente definito come danno biologico, aspetto del più complessivo danno non patrimoniale risulta risarcibile a prescindere dalla correttezza o meno del trattamento, qualora si sia verificato un aggravamento delle condizioni di salute del paziente, in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso, ossia, in forza di un nesso di causalità con essa (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 5444 del 14/03/2006; v. anche Sez. 3, Sentenza n. 10014 del 25/11/1994; Sez. 3, Sentenza n. 9374 del 24/09/1997; Sez. 3, Sentenza n. 9705 del 06/10/1997);
- costituisce anche violazione dell'art. 13 della Costituzione, (che garantisce l'inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica), e dall'art. 33 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 (che esclude la possibilità d'accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questo è in

Stampa
Firma
Luca
G



grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità, ex art. 54 cod. pen.), la violazione dell'obbligo di informazione da' luogo quindi alla lesione del diritto all'autodeterminazione in ordine alle scelte terapeutiche – diverso dal diritto alla salute ed alla integrità psicofisica – suscettibile di autonomo risarcimento anche nella ipotesi di assenza di peggioramento nelle condizioni psicofisiche del paziente consequenziale all'intervento (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 2854 del 13/02/2015; Sez. 3, Sentenza n. 11950 del 16/05/2013).

Nel caso di specie sussistendo deduzione specifica di entrambi i tipi di danno occorrerà vagliare l'attività dei convenuti sotto entrambi i profili: quanto all'onere probatorio, nondimeno, in ordine al danno alla salute parte attrice avrebbe dovuto dimostrare che il [REDACTED] "correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti", mentre quanto al secondo profilo di danno, lo stesso potrà liquidarsi, anche equitativamente, una volta mancante la prova (di cui è onerata parte convenuta) circa la compiuta informazione (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 11950 del 16/05/2013; Sez. 3, Sentenza n. 2847 del 09/02/2010).

Il consenso fornito dal paziente deve essere libero, informato completo ed esaustivo e non condizionato.

Fondamentale per definire l'ambito dell'obbligo informativo del medico è chiarire quale debba essere il contenuto (i) della informazione da sottoporsi al paziente e le modalità (ii) con cui quest'ultimo debba essere informato.

- i) Il contenuto dell'informazione deve essere estesa a tutte le informazioni scientificamente possibili riguardanti le terapie che intende praticare o l'intervento chirurgico che intende eseguire, con le relative modalità ed eventuali conseguenze, sia pure infrequenti, col solo limite dei rischi imprevedibili (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 27751 del 11/12/2013; Sez. 3, Sentenza n. 15698 del 02/07/2010; Sez. 3, Sentenza n. 24791 del 08/10/2008); infatti il consenso informato va acquisito anche qualora la probabilità di verificazione dell'evento sia così scarsa da essere prossima al fortuito o, al contrario, sia così alta da renderne certo il suo accadimento, poiché la valutazione dei rischi appartiene al solo titolare del diritto esposto (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 19731 del 19/09/2014), quindi l'informazione deve riguardare così le probabilità di esiti favorevoli come pure i rischi dell'intervento ed essere, in relazione alle une e alle altre, completa ed esaustiva estesa cioè ai benefici, alle modalità di intervento, nonché all'eventuale possibilità di scelta tra diverse tecniche operatorie e, infine, dei rischi prevedibili in sede post operatoria (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 9705 del 06/10/1997);
- ii) È possibile che l'informazione venga anche fornita mediante la sottoposizione al paziente di un modulo a stampa contenente i dati concernenti conseguenze modalità e rischi dell'intervento; nondimeno, non è sufficiente ed adeguato un modulo del tutto generico, dal quale non sia possibile desumere con certezza che il paziente abbia ottenuto in modo esaustivo le suddette informazioni (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 24791 del 08/10/2008); le modalità informative devono poi essere parametrare alla qualità del paziente, dovendo il dettaglio e i termini utilizzati essere adeguati al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 19220 del 20/08/2013; Sez. 3, Sentenza n. 20984 del 27/11/2012).

