



IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI ROMA

TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

in persona del dott. Alberto Cisterna ha emesso la seguente

SENTENZA

nel giudizio di primo grado iscritto al n. 5946/2019 del RGAC.

TRA

P. C. (c.f. *omissis*), rappresentato e difeso dall'avvocato GAUDINO FABIO e dall'avvocato EMANUELA CONTENUTO, elettivamente domiciliata in VIALE CITTÀ D'EUROPA, 658 ROMA, giusta procura alle liti rilasciata giusta procura speciale posta a margine della seconda pagina dell'atto di citazione.

ATTRICE

E

AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I (c.f. 05865511009), rappresentato e difeso dall'avvocato BARATTA FRANCESCA ROMANA, elettivamente domiciliato in VIALE DI VILLA MASSIMO, 57 00161 ROMA, giusta procura alle liti allegata alla comparsa di costituzione.

CONVENUTA

oggetto: responsabilità professionale sanitaria.

conclusioni per parte attrice: *«Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, respinta ogni diversa istanza, eccezione e deduzione, In via principale: - accertare e dichiarare che l'intervento di tiroidectomia totale eseguito sulla persona di C. P., in data 29.09.2014, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, ha determinato la paralisi bilaterale dei nervi ricorrenti di parte attrice per fatto e colpa dei medici della Azienda sanitaria convenuta che hanno assistito la paziente in violazione dei doveri di diligenza, prudenza e perizia esigibili; accertare e dichiarare che la paralisi bilaterale dei nervi ricorrenti ha arrecato conseguenze dannifere di natura patrimoniale e non patrimoniale. Per l'effetto,*



condannare Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, in persona del rappresentante legale pro tempore, a risarcire C. P. dei danni di natura patrimoniale e non sofferti in dipendenza dell'intervento chirurgico di tiroidectomia totale ai sensi e per gli effetti degli artt. 1176, 1218, 12232 1228, 2043 e 2059 cod. civ. nella misura ritenuta di giustizia ed equità all'esito dell'istruttoria ex art. 1226 cod. civ.. In via subordinata: accertare la non adeguata assistenza medica di C. P. da parte del personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, accertare che ove la paziente fosse stata rettamente curata avrebbe avuto delle effettive possibilità di miglioramento della qualità della vita (cd. danno da perdita di chance) e, per l'affetto, condannare parte convenuta, in persona del rappr. legale pro tempore, al pagamento della somma che sarà ritenuta più equa all'esito dell'istruttoria a fronte dei danni di natura patrimoniale e non patiti e patienti dall'attrice. Oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal dì (29.09.2014) al soddisfo. Con vittoria di spese, competenze ed onorari, spese generali, cpa e iva»; parte convenuta: «Voglia il Tribunale adito, ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione respinta e disattesa, in via principale: - rigettare le domande dell'attrice perché infondate in fatto e in diritto e comunque non provate; in via subordinata - nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande dell'attrice, quantificare il danno lamentato dall'attrice in modo equo e, comunque, sulla base delle risultanze istruttorie, tenendo in considerazione tutte gli elementi che possono aver contribuito a detto danno, inclusa la condotta dell'attrice. In ogni caso, con vittoria di spese, diritti ed onorari di giudizio».

FATTI DI CAUSA E MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione, regolarmente notificato, la sig.ra P. C. esponeva quanto segue: che, in data 22.9.2014, era stata ricoverata presso la U.O.C. di Chirurgia Oncologica del Policlinico Umberto V' per eseguire un intervento di tiroidectomia totale per gozzo multinodulare eutiroideo; che l'intervento era stato eseguito il 29.9.2014 a decorrere dal quale, successivamente, si era recata ai controlli post-operatori esponendo ai medici di avere difficoltà respiratorie e di fonazione; che, in data 14.5.2015 si era sottoposta ad una fibrolaringoscopia all'esito della quale era stata riscontrata «*marcata ipomobilità in posizione paramediana delle corde vocali vere dx e sin Spazio respiratorio ridotto, al presente sufficiente. Controlli nel tempo*»; che, in data 4.3.2017, era stata trasportata in codice rosso presso il Policlinico Umberto I per difficoltà respiratoria ingravescente ed era stata sottoposta a un intervento di tracheotomia di urgenza e il 16.3.2017 a intervento di cordectomia laser con diagnosi operatoria di paralisi delle corde vocali vere; che era stata dimessa con



diagnosi di dispnea acuta con terapia domiciliare; che, in data 10.4.2017, era stata nuovamente ricoverata a Policlinico Umberto I con diagnosi di dispnea in paresi ricorrentiale bilaterale, per revisionare l'intervento di trianglectomia bilaterale; che, in data 23.5.2017 si era recata presso il Policlinico Umberto I per ostruzione della cannula di Shilley e conseguente dispnea; che aveva subito ulteriori controlli e attualmente soffriva di una grave disfonia, associata a crisi parossistiche di dispnea, il cui substrato patologico era una lesione ricorrentiale bilaterale post tiroidectomia; che la paralisi delle corde vere le era stata diagnosticata la prima volta il 14.05.2015 a 8 mesi dall'intervento e confermato più volte nell'arco dei vari ricoveri e visite eseguite nel corso degli anni; che la paralisi bilaterale dei nervi ricorrenti era stata una conseguenza dell'intervento per tiroidectomia totale, visto che prima dell'intervento non presentava alcuna sintomatologia.

