

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI PALERMO
TERZA SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice, dott. ssa Giovanna Nozzetti, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia iscritta al n. 20754 del registro generale affari civili dell'anno 2017

TRA

L. C. M., nato a *omissis* il *omissis* (C.F. *omissis*), e **D. G.**, nata a *omissis* il *omissis* (C.F. *omissis*), n.q. di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore L. C. D., nato a *omissis* il *omissis*, rappresentati e difesi - per mandato in calce all'atto di citazione - dall'avv. Antonino Bongiorno (avvocatobongiornoantonino@pecstudio.it)

ATTORI

E

Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" (P.I. 05841780827), in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, rappresentata e difesa, per procura depositata nel fascicolo informatico, dall'avv. Sergio Buccellato (sergiobuccellato@pec.it)

CONVENUTA

OGGETTO: *responsabilità sanitaria; risarcimento danni*

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con l'atto di citazione notificato il 5.12.2017, M. L. C. e G. D., agendo quali legali rappresentanti del figlio minore D., convennero in giudizio l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" deducendo che, a causa dell'errore diagnostico in cui erano incorsi i sanitari del pronto Soccorso Pediatrico che il 7.6.2014 avevano precocemente dimesso il figlio, affetto da febbre persistente e dolori addominali associati a vomito e diarrea, omettendo di effettuare un esame ecografico dell'addome, il bambino aveva sviluppato una *appendicopatia gangrenosa purulenta con peritonite saccata* che aveva reso necessario un intervento urgente di appendicectomia, eseguito il 10.6.2014 presso l'ARNAS Civico – Di Cristina – Benfratelli.

Sostennero che, ove fosse stato eseguito immediatamente, l'intervento avrebbe *evitato certamente la formazione di reazioni peritoneali, piegamenti ed inginocchiamenti di anse intestinali e volvoli che sono ora responsabili della sintomatologia addominale acuta ... e della sindrome da occlusione intestinale*, integranti un danno biologico non inferiore al 38-40%, invocarono la responsabilità della struttura sanitaria per l'omissione colposa del personale medico e ne domandarono la condanna *al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, biologico, morale, alla vita di relazione, tutti subiti dal piccolo D. L. C., ... liquidandoli in quella somma maggiore o minore che risulterà di giustizia in base alle risultanze istruttorie e processuali*.

Costituendosi in giudizio, l'Azienda Ospedaliera negò profili di responsabilità nell'operato dei sanitari i quali si erano attenuti alle Linee Guida della Società di Medicina d'urgenza pediatrica (SIMEUP) che prevedono l'indicazione all'ecografia addominale solo in presenza di segni clinici e obiettivi di addome acuto. In occasione dell'accesso del 7.6.2014, le condizioni cliniche del piccolo paziente non erano tali da far sospettare una appendicopatia e in assenza di resistenza o distensione addominale non v'era indicazione all'esecuzione di esami strumentali. Pertanto, completato l'iter diagnostico, correttamente il medico aveva prescritto terapia antibiotica e aveva invitato i genitori del minore a ripresentarsi

l'indomani pomeriggio per una rivalutazione della sintomatologia.

Tale indicazione era stata invece disattesa e il bambino era stato condotto al Pronto Soccorso dell'Ospedale Di Cristina dopo 72 dalla valutazione effettuata presso l'Azienda convenuta, quando era trascorso un intervallo di tempo sufficiente a determinare un'evoluzione dell'appendicite in suppurativa e poi gangrenosa con perforazione.

Dovendo escludersi sia la colpa dei sanitari che la sussistenza del nesso eziologico con la sfavorevole evoluzione della condizione clinica iniziale del paziente, le domande attoree andavano rigettate.

La causa venne istruita mediante le indagini medico – legali d'ufficio affidate al collegio composto dalla dott.ssa Maria Rita Di Pace e dal dott. Filippo Maria Cascino.

