

CASSAZIONE CIVILE - Sezione III - sentenza n. 26824 del 14 novembre 2017

RESPONSABILITÀ MEDICA: LA PROVA DEL DANNO SPETTA AL PAZIENTE

Con la sentenza numero 26824/2017, la terza sezione civile della Corte di cassazione è tornata a occuparsi della questione dell'accertamento e della prova della condotta colposa del sanitario nei giudizi di responsabilità medica, ribadendo che l'onere di dimostrare il nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui si chiede il risarcimento grava in capo al paziente danneggiato.

A tal fine, l'attore deve riuscire a provare, con qualsiasi mezzo a sua disposizione, che la condotta del sanitario ha cagionato il danno secondo il criterio del "più probabile del non".

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE - SEZIONE TERZA CIVILE - composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. TRAVAGLINO Giacomo	- Presidente -
Dott. SESTINI Danilo	- Consigliere -
Dott. FIECCONI Francesca	- Consigliere -
Dott. ROSSETTI Marco	- Consigliere -
Dott. TATANGELO Augusto	- rel. Consigliere -

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

sul ricorso iscritto al numero 29284 del ruolo generale dell'anno 2014 proposto da:

B.S., B.E., BR.Pa., rappresentati e difesi, giusta procura in calce al ricorso, dagli avvocati Salvatore Mauro e Emidio Straccia;

- ricorrenti -

nei confronti di:

REGIONE MARCHE, in persona del Presidente, legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso, giusta procura a margine del controricorso, dagli avvocati Lucilla Di Ianni, Paolo Costanzi e Michele Romano;

- controricorrente -

nonché AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE - ASUR MARCHE, in persona del legale rappresentante pro tempore;

GESTIONE LIQUIDATORIA DELLA USL (OMISSIS) DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO, in persona del legale rappresentante pro tempore;

ASSITALIA - LE ASSICURAZIONI D'ITALIA S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore;

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore, LLOYD ADRIATICO S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore;

UNIPOL S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore;

ZURIGO S.A., in persona del legale rappresentante pro tempore;

- intimati -

per la cassazione della sentenza della Corte di Appello di Ancona n. 718/2013, depositata in data 19 ottobre 2013;

udita la relazione sulla causa svolta alla pubblica udienza in data 13 settembre 2017 dal Consigliere Dott. Augusto Tatangelo;

uditi:

l'avvocato Salvatore Mauro ed Emidio Straccia, per i ricorrenti;

l'avvocato Michele Romano, per la regione controricorrente;

il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. PEPE Alessandro, che ha concluso per l'inammissibilità del primo motivo del ricorso, l'accoglimento del terzo e del quinto motivo del ricorso, e l'assorbimento degli altri.

Svolgimento del processo

B.E. e Br.Pa., in proprio e quali genitori rappresentanti del figlio minore B.S. (divenuto maggiorenne e costituitosi in proprio nel corso del giudizio di merito), hanno agito in giudizio nei confronti della ASL (*OMISSIS*) di San Benedetto del Tronto per ottenere il risarcimento dei danni a loro dire subiti da quest'ultimo in conseguenza di trattamenti sanitari inadeguati cui sarebbe stato sottoposto in occasione della nascita, avvenuta con parto prematuro, presso l'Ospedale di (*OMISSIS*).

Nel corso del giudizio di primo grado sono state chiamate in causa la Regione Marche e la Gestione liquidatoria della USL n. (*OMISSIS*) di San Benedetto del Tronto. La Regione Marche ha a sua volta chiamato in causa le proprie compagnie di assicurazione (Assitalia S.p.A., Axa Assicurazioni S.p.A., Lloyd Adriatico S.p.A., Unipol S.p.A., Zurigo S.A.).

Il Tribunale di Ascoli Piceno ha rigettato la domanda nei confronti della ASL (*OMISSIS*) di San Benedetto del Tronto e ha dichiarato inammissibili quelle proposte nei confronti della Regione Marche e della Gestione liquidatoria della USL n. (*OMISSIS*) di San Benedetto del Tronto, ritenendo quindi assorbite quella di manleva proposte dalla Regione nei confronti delle proprie compagnie di assicurazione.