2. Tanto premesso, e svolte ulteriori considerazioni sulla responsabilità della Struttura e sulla quantificazione del danno, rassegnava le conclusioni di cui sopra.

3. Si costituiva in giudizio l'Azienda Policlinico Umberto deducendo che l'intervento era stato perfettamente eseguito dagli operatori sanitari; che era da escludere che la dedotta lesione bilaterale dei nervi ricorrenti lamentata dall'attrice potesse essersi verificata in quella sede altrimenti sarebbe necessariamente venuta alla luce nel corso dell'Intervento stesso al momento dell'estubazione con la necessità di procedere immediatamente ad una tracheotomia e di trasferire l'attrice in ambiente ORL; che il lasso di tempo intercorso tra l'Intervento e la lesione lamentata non permetteva in alcun modo di imputare detta lesione all'Intervento, posto che un eventuale danno iatrogeno a carico delle strutture nervose responsabili della fonazione, si sarebbe manifestato nei primi giorni post-operatori; che la paralisi delle corde vocali non poteva essere, quindi, conseguenza dell'Intervento in assenza di alcuna annotazione riguardo la qualità fonatoria dell'attrice; che, sulla base dei dati rilevabili dalla letteratura medica, la paralisi delle corde vocali dell'attrice poteva essere stata causata o da una laringite (cronica e/o acuta), o da processi di neoplasie delle corde vocali e della laringe, o da disturbi neurologici, ma non, certamente, dall'Intervento; che la crisi respiratoria che aveva causato la necessità di effettuare una tracheotomia, si è verificata nel 2017, ossia quasi tre anni dopo l'Intervento; che la sintomatologia respiratoria postuma sofferta dall'attrice poteva essere stata una conseguenza ipotizzabile della malattia dell'attrice, a seguito dell'Intervento; che la sintomatologia respiratoria era stata prevista nel consenso informato sottoscritto dall'attrice, come ordinario decorso anche in ipotesi di un trattamento operatorio perfettamente riuscito; che, qualora la sintomatologia fosse insorta nei giorni successivi all'Intervento, si sarebbe trattato di un rischio accettato dalla paziente, correttamente



informata, al fine di curare la ben più grave patologia da cui era affetta; che gli operatori sanitari avevano rispettato sia il protocollo pre-operatorio che il protocollo post-operatorio, elementi che prevedono sia il videat OREL, sia il consenso informato in cui figurava, quale possibile complicità dell'Intervento, il danno al nervo laringeo; che l'Intervento era stato eseguito con la massima diligenza richiesta, era perfettamente riuscito, l'attrice era stata seguita dai sanitari dell'Azienda, costantemente e diligentemente, durante tutto il percorso post-operatorio.

4. Tanto premesso, e svolte ulteriori considerazioni circa l'assenza di qualsivoglia responsabilità e sulla quantificazione del danno, parte convenuta rassegnava le conclusioni di cui sopra.

5. E' stata disposta consulenza tecnica d'ufficio (con la nomina del prof. Marco Radici, specialista, e del prof. Antonio Oliva (medico legale), nonché ammessa prova per testi; con ordinanza del 10.12.2020 era stata disposta l'integrazione della relazione peritale con l'esecuzione di una prova funzionalità respiratoria (PFR); quindi, all'udienza del 27.1.2022, la controversia è stata trattenuta in decisione con concessione dei termini ex art. 190 Cpc per comparse e memorie di replica.

6. Nel merito la domanda è fondata e, pertanto, deve essere accolta.

7. La prova per testi (sig.ra S. e sig. M.) ha evidenziato una circostanza di fatto che deve essere ovviamente scrutinata dal decidente al fine di stabilire in quale momento del complesso decorso post-operatorio la sig.ra P. abbia manifestato le problematiche locutorie di cui si discute. La prima teste, infatti, ha riferito che «*Vero che subito dopo l'intervento di cui sopra, C. P. è diventata afona. ... Vero che C. P. prima di essere sottoposta all'intervento di cui ho detto aveva un tono della voce normale*» e il secondo ha confermato che «*Vero che dopo l'intervento di cui ho detto, la P. è diventata afona ed è dovuta ricorrere, per quanto lei mi ha riferito, a delle sedute di logopedia. Ho pure notato che quando cercava di parlare andava in affanno ... Vero che prima dell'intervento, la voce della P. era normale, anzi, pure, squillante*» (verbale 5.2.2020).

8. Si tratta di un'indicazione testimoniale che, proprio perché si colloca distonicamente rispetto al contenuto della cartella clinica e alle annotazioni dei sanitari, impone un supplemento di verifica, quantunque debba considerarsi che le deposizioni sono focalizzate sul post intervento allorquando è fisiologica l'esistenza di effetti transitori sull'apparato vocale e nulla di esplicito dicono una ininterrotta afonia della sig.ra P..



9. E' evidente che parte attrice deduce l'esistenza di un danno iatrogeno che, per la sua prevedibilità scientifica e importanza, non poteva non essere annotato negli atti che documentano l'intervento di tiroidectomia totale per gozzo multinodulare eutiroideo del 29.9.2014; per cui, in assenza di una siffatta doverosa annotazione, spetta al decidente individuare sulla scorta della relazione peritale e degli atti a disposizione se vi siano elementi, rispettivamente, che *ex ante* (controlli preoperatori) o *ex post* (controlli di verifica) attestino la probabilità della lesione nel suo solito gradiente maggioritario in sede predittivo o confermativo della verifica della complicanza.

