

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PISA

In persona del giudice unico dott. Stefano Palmaccio
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 6096/2015 R.G. promossa da:

M. A. (C.F. *omissis*), rappresentato e difeso dall'avv. Giovanni Izzi ed elettivamente domiciliato presso il suo studio a Pisa in via Vittorio Veneto n. 22, giusta procura in atti;

- PARTE ATTRICE -

contro

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA, rappresentata e difesa dall'avv. Nicola Gori ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Lucca, viale Puccini Trav. XI n. 134/e, giusta procura in atti;

- PARTE CONVENUTA -

Conclusioni delle parti, come rassegnate con note di trattazione scritta depositate nel fascicolo telematico ex art. 221 D.L. n. 34/2020, convertito dalla L. n. 77/2020

Parte attrice: “*a) In via istruttoria, ammettere la produzione del documento allegato alle note scritte autorizzate del 19 maggio 2021, occorrendo ai sensi dell’art. 153 comma 2 c.p.c.; b) Nel merito, si insiste nelle conclusioni rassegnate in atto di citazione*”

Parte convenuta: “*in via principale nel merito, rigettare la domanda di risarcimento del danno proposta da parte attrice nei confronti dell’AOUP in quanto infondata in fatto e diritto; in denegata ipotesi, laddove Codesto Giudice ritenesse sussistente la responsabilità dell’AOUP per il pregiudizio lamentato da parte attrice, ridurre l’importo delle pretese risarcitorie avanzate da parte attrice per le causali esposte nella comparsa di costituzione e risposta; Con vittoria di compenso e spese del giudizio, oltre spese generali, Iva e Cap come per legge*”

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, M. A. ha convenuto in giudizio l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) per vederne accertare la responsabilità e per sentirla condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti in conseguenza dell’inadeguatezza dei trattamenti sanitari praticati dai medici dell’AOUP in relazione alla sintomatologia dolorosa addominale lamentata dall’attore in occasione dell’accesso al P.S. dell’Ospedale Santa Chiara di Pisa in data 20.8.2010, nonché per effetto dell’errata esecuzione e della negligente gestione della fase post-operatoria con riferimento all’intervento chirurgico in laparoscopia effettuato il 19.9.2011 presso l’Ospedale Cisanello di Pisa a seguito di una peritonite da perforazione intestinale in ulcera duodenale.

L’attore ha esposto in fatto di essersi recato, in data 20.8.2010, presso il P.S. dell’Ospedale Santa Chiara di Pisa a causa di una dolorosa sintomatologia addominale e di essere stato dimesso, poche ore dopo, con diagnosi di “dolore addominale presente da mesi in coprostasi”; a seguito di nuovo accesso in data 19.9.2011, di essere stato ricoverato d’urgenza e sottoposto a intervento chirurgico laparoscopico presso l’U.O. Chirurgia Generale dell’Ospedale di Cisanello di Pisa per “peritonite da perforazione intestinale in ulcera duodenale”; di essere stato dimesso il 26.9.2011; in ragione della persistenza del dolore addominale, di aver effettuato nei mesi successivi numerosi accessi al Pronto Soccorso e di essersi sottoposto a molteplici trattamenti e accertamenti clinici e strumentali, incluso un ricovero il 24.5.2012 presso l’Ospedale di Cisanello e un altro ricovero l’11.8.2012 presso l’Ospedale di Lucca, senza mai veder risolte le patologie lamentate; di aver sviluppato, in conseguenza del persistere della sintomatologia dolorosa acuta all’addome, un delicato quadro depressivo-ansioso reattivo, tale da portarlo anche a

compiere atti di autolesionismo.