Gli esiti operatori: insussistenza di negligenza causativa di danno.

Circa la dedotta responsabilità per negligenza e imperizia possono esaurientemente richiamarsi, allora, gli esiti della CTU medicolegale condivisi da tutti i CTPP delle parti (v. pag. 22 Relazione).

Il CTU ha accertato che, prima dell'intervento il sig. [REDACTED] era affetto in "OO da elevata ipermetropia ... e da ambliopia in OD" (v. pag. 18 Relazione).

Sussistevano quindi, in considerazione di tale situazione refrattiva, "le indicazioni ad effettuare la correzione chirurgica mediante trattamento fotoablativo con laser ad eccimeri" (V. pag. 18 Relazione).

All'esito della operazione effettuata il CTU ha riscontrato che

- la acuità visiva corretta è rimasta perfettamente invariata mentre l'entità della correzione è diminuita;
- la funzionalità visiva globale non è diminuita, ma "anzi ha avuto un lieve miglioramento individuabile nella diminuzione dell'entità dell'ipermetropia e, pertanto, delle lenti" da utilizzarsi (v. pag. 19 CTU).

In definitiva, il CTU ha quindi potuto valutare che "non emergono elementi di responsabilità professionale intraoperatori e nella gestione post- operatoria del caso de quo" visto che

- "la comparsa di un lieve "haze" (opacità corneale dovuta ad una reazione cicatriziale), rappresenta una possibile complicanza di questa chirurgia indipendente dal chirurgo;
- La comparsa di "occhio secco" che obbliga il paziente alla "ripetuta somministrazione di sostanze umettanti" costituisce una "imprevedibile complicanza dovuta al coinvolgimento di alcune terminazioni nervose sensoriali nel trattamento fotoablativo" destinata naturalmente a progressiva riduzione e risoluzione nel corso degli anni (v. pag. 20 Relazione CTU).

In altri termini queste uniche conseguenze negative dell'intervento che ha avuto, come si è visto, per il resto esiti di (sia pur lieve) positivo miglioramento del risultato visivo del [REDACTED] è accertato non siano riconducibili a responsabilità del personale medico che ha eseguito l'intervento o ha seguito il decorso post operatorio.

Tanto premesso risulta anche superflua, all'esito della CTU, ogni disamina della condotta post operatoria del [REDACTED] e delle modalità della sua collaborazione e di osservazione delle prescrizioni consigliate (soprattutto quanto all'indossare gli occhiali in precedenza utilizzati): il CTU le indicazioni terapeutiche post operatorie e la loro osservanza o meno furono del tutto ininfluenti sugli esiti (v. pag. 21 Relazione).

Il consenso informato.

È documentalmente provato che il sig. [REDACTED] ha effettivamente prestato il consenso all'intervento avendo sottoscritto specifico modulo nel quale era descritto l'intervento nei suoi caratteri specifici in data 27.1.2010 (v. doc. 9 conv. [REDACTED]).

In ordine invece al contenuto, modalità e adeguatezza della modulistica in questione e della informazione complessivamente fornita occorre considerare quali parametri: per un verso la natura dell'intervento i suoi rischi (specie quelli verificatisi in concreto) come pure i possibili esiti e le probabilità (maggiori o minori) favorevoli o sfavorevoli di ciascuno; per altro verso, il contenuto effettivo, concernente tali profili dell'informazione documentale e verbale fornita.

Le complicanze tipiche della tipologia di interventi di correzione laser PRK sono state compiutamente descritte dal CTU nella propria disamina e si tratta per quanto rileva nel caso:



- della minor precisione della correzione della ipermetropia (patologia della quale soffriva il [REDACTED]) con il laser ad eccimeri rispetto alla correzione della miopia;
- della frequente comparsa di una regressione del risultato refrattivo a distanza di mesi dall'intervento; esistendo in specie, tenuto conto della entità dell'ipermetropia, più del 50 % delle possibilità di comparsa di tale regressione.