10. A questo riguardo si deve ricordare a) che *«nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile»*

(Cassazione sez. III, n. 13328 del 30/06/2015, m. 636015 - 01) e b) conseguentemente che *«in caso di prestazione professionale medico-chirurgica di "routine", spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate dalla sua responsabilità, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento; ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio»* (Cassazione n. 24074 del 13/10/2017). Il mero dato connotativo o descrittivo dell'episodio avverso (*"complicanza"*) non vale a renderne scusabile il verificarsi, ma impone una più articolata argomentazione al fine di stabilire se alla concreta prevedibilità del danno abbia o meno fatto da argine la condotta del sanitario che ha innescato la sequenza causale con l'atto operatorio: in presenza di una condotta esente da censure l'evento rientra nel quadrante di quelli prevedibili, ma non evitabili; in presenza, invece, di comportamenti inadeguati il giudizio controfattuale deve orientare la decisione al fine di verificare se, elidendo la negligenza sanitaria, il danno si sarebbe prodotto



egualmente in forza di un'autosufficienza eziopatologica autonoma e indipendente.

11. Ciò posto, è evidente che l'elaborato peritale sembra consegnare qualche margine di oscillazione, come emerge chiaramente dagli atti conclusivi di parte ove si rinvia all'esito dell'attività dei Ctu secondo prospettive antagoniste. Prospettive, si badi bene, che non revocano in dubbio la correttezza delle considerazioni dei Ctu stessi, ma ne impongono piuttosto un mero inquadramento giuridico alla luce delle regole che governano la responsabilità sanitaria.

12. La fase diagnostica, precedente l'intervento, risulta essere stata espletata in modo completo e approfondito. Annotano i Ctu, infatti, che «nella documentazione clinica è presente un referto di ecocolordoppler del collo eseguito il 13 marzo 2014 ed una relazione di Day Service – PAC diagnostico nodulo tiroideo datato 3 aprile 2014 dai quali emergono i risultati di un completo iter diagnostico riguardante la patologia gozzigena da cui era presumibilmente affetta da anni: infatti, nella citata relazione di Day Service, si fa esplicito riferimento ad un precedente esame citologico della tiroide eseguito presso altra sede già nel 1995. Al termine dell'inquadramento diagnostico eseguito presso il Dipartimento di Scienze cliniche del Policlinico Umberto I veniva consigliato: *“...in considerazione del numero e delle dimensioni dei noduli e del riscontro di compressione tracheale bilaterale, si consiglia intervento chirurgico...”*. Il 22 aprile 2014, in un'ulteriore relazione clinica redatta presso l'Ambulatorio di patologia tiroidea e neoplasie endocrine del Policlinico Umberto I di Roma, si concludeva: *“...in considerazione delle dimensioni della ghiandola tiroidea e dei noduli e del quadro di compressione sulle strutture circostanti, si consiglia intervento chirurgico...”*. Il 22 settembre 2014 la P. veniva ricoverata presso la UOC di Chirurgia Oncologica dell'Università degli Studi di Roma “La Sapienza”» (pag. 2).

13. Il tema del corretto inquadramento diagnostico sia remoto che prossimo all'intervento è, come si dirà, di rilievo ai fini della decisione della controversia.

14. In prossimità dell'intervento le verifiche sono proseguite: «Durante il ricovero erano eseguite le comuni indagini di routine preoperatoria. Prima dell'intervento furono eseguite anche delle prove di funzionalità respiratoria (PFR) che evidenziavano *“...parametri ventilatori nei limiti della norma con riduzione della ventilazione massima al minuto (ridotta al 66%). Saturimetria ossiemoglobinica a riposo, ridotta per l'età...”*. Era anche consigliata, dopo l'intervento, terapia con broncodilatatori, aerosol ed



ossigenoterapia in considerazione dell'abitudine tabagica della paziente, fumatrice di circa 10 sigarette al dì».

15. La descrizione dell'intervento, tra l'altro, recita: «*Si preparano e legano i poli vascolari superiore ed inferiore previo risparmio (?) delle paratiroidi. Si identificano i nervi laringei inferiori e si rispettano*». Quindi si esclude qualsivoglia lesione iatrogena secondo gli operanti.

16. A distanza di circa otto mesi dall'intervento «Il 14 maggio 2015, decideva di rivolgersi autonomamente alle attenzioni dell'UOC di Foniatria del Policlinico Umberto I di Roma a causa della persistenza di disturbi della voce, associati a difficoltà respiratorie anche dopo esercizio fisico moderato. Qui veniva sottoposta ad un esame fibro-laringoscopico a seguito del quale le era diagnosticata una “...marcata ipomobilità in posizione paramediana...” delle corde vocali ed una riduzione dello spazio respiratorio, seppur al momento sufficiente. Venivano consigliati controlli nel tempo. Le condizioni vocali e respiratorie non miglioravano nel corso dei mesi successivi, persistendo voce soffiata e frequente dispnea». Com'è agevole intuire è dirimente stabilire se questa «persistenza di disturbi della voce», cagionata dalla «marcata ipomobilità in posizione paramediana delle corde vocali», si possa ricondurre all'attività operatoria ovvero se possa avere una sua distinta eziologia (v. sopra).

17. Seguivano, a decorrere dal 4.3.2017, tutta una serie d'interventi, anche d'urgenza, per porre rimedio alle condizioni viepiù ingravescenti della paziente: «Allo stato attuale reputa la sua respirazione soddisfacente lamentando alcune limitazioni negli sforzi fisici più gravosi. Viceversa, giudica la qualità della voce assai critica, soprattutto in funzione della professione svolta (medico)» (pag. 5).