La Corte di Appello di Ancona, in parziale accoglimento dell'appello proposto dagli attori, ha dichiarato valida la chiamata in causa della Regione Marche e della Gestione liquidatoria della USL n. (*OMISSIS*) di San Benedetto del Tronto, e quindi ammissibili le domande proposte nei loro confronti, che però ha rigettato nel merito, confermando per il resto la decisione di primo grado.

Ricorrono B.E. e S., nonché Br.Pa., sulla base di sette motivi.

Resiste con controricorso la Regione Marche.

Non hanno svolto attività difensiva in questa sede gli altri intimati.

I ricorrenti hanno depositato memoria ai sensi dell'art. 378 c.p.c..

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo del ricorso si denuncia "violazione o falsa applicazione della L.R. Marche 20 giugno 2003, n. 13, artt. 2, 9 e 28 e connessa violazione o falsa applicazione dell'art. 100 c.p.c., in relazione all'art. 360 c.p.c., n. 3".

Il motivo è inammissibile per difetto di interesse.

Secondo quanto emerge dagli atti, con la sentenza di primo grado è stato dichiarato il difetto di legittimazione passiva della ASL (*OMISSIS*) di San Benedetto del Tronto, e la sentenza sul punto non è stata appellata.

La ASUR Marche (succeduta alla ASL (*OMISSIS*)) si è comunque costituita in appello, eccependo l'estinzione del giudizio, ma la sua eccezione è stata rigettata (e le spese di lite sono state compensate integralmente tra tutte le parti).

La stessa ASUR Marche non ha proposto ricorso per cassazione I ricorrenti precisano di avere eccepito il difetto di interesse a contraddire della ASUR, eccezione implicitamente rigettata, essendo stata esaminata l'eccezione di estinzione da questa proposta, e assumono che tale decisione sarebbe errata, ma non chiariscono quale utilità deriverebbe loro da una eventuale cassazione della stessa.

In ogni caso, essi risultano integralmente vittoriosi nei confronti della ASUR Marche (anche quale successore della ASL (*OMISSIS*)), e nel ricorso confermano di non averne chiesto la condanna, mentre l'unica questione proposta dall'ente, e cioè quella dell'estinzione del giudizio, è stata disattesa.

Di conseguenza va certamente escluso il loro interesse ad impugnare la decisione sul punto.

2. Con il quinto motivo si denuncia "violazione o falsa applicazione dell'art. 1218 c.c. e dell'art. 2697 c.c., in relazione all'art. 360 c.p.c., n. 3".

Con il sesto motivo si denuncia "violazione o falsa applicazione dell'art. 111 Cost., comma 6 e dell'art. 132 c.p.c., n. 4, in relazione all'art. 360 c.p.c., n. 3".

Con il settimo motivo si denuncia "omesso esame circa fatti decisivi in relazione all'art. 360 c.p.c., n. 5".

Il quinto, il sesto ed il settimo motivo riguardano la sussistenza del nesso di causa tra i trattamenti sanitari cui è stato sottoposto il piccolo B.S. nella struttura ospedaliera gestita dagli enti convenuti e i danni che si assumono da lui subiti. Si tratta di motivi connessi che possono essere esaminati congiuntamente in via prioritaria in quanto, in caso di rigetto, tutti gli altri (attinenti alla prescrizione ed alla colpa, anche in relazione alla esatta qualificazione delle domande proposte) risulterebbero assorbiti.

Essi sono infondati.

La corte di appello, sulla base dei rilievi emergenti dalla consulenza tecnica di ufficio, ha incensurabilmente accertato in fatto che la patologia riscontrata sul neonato (retinopatia oculare del prematuro all'occhio destro, con perdita totale della vista) era alternativamente riconducibile a tre diversi fattori, di cui solo il terzo imputabile a responsabilità dei medici o della struttura sanitaria (essendo gli altri fattori invece preesistenti alla nascita):

a) una malformazione congenita della retina;

- b) un'infezione da citomegalovirus;
- c) una iperossia da eccessiva somministrazione di ossigeno.