Secondo il CTU, dal punto di vista strettamente tecnico, le complicanze possibili e la tipologia e modalità dell'intervento nonché le performance di recupero cui era indicato sono state adeguatamente descritte nella modulistica sottoposta alla firma, previa lettura, del sig. [REDACTED] afferma infatti l'ausiliario che "i moduli appaiono ... adeguati stante la specificità degli stessi".

Le modalità e caratteristiche dell'intervento erano chiaramente descritte in modo dettagliato a pag. 3 oltre che a pag. 1 del complesso modulo, così come era specificato (a pag. 4) che l'intervento sarebbe stato di laser PRK.

Erano inoltre descritti compiutamente gli interventi alternativi e gli effetti di un mancato intervento nonché vantaggi e svantaggi dell'intervento (v. pag. 7, doc. 9 cit.).

Nel modulo sono invero descritte esattamente le difficoltà e probabilità di insuccesso dell'intervento nel caso di correzione della ipermetropia e dell'ambliopia (caso specifico presentato dalla patologia del [REDACTED]: v. pag. 1 e 2 del doc. 9 conv. [REDACTED] dove in modo chiarissimo si legge: "nel caso particolare di paziente ambliope (= occhio pigro) è improbabile che egli possa dopo l'intervento vedere migliorata la sua acuità visiva".

Era anche specificamente indicato che "la possibilità che il difetto non venga corretto aumenta con l'aumentare del difetto stesso" (v. pag. 2 doc. 9 cit.).

Erano poi descritte dettagliatamente le complicanze, in un paragrafo preceduto dalla significativa rubrica, comprensibile a chiunque, e evidenziata in grassetto "**Le complicanze**" (v. pag. 5); tra le complicanze possibili era elencata, sia pure tra le meno gravi, la "opacità transitoria della cornea nell'ambito del processo di guarigione cicatrizzazione" oltre che, sia pure tra le complicazioni più rare, ma in un elenco puntato di facile lettura i "deficit di lacrimazione" (v. pagg. 5 e 6 modulo doc. 9 cit.).

Infine, introdotto da una indicazione in grassetto richiamante la significatività particolare di tale profilo informativo (tra l'altro apposta appena prima della sottoscrizione) e premessa dall'avvertimento "**attenzione!**" in grassetto era chiarito che

- "il trattamento con laser ad eccimeri non elimina sempre gli occhiali né per sempre"
- "il trattamento con laser ad eccimeri non guarisce tutte le patologie connesse o associate alla miopia"
- "Il trattamento con laser ad eccimeri non arresta il progredire della miopia"
- "sono possibili delle complicanze se non si seguono le terapie e i controlli prescritti"
- "una volta corretto il difetto per lontano potrà essere necessario un occhiale da vicino" (v. pagg. 7 e 8 doc. 9 cit.).

Certamente, dunque, la modulistica scritta sottoposta alla lettura (era presente invito preciso al paziente a leggere il modulo con attenzione prima di firmarlo) era idonea a rappresentare a chi la leggesse, anche senza particolari cognizioni

- che il trattamento non avrebbe evitato completamente l'uso degli occhiali:

- che esistevano le specifiche complicanze che poi si sono verificate;
- che le probabilità di successo erano non particolarmente elevate (ed anzi minori rispetto a patologie meno complesse) in ipotesi di ipermetropia associata ad "occhio pigro".

Con atto rilasciato al dott. [REDACTED] alla dott.ssa [REDACTED] quindi rivolto agli stessi e alla struttura dove operava, infatti, il sig. [REDACTED] ha affermato (v. doc. 8 conv. [REDACTED])

- di acconsentire a sottoporsi all'intervento
- di aver letto e compreso perfettamente "tutto ciò che gli venne spiegato" ossia il modulo informativo sopra descritto;
- di aver avuto ogni altra spiegazione richiesta e rilasciatagli dalla dott.ssa [REDACTED]

Tali fatti devono ritenersi provati sussistendo documentazione sottoscritta dal sig. [REDACTED] ed avente contenuto e valore di confessione stragiudiziale rivolta alle controparti (v. doc. 8 conv. J. [REDACTED])

Dagli esiti delle escussioni testimoniali deve in primo luogo escludersi che le informazioni fornite verbalmente dai medici che hanno curato il [REDACTED] e gli hanno prospettato l'intervento abbiano sottaciuto o sminuito i rischi ed enfatizzato le probabilità positive dell'intervento.