18. Ciò posto, non è in discussione che il trattamento chirurgico praticato alla sig.ra P. sia quello di scelta per i pazienti con gozzi multinodulari non tossici eutiroidei di grandi dimensioni, con caratteristiche ostruttive o in quelli con gozzo immerso e che «complicanze chirurgiche peculiari e risapute sono le lesioni dei nervi laringei ricorrenti, della trachea e delle paratiroidi, di più comune riscontro nei pazienti con gozzi di grandi dimensioni e immersi» con la precisazione che a decorrere dal 1995 la tiroide era andata incontro ad un progressivo incremento volumetrico globale e all'aumento numerico e dimensionale dei noduli.

19. Ora dagli ultimi esami ecografici e dall'inquadramento clinico eseguito presso l'Ambulatorio endocrinologico del Policlinico Umberto I annotano i Ctu «si evince che la ghiandola tiroide era massivamente degenerata esercitando un evidente effetto massa con compressione sulla trachea e sulle



circostanti strutture anatomiche del collo. In particolare, da un'ecografia eseguita il 13.3.2014 si può evincere la presenza di almeno 5 voluminosi noduli di dimensioni variabili da 48.7 mm a 15.3 mm con una compressione bilaterale della trachea. Conferma della suddetta situazione si può avere da una successiva valutazione ecografica eseguita il 3.4.2014 nell'ambito di un completo inquadramento clinico dell'affezione». L'intervento era ampiamente necessario, ma si deve segnalare anche la complessità morfologica del campo operatorio che rappresenta, come noto, uno dei principali fattori di pericolo per le complicanze. E', infatti, si legge: «Per quanto riguarda i rischi connessi al trattamento di un gozzo multinodulare simile a quello presentato dalla paziente, vanno sottolineati alcuni aspetti di anatomia chirurgica: ognuno dei due lobi della tiroide "abbraccia" lateralmente la trachea e, nel caso di tiroidi particolarmente voluminose (come quella del caso di specie) può arrivare posteriormente a lambire la parete esofagea. Nella doccia virtuale rappresentata dal solco che si viene a formare proprio tra trachea ed esofago, decorre il nervo laringeo ricorrente» (pag. 8). Quindi una prima conclusione del Collegio peritale: «Gli accertamenti preoperatori avevano evidenziato che il gozzo determinava una compressione bilaterale della trachea, andando ad impegnare proprio l'area "pericolosa", sede dei nervi laringei. Pertanto, secondo il Prof. Radici, la preesistente condizione anatomochirurgica presentata dalla dr.ssa P. (si ribadisce, un gozzo di notevoli dimensioni e inveterato) era una di quelle che maggiormente esponeva al rischio di complicanze, quali il danneggiamento dei nervi laringei, pur nel rispetto delle corrette tecniche operatorie (comprese l'identificazione e l'isolamento del nervo)» (pag. 9).

20. Tuttavia, emerge dalla relazione un primo rilievo: «L'isolamento del nervo tramite visualizzazione diretta resta il gold standard in tali contesti, tuttavia, può essere raccomandabile eseguire il monitoraggio intraoperatorio di esso al fine di ridurre il rischio di una erronea identificazione delle branche, per agevolare la dissezione e per predire la funzionalità post-operatoria del nervo. La decisione di utilizzare tecniche di monitoraggio routinariamente oppure nei casi di reintervento oppure in quelli più complessi spetta al chirurgo, ferma restando la obbligatorietà della visualizzazione diretta del nervo in tutti i casi. E' necessario comunque precisare che una quota non eliminabile di lesioni nervose si registra anche nei centri dove si eseguono un alto numero di tiroidectomie nonostante una apparentemente corretta tecnica operatoria». Due rilievi: alla tecnica adoperata poteva associarsi quella del monitoraggio intraoperatorio per evitare la citata lesione iatrogena; questa opzione è rimessa al chirurgo, posto che regola operatoria inderogabile è quella della visualizzazione diretta del nervo.



21. Proseguono i Ctu: «nel report chirurgico non vi è traccia che siano state adottate tecniche di monitoraggio intraoperatorio né c'è menzione di varianti anatomiche o particolari difficoltà incontrate nell'individuazione dei medesimi (si veda a tal proposito, la descrizione dell'atto operatorio). Considerato il non semplice quadro anatomico della paziente, si ritiene che, sebbene non mandatorio, sarebbe stato più prudente eseguire anche il monitoraggio dei nervi ricorrenti, al fine di ridurre il rischio di lesioni al minimo auspicabile».

22. E' una considerazione che è sufficiente – in uno con la citata completezza e perfetta consapevolezza della complessità del campo operatorio – a configurare una condotta colpevole in capo all'equipe che in modo negligente (sia pure in una cornice non stabilizzata nelle Linee guida per via generali, ma imposta in casi del genere v. pag. 19.20) omise il monitoraggio intraoperatorio in cui – come noto - il tubo utilizzato per l'intubazione endotracheale è dotato di due speciali elettrodi che vengono posizionati sotto visione del laringoscopio a fibre ottiche esattamente a contatto con le corde vocali. Il chirurgo utilizza, durante le fasi più delicate dell'intervento, una sottile sonda elettromiografica che stimola selettivamente ogni struttura, prima che essa sia sezionata. Gli elettrodi registrano gli impulsi trasmessi ed il chirurgo può analizzare sul monitor l'ampiezza dello stimolo registrato, stabilendo così se poter procedere in sicurezza con la dissezione. Inoltre, qualora al termine della dissezione della prima metà della tiroide fosse rilevato un danno nervoso (impossibile stabilire se temporaneo o permanente, anche a nervo macroscopicamente integro) il chirurgo può interrompere l'intervento, rimandandone il completamento ad un secondo momento.

