

N. R.G. 112504/2010

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PERUGIA
UNIFICAZIONE CONTENZIOSO CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Rosa Lavanga ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **112504/2010** promossa da:

F. L., con il patrocinio dell'Avv. Sabrina Saccomanni ed elettivamente domiciliata presso il suo studio
Attrice

contro

Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 Regione Umbria, Dott. P. M., Dott. F. S. P., con il patrocinio degli Avv.ti David Morganti e Giovanni Picuti ed elettivamente domiciliati presso il loro studio
Convenuti

e nei confronti di

QBE Insurance (Europe) Limited, con il patrocinio degli Avv.ti David Morganti e Giovanni Picuti ed elettivamente domiciliata presso il loro studio

Intervenuta

Oggetto: Risarcimento danni

Conclusioni delle parti:

Per l'attrice: “Voglia il Tribunale adito, contrariis reiectis, accertata e dichiarata la responsabilità del convenuto per i gravissimi fatti descritti in narrativa, condannare l'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 di Foligno in persona del suo legale rappresentante p.t. , il Dott. F. P. ed il Dott. P. M., in solido tra loro, ovvero nell'ambito delle rispettive responsabilità, all'integrale risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, subiti e subendi dalla signora F. L., pari ad almeno € 1.350.000,00 (unmilionetrecentocinquantamila/00), ovvero alla diversa somma, maggiore o minore, ritenuta di giustizia all'esito dell'espletanda istruttoria, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali sulle somme rivalutate dal fatto fino all'effettivo soddisfo; in ogni caso con vittoria di spese funzioni e onorari di giudizio”.

Per ASL 3: “Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, nel merito: rigettare la domanda attorea, a qualunque titolo avanzata, poiché assolutamente infondata in fatto e diritto per tutto quanto esposto nella narrativa della comparsa di costituzione e risposta sia con riferimento alla responsabilità contrattuale che alla culpa in vigilando, con vittoria di spese e competenze di lite; 2) in via subordinata: nella sola e denegata ipotesi in cui venisse accolta la domanda avversa in merito all'an debeat, ridursi la richiesta risarcitoria per inesistenza dei danni così come richiesti in citazione e così come esposto in narrativa in merito al quantum e come sopra dedotto e come potrà essere accertato e dedotto in corso di causa; 3) il tutto sempre previa declaratoria di operatività ed efficacia del contratto di assicurazione richiamato nella comparsa di costituzione e risposta e depositato in copia, direttamente a carico degli assicuratori QBE qui intervenuti, a ciò tenuti in termini di polizza n. 040078879, nei limiti dei massimali e degli importi accertandi e debendi nei termini di legge e di contratto, al netto della franchigia (e nel solo caso di supero di essa) ed in virtù delle depositate appendici; 4) in tale ultima ipotesi, sussistendone i motivi, dichiarare interamente compensate le spese di lite tra le parti”

Per QBE: “Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, nel merito: rigettare la domanda attorea, a qualunque titolo avanzata, poiché assolutamente infondata in fatto e diritto per tutto quanto esposto in narrativa sia con riferimento alla responsabilità contrattuale che alla culpa in vigilando, con vittoria di

spese e competenze di lite; 2) in via subordinata: nella sola e denegata ipotesi in cui venisse accolta la domanda avversa in merito all'an debeat, ridursi la richiesta risarcitoria per inesistenza dei danni così come richiesti in citazione e così come esposto in narrativa in merito al quantum e come sopra dedotto e come potrà essere accertato e dedotto in corso di causa; 3) il tutto sempre previa declaratoria di operatività ed efficacia del contratto di assicurazione richiamato e depositato in copia, direttamente a carico degli assicuratori QBE qui intervenuti, a ciò tenuti in termini di polizza n. 040078879, nei limiti dei massimali e degli importi accertandi e debendi nei termini di legge e di contratto, al netto della franchigia (e nel solo caso di supero di essa) ed in virtù delle depositate appendici; 4) in tale ultima ipotesi, sussistendone i motivi, dichiarare interamente compensate le spese di lite tra le parti"

Concisa esposizione delle ragioni

di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione notificato in data 17 e 18 novembre 2010, la sig.ra L. F. conveniva in giudizio dinanzi al Tribunale di Perugia l'Azienda USL n. 3 di Foligno unitamente al Dott. P. M. ed al Dott. F. S. P. per sentir accogliere nei loro confronti le conclusioni sopra ritrascritte. Esponeva nel libello introduttivo l'attrice che: - in data 18 ottobre 2006, alla quarantunesima settimana di gestazione, era ricoverata presso l'Ospedale di Foligno, Reparto di ostetricia e ginecologia per l'induzione al parto che sarebbe proseguito fino al pomeriggio del giorno successivo, allorquando intervenivano serie difficoltà di cui essa attrice non era stata messa al corrente;