Infatti, la dott.ssa [REDACTED], sentita come teste, ha pienamente confermato quanto peraltro già (almeno in larga misura) risultante dalla confessione stragiudiziale (Doc. 8 cit.) dell'attore, ossia

- fu informato della possibilità di <<di ridurre la esigenza degli occhiali>> come esito positivo dell'intervento ma <<non gli fu promesso di evitarli totalmente>>;
- vi erano rischi connessi alla non risolutività dell'intervento dovuti alla presenza di ambliopia associata alla ipermetropia;
- gli fu spiegato che la correzione non sarebbe stata totale e che avrebbe dovuto utilizzare lenti da definirsi successivamente all'intervento.

La dichiarazione testimoniale è in primo luogo pienamente utilizzabile: infatti nonostante la astratta condizione di incapacità testimoniale parte attrice non ha ribadito subito dopo l'escussione (né immediatamente prima) la eccezione di incapacità a testimoniare dedotta solo nella propria memoria istruttoria (ex 183 comma VI c.p.c. n. 3).

Inoltre nonostante la scarsa attendibilità intrinseca della teste, deve comunque convenirsi in ordine alla piena credibilità della sua deposizione in ragione del riscontro pieno che trovano le sue dichiarazioni testimoniali nelle sopra richiamate affermazioni confessorie dell'attore circa la pienezza e completezza delle spiegazioni ricevute.

Non può invece, per contro, ritenersi dimostrato che i medici abbiano affermato che l'intervento avrebbe evitato totalmente l'uso degli occhiali solo in forza delle dichiarazioni dei testi [REDACTED]

[REDACTED] che ha ricordato come l'attore gli <<disse che i medici della casa di cura dove si era operato gli avevano detto che dopo l'intervento non avrebbe dovuto portare gli occhiali>>) e [REDACTED]

[REDACTED] (che ha dichiarato come l'attore gli avesse spiegato, in ordine all'intervento che <<secondo quanto gli avrebbero riferito i medici, non avrebbe più dovuto portare gli occhiali perché l'intervento sarebbe stato risolutivo>>).

Tali dichiarazioni sono infatti de relato ex parte actoris e sono prive di riscontri nella documentazione o nelle altre dichiarazioni testimoniali. Sono quindi prive di alcun valore dimostrativo e, soprattutto, non possono superare il chiaro dato documentale (la specificità della

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



informazione scritta e orale ricevuta) e confessorio (la confessione dell'attore di aver compreso quanto gli era stato spiegato per iscritto e oralmente).

Infine deve anche ritenersi dimostrata la piena adeguatezza delle modalità informative rispetto alla qualità soggettiva dell'attore.

Per un verso, infatti, la capacità di comprensione di quest'ultimo dev'essere parametrata a quella di un soggetto non del tutto sprovvisto trattandosi di funzionario di polizia e mai avendo allegato parte attrice (entro i termini di cui alla I memoria ex art. 183 comma VI c.p.c.) che si trattasse di persona di bassissima cultura: da nessuna allegazione (se non nelle argomentazioni difensive finali) e da nessuna prova (testimoniale e documentale) si evince che l'attore possa essere identificato come soggetto di medio-bassa cultura, (emergerebbe, dalla lettura della comparsa conclusionale attorea, infatti la figura di un "Catarella" della situazione per citare poliziotto, negativamente caratterizzato sotto tale profilo, noto alla narrativa diffusa: non vi sono elementi per affermare che il [REDACTED] fosse un tale tipo di funzionario di polizia).