23. Resta il tema del verificarsi, anche, dell'evento lesivo.

24. Dalla consultazione della scheda anestesologica, il Ctu prof. Radici ha ricavato il dato che «Il Dr. G. (anestesista) riporta testualmente che alle ore 11.10 (subito dopo la fine dell'intervento) la paziente riprendeva respiro spontaneo e alle ore 11.15 manifestava riflessi della deglutizione e della tosse presenti e validi. Non venivano segnalati dispnea o deficit respiratori. Alle ore 12.00 la paziente era vigile, collaborante, emodinamicamente stabile con una saturazione di O₂ del 95% in aria ambiente. Tutte le suddette condizioni potevano essere considerate tranquillizzanti e non indicavano segni immediati di compromissione dei nervi laringei», peraltro, come detto, non riportati nella descrizione dell'interventi.

25. «Dalla consultazione della cartella clinica, non emergono riferimenti relativi a disturbi della respirazione o della voce nel periodo



postoperatorio. In particolare: - prima giornata post-operatoria: condizioni generali discrete, paziente apiretica; - seconda giornata post-operatoria: condizioni generali buone; - terza giornata post-operatoria: condizioni generali buone. Domani in dimissione; - quarta giornata post-operatoria: condizioni generali buone» (pag. 11).

26. Come si vede un quadro che escluderebbe la lesione iatrogena intraoperatoria e che ha, ovviamente, imposto al Collegio peritale di spiegare le condizioni della paziente a seguito dell'intervento: «Va tuttavia ricordato come oltre alle cause più frequenti di lesione ricorrente dovute ad azione diretta delle manovre chirurgiche, esistono anche delle cause meno frequenti ma comunque possibili e contemplate in letteratura scientifica e nelle esperienze cliniche internazionali: tra queste si includono l'azione traumatica diretta determinata da un drenaggio in aspirazione che entra in contatto accidentale con il nervo, la compressione dei rami terminali da parte della cuffia del tubo endotracheale, l'effetto ischemizzante di un ematoma, la sofferenza, per lo più tardiva, determinata da aderenze cicatriziali profonde» (pag. 12). A prescindere dalla circostanza che quasi tutte le cause alternative al gesto operatorio incauto hanno comunque un'eziologia iatrogena, mette conto considerare che gli stessi eventi ora indicati – a eccezione dell'ultimo «la sofferenza, per lo più tardiva, determinata da aderenze cicatriziali profonde» - avrebbero avuto comunque un riscontro post-operatorio e si sarebbero allineati alla principale causa della lesione determinata, appunto, dalla condotta del chirurgo. Annotano, sul punto, i Ctu: «E' necessario sottolineare che, nonostante le asserzioni della Dr.ssa P. – la quale riferiva di aver notato subito dopo l'intervento, disturbi respiratori e grave disфонia - nulla dei suoi sintomi è riportato nella cartella clinica, né dall'anestesista al momento del risveglio, né da parte dei sanitari che hanno avuto in consegna la paziente nel decorso post-operatorio. Anzi, da parte dei curanti, sia nell'immediato decorso post-operatorio, sia nei giorni seguenti, fino alla dimissione, sono impiegate espressioni di assoluta normalità a riguardo del decorso clinico».

27. Tra l'altro «Le suddette cause vanno sempre considerate in tutti quei i casi in cui il chirurgo è sicuro di aver identificato e rispettato il nervo laringeo inferiore o quando i disturbi lamentati dal paziente insorgono subdolamente o a distanza dall'intervento».

28. Ora le citate dichiarazioni testimoniali non possono, certo, valere a colmare da sole l'interrelazione temporale di ben otto mesi tra l'intervento e la prima insorgenza delle complicanze. Occorre, quindi, accertare se vi siano dati obiettivi che possano consentire di associare – secondo il prescritto gradiente della maggior probabilità – alla pur evidente condotta colpevole dei



sanitari per l'omesso monitoraggio intraoperatorio la lesione iatrogena che appare determinatasi secondo un iter causale distinto e indipendente.

29. E' sulla scorta di questa premessa, quindi, che devono essere prese in esame le ulteriori considerazioni dei Ctu: «Tuttavia, è vero che nel decorso post-operatorio la paziente veniva descritta dai sanitari "in condizioni generali discrete" ma è altrettanto vero che appare quantomeno insolito che non sia stata riportata una minima obiettività specifica sulle condizioni fonatorie della paziente (in tali pazienti, visto il non trascurabile rischio di lesioni ricorrenti, sarebbe opportuno accertarsi della preservazione della funzione fonatoria nel post-operatorio e descriverla in cartella)».