- si accorgeva che i medici in servizio erano in disaccordo tra loro sulla prosecuzione o meno del travaglio in considerazione della riscontrata sofferenza fetale e chiedeva insieme all'anestesista di procedere al parto cesareo; - nonostante le richieste dell'attrice i medici continuavano l'induzione e l'assistenza al parto naturale fino alle ore 18,15 quando era stato segnalato "arresto della P.P. (parte presentata) in presenza di spiccata bradicardia fetale"; - la presenza della "spiccata bradicardia" induceva i sanitari ad interrompere il travaglio e ad attuare il parto urgente per via laparotomica; - alle ore 18,25 circa era sottoposta a parto cesareo dopo che era stata convertita l'anestesia spinale eseguita per il travaglio in anestesia generale; alle 18:45 dava alla luce la figlia B. R.; - successivamente all'intervento cominciava ad accusare forti dolori al fianco sinistro e ad avere febbre alta, che si protraeva anche nei giorni successivi; - alle richieste di spiegazioni ai medici ricevevano rassicurazioni asserendo che si sarebbe trattato d'una normale reazione all'intervento chirurgico eseguito; - le condizioni fisiche tuttavia continuavano a peggiorare tanto da spingere i familiari a discutere animatamente con i medici perché procedessero all'esecuzione degli accertamenti necessari a chiarire il quadro clinico; - in seguito a tali continue sollecitazioni da parte dei familiari dell'attrice, i medici sottoponevano la paziente ad una radiografia del polmone e dell'addome riscontrando la presenza di un voluminoso ematoma in corrispondenza della ferita chirurgica; - dall'esame radiografico del torace emergeva una polmonite postero-basale destra e dalla radiografia all'addome "presenza di livelli idro-aerei al fianco destro e sinistro. Non aria libera in sede sottodiaframmatica. Filo radio-opaco proiettantesi nel bacino"; - l'unica possibile spiegazione a quanto emerso dalla radiografia dell'addome era, a parere del Prof. M. B., la "*derelizione nel bacino di una delle garze chirurgiche che, come noto, contengono un filo radiopaco, proprio ad identificazione radiografica*"; - tale ipotesi diagnostica costituiva l'unica ragione del successivo intervento chirurgico cui era sottoposta l'attrice in regime di urgenza alle ore 14,19 circa del 23 ottobre 2006 che sarebbe stato altrimenti evitabile; - nel verbale operatorio non si parlava della presenza di tale garza e, nonostante le gravi condizioni della paziente nessuna annotazione della situazione clinica era contenuta nel Diario clinico-medico alla stessa riferito; - le gravi condizioni della paziente erano state accertate anche a seguito della consulenza pneumologica, eseguita dal Dott. F. M. il 26 ottobre 2006 nel corso della quale era stato individuato un versamento pleurico a sinistra che avrebbe portato a consigliare una rx torace di controllo; - la radiografia consigliata dallo specialista evidenziava un versamento pleurico bilaterale più abbondante a sinistra per cui si procedeva ad una toracentesi per via ecoguidata con aspirazione di 650 c.c. di liquido citrino; - nel frattempo all'attrice era stato tolto il catetere vescicale "foley" e soltanto in quel momento, avendo l'attrice lamentato l'assenza di stimolo alla minzione, le era comunicato che durante l'intervento chirurgico si era verificata una lesione della vescica; - successivamente alla rimozione del catetere la F. cominciava a soffrire di incontinenza con la comparsa di dolori addominali che le impedivano il sonno; - nonostante lo

stato febbrile, l'attrice era dimessa il 4 novembre 2006 con diagnosi di "iniziale sofferenza fetale in periodo di espulsione con arresto della p.p., piccola lacerazione vescicale. Ematoma sottofasciale post-chirurgico, broncopolmonite bilaterale con versamento pleurico più abbondante a destra" con prescrizione di proseguire la terapia antibiotica e programmazione di controllo ambulatoriale per la medicazione della ferita chirurgica; - durante la convalescenza l'attrice era stata più volte sottoposta a visita dal medico curante anche a causa delle gravi ripercussioni psichiche subite, a causa delle quali l'attrice cominciava a soffrire di un grave stato ansioso depressivo; - successivamente l'attrice, a causa dell'assenza dello stimolo alla minzione e dell'incontinenza, si sottoponeva ad alcuni accertamenti specialistici presso la Clinica Urologica dell'Università di Perugia a seguito dei quali era formulata diagnosi di "vescica caratterizzata da totale assenza di sensibilità propriocettiva. Notevole ipocontrattilità detrusoriale" associata a Over-flow incontinenza (incontinenza da rigurgito) e lesione del nervo pelvico con grave ripercussione sia a livello sessuale che urologico; - il danno biologico lamentato dall'attrice era quantificabile almeno nel 25% a cui era da aggiungere il danno estetico per le cicatrici riportate in ragione delle incongrue manovre chirurgiche pari al 12%; - lamentava l'attrice un gravissimo stato depressivo legato alla compromissione della propria vita di relazione e sentimentale; - lamentava altresì un grave danno patrimoniale pari almeno ad € 300.000,00 per essere stato impedito per lungo tempo la possibilità di svolgere il proprio lavoro consistente nella gestione di una tabaccheria; - concludeva l'attrice, in ragione delle lesioni derivate dalla condotta colposa dei medici, un danno non patrimoniale quantificabile in € 1.050.000,00 comprensivo del danno biologico, del danno alla vita di relazione e del danno esistenziale oltre ad ulteriori 350.000,00 a titolo di danno morale.

Si costituivano in giudizio AUSL n. 3 Regione Umbria, il Dott. P. M. ed il Dott. F. S. P. contestando la domanda attorea, perché ritenuta infondata sia in fatto che in diritto. Si costituiva in giudizio la QBE Insurance (Europe) Limited, già Q.B.E. International Insurance Ltd, esercitando intervento volontario in qualità di Assicuratrice della AUSL N. 3, giusta polizza n. *omissis*, chiedendo l'accoglimento delle conclusioni sopra ritrascritte.

Verificata la corretta instaurazione del contraddittorio, erano concessi alle parti i termini ex art. 183, sesto comma c.p.c.. Ammesse ed assunte le prove testimoniali, espletata CTU medico legale a firma del Dott. Piergiorgio Fedeli, il fascicolo era riassegnato all'odierno Giudicante all'esito della istruttoria. Concessi i termini di cui all'art. 190 c.p.c., la causa era trattenuta in decisione all'esito del deposito degli scritti defensionali finali.

Dall'elaborato peritale, adeguatamente motivato le cui conclusioni il Giudicante fa proprie, emerge che (pagine dalla n. 23 e ss):

- con i limiti posti dalla scarsità dei dati desumibili dalla cartella clinica, la situazione della signora F. in terza giornata dall'intervento era la seguente:

- vi era stata costante permanenza, in tempi successivi all'atto chirurgico di taglio cesareo, di sintomatologia dolorosa che imponeva somministrazione di antidolorifici;

- vi era stata ripresa della minzione la quale, però, in data 21 ottobre si presentava scarsa e poi leggermente ematica, in paziente cui non era stato rimosso il foley;

- la defecazione era scarsa;

- la temperatura corporea in data 21 ottobre era intorno ai 38°, per cui si imponeva somministrare tachipirina che ne sortiva l'abbassamento;

- vi era una lieve anemia (23 ottobre ore 9,25 Hb 10,00 g/dl).