La parte attrice ha invocato la responsabilità dell'AOUP lamentandosi, da un lato, del *“mancato intervento chirurgico che i medici avrebbero dovuto eseguire in concomitanza con il primo accesso al P.S. avvenuto il 20.8.2011”* [rectius, 20.8.2010], dall'altro, degli esiti dell'intervento chirurgico effettuato il 19.9.2011, in occasione del quale il personale medico non avrebbe adottato tutte le precauzioni idonee a prevenire l'insorgenza della perforazione duodenale e la formazione delle aderenze.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana si è costituita in giudizio, negando la propria responsabilità sia per quanto concerne la mancata esecuzione del (non meglio precisato) *“intervento chirurgico”* in seguito all'accesso del paziente il 20.8.2010 (*“furono esperiti tutti gli accertamenti previsti in relazione alla sintomatologia lamentata, ma non risultò alcuna patologia a carico del paziente, né tantomeno necessario alcun intervento chirurgico...dagli esami effettuati in quella data non risultava presente alcuna patologia che rendesse necessaria un'operazione”*), sia con riferimento alla scelta chirurgica adottata il 19.9.2011 e alla corretta esecuzione dell'intervento di raffia e omentopessi laparoscopica su ulcera duodenale in tal data effettuato (*“la sintomatologia addominale lamentata da parte attrice non può essere in alcun modo ricondotta a malpractice dei sanitari dell'AOUP, quanto piuttosto alla normale evoluzione di un processo fisiopatologico innescatosi in conseguenza della perforazione intestinale e del conseguente imprescindibile trattamento chirurgico”*). Con riguardo all'intervento chirurgico del 19.9.2011, in particolare, ha dedotto che la complicità relativa alla formazione di aderenze rientrava tra quelle previste per la tipologia di intervento eseguito e non sarebbe stata in alcun modo prevenibile. Ha esposto inoltre che, al momento delle dimissioni seguite al primo accesso al P.S., i sanitari avevano consigliato all'attore, in caso di persistenza di dolore, di effettuare un ulteriore approfondimento mediante colonscopia, indicazione tuttavia disattesa dal paziente. Ha contestato, infine, l'entità dei danni lamentati dall'attore, concludendo per il rigetto della domanda.

Il giudizio è stato istruito mediante l'espletamento di CTU medico-legale, l'acquisizione di prove documentali e l'assunzione di prove orali.

La domanda non risulta meritevole di accoglimento.

Secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza, la responsabilità della struttura per i danni che si verificano in ambito sanitario è una responsabilità che scaturisce dall'inadempimento e/o dall'inesatto adempimento di una delle varie prestazioni che è direttamente obbligata ad eseguire in base al contratto atipico di ospedalità (Tribunale di Milano sez. I, 06/09/2019, n. 8003; Cassazione civile sez. III, 22/09/2015, n. 18610). Trattandosi di responsabilità di tipo contrattuale, *“l'onere probatorio dell'esistenza del contratto, dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie a seguito dell'intervento) e del nesso causale con l'azione o l'omissione dei sanitari grava sul danneggiato. Infatti, il danno è elemento costitutivo della fattispecie e l'eziologia è immanente alla nozione di danno; di conseguenza, anche il nesso causale è parte del fatto costitutivo che l'attore deve provare. Spetta, invece, alla struttura sanitaria dimostrare che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti infausti sono stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile o comunque che non sono causalmente riconducibili alla condotta negligente o imperita dei medici, senza che rilevi, ai fini della ripartizione dell'onere probatorio, il fatto che la prestazione sia di facile esecuzione o implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, ai sensi dell'art. 2236 c.c.”* (cfr. Tribunale di Firenze, 05/02/2018, n. 335). In applicazione dei principi generali di riparto dell'onere probatorio in tema di responsabilità contrattuale, grava sul paziente danneggiato l'onere di allegare l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato (Tribunale Roma sez. XIII, 18/01/2019, n. 1287).