Quindi non vi sono ragioni per non considerare il [REDACTED] soggetto dotato delle normali cognizioni presumibili in un funzionario di polizia, dunque un soggetto non del tutto sprovvisto di (sia pure magari non approfonditissime) nozioni giuridiche, avvezzo, ordinariamente alle "cose" di legge: dunque ben poteva comprendere: a) il valore della sottoscrizione del consenso informato; b) aveva le capacità di comprensioni medie sufficienti a intendere il significato della indicazione di "complicanze" e la lapalissiana indicazione in grassetto della inidoneità dell'intervento a evitare totalmente l'uso degli occhiali.

A fortiori la adeguatezza della informazione deve ritenersi dimostrata dalla circostanza che lo stesso abbia confessato, per iscritto di aver compreso le informazioni rilasciate dalla dott.ssa [REDACTED] (v. doc. 8 cit.).

È provata quindi il certo adempimento, all'obbligo di informazione completa e compiuta svolto dai convenuti nei confronti del paziente.

D'altra parte proprio la circostanza che il [REDACTED] nonostante tale compiuta informazione (comprensiva delle possibili complicanze e rischi), abbia ritenuto di poter assumere come certo un esito positivo dell'intervento e la sua completa risolutività per le sue patologie (se si ammette come credibile quanto riferito de relato actoris dai testi indotti da parte attrice) comporta la prova

- che egli ha valorizzato, verosimilmente per sua convinzione soggettiva (non indotta dall'oggettivo contenuto dell'informazione da lui comprensibile e compresa), solo gli aspetti positivi e le aspettative favorevoli dell'intervento;
- che egli ha quindi escluso come improbabili complicanze pur segnalate.

Quindi si evince una sua assoluta volontà di tentare l'intervento a prescindere dai rischi.

In sintesi è stato acclarato che

- l'intervento non ha avuto effetti peggiorativi della salute del [REDACTED] (ma anzi una, sia pur lieve,
- è stato correttamente eseguito non sussistendo complicanze connesse a negligenze o imperizie dei medici o del personale sanitario.
- Il [REDACTED] ha ricevuto una informazione completa e adeguata ed in forza di questa ha prestato il proprio consenso.



- Il [redacted] avrebbe, in ogni caso, acconsentito all'intervento a prescindere dai rischi e dalle possibili inevitabili complicità dello stesso.

Deve quindi escludersi

- una lesione al diritto alla salute o alla integrità fisica connessa causalmente ad una omissione o condotta commissiva dei medici dovuta a colpa per imperizia o negligenza;
- una lesione al diritto alla salute o alla integrità fisica connessa causalmente ad omissioni di informazione o ad omessa acquisizione del consenso informato;
- una lesione del diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente per inadeguata informazione prodromica alla acquisizione del consenso informato.

Ne consegue che la domanda risarcitoria attorea è sotto ogni profilo infondata.

Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo nei rapporti tra parte attrice e le convenute.

In ordine ai rapporti tra la il convenuto [redacted] e la terza chiamata, pur essendo fondata in astratto (anche ai fini della soccombenza virtuale) la eccezione relativa alla natura "a secondo rischio" della polizza, nondimeno può valorizzarsi : - la dubbio (vista l'eccezione relativa al rapporto libero professionale proposta dalla convenuta [redacted] possibilità d'operatività (in ipotesi e a valutazione ex ante) della polizza principale; - il dubbio esito (al momento della citazione per chiamata del terzo assicuratore a manleva) della causa sotto il profilo tanto dell'an quanto della quantificazione del danno.

Conseguentemente le spese possono integralmente compensarsi.

A carico di parte attrice vanno poste le spese di CTU come già liquidate in corso di causa.

P.Q.M.

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

1. Rigetta ogni domanda attorea.
2. Dichiaro tenuto e condanna l'attore a rifondere alle parti convenute
 - € 5.560,25 (comprensivi del 15% spese generali) oltre accessori di legge a favore di [redacted]
 - € 5.560,25 (comprensivi del 15% spese generali) oltre accessori di legge a favore di [redacted] S.r.l.
3. Compensa integralmente le spese nei rapporti tra il convenuto [redacted]
4. Pone definitivamente a carico di parte attrice le spese di CTU come già liquidate.

Così deciso in Reggio Emilia, il 18 maggio 2015

Il Giudice
dott. Luca Ramponi