È a questo punto, prosegue il CTU, che, senza nessuna notazione nel diario clinico circa le motivazioni dell'esame, viene eseguito Rx torace e diretta addome refertato, limitatamente all'addome, per "presenza di livelli idroaerei al fianco destro e sinistro. Non aria libera in sede sottodiaframmatica. Filo radiopaco proiettantesi nel bacino (referto vidimato elettronicamente il 23/10/2006 alle ore 11:04)".

Il CTU rileva: "Dopo l'effettuazione di detto esame i sanitari decidono, senza che in cartella clinica siano annotati ulteriori rilievi circa quella che era l'obiettività clinica presente, di sottoporre la paziente ad intervento chirurgico; solo gli infermieri annotano nel diario infermieristico "è stata portata in S.O. alle ore 13,45"; l'atto chirurgico, sulla base di diagnosi di "ematoma sotto fasciale post-operatorio", ha inizio alle ore 14,40 ed è così descritto dall'operatore "Riapertura della sutura di Pfannestiel cutanea e della fascia. Svuotamento dell'ematoma sotto fasciale. Toilette del piano muscolare e controllo della pelvi. Apposizione di drenaggio endoperitoneale. Chiusura delle pareti. Alla fine dell'intervento conta garze, pinze, ferri regolari".

Emergono le perplessità del CTU:

- 1) Sulla “base dei dati a disposizione non pochi dubbi sorgono sull’iter clinico a livello addominale che fece seguito all’intervento chirurgico del 19 ottobre; anzitutto, a fronte del persistere di sintomatologia algica che imponeva somministrazione di terapia medica, i sanitari non annotarono per più giorni in cartella clinica quello che era l’esame obiettivo a livello dell’addome.
- 2) Altro momento di forte perplessità è motivato dalla diagnosi di “ematoma sottofasciale post-operatorio” che motivava l’atto chirurgico del 23 ottobre, nel descrivere il quale non è neppure specificata la quantità di sangue rimosso che costituiva l’ematoma, l’esatta sede dello stesso e la possibile fonte di sanguinamento.

Prosegue il CTU: *“Tornando però al pre-operatorio, di detto ematoma non risultano descrizioni all’esame obiettivo dell’addome (purtroppo mai riportato in cartella clinica a far data dal 19 ottobre). Come annotato nel diario infermieristico la paziente la mattina del 23 ottobre, prima di essere portata ad eseguire l’esame Rx addome, era sottoposta ad atti sanitari consistiti in “tolto drenaggio e agrafs ed eseguita medicazione.....”; ebbene, se fosse stato presente un voluminoso ematoma perché non segnalarlo in cartella o, ancor meglio al fine di dirimere il diagnostico, perché prima di effettuare l’esame Rx addome non era disposta l’esecuzione di un esame ecografico che risultava l’esame d’elezione in presenza di un tal sospetto diagnostico (ematoma?). Esame ecografico che poi, prima di portare la paziente in sala operatoria, si sarebbe imposto eseguire al fine di esattamente definire la realtà patologica a livello del sito ove si voleva andare a reintervenire. Tutto ciò, francamente inspiegabilmente, non è stato fatto; incompletezza del percorso diagnostico pre-operatorio, nel sospetto di ematoma, che risulta ancor più immotivato ove si consideri che dalla cartella clinica non emerge qualsivoglia dato che possa far ipotizzare la necessità di intervenire in regime di urgenza; ciò ancorché la voce “urgente” sia stata barrata nella scheda dell’intervento dal chirurgo, mentre non è segnalata l’urgenza nella scheda anestesiologicala, ove sono riportati parametri vitali sostanzialmente nella norma (FC 70 bpm; P.A. 110/55 mmHg)”.*

In ordine alla denunciata presenza della garza in addome e delle ulteriori conseguenze subite dall’attrice e lamentate in citazione, il Consulente dell’Ufficio rileva che *“... va anzitutto evidenziato che l’esame Rx del 23 ottobre 2006 non è dirimente essendo stato eseguito, fatto anche questo inspiegabile, nella sola proiezione in antero-posteriore e non anche, come si è soliti fare, in latero-laterale; una proiezione latero-laterale sarebbe stata dirimente ai fini di accertare se la garza, di cui il filo radiopaco faceva parte integrante, era posizionata al di fuori della parete addominale o al suo interno. Nel merito certamente mirate e puntuali le osservazioni dei CT di parte convenuta nel motivare la loro interpretazione del dato strumentale; in primis fra tutte il fatto che il filamento radiopaco, qualora in cavità addominale, non avrebbe potuto mantenere un decorso così rettilineo..... ritengo doveroso evidenziare molteplici elementi che fanno propendere per diversa interpretazione del dato strumentale. Anzitutto va acclarato, ove ve ne fosse bisogno, che garze con filo radiotrasparente incluso nella trama del tessuto vengono utilizzate in sala operatoria allorché si impone posizionare all’interno dell’addome delle garze per finalità connesse all’atto chirurgico; garze che poi devono essere rimosse, con conta delle stesse al fine di evitare che restino in cavità. Chiaramente non se ne può escludere il posizionamento anche al di fuori della parete addominale, per effettuare la prima medicazione, ma questa sarebbe in ogni caso una prassi inusuale. Tornando al caso in esame, per quanto attiene la morfologia del filamento, quale documentata dall’immagine radiografica del 23 ottobre, certamente la sua linearità è più compatibile per una presenza all’esterno della parete addominale; trattasi di morfologia che non può però essere ritenuta assolutamente incongrua con un alloggiamento della garza in sede intraddominale. Da ultimo va evidenziato che la mattina del 23 ottobre la paziente era sottoposta a “tolto drenaggio e agrafs ed eseguita medicazione.....”; detti atti sanitari, sulla base del diario infermieristico, furono eseguiti prima dell’effettuazione dell’Rx; Rx alla cui osservazione diretta non sono visibili le agrafs. È concreto prospettare che nel corso della medicazione si dovette procedere a asportazione e sostituzione della garza posizionata per la precedente medicazione, a livello della parte addominale, subito dopo aver ultimato l’atto chirurgico; ebbene, per giustificare la presenza della garza con filo radiopaco al momento dell’effettuazione del successivo Rx si dovrebbe prospettare che anche in reparto, per l’effettuazione di routinarie medicazioni, presso l’U.O. di ostetricia dell’ospedale di Foligno si utilizzano garze con filo metallico che, per contro, devono essere utilizzate solo in sala operatoria. Utilizzo da limitare alla sala operatoria e per posizionamento nel campo operatorio motivato dalla specifica finalità di avere la garza*