30. Mentre è solo apparente la contraddizione tra questa conclusione e l'annotazione del prof. Oliva secondo cui «alla luce di quanto riferito e di quanto desunto dalla documentazione sanitaria appare più probabile che l'insulto lesivo su entrambi i nervi laringei ricorrenti sia avvenuto in occasione dell'intervento di tiroidectomia (complicanza operatoria)». E' evidente che l'insulto lesivo abbia origine dall'intervento, ma questo non equivale si per sé a sostenere che sia stato concomitante con lo stesso. E, infatti, «Secondo il Prof. Radici, tuttavia, non è da escludere che il danno ricorrente possa essersi determinato successivamente alla dimissione per una delle, pur infrequenti ma sempre possibili, cause sopra elencate. Pur volendo ammettere la possibilità di una lesione iatrogena diretta dei nervi ricorrenti, va considerato che il caso della Dr.ssa P. presentasse dei caratteri anatomici ed anatomochirurgici estremamente delicati da affrontare. La compressione bilaterale della trachea (documentata più volte dagli esami di imaging preoperatori) rappresenta una condizione di non trascurabile rischio in ordine alla preservazione dei nervi laringei inferiori. Nel caso di gozzi che avvolgono a manico la trachea, esercitando su di essa una azione compressiva e/o dislocante, durante le manovre di scollamento della ghiandola è possibile che il chirurgo debba esercitare un inevitabile stiramento sul nervo determinandone un traumatismo potenzialmente lesivo. La rassegna della letteratura scientifica conferma tali considerazioni. Nel caso di gozzi molto voluminosi o di evidenti compressioni tracheali, il rischio di lesioni ricorrenti bilaterali può aumentare anche di dieci volte passando dallo 0.6% al 6% dei casi. Infine, è necessario fare un richiamo alla terapia somministrata alla paziente nei giorni successivi all'intervento quando ella era ancora ricoverata presso il Policlinico Umberto I di Roma. Veniva somministrata terapia corticosteroidica (Bentelan 4 mg x 2) verosimilmente a scopi antiedemigeni ed antiinfiammatori, di utilizzo comune nel decorso post-operatorio come quello del caso di specie. Risulta la somministrazione di aerosol-terapia 3 volte al dì (aerosol x 3 con ATEM e Clenil) e di ossigenoterapia. Tale schema terapeutico era stato consigliato, già all'atto



delle prove di funzionalità respiratoria eseguite il 23.9.2014, preliminarmente all'intervento, in considerazione delle condizioni respiratorie presentate dalla paziente, fumatrice di circa 10 sigarette al dì (riduzione al 66% della ventilazione max/min – saturimetria ossiemoglobinica a riposo ridotta per l'età) e forse anche per il quadro emerso dalla radiografia del torace in 2 proiezioni indicativo di *"...accentuazione del disegno bronco-vascolare..."*. Va inoltre osservato che l'ossigenoterapia fu strettamente limitata nel tempo e all'atto della dimissione non fu confermata alcuna terapia aggiuntiva ma soltanto quella sostitutiva con calcio e con ormone tiroideo come di norma avviene dopo un intervento di tiroidectomia totale. Solo in una ricetta presente nel fascicolo e datata 9.10.2014 (verosimilmente rilasciata in seguito alla visita post-operatoria di controllo), è prescritta terapia con cortisone e broncodilatatori in successione (Bentelan – Aminomal). Nessuna altra documentazione, a testimonianza dei disturbi respiratori e fonatori lamentati dalla paziente, è prodotta in visione fatta eccezione per certificato rilasciato dalla UOC di Foniatria del Policlinico Umberto I e datato 14.5.2015 (a distanza di oltre 7 mesi dall'intervento)».

31. Rileva il decidente che, da questo punto in poi, la relazione collegiale mostra profili di contraddizione, invero solo apparenti, sul punto cruciale di cui si discute: a) da un lato si sostiene che «E' altresì incontestabile che la Dr.ssa P. accusò postumi indesiderati quali dispnea e disfonia e che essi siano da correlare, per tipologia e caratteristiche fisiopatologiche all'evento chirurgico di tiroidectomia totale subito in data 29.9.2014. La sintomatologia accusata dalla paziente è da attribuirsi ad un danneggiamento funzionale dei nervi laringei inferiori (nervi ricorrenti) presenti nel campo operatorio e, nel caso in esame, in stretto contatto anatomico con il voluminoso gozzo asportato» (pag. 14); b) dall'altro si annota che «Viceversa, è sulla cronologia della comparsa dei sintomi lamentati che sembra necessario ed opportuno porre l'attenzione: infatti, la P. riferiva che già subito dopo l'intervento comparvero difficoltà respiratorie e grave disfonia. Tuttavia, dall'esame della documentazione clinica non è emerso alcun dato che possa confermare tale stretto rapporto cronologico: non dal diario clinico relativo ai giorni in cui fu ricoverata e non dalla lettera di dimissione rilasciata alla paziente. Come già riportato, il primo documento utile in tal senso è il certificato rilasciato dalla UOC di Foniatria del Policlinico Umberto I di Roma, a firma del Prof. G. Ruoppolo e datato 14.5.2015 (7 mesi e mezzo dall'intervento) ...».

32. Alla composizione di questo quadro equivoco i Ctu sono pervenuti rilevando: «E' ragionevole postulare che la lesione bilaterale dei nervi ricorrenti sia conseguenza dell'intervento di tiroidectomia eseguito in data 29.9.2014. Tuttavia, come precedentemente descritto, il danno dei nervi ricorrenti può scaturire da una lesione chirurgica diretta da parte dell'operatore (taglio, strappo, schiacciamento, causticazione), ma anche da fenomeni



indirettamente connessi con l'atto operatorio e da essi cronologicamente distinti (lesione ex vacuo da parte di drenaggi in aspirazione, compressione da parte di ematomi, inglobamento da parte di tessuto cicatriziale profondo). si può ipotizzare, quindi, una insorgenza del danno nell'immediato postoperatorio oppure, meno probabilmente, un danno più tardivo - addirittura progressivo - e che esso possa essere stato prodotto da uno di questi ultimi meccanismi etiopatogenetici. Alla luce di quanto discusso, secondo il parere tecnico specialistico del Prof. Radici, è plausibile ricondurre la lesione nervosa ad una complicanza, il cui rischio è ampiamente descritto in letteratura e considerato non totalmente eliminabile - nonostante l'adozione di alcuni accorgimenti preventivi in sede operatoria e nonostante l'esecuzione della tiroidectomia in un centro che effettua un elevato numero di tali interventi» (pag. 15).