Così esposti i fatti di causa, avendo la comparente contestato la configurabilità delle omissioni ascritte al personale medico del proprio Pronto Soccorso Pediatrico rispetto all'iter diagnostico condotto nei confronti del piccolo D. L. C., va ricordato che dall'accettazione del paziente presso la struttura sanitaria e dalla conclusione del c.d. contratto di ospedalità o di assistenza sanitaria, scaturisce, per la struttura medesima, l'obbligo di erogare una complessa serie di prestazioni, sia di natura medica che, *lato sensu*, di ospitalità alberghiera (nel caso di ricovero), sia di assistenza e protezione, obbligazioni tutte destinate a personalizzarsi in relazione alla patologia riscontrata nel soggetto e alla situazione concreta.

In particolare, come evidenziato dalla Suprema Corte, nel caso che la struttura sanitaria alla quale ci si rivolge sia un Pronto Soccorso, non si può prescindere dal considerare il tipo di urgenza rappresentata dal paziente che si rivolge alla struttura, la quale verrà poi qualificata nella sua gravità dai medici del pronto soccorso, ma in relazione alla cui tipologia si ha ragione di pretendere dalla struttura ospedaliera che vengano realizzate delle tipologie di intervento differenziate, ed anche che vengano adottate misure differenziate a tutela della salute e sicurezza dei pazienti nella fase di primo intervento (Cass. 10832/14).

Il positivo accertamento della responsabilità dell'istituto postula pur sempre la colpa del medico esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di tale colpa (fatta salva l'operatività di presunzioni legali in ordine al suo concreto accertamento), poiché sia l'art. 1228 che il successivo art. 2049 c.c. presuppongono, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno, cosicché, in assenza di tale colpa, non è ravvisabile alcuna responsabilità contrattuale del committente per il fatto illecito dei suoi preposti (Corte di Cass. sent. n. 12362/2006)

Vertendosi in ipotesi di responsabilità professionale, la colpa viene generalmente declinata sotto il profilo della negligenza (ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione), dell'imprudenza (avventatezza, sconsideratezza, eccessiva audacia per trasgressione delle norme dettate dalla ragione o dall'esperienza) o dell'imperizia (intesa nel senso di scarsa preparazione professionale, dovuta ad incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche o inesperienza specifica).

È, inoltre, noto che il parametro alla stregua del quale valutare la diligenza del professionista non è quello previsto in generale, per qualunque debitore, dall'art. 1176 co.1, c.c., ma la c.d. diligenza qualificata di cui all'art. 1176 co.2 c.c., in base al quale l'operato del professionista va valutato alla stregua delle conoscenze tecniche e specifiche che ci si attende da tale soggetto. L'operato dell'esercente la professione sanitaria potrà ritenersi diligente nella misura in cui risulti conforme ai protocolli, linee guida o buone pratiche accreditate presso la comunità scientifica di riferimento, nonché al bagaglio di competenze e conoscenze proprie del professionista di media preparazione e avvedutezza, in relazione alle specificità del caso concreto.

Pertanto, l'inadempimento del professionista non si desume, automaticamente, dal mancato raggiungimento di un risultato utile (miglioramento della condizione di salute del paziente), dall'insorgenza di nuove patologie o dal peggioramento di quelle preesistenti, ma va valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale, e, in particolare, al dovere della diligenza professionale di cui all' art. 1176, co. 2, c.c. (Cass. n. 23918/2006; Cass. 16394/2010).

In effetti, gli attori lamentano che l'iter diagnostico condotto dai sanitari del pronto soccorso pediatrico dell'azienda ospedaliera convenuta sia stato connotato da imperizia e/o imprudenza, avendo costoro omesso qualsiasi esame strumentale, anche ecografico, al fine di un più adeguato inquadramento del caso clinico e dimesso precocemente il piccolo paziente, con la sola prescrizione di terapia farmacologica, invece di trattenerlo per monitorarne l'evoluzione clinica, ciò che avrebbe permesso di accertare la presenza di un quadro di appendicite acuta in fase iniziale e di intraprendere il corretto trattamento

chirurgico.

Le disposte indagini medico – legali d'ufficio hanno tuttavia smentito la fondatezza di tali addebiti, all'esito di un'accurata analisi del caso e alla luce di notazioni generali sulla patologia poi diagnosticata al piccolo D. il 10.6.2014 presso l'Ospedale dei bambini di Palermo e dell'iter clinico seguito all'accesso del paziente alle ore 6.38 del P.S. Pediatrico dell'A.O. Villa Sofia – Cervello.