un filamento radiopaco il quale ne rende agevole l'individuazione allorché alla conta delle garze, da effettuarsi routinariamente alla fine dell'intervento, una risultasse derelita in addome e non reperibile al solo rilievo visivo. Sulla base di quanto sopra, seppur non in termini di assoluta certezza, si ritiene di poter motivatamente orientare il diagnostico medico-legale per atto chirurgico del 23 ottobre 2006 motivato dalla presenza di un corpo estraneo (garza con filamento radiopaco) in addome. Trattasi peraltro di tematica che, ad un attento esame della vicenda clinica nel suo insieme, risulta sì importante ma non dirimente in assoluto. Più specificamente da parte attrice è evidenziato il fatto che la signora F. ha dovuto subire un secondo atto chirurgico, in quanto il primo non era stato correttamente eseguito; inoltre nel corso di detti interventi i sanitari colposamente avrebbero lesionato sia la parete vescicale che le strutture deputate ad un corretto espletamento della minzione. Ebbene, la lesione della parete vescicale è una complicanza che può verificarsi nel corso di parto con taglio cesareo, indipendentemente da quella che è la perizia dell'operatore; lesione che veniva tempestivamente diagnosticata e trattata. Va però rilevato che nel caso in esame si aveva anche la lesione di altre strutture deputate alla minzione, come incontrovertibilmente documentato dagli accertamenti strumentali e specialistici urologici sia in atti sia da me fatti eseguire nel corso delle presenti operazioni di CTU. Sulla base dei dati a disposizione il dottor Mammana, specialista urologo della cui collaborazione mi sono avvalso in qualità di ausiliario, ha concluso affermando che "LA SIG.RA F. L. È AFFETTA DA ASSENZA DI SENSIBILITÀ PROPRIOCETTIVA VESCICALE ED ACONTRATTILITÀ DETRUSORIALE COME DIMOSTRATO DAGLI ACCERTAMENTI CLINICO-STRUMENTALI ESEGUITI; TALE QUADRO URODINAMICO È COMPATIBILE CON UNA LESIONE NEUROLOGICA PERIFERICA (1,2,3)". Trattasi di conclusioni diagnostiche che condivido pienamente e che delineano un danno esitale a lesioni subite dalla signora F. nel corso degli atti sanitari cui era sottoposta nel corso della degenza presso l'ospedale di Foligno. In questa sede non è possibile accertare in termini di assoluta certezza quale sia stata la manovra che portò al concretizzarsi di dette lesioni e, verosimilmente, la tematica non troverebbe soluzione neppure ove si fosse in possesso della videoregistrazione dell'intervento. Il sottoscritto CTU nel merito può solo limitarsi ad evidenziare trattarsi di complicanze che possono al tempo stesso essere operatore dipendenti o operatore indipendenti; in altri termini è impossibile stabilire in questa sede, in termini di certezza, se le lesioni si sarebbero concretizzate anche ove l'operatore avesse agito con massima perizia. Fatto sta che le lesioni si concretizzarono nel corso di un routinario intervento di taglio cesareo, reso di poco più difficoltoso dal fatto che vi era stata "Estrazione difficoltosa della testa fetale in rotazione sacrale e con arto associato"; difficoltà nell'effettuazione delle routinarie manovre che, però, ben difficilmente può giustificare in presenza di un comportamento perito il concretizzarsi nel corso dello stesso atto chirurgico di lacerazione vescicale, di lesioni nervose e di successivo ematoma (ove si voglia escludere che la garza fosse stata derelita in cavità addominale). Venendo ora alle conseguenze di dette lesioni, allo stato siamo in presenza di alterazioni della minzione con dato anamnestico depone per una assenza dello stimolo e modesta incontinenza, come poi comprovato dagli accertamenti specialistici urologici eseguiti dal dottor Mammana.... In altri termini siamo in presenza di un soggetto che deve mingere a precisi intervalli orari, non avendo lo stimolo alla minzione, e che ha modesta perdita di urine che riesce a contenere con l'utilizzo di un pannolino. Il fatto che le perdite urinarie sono di modesta entità è comprovato, indirettamente ma sostanzialmente incontrovertibilmente, dall'assenza di segni di irritazione cutanea da contatto con l'urina a livello della cute e delle mucose dei genitali esterni e della radice delle cosce. Ove si consideri poi che il reintervento può aver concorso nella formazione di aderenze intraddominali e nel peggiorare il disestetismo della cicatrice laparotomica che peraltro in ogni caso sarebbe stata presente, tenuto conto dei parametri di riferimento valutativi abitualmente utilizzati in ambito di responsabilità civile¹, il permanente danno biologico esitato alla prospettata non corretta esecuzione dell'intervento chirurgico del 19 ottobre 2006 va valutato nella misura di sette-otto punti.....Per quanto attiene l'incidenza dei postumi sulla capacità lavorativa specifica.....va esclusa la presenza di riduzione della capacità lavorativa specifica a causa della realtà esitale sopra descritta. Il temporaneo danno biologico causato dalle lesioni iatrogene concretizzatesi nel corso dell'intervento chirurgico del 19 ottobre 2006 va delimitato in 10 giorni di totale e 20 giorni di parziale al 50%." Le conclusioni cui perviene il CTU sono di seguito ritrascritte: "La signora L. F., in data 19 ottobre 2006, partoriva con taglio cesareo; nel corso dell'atto chirurgico erano causate lesioni che motivavano una dilatazione del periodo di malattia qualificabile come danno biologico temporaneo delimitabile in 10 giorni di totale e 20 giorni di parziale al 50%. Allo stato sono esitati postumi quantizzabili nella misura