Ciò premesso, va rilevato che i fatti storici dedotti in citazione e rilevanti ai fini della decisione, segnatamente il primo contatto con il P.S. dell'AOUP in data 20.8.2010 e l'iter diagnostico, chirurgico e terapeutico cui l'attore è stato sottoposto a far data dal 19.9.2011 fino alle dimissioni del 26.9.2011, non sono oggetto di contestazione fra le parti e, comunque, risultano provati dalla documentazione versata in atti. È pertanto pacifico che il 19.9.2011 l'attore fu ricoverato d'urgenza presso l'U.O. Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Ospedale Cisanello a Pisa per sintomatologia dolorosa addominale caratteristica di *“addome acuto”*; che fu diagnosticata una *“peritonite acuta da perforazione intestinale”*; che si rese necessario un intervento di laparoscopia esplorativa che evidenziò una *“perforazione duodenale su ulcera*

peptica”; che fu eseguita raffia della perforazione e omentopessi laparoscopica, con “lavaggi multipli della cavità addominale con fisiologica riscaldata”.

Nondimeno, successivamente il paziente continuò a manifestare una persistente sintomatologia dolorosa all’addome, tanto che seguirono reiterati accessi al pronto soccorso e numerosi ulteriori (non risolutivi) accertamenti clinici e strumentali, finché in occasione del ricovero in data 11.8.2012 presso l’Ospedale di Lucca fu eseguito un nuovo intervento laparoscopico e venne riscontrata la presenza di numerose aderenze epiploon-parietali. La sintomatologia dolorosa addominale era preesistente alla data del 19.9.2011, considerato che l’attore già in occasione dell’accesso al P.S. dell’agosto del 2010 aveva lamentato “dolore addominale presente in coprostasi”.

Come osservato dal CTU, dott. Guido Argento:

-in via generale, la peritonite consiste in un processo infiammatorio del peritoneo e può condurre alla morte se non curata con urgenza;

-la causa più frequente della peritonite è la perforazione di un viscere cavo, che determina “*la contaminazione della cavità addominale con succhi gastrici o materiale fecale*”;

-la malattia da peritonite determina “*un «addome acuto» caratterizzato da dolori intensi addominali, rigidità della parete addominale, nausea, vomito e febbre. Segni classici dell’addome acuto sono il dolore, l’ipertono dei muscoli della parete addominale, la febbre ... Lo spandimento del materiale settico proveniente dall’intestino determina l’infiammazione acuta e diffusa del peritoneo anche a distanza dal focolaio di origine, nella cavità addominale*”;

-“*l’addome acuto causato dalla peritonite necessita di intervento chirurgico in urgenza; questo può essere eseguito o a “cielo aperto (laparotomico) o in laparoscopia, introducendo cioè nella cavità addominale, attraverso adeguate perforazioni della parete i dispositivi (trocar) necessari ad inserire le opportune quantità di anidride carbonica (CO2) per dilatare la cavità, l’illuminazione del campo operatorio, lo strumentario chirurgico*”;

-tra le complicazioni frequenti della peritonite si colloca “*lo sviluppo secondario di “aderenze” tra i visceri addominali, rappresentate da sinechie di fibrina. L’infiammazione comporta la formazione di essudati di fibrina e conseguenti aderenze tra i visceri, che tendono a circoscrivere il processo peritonitico*”;

-“*la complicazione rappresentata dalle aderenze è conseguenza del processo peritonitico e non è correlata alla procedura operatoria che viene attuata. Peraltro, non sono disponibili misure specifiche atte ad impedire o ridurre la formazione di aderenze: in passato fu tentata l’introduzione di particolari “gel” nella cavità addominale, ma la sperimentazione dimostrò che l’applicazione di tali sostanze produceva maggiori danni per la reattività della membrana. Pertanto, l’unica misura adeguata a tentare di ridurre il rischio della complicità è quella di effettuare accurati lavaggi della cavità addominale con soluzione fisiologica, che è ciò che risulta essere stato effettuato nel caso di specie*”.

Ciò premesso, il CTU ha escluso che i postumi invalidanti lamentati dall’attore – segnatamente le aderenze viscerali e la sintomatologia dolorosa all’addome che continua ad affliggerlo – siano da ricondursi a trattamenti sanitari inadeguati praticati dall’AOUP.