Si è infatti osservato che la diagnosi di appendicite acuta si basa principalmente sull'anamnesi e sull'esame obiettivo. La sintomatologia dell'appendicite acuta è molto generica e, specialmente nelle fasi iniziali, la diagnosi può non essere semplice; sono infatti diverse le patologie, sia di interesse medico che chirurgico, che possono presentare un quadro clinico simile (gastroenterite, adenite mesenterica, malattia di Crohn, diverticolite di Meckel, cistite, calcolosi ureterale, colecistite).

La variabilità dei sintomi in età pediatrica, ancora oggi, non consente sempre una diagnosi di certezza. Un ritardo nella diagnosi e nel trattamento comporta certamente un aumento delle complicanze e dei giorni di degenza. D'altra parte, è segnalato in letteratura che la percentuale di appendici sane asportate chirurgicamente per sospetta appendicite acuta varia dal 10 al 20% degli interventi di appendicectomia. L'obiettivo è dunque quello di ridurre la percentuale di appendicectomie negative, senza però incorrere in un aumento della percentuale di complicanze. Per ridurre la percentuale di pazienti sottoposti ad interventi di appendicectomia non necessaria stratificando i pazienti in categorie di probabilità diagnostica sono stati proposti dei sistemi di valutazione a punteggio, basati su sintomi, segni e valori di laboratorio, in cui si attribuisce ad ogni parametro valutato un punteggio. In età pediatrica viene utilizzato in genere il Pediatric Appendicitis Score (P.A.S), descritto da Samuel nel 2002.

Nei pazienti con quadro clinico incerto diventa fondamentale l'osservazione clinica da 24 a 72 ore. Il trattamento dell'appendicite acuta, storicamente esclusivamente chirurgico in urgenza, si è modificato nell'ultimo decennio. Nelle forme non complicate da perforazione infatti è previsto un iniziale trattamento medico conservativo, con somministrazione di antibiotici per via intramuscolare o endovenosa per 24-48 ore, seguita dalla rivalutazione del paziente. In caso di assenza di miglioramento clinico o di peggioramento, è indicato l'intervento chirurgico di appendicectomia, che può essere eseguito con tecnica tradizionale "open" oppure laparoscopica o transombelicale video-laparo-assistita

Alla luce degli illustrati criteri, a giudizio del collegio peritale, *il quadro clinico del piccolo paziente all'accesso presso il Pronto Soccorso Pediatrico del P.O. Cervello non presentava elementi di elevato sospetto per una diagnosi di appendicite acuta. I sintomi principali lamentati dal piccolo paziente (dolore addominale accompagnato da diarrea, un episodio di vomito), l'obiettività addominale (dolore evocato alla palpazione dei quadranti inferiori, ma non localizzato in fossa iliaca destra), la leucocitosi neutrofila (modesta neutrofilia non erano chiaramente indicativi di appendicite acuta in atto. La febbre, pur presente, non superava i 38°C, né si desume dagli atti che sia stata mai riferita al sanitario del Pronto Soccorso pediatrico una temperatura pari o superiore a tale soglia; non risulta anoressia, né la descrizione del dolore presentava caratteristiche sovrapponibili a quelle richieste dalle altre voci del PAS. Il punteggio complessivo di 4 ottenuto dal piccolo paziente al momento dell'accesso del 07.06.2015, ne giustificava la dimissione con terapia medica.*

Si è dunque giudicato corretto l'approccio del Sanitario di turno in Pronto Soccorso il 07.06.2015, *dato che un PAS 4 suggerisce la dimissione del piccolo paziente con la diagnosi di "verosimile adenomesenterite"; particolarmente prudente è stato l'invito per un nuovo controllo da praticare l'indomani, atteso che un approccio di tal tipo non è suggerito dalla letteratura per condizioni come quelle presentate dal sig. L. C..*

Dal punto di vista strettamente documentale non emerge alcun ulteriore contatto con il P.O. Cervello, nonostante l'invito del sanitario di turno in Pronto Soccorso il 07.06.2014 a ritornare l'indomani pomeriggio. La mancata osservazione della prescrizione medica da parte dei genitori avrebbe assunto, allora, un ruolo decisivo nella progressione del quadro clinico, esimendo da qualsiasi responsabilità i sanitari del P.O. Cervello che, come detto, avevano gestito in maniera adeguata il piccolo paziente.