di sette-otto punti di permanente danno biologico, in assenza di ripercussioni negative sulla capacità lavorativa specifica di commerciante”.

Pervenivano le osservazioni critiche del CTP di parte attrice, Dott. Patumi: “...per quanto attiene l’uso della garza con filamento radio-opaco nelle medicazioni e nell’applicazione di bendaggi esterni, oltre che essere pratica estremamente pericolosa, perché foriera di falsi positivi, la ritengo nella fattispecie una ipotesi insostenibile, una circostanza impossibile ad essersi verificata, proprio perché, come lei ha ben osservato, la p.te, prima del reintervento e dei controlli rx. fu sottoposta a rimozione del bendaggio applicato in sala operatoria per rimozione delle suture e per una medicazione, il che comportò ovviamente la sostituzione del bendaggio, dovendosi dunque ipotizzare che garze “marcate” venissero usate anche all’interno del reparto di ostetricia..... ritengo infatti impossibile che in un reparto chirurgico quale che esso sia di un ospedale regionale, si possa procedere ad un reintervento chirurgico per lo svuotamento di un ematoma semplicemente sul “sentito dire”, senza cioè praticare un esame ecografico volto ad individuare la localizzazione e le dimensioni dell’ematoma stesso. Anche ammettendo una scarsa competenza degli operatori, non ritengo possibile un comportamento improntato a siffatta superficialità. Rientrando nel merito degli esami radiografici, è ovviamente evidente la omissione di una proiezione da parte di chi ha fornito i cd alla p.te al fine di non consentire una corretta diagnosi medico-legale riguardo il posizionamento del bendaggio. E’ impossibile infatti che qualsiasi radiologo, anche il più incapace, una volta visualizzato un corpo estraneo proiettantesi in addome, non effettui anche una proiezione laterale per visualizzarne la profondità: è evidente il dolo in un simile atteggiamento, dolo altrettanto evidente nella compilazione della cartella clinica, stante le contraddizioni che lei ha evidenziato circa il comportamento dei chirurghi in occasione del reintervento..... Lo stesso danno sofferto dalla p.te conferma come i fatti in questione si siano svolti in maniera ben diversa da quella annotata nella cartella clinica e sostenuta dai consulenti di parte convenuta, risultando impossibile, come confermano le tesi dello stesso prof. P., che un banalissimo danno vescicale possa indurre le problematiche lamentate dalla p.te.....per quanto attiene la quantificazione degli esiti convengo con lei sulla relativa modesta incidenza invalidante, che non giustifica affatto la “guerra termonucleare globale” basata sul nulla e su ipotesi fantasiose combattuta dai consulenti di parte convenuta. Peraltro, come ebbe già modo di segnalare il prof. B. sono del parere che, tenendo conto della realtà oggettiva delle difficoltà che oggi la p.te incontra nel condurre una vita “normale”, una quantificazione che superi i valori della micropermanente, appare comunque a mio avviso più corretta ed adeguata, per cui la inviterei ad una ulteriore riflessione in tal senso, al fine di giungere ad una valutazione degli esiti la più corretta possibile. Considerato infatti che la voce “ritenzione di urine con accertato residuo vescicale, senza necessità di cateterismo” viene valutata nei manuali di più comune uso medico-legale... pari ad un danno biologico compreso tra il 7 ed il 10% e considerata anche la inevitabile presenza di aderenze post-chirurgiche conseguenti al reintervento e da ultimo considerata anche la presenza di una lacerazione vescicale, pur riparata, sono del parere che la sua proposizione di danno meriti una pur modesta revisione che la avvicini alla valutazione formulata dal prof. B. (15%) la cui perizia valutativa ed onestà intellettuale è ben nota a tutti noi”.

In risposta alle osservazioni del dottor Patumi il CTU rileva: “...per quanto attiene la problematica della posizione della garza il collega ribadisce molti passaggi della mia relazione, per cui nulla ritengo di dover aggiungere. Limitatamente alla problematica della valutazione del danno, si ribadisce che gli accertamenti strumentali hanno evidenziato un’alterazione della funzione della minzione decisamente liminare per cui, sulla base delle risultanze di detti accertamenti e delle altre realtà di danno da considerare, si ritiene di poter ribadire la valutazione precedentemente espressa”.

Tanto premesso, deve passarsi ad esaminare la domanda di parte attrice e la relativa ascrizione di responsabilità ai sanitari di Foligno.

E’ tuttavia preliminarmente opportuno rammentare che la responsabilità della struttura sanitaria ha natura contrattuale ed è fondata sul contratto di ospitalità che lega le parti nel momento nel quale il paziente si presenta all’accettazione e viene preso in carico dalla struttura. È anche opportuno precisare, dando seguito alla giurisprudenza della Suprema Corte, che la struttura sanitaria risponde per il comportamento dei medici dipendenti e, in generale, per i fatti commessi dal personale (anche non legato da contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato) dei quali si valga per l’adempimento della prestazione, in ossequio al principio cuius commoda eius incommoda e della regola posta dall’articolo 1228 c.c. (da ultimo, v. altresì, Cass. civ., Sez. III, 11 novembre 2019, n. 28987). È noto poi che il danneggiato, in tali

ipotesi di responsabilità medica, deve allegare e provare il contratto e, quindi, allegare un inadempimento qualificato. Spetta quindi alla struttura sanitaria, sul piano della diligenza nell'adempimento dell'obbligazione, dimostrare o di aver correttamente adempiuto alla prestazione o l'impossibilità della prestazione per causa non imputabile.