Invero, in esito all’intervento chirurgico del 19.9.2011 il paziente sviluppò una sindrome aderenziale, alla quale è correlata la persistente sintomatologia dolorosa addominale lamentata. Tuttavia, come chiaramente evidenziato dal consulente tecnico, “*la sindrome aderenziale è complicazione nota della peritonite acuta e non fu determinata dall’intervento laparoscopico effettuato presso l’UO di Chirurgia d’Urgenza dell’Ospedale di Pisa, che fu eseguito correttamente con tecnica chirurgica adeguata*”. Allo scopo di contenere lo sviluppo di aderenze, furono eseguiti reiterati lavaggi della cavità addominale durante l’intervento. A giudizio del CTU, “*non sono disponibili attualmente altre misure terapeutiche atte a prevenire la complicazione in questione*”. Il CTU ha pertanto concluso che “*le complicanze rappresentate dalle aderenze viscerali ed epiploon-parietali sono correlate alla peritonite e non ad incongruo trattamento chirurgico*”, che fu invece eseguito correttamente e con tecnica chirurgica adeguata.

Il Tribunale condivide le risultanze della consulenza tecnica, avendo il CTU, con argomentazioni lineari e immuni da vizi logici, proceduto ad un analitico esame della documentazione clinica in atti e ad un’attenta ricostruzione dell’iter clinico subito dal paziente, nonché alla disamina e alla valutazione delle pregresse condizioni di salute del medesimo.

All’osservazione del CTP dell’attore, dott. Maurizio Bellucci, secondo cui nel caso di specie non

sarebbero state messe in pratica in sede operatoria tutte le misure preventive atte contenere il rischio della complicità aderenziale (tra cui l'inserimento di una pellicola tra gli organi alla fine dell'intervento di laparotomia, l'uso di guanti senza amido né lattice, l'idratazione dei tessuti con soluzione salina e l'irrigazione del campo operatorio, un'accurata emostasi e una ridotta esposizione a corpi estranei), il CTU ha convincentemente replicato che, da un lato, *“l'intervento in questione fu eseguito in laparoscopia e non in laparotomia (cioè non fu eseguito a cielo aperto) ed il contatto con i visceri addominali avvenne esclusivamente attraverso lo strumentario laparoscopico e non con le mani dell'operatore, per cui tutte le considerazioni sull'impiego dei guanti in lattice ed altre misure e la limitazione dei contatti con le anse addominali non risultano attinenti al caso concreto”*, dall'altro che *“la bibliografia citata dal Dott. Bellucci è obsoleta, con voci bibliografiche datate 18 anni ed oltre, non più adeguate alla realtà clinica attuale”*. Il CTU ha inoltre citato più recente letteratura scientifica che confermerebbe: (i) l'inesistenza di raccomandazioni sull'adozione di *“farmaci/dispositivi per l'impiego di preparati antiaderenze in corso di interventi chirurgici”*; (ii) che l'approccio laparoscopico – ritenuto preferibile rispetto a quello laparotomico *“per la minore invasività, il minore rischio di sviluppo di aderenze, una più rapida ripresa post-operatoria”* – ridurrebbe il rischio di formazione di aderenze del 45%. In definitiva, come spiegato dal CTU, la tecnica laparoscopica, che *“limita la manipolazione tissutale e riduce la risposta infiammatoria peritoneale, e la rimozione di eventuali stimoli infiammatori peritoneali mediante toelette peritoneale, rappresentano le migliori applicazioni disponibili per la prevenzione di aderenze peritoneali”*.

In relazione al verificato interessamento di un nervo periferico al momento dell'accesso dello strumentario laparoscopico, il CTU ha osservato che si tratta di una complicazione imprevedibile e inevitabile, poiché *“i punti di accesso dei “trocar” sono “standard”, in sedi anatomiche non casuali, e così risulta essere stato fatto nell'intervento in questione (in sede periombelicale e sull'ombelicale trasversa); il fatto che nella circostanza possa essere stato interessato un ramo nervoso sensitivo è da ritenersi del tutto casuale e non dipendente dalla condotta dell'operatore”*.