Ha precisato che non era possibile affermare con certezza a quale di queste tre cause fosse imputabile la retinopatia, osservando però che la circostanza che essa fosse in stato già avanzato al momento della prima diagnosi, a tre mesi dal parto, faceva propendere per la sua esistenza sin dal momento della nascita, e la circostanza che essa fosse di carattere unilaterale faceva propendere per l'esclusione dell'iperossia, la quale avrebbe danneggiato più probabilmente entrambi gli occhi, al punto che la diagnosi all'epoca operata era stata di "fatto malformativo congenito della retina", e nella stessa consulenza tecnica si individuava come causa più probabile l'infezione da citomegalovirus.

In sostanza, all'esito della valutazione delle prove, la corte di appello non solo ha rilevato che non era stato dimostrato che il danno alla salute denunciato fosse causalmente riconducibile alla condotta dei medici e della struttura sanitaria che avevano in cura il neonato, ma era addirittura più probabile che la malformazione fosse congenita o comunque preesistente alla nascita.

Ha fatto altresì presente che, in tale situazione, anche una eventuale diagnosi precoce non avrebbe consentito di curare o impedire l'aggravarsi della patologia, in quanto sarebbe stata possibile esclusivamente "la messa in atto presidi terapeutici di efficacia assai modesta".

La decisione impugnata risulta del tutto conforme ai principi di diritto affermati da questa Corte in tema di accertamento e prova della condotta colposa e del nesso causale nelle obbligazioni risarcitorie, che possono essere sintetizzati come segue:

"sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c., solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento;

nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata" (in tal senso, di recente, Cass. Sez. 3, sentenza n. 18392 del 26.07.2017, Rv. 645164-01). L'impugnata decisione si sottrae, dunque, alle censure mosse dai ricorrenti.

3. Con il secondo motivo si denuncia "violazione o falsa applicazione della L. 23 dicembre 1994, n. 724, art. 6. Violazione o falsa applicazione degli artt. 180 e 183 c.p.c."

Con il terzo motivo si denuncia "violazione o falsa applicazione dell'art. 1218 c.c. e dell'art. 1228 c.c. e connessa violazione dell'art. 2946 c.c. in relazione all'art. 360 c.p.c., n. 3".

Con il quarto motivo si denunzia "violazione o falsa applicazione dell'art. 1176 c.c., comma 2 e dell'art. 1218 c.c., in relazione all'art. 360 c.p.c., n. 3".

In considerazione dell'esito del quinto, sesto e settimo motivo di ricorso, restano assorbiti il secondo, il terzo ed il quarto, rispettivamente attinenti alla qualificazione della domanda proposta, alla prescrizione del relativo diritto, ed alla sussistenza dell'inadempimento dei sanitari.

Una volta ritenuto non sufficientemente dimostrato, da parte degli attori odierni ricorrenti, il nesso di causa tra i trattamenti sanitari e i danni lamentati, in base ai principi fin qui esposti risulta infatti del tutto ininfluyente, ai fini della decisione, la qualificazione della domanda come azione di responsabilità contrattuale o extracontrattuale, così come le correlate questioni relative alla eventuale prescrizione dei diritti azionati, nonché la stessa sussistenza o meno di una condotta colposa dei sanitari.

4. Il ricorso è rigettato.

Le spese del giudizio di legittimità possono essere integralmente compensate tra tutte le parti, sussistendo motivi sufficienti a tal fine, in considerazione delle oggettive emerse incertezze in ordine ai fatti ed al recente consolidamento nella giurisprudenza di questa Corte dei principi in tema di accertamento e prova della condotta colposa e del nesso causale nelle obbligazioni risarcitorie.

Dal momento che il ricorso risulta notificato successivamente al termine previsto dalla L. n. 228 del 2012, art. 1, comma 18, deve darsi atto della sussistenza dei presupposti di cui al DPR n. 115 del 2002, art. 13, comma 1-quater, introdotto della citata L. n. 228 del 2012, art. 1, comma 17.

P.Q.M.

La Corte:

- rigetta il ricorso;

- dichiara integralmente compensate tra le parti le spese del presente giudizio di legittimità.

Ai sensi del DPR n. 115 del 2002, art. 13, comma 1-quater, inserito dalla L. n. 228 del 2012, art. 1, comma 17, dichiara la sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte dei ricorrenti, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1-bis.

Così deciso in Roma, il 13 settembre 2017.

Depositato in Cancelleria il 14 novembre 2017