In altri termini, il paziente non deve dimostrare che i sanitari hanno violato le regole dell'arte medica, ma può limitarsi, fermo restando il rispetto del principio del contraddittorio – che gli impone comunque di allegare circostanze sulle quali la controparte possa difendersi –, ad affermare che, in derivazione dall'intervento medico, è insorta una patologia non preesistente o si è aggravata una precedente patologia; in questo senso si è affermato “In tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo, invece, a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.” (Cass. civ., Sez. III, 13 ottobre 2017, n. 24073).

Più specificatamente, sul piano del rapporto tra condotta e danno, è invece onere del paziente dimostrare il nesso di causalità materiale tra inadempimento, cioè condotta assunta come inadempiente, e danno evento; cioè dimostrare che la patologia, l'ingravescenza della stessa, o l'evento morte è conseguenza dell'operato dei sanitari. Sul punto deve richiamarsi quanto anche recentemente statuito dalla corte regolatrice che, con sentenza Sez. III, 20 agosto 2018, n. 20812, ha affermato “Sul piano probatorio, con particolare riguardo alla responsabilità sanitaria, al di là della sua configurabilità in termini contrattuali ovvero aquiliani, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento di danno (aggravamento della patologia ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione, mentre spetta alla controparte (medico o struttura sanitaria) dimostrare la non imputabilità dell'azione o dell'omissione, provando che il mancato o inesatto adempimento è stato determinato da un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza. Relativamente alla distribuzione degli oneri probatori, deve poi ribadirsi il principio di recente affermato dalla Seconda Sezione del Tribunale di Perugia con la sentenza n. 29315 del 07.12.2017 che “la previsione dell'art. 1218 cod. civ. solleva il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento”.

Ha infatti osservato la Corte che “la previsione dell'art. 1218 cod. civ. trova giustificazione nella opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova "positiva" dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla (cfr. Cass., S.U. n. 13533/2001). Tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha dunque ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 cod. civ. e non può che valere – quindi - il principio generale sancito dall'art. 2697 cod. civ., che onera l'attore (sia il danneggiato in sede extracontrattuale che il creditore in sede contrattuale) della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa”. Trattandosi infatti di "elementi egualmente "distanti" da entrambe le parti, non v'è spazio per ipotizzare a carico dell'asserito danneggiante una "prova liberatoria" rispetto al nesso di causa (a differenza di quanto accade - come detto - per la prova dell'avvenuto adempimento o della correttezza della condotta). Né può valere, in senso contrario, il fatto che l'art. 1218 cod. civ. faccia riferimento alla causa, laddove richiede al debitore di provare "che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile": infatti, come condivisibilmente affermato, di recente, da questa Corte (Cass. n. 18392/2017), la causa in questione attiene alla "non imputabilità dell'impossibilità di adempiere", che si colloca nell'ambito delle cause estintive dell'obbligazione (costituenti "tema di prova della parte debitrice") e concerne un "ciclo causale" che è del tutto distinto da quello relativo all'evento dannoso conseguente all'adempimento mancato o inesatto. Da ciò discende che, 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 (onere che 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), con

la conseguenza che, se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. n. 975/2009, Cass. n. 17143/2012, Cass. n. 4792/2013, Cass. n. 18392/2017)".

In altri termini, nel campo della responsabilità medica, dove il debitore interviene su una realtà materiale in evoluzione e la cui fisiologia non è sempre integralmente prevedibile, il creditore deve dimostrare (oltre al contratto) la condotta che assume dannosa, e il nesso di causalità materiale tra condotta e evento di danno; tali elementi infatti formano gli elementi costitutivi della sua pretesa. Il debitore, per liberarsi, deve invece provare la diligenza nell'adempimento: può cioè provare di non versare in colpa per aver rispettato l'ars medica e perché l'evento si è realizzato per un fatto che non era prevedibile con la diligenza propria dell'arte. Ne consegue che se il creditore non prova il nesso di causalità (nesso che deve essere iscritto in leggi scientifiche di copertura che spieghino perché due fatti siano legati da consequenzialità causale in termini di condicio sine qua non con il correttivo della c.d. causalità adeguata – dovendosi ovviamente negare recisamente la fondatezza dell'assunto post hoc ergo propter hoc – valutata secondo il noto parametro civile del più probabile che non) o tale nesso rimane incerto il debitore va assolto da responsabilità; parimenti se – dimostrato il nesso di causalità materiale – il debitore non prova la propria diligenza (cioè di aver adempiuto la prestazione sanitaria come l'avrebbe adempiuta il sanitario medio a lui paragonabile) anche sul piano della previsione dell'evoluzione del quadro sanitario sottoposto alla sua attenzione, deve essere dichiarato responsabile delle conseguenze avvenute.

Confermativo, da ultimo, della regola ora esposta è il principio di diritto di recente affermato dalla Suprema Corte con sentenza Sez. III, 11 novembre 2019, n. 28991, a mente del quale "ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione."

Ciò posto in diritto, si osserva, nella fattispecie in esame, che nel comportamento dei sanitari dell'Ospedale di Foligno il consulente tecnico d'ufficio evidenzia talune gravi manchevolezze, a partire dai limiti posti dalla scarsità dei dati desumibili dalla cartella clinica.