Nel corso delle operazioni peritali, tuttavia, gli odierni attori hanno riferito agli ausiliari di aver rispettato l'appuntamento fissato dal medico di Pronto Soccorso, e di essere stati da questi ricevuto in maniera sbrigativa, senza che tale accesso venisse ufficializzato, e di aver ottenuto soltanto oralmente la prescrizione di sostituire il Ceftriaxone con l'Augmentin (amoxicillina) per os.

I CCTTUU, pur non disponendo di alcun riscontro documentale di tale ulteriore contatto con i sanitari dell'Azienda Ospedaliera, utilizzando un criterio presuntivo fondato sui dati clinici emersi in occasione del successivo ricovero presso il Pronto Soccorso del P.O. "Ospedale dei Bambini G. Di Cristina", hanno nuovamente escluso colpose omissioni a carico del personale dell'Azienda convenuta, ritenendo che *anche nel corso del presunto incontro clinico, mai formalmente registrato, dell'08.06.2015, secondo un criterio di maggior*

probabilità (derivante dalla presenza, in epoca successiva, di un quadro non pienamente suggestivo per appendicite acuta) il quadro clinico del minore D. L. C. potesse non essere ancora indicativo di appendicite acuta in atto e che, quindi, tale eventuale omessa registrazione del paziente (pur formalmente censurabile, ove avvenuta) non avrebbe modificato la storia naturale del piccolo paziente.

Desta, invero, non poche perplessità il fatto che di tale incontro – per il quale il sanitario di turno non avrebbe inspiegabilmente rilasciato alcun referto pur modificando addirittura l'antibioticoterapia – il padre di D. non fece alcuna menzione nel riferito anamnestico del successivo ingresso del 10.6.2014 presso il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale dei Bambini, ove invece esibì il referto del 7.6.2014, e che non ve ne sia traccia né nell'atto introduttivo né in altri scritti difensivi né, ancor prima, nella relazione medico legale di parte.

Il che inevitabilmente conduce ad espungerlo dai fatti di causa e a condividere l'opinione espressa dai CCTTUU circa la conformità alle *leges artis* dell'operato del personale medico che prestò brevemente le cure al piccolo D..

Nessun rilievo è stato, infatti, formulato da parte attrice avverso le considerazioni esposte nella relazione medico – legale e riguardo alle logiche e motivate conclusioni cui il qualificato collegio è pervenuto e che consentono di escludere la fondatezza degli addebiti mossi alla convenuta.

Non ravvisandosi ragioni per una anche parziale compensazione (art. 92 c.p.c.), al rigetto delle domande attoree consegue la condanna della parte soccombente al pagamento delle spese di lite, che tuttavia, tenuto conto del modesto impegno difensivo, della rapidità dell'istruttoria e del mancato deposito di scritti conclusivi da parte dell'Azienda vittoriosa e dei parametri generali fissati dall'art. 4 DM 55/14, si reputa congruo liquidare applicando per le fasi di studio ed introduttiva i valori tabellari medi previsti per le cause di valore indeterminabile (fino ad € 52.000,00) e per le fasi successive il massimo coefficiente riduttivo.

Le spese occorse per l'espletata CTU vanno

P.Q.M.

definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa;

1) Rigetta le domande spiegate da L. C. M. e D. G. n.q. di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore L. C. D. nei confronti dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" di Palermo, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con l'atto di citazione notificato il 5.12.2017;

2) Condanna gli attori alla rifusione delle spese di lite in favore dell'Azienda convenuta, e le liquida in complessivi € 5.010,50 per compensi, oltre rimborso forfettario per spese generali nella misura del 15% dei compensi, ed oltre I.V.A. e c.p.a.;

3) Pone le spese occorse per l'espletata c.t.u. definitivamente a carico della parte attrice.

Così deciso a Palermo, il 10 gennaio 2022

Il Giudice
Giovanna Nozzetti

Sentenza stilata su documento informatico sottoscritto con firma digitale dal Giudice dott.ssa Giovanna Nozzetti, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.