33. In conclusione, i Ctu hanno ritenuto "più probabile che non" la produzione in sede operatoria della lesione con uno sviluppo che solo nel tempo ha portato agli epifenomeni patologici riscontrati dalla paziente, stimando percentualmente irrilevante l'unica ipotesi "scriminante" costituita dall'inglobamento da parte di tessuto cicatriziale profondo. Valutazione, poi, ripresa in replica alle considerazioni dei Ctp: « Si ribadisce comunque che in generale tali lesioni sono più frequentemente conseguenza dell'azione diretta delle manovre chirurgiche (incluse quelle necessarie e inevitabili, come ad esempio il già citato stiramento del nervo durante lo scollamento della ghiandola dalla trachea), pur non potendosi escludere cause indirettamente connesse con l'intervento (già citati drenaggi, compressioni, cicatrici ecc.)» (pag. 17).

34. D'altronde se è certo che «Nel caso di specie esistono oggettivi limiti valutativi di tale complicanza dettati da un lato dalla tardiva attestazione del quadro sintomatologico che emerge dalla documentazione (è un dato incontestabile che il primo certificato medico in cui lo si descrive risalgia a maggio 2015, a distanza di circa 7 mesi dall'intervento), e dall'altro dall'assenza di elementi specifici circa la preservazione della funzione nella cartella clinica relativa al ricovero del settembre 2014» (pag. 18), è vero che – per il principio di prossimità della prova – tutte le omissioni e mancanze della cartella clinica si riverberano sotto il profilo della prova nel nesso causale a carico della struttura convenuta.

35. In questo si risolve la valutazione dei Ctu i quali ritengono prevalente l'ipotesi della lesione colpevole messa in discussione solo in ragione di un'incompletezza documentale che non può confermare ipotesi vicarie (l'unica non derivante da malpractice è l'inglobamento da parte di tessuto cicatriziale profondo). Il monitoraggio intraoperatorio, forse, non avrebbe evitato l'evento avverso (pag. 19-20), ma per certo era imposto dalle condizioni della paziente e avrebbe agevolato l'elisione del pericolo.



36. Correttamente i Ctu, con riguardo alle deposizioni testimoniali, hanno concluso: «Tuttavia, qualora fosse dimostrata e giudicata attendibile (sulla base delle prove testimoniali di cui sopra) l'insorgenza del disturbo nel periodo immediatamente successivo all'atto chirurgico sarebbe possibile escludere, con elevato grado di probabilità, una complicità tardiva o addirittura progressiva indirettamente connessa con la tiroidectomia (già citati drenaggi, compressioni, cicatrici ecc.) quale causa del danno lamentato dalla paziente» (pag. 20).

37. «Elevato grado di probabilità» che, in effetti, corrisponderebbe a una certezza. Il decidente ritiene, comunque, le citate testimonianze scevre da elementi di sospetto che possano revocarne in dubbio l'attendibilità e, quindi, con il quadro – ovviamente probabilistico – prospettato dai Ctu nella propria relazione la quale, a prescindere da quel narrato, si dirige nel senso della responsabilità dei sanitari operanti.

38. Si deve, quindi, fare applicazione delle Tabelle di liquidazione del danno approvate dal Tribunale di Roma, stimate ormai dalla giurisprudenza di legittimità (Cassazione, sez. III, 17/01/2018, n. 913 e altre successive), maggiormente aderenti al disposto normativo dell'art. 138 Codice assicurazioni rispetto ad altri criteri tabellari per la completa distinzione tra danno dinamicorelazionale e danno morale soggettivo.

39. Tenuto conto dell'età della sig.ra P. Evangelisti (classe 1966) al tempo del fatto (2014) e della circostanza che, esaurita la fase acuta della pandemia, i Ctu hanno potuto sottoporre a prova di funzionalità respiratoria la paziente individuando una I.P. complessiva del 33% (v. integrazione del 19.2.2021), si deve liquidare in favore dell'attrice la somma di euro 116.242,60.

40. A questo importo occorre aggiungere il ristoro del danno morale soggettivo patito dalla sig.ra P. a fronte dei patemi, delle sofferenze, delle preoccupazioni connesse alla reiterazione degli interventi, alla loro gravosità psicologica, alla menomazione vocale e all'incidenza di questo su una paziente che svolge l'attività di medico. In applicazione delle Tabelle sopra menzionate si deve procedere a un aumento della posta risarcitoria calcolata per il danno dinamico relazionale secondo cui - quando il range vada dal 31% al 40% dell'I.P. – si provvede all'applicazione della percentuale media 30% nell'oscillazione consentita dal 15% al 45%.