La situazione della signora F. in terza giornata dall'intervento era connotata da costante permanenza, in tempi successivi all'atto chirurgico di taglio cesareo, di sintomatologia dolorosa che imponeva somministrazione di antidolorifici; senza nessuna notazione nel diario clinico circa le motivazioni dell'esame, viene eseguito Rx torace e diretta addome refertato, limitatamente all'addome, per "*presenza di livelli idroaerei al fianco destro e sinistro.*

A fronte del persistere di sintomatologia algica che imponeva somministrazione di terapia medica, i sanitari non annotarono per più giorni in cartella clinica quello che era l'esame obiettivo a livello dell'addome. Altro momento di forte perplessità del CTU è motivato dalla diagnosi di "*ematoma sottofasciale post-operatorio*" che motivava l'atto chirurgico del 23 ottobre, nel descrivere il quale non era neppure specificata la quantità di sangue rimosso che costituiva l'ematoma, l'esatta sede dello stesso e la possibile fonte di sanguinamento.

Il CTU evidenzia dati inspiegabili: l'incompletezza del percorso diagnostico pre-operatorio, nel sospetto di ematoma, risulta ancor più immotivato ove si consideri che dalla cartella clinica non emerge qualsivoglia dato che possa far ipotizzare la necessità di intervenire in regime di urgenza; ciò ancorché la voce "urgente" sia stata barrata nella scheda dell'intervento dal chirurgo, mentre non è segnalata l'urgenza nella scheda anestesiologicala; l'Rx del 23 ottobre 2006 non è dirimente essendo stato eseguito, fatto anche questo inspiegabile, nella sola proiezione in antero-posteriore e non anche, come si è soliti fare, in latero-laterale; una proiezione latero-laterale sarebbe stata dirimente ai fini di accertare se la garza, di cui il filo radiopaco faceva parte integrante, era posizionata al di fuori della parete addominale o al suo interno. Non in termini di assoluta certezza, il CTU ritiene comunque di poter motivatamente orientare il diagnostico medico-legale per atto chirurgico del 23 ottobre 2006, il secondo atto chirurgico, motivato dalla presenza di un corpo estraneo (garza con filamento radiopaco) in addome.

Nel corso di detti interventi esitavano la lesione della parete vescicale (ritenuta una complicanza che può verificarsi nel corso di parto con taglio cesareo, indipendentemente da quella che è la perizia dell'operatore), lesione che veniva tempestivamente diagnosticata e trattata, nonché la lesione di altre

strutture deputate alla minzione, come incontrovertibilmente documentato dagli accertamenti strumentali e specialistici urologici, anche se non è possibile accertare in termini di assoluta certezza quale sia stata la manovra che portò al concretizzarsi di dette lesioni.

Accerta il CTU che le lesioni si concretizzarono nel corso di un **routinario intervento** di taglio cesareo, reso di poco più difficoltoso dal fatto che vi era stata “Estrazione difficoltosa della testa fetale in rotazione sacrale e con arto associato”; difficoltà nell’effettuazione delle routinarie manovre che, però, ben difficilmente può giustificare in presenza di un comportamento perito il concretizzarsi **nel corso dello stesso atto chirurgico di lacerazione vescicale, di lesioni nervose e di successivo ematoma (ove si voglia escludere che la garza fosse stata derelitta in cavità addominale).**

Per le conseguenze di dette lesioni, alterazioni della minzione con assenza dello stimolo e modesta incontinenza (in altri termini si è in presenza di un soggetto che deve mingere a precisi intervalli orari, non avendo lo stimolo alla minzione, e che ha modesta perdita di urine che riesce a contenere con l’utilizzo di un pannolino. Il fatto che le perdite urinarie sono di modesta entità è comprovato, indirettamente ma sostanzialmente incontrovertibilmente, dall’assenza di segni di irritazione cutanea da contatto con l’urina a livello della cute e delle mucose dei genitali esterni e della radice delle cosce. Ove si consideri poi che il reintervento può aver concorso nella formazione di aderenze intraddominali e nel peggiorare il disestetismo della cicatrice laparotomica che peraltro in ogni caso sarebbe stata presente) il permanente danno biologico esitato alla prospettata non corretta esecuzione dell’intervento chirurgico del 19 ottobre 2006 è valutato dal CTU nella misura di sette-otto punti. Il temporaneo danno biologico causato dalle lesioni iatrogene concretizzatesi nel corso dell’intervento chirurgico del 19 ottobre 2006 va delimitato in 10 giorni di totale e 20 giorni di parziale al 50%, con esclusione di postumi in ordine alla capacità lavorativa specifica. Facendo applicazione delle tabelle del Tribunale di Milano, tenuto conto della età della danneggiata al momento dell’evento, ritenuto doversi riconoscere il valore massimo del danno biologico valutato dal CTU nella misura del 8%, tenuto conto del valore del punto per danno biologico (€ 1.947,99) e del punto base per ITT (€ 99,00), alla Sig.ra F. va riconosciuto il diritto al risarcimento del danno biologico patito nella misura pari a € 15.226,00 (€ 13.246,00 per danno biologico e € 1.980,00 per danno biologico temporaneo). In applicazione del principio stabilito da Cassazione civile, Sezioni Unite, 17 febbraio 1995 n. 1712, sulle somme dovute a titolo di risarcimento danni devono poi essere riconosciuti sia la rivalutazione monetaria che gli interessi - dal giorno dell’illecito fino alla data della presente pronuncia - quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte del danneggiato, dell’equivalente pecuniario del debito di valore.