Infine, con riferimento al fatto che al momento della perizia l'attore fosse affetto da ulcera duodenale, non si rinvergono elementi per affermare il nesso eziologico con l'intervento del 2011, tenuto conto che, come fatto notare dal CTU, *“le cause dell'ulcera duodenale sono molteplici e correlate prevalentemente a situazioni endocrino-costituzionali individuali, oltre a disordini dietetici, fumo, farmaci, alcool ed altro”*. Per quanto concerne l'asserita inadeguatezza dei trattamenti sanitari praticati in occasione dell'accesso dell'A. al P.S. dell'AOUP in data 20.8.2010, segnatamente con riferimento alla mancata immediata sottoposizione del paziente a intervento chirurgico, dalla documentazione clinica emerge che il paziente fu anzitutto sottoposto a ecografia e ad esame Rx dell'addome, con diagnosi di *“dolore addominale presente da mesi in coprostasi”*. Tenuto conto che la peritonite fu riscontrata per la prima volta il 19.9.2011 (dunque tredici mesi dopo), che la stessa *“è un evento acuto e improvviso”*, che nel caso di specie si verificò *“per la perforazione di un'ulcere duodenale”*, il CTU ha osservato quanto segue: *“non si vede come avrebbe potuto essere posta “tempestivamente” la diagnosi nell'arco temporale intercorso tra il primo ed il secondo accesso in ospedale, quando poi la colica addominale iniziale non aveva alcuna caratteristica clinica o anamnestica di ulcera duodenale”*. In altri termini, le risultanze della CTU corroborano ampiamente la tesi difensiva sostenuta dall'AOUP, vale a dire che dagli esami effettuati in occasione del primo accesso non fosse emersa alcuna patologia tale da rendere raccomandabile l'esecuzione di un intervento chirurgico e che in quel momento non fosse in alcun modo prevedibile né prevenibile l'insorgenza della perforazione duodenale e quindi lo sviluppo della peritonite. Oltretutto, nella cartella clinica di P.S. era posta la prescrizione di colonscopia in caso di persistenza della sintomatologia (cfr. doc. 3 fasc. AOUP), indicazione che tuttavia risulta essere stata disattesa dal paziente. Anche con riferimento alla condotta tenuta dai sanitari dell'AOUP in concomitanza dell'accesso del paziente il 20.8.2010, dunque, non sono apprezzabili dei comportamenti censurabili sotto il profilo della colpa professionale.

Infine, con riferimento ai *“plurimi accessi”* al Pronto Soccorso di Pisa che l'attore sostiene di aver effettuato nel periodo tra ottobre del 2010 e agosto del 2011, va rilevato che di essi non vi è adeguato riscontro nel compendio istruttorio complessivamente acquisito.

Di tali ingressi non esiste in atti prova documentale, da un lato non avendo l'attore prodotto i verbali e/o le cartelle cliniche corrispondenti ai predetti accessi al Pronto Soccorso, dall'altro avendo l'AOUP dichiarato, in ottemperanza all'ordine di esibizione impartito da questo giudice, che *“da una verifica*

effettuata dalla Direzione Medica di Presidio dell'AOUP sulla documentazione sanitaria relativa al sig. A. non risulta effettuato alcun accesso da parte del medesimo presso la struttura sanitaria nel periodo compreso tra il 01/08/2010 e il 31/08/2011”.