41. La somma complessiva dovuta è, quindi, di euro (116.242,60 + 30%) 151.115,38.

42. A questo importo occorre aggiungere il profilo del danno biologico temporaneo ossia il periodo di invalidità temporanea totale (ITA) calcolato dai Ctu in un periodo non inferiore a sessanta giorni; il periodo di



inabilità temporanea parziale commisurabile in sessanta giorni al 75% e in ventotto mesi al 50%.

43. In applicazione delle citate Tabelle si perviene all'importo complessivo di euro 58.065,00 ossia euro 6.636 ($110.60 * 60$) + euro 4.977 ($82,95 * 60$) + 46.452,00 ($55.30 * 840$).

44. Il totale è pari a euro 209.180,38.

45. Trattandosi di importo determinato alla data odierna sulla scorta delle Tabelle di liquidazione sopra menzionate per cui è necessario individuare il valore di riferimento per il calcolo del lucro cessante e il valore di applicazione dei coefficienti di rivalutazione anno per anno per ritardato pagamento, liquidati in conformità all'orientamento assunto sul punto dalla Corte di cassazione con la sentenza n. 1712 del 1995; tale sentenza, infatti, da un lato, riconosce la risarcibilità del lucro cessante derivato al danneggiato per la perdita dei frutti che avrebbe potuto trarre dalla somma dovuta se questa fosse stata tempestivamente corrisposta, danno liquidabile anche con l'attribuzione di interessi, e, dall'altro, esclude che si possa assumere a base del calcolo di tale danno la somma liquidata come capitale nella misura rivalutata definitivamente al momento della pronuncia. Quanto al danno da lucro cessante, la Corte di legittimità ha affermato che tale danno deve essere provato (anche con il ricorso a criteri presuntivi) e può essere liquidato, in via equitativa, anche mediante l'attribuzione di interessi, la cui misura va determinata secondo le circostanze obiettive e soggettive inerenti al pregiudizio sofferto; quanto poi agli effetti negativi della svalutazione monetaria, la Corte ha, altresì, affermato che, nell'ambito della valutazione equitativa compiuta ai fini del ristoro del danno da lucro cessante e nei casi in cui vi sia un intervallo di tempo consistente tra l'illecito e il suo risarcimento, *«può tenersi conto (...) del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, calcolando gli interessi (per esempio, anno per anno) sul valore della somma via via rivalutata nell'arco del suddetto ritardo, oppure calcolando indici medi di svalutazione»*; a tale orientamento questo giudice ritiene di doversi allo stato adeguare, assumendo a base del calcolo degli interessi il capitale nel suo valore medio tra la data iniziale (29.9.2014) e quella finale (4.6.2022), tenendo conto degli indici medi di svalutazione del periodo, pubblicati dall'ISTAT, oppure, stante la sostanziale equivalenza del risultato, prendendo a base la semisomma dei due valori considerati (valore iniziale alla data del fatto e valore finale alla data della presente pronuncia); quanto alla prova e alla liquidazione di tale danno, ritiene questo giudice che si possa far riferimento, in via presuntiva, alle usuali modalità di impiego del risparmio da parte delle famiglie italiane, e cioè ai rendimenti medi derivanti da investimenti in titoli di Stato - BOT, CCT, BTP, depositi vincolati a termine (v. per riferimenti: SS.UU. 5/4/1986 n. 2368).



46. L'importo complessivo, quindi, di euro 209.180,38 - al fine di effettuare il calcolo del lucro cessante per il ritardato adempimento della prestazione risarcitoria in presenza di un debito di valore - deve essere devalutato per, poi, procedere al calcolo della semisomma tra a) l'importo liquidato alla data della presente pronuncia (4.6.2022) e b) quello devalutato alla data del fatto illecito (29.9.2014); si consegue, così, l'importo di euro 200.106,34 ($a = 209.180,38 + b = 191.032,31 : 2$).

47. Sulla somma di euro 200.106,34 decorrono, quindi, gli interessi nella misura accordata per i depositi vincolati a termine al 31.3.2022 (v. per riferimenti: SS.UU. 5/4/1986 n. 2368) dalla data del fatto (29.9.2014) a quella dell'odierna pronuncia (4.6.2022): la somma finale è così pari a euro 209.486,94.

48. Non ricorrono i presupposti per la personalizzazione del danno dinamico-relazionale che la Corte di legittimità, pacificamente, riconosce «*In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento*» (Cassazione sez. VI - 3, n. 5865 del 04/03/2021); e di queste circostanze non v'è alcuna prova né i capitoli di prova dedotti e ammessi.

49. Per la regolazione delle spese si ha riguardo ai parametri di cui all'art. 4 DM 55/2014 (ossia al pregio dell'attività prestata, all'importanza, alla natura, alla difficoltà ed al valore dell'affare, alle condizioni soggettive del cliente, ai risultati conseguiti, al numero ed alla complessità delle questioni giuridiche e di fatto trattate) e le stesse possono essere liquidate come da dispositivo attestandosi nel quadrante del parametro tabellare medio per ciascuna fase.

P.T.M.

il Tribunale di Roma - definitivamente decidendo sulla domanda proposta da P. C. nei confronti di AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I e rigettata ogni ulteriore deduzione ed eccezione - così provvede:

a) accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna parte convenuta al pagamento in favore dell'attrice della somma di euro 209.486,94;



b) condanna la medesima parte convenuta al pagamento in favore dell'attrice delle spese di lite che liquida in euro 13.430,00 oltre Iva, Cpa e contributo spese generali, oltre al rimborso del contributo unificato versato.

Così deciso in Roma il 04/06/2022.

Alberto Cisterna