Le emergenze processuali inducono, senza dubbio alcuno, alla individuazione dell’inadempimento quale rilevante carenza di diligenza, rispondente all’inadempimento qualificato imputato dall’attrice alla struttura sanitaria e ai Professionisti odierni convenuti, responsabili per le omissioni rilevate in cartella clinica e per le imperite esecuzioni degli interventi sopra individuati. Quanto al nesso di causalità materiale immediata tra condotta dei sanitari e evento, ritiene il Giudicante coerente, chiara, logicamente congruente ed esaustiva la consulenza tecnica espletata, facendola propria. Sussiste pertanto il nesso di causalità tra condotte ed evento. Dimostrato il nesso di causalità tra condotta ed evento, può esaminarsi il profilo della colpa; può cioè indagarsi se le azioni compiute dai sanitari rispondono alle regole dell’arte medica che una normale equipe deve seguire in casi simili. Ebbene, nel caso di specie risulta alla luce conclusioni del c.t.u. – che anche sotto questo aspetto devono essere fatte proprie dal Tribunale in quanto scientificamente documentate, intrinsecamente coerenti, chiare e attendibili nel metodo proposto e nel merito delle valutazioni – che la condotta dei sanitari non è stata rispettosa delle regole dell’arte applicabili al caso concreto e che nella gestione del caso concreto i sanitari non si sono attenuti alle richiamate regole ponendo in essere una condotta difforme. Deve quindi essere formulato ai sanitari operanti, per le lesioni personali causate, un addebito di responsabilità a titolo di colpa per imperizia, non avendo questi ultimi gestito il caso secondo l’arte medica applicabile al caso concreto.

Un rilievo a parte va operato in ordine al chiesto risarcimento del danno morale subito dalla Sig.ra F., non condividendo il Giudicante, impregiudicata la valutazione dal punto di vista strettamente medico legale, quanto rilevato dal CTU in sede di conclusioni: “si è in presenza di un soggetto che deve mingere a precisi intervalli orari, non avendo lo stimolo alla minzione, e che ha modesta perdita di urine che riesce a contenere con l’utilizzo di un pannolino.... le perdite urinarie sono di modesta entità....”.

Ora, correttamente il patrocinatore della Sig.ra F. richiama il principio, in tema di risarcimento del danno non patrimoniale, della liquidazione non in termini puramente simbolici o comunque non correlati alla

effettiva natura o entità del danno, ma in termini di congruità, posto che il ristoro deve tendere, in considerazione della peculiarità del caso concreto e della reale entità del danno, alla maggiore approssimazione possibile all'integrale risarcimento. E' indubitabile che la Sig.ra F., di giovane età, abbia subito una importante compromissione della salute e della qualità della sua vita futura. Pertinenti al riguardo le pregnanti osservazioni del CT di parte Dott. Patumi, riportate in perizia, laddove invita il CTU alla revisione della entità della lesione tenendo conto della *“realtà oggettiva delle difficoltà che oggi la paziente incontra nel condurre una vita..e per la presenza inevitabile di aderenze post chirurgiche..”*. La Sig.ra F. non avverte lo stimolo della minzione e soffre, seppur in maniera modesta, di “perdite di urine che riesce a contenere con l'utilizzo di un pannolino”. A parere del Giudicante, l'attrice è in una condizione psicologica permanentemente minata per le mutate condizioni di vita e per la qualità della vita stessa, a cagione di una menomazione difficile da accettare anche in età molto avanzata e pertanto insopportabile in una donna nel pieno delle sue energie e del suo vigore giovanile.

Si osserva che la perduta possibilità di continuare a svolgere la vita quotidiana, in conseguenza di una lesione della salute, non esce dall'alternativa: o è una conseguenza normale del danno (cioè indefettibile per tutti i soggetti che abbiano patito una menomazione identica), ed allora si terrà per pagata con la liquidazione del danno biologico; ovvero è una conseguenza peculiare, ed allora dovrà essere risarcita, adeguatamente aumentando la stima del danno biologico (c.d. “personalizzazione”).

Dunque le conseguenze della menomazione, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana e sugli aspetti “dinamico-relazionali”, che sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito il medesimo tipo di lesione, non giustificano alcun aumento del risarcimento di base previsto per il danno non patrimoniale. Al contrario, le conseguenze della menomazione che non sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito quel tipo di lesione, ma sono state patite solo dal singolo danneggiato nel caso specifico, a causa delle peculiarità del caso concreto, giustificano un aumento del risarcimento di base del danno biologico. (cfr. Cass.civ., sez. III, ord. 7513 del 27/3/18).

Si ritiene dunque, alla luce di quanto sopra, di dover riconoscere una maggiorazione, particolarmente elevata e in via necessariamente equitativa, del risarcimento in favore della Sig.ra F., costretta alla minzione con cadenza oraria e ad un disagio costante nell'utilizzo di un presidio per contrastare le perdite, seppur modeste, ma comunque foriere di forte impatto emotivo.

Per tale ragione si stima equo e congruo il risarcimento nella misura di € 150.000,00, liquidato alla actualità, oltre interessi e rivalutazione dalla pronuncia al saldo.

Le spese, incluse le spese di CTU, seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo.

Segue la condanna di QBE Insurance (Europe) Limited, già Q.B.E. International Insurance Ltd, in persona del legale rapp.te p.t., in qualità di Assicuratrice della AUSL N. 3, giusta polizza n. 040078879, a rifondere ai convenuti quanto da loro versato.

Tutte le altre domande sono respinte.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, condanna Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 Regione Umbria in persona del suo legale rappresentante p.t. , il Dott. F. P. ed il Dott. P. M., in solido tra loro, al risarcimento dei danni in favore di F. L. pari alla somma di € 15.226,00, oltre interessi e rivalutazione dal giorno dell'evento al saldo e di € 150.000,00 a titolo di danno morale, oltre interessi e rivalutazione dalla pronuncia al saldo.

Pone definitivamente a carico dei convenuti le spese di CTU.

Condanna i convenuti in solido tra loro al pagamento in favore della Sig.ra F. delle spese di lite liquidate in € 14.000,00 per compensi professionali, oltre accessori sulle somme soggette come per legge.

Condanna QBE Insurance (Europe) Limited, già Q.B.E. International Insurance Ltd, in persona del legale rapp.te p.t., in qualità di Assicuratrice della AUSL N. 3, giusta polizza n. 040078879, a rifondere ai convenuti quanto da loro versato.

Respinte tutte le altre domande.

Perugia, 3 gennaio 2022

Il Giudice
Rosa Lavanga