Alla luce di siffatta assoluta lacuna documentale, si ritiene che la prova degli asseriti accessi intermedi non possa considerarsi raggiunta sulla base delle dichiarazioni testimoniali rese all'udienza del 4.7.2017 da B. A. e da A. A. M. S., persone legate al paziente rispettivamente da rapporto familiare (fratello) e amicale. Questi ultimi hanno confermato la veridicità del capo di parte attrice così articolato: *“DCV che, tra l'ottobre 2010 e l'agosto 2011, ha accompagnato più volte il sig. M. A. al pronto soccorso dell'Ospedale Cisanello di Pisa”* e hanno affermato che in concomitanza dei predetti accessi il personale sanitario non avrebbe rilasciato alcuna certificazione. Sebbene con riferimento alle deposizioni rese dai parenti di una delle parti non sussista alcun principio di necessaria non credibilità connessa al vincolo parentale (*ex multis*: Cass. civ., sez. VI, lavoro, ord., 02/02/2021, n. 2295; Corte d'Appello di Catanzaro, sez. I, sent. 10/06/2021; Corte d'Appello di Roma, sez. lavoro, sent. 07/05/2020), nella specie l'inattendibilità delle dichiarazioni rilasciate si desume: (i) dalla loro genericità e imprecisione, non avendo alcuno dei testi più compiutamente contestualizzato quando e in quali occasioni sarebbero avvenuti i riferiti accessi; (ii) dalla totale inverosimiglianza della sistematica mancata formazione del verbale di pronto soccorso da parte del personale sanitario di volta in volta chiamato a visitare il paziente, nonostante la qualità rivestita di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio e l'obbligo giuridico di provvederne alla redazione.

Dalla mancata prova degli accessi intermedi discende che non possono essere esaminate le pur vaghe e generiche doglianze svolte dall'attore in sede di prima memoria ex art. 183 c. 6 c.p.c. a proposito del comportamento dei sanitari dell'AOUP nel periodo compreso tra l'accesso in P.S. del 20.8.2010 e l'intervento chirurgico del settembre del 2011.

Si richiama quanto già argomentato con ordinanza in data 27.5.2020 a proposito dell'inammissibilità, poiché tardiva, della produzione documentale allegata alla nota di parte attrice del 19.5.2020, oltretutto inconferente ai fini della decisione perché avente ad oggetto un verbale di pronto soccorso datato 21.1.2009, dunque antecedente al perimetro temporale entro il quale l'attore ha censurato il comportamento dell'AOUP.

In definitiva, non sussiste la responsabilità della struttura sanitaria convenuta per i danni lamentati dall'attore, non avendo quest'ultimo assolto l'onere di dimostrare la sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno lamentato e, d'altro canto, avendo la struttura sanitaria dimostrato che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti infausti non sono causalmente riconducibili alla condotta negligente o imperita degli operatori sanitari.

Per quanto concerne la regolamentazione delle spese di lite, si ritiene che, in considerazione della controvertibilità delle questioni trattate e del difficile accertamento delle circostanze di fatto sottese alla domanda avanzata, implicanti valutazioni di carattere strettamente tecnico di tipo medico-legale, sussistano gravi ed eccezionali ragioni per disporre la parziale compensazione nella misura del 50%. Per le medesime ragioni, si ripartiscono le spese di CTU in misura del 50% a carico della parte attrice e del 50% a carico della parte convenuta. In applicazione del principio della soccombenza, per la residua quota del 50% le spese di lite devono essere addossate alla parte attrice e sono liquidate in conformità ai parametri medi ex D.M. n. 55/2014, scaglione corrispondente al valore dichiarato della causa (€ 200.280,00), nella misura della metà di € 13.430,00 per onorari, oltre accessori di legge.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così provvede:

- 1) rigetta la domanda attorea;
- 2) compensa tra le parti le spese di lite nella misura del 50%;
- 3) condanna M. A. al pagamento in favore di Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana delle spese processuali, che liquida per la residua quota del 50% in complessivi € 6.715,00 per onorari, oltre accessori dovuti per legge;

4) pone le spese di CTU definitivamente a carico di M. A. in misura del 50% e di Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana in misura del 50% ;

5) dispone la trasmissione della presente sentenza, della memoria ex art. 183 c. 6 n. 2) c.p.c. di parte attrice e del verbale di udienza del 4.7.2017 alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Pisa per le valutazioni di sua competenza,

Così deciso in Pisa il 17/01/2022

Il giudice
dott. Stefano Palmaccio