

N. 5002/07 R.A.C.C.

REPUBBLICA ITALIANA
TRIBUNALE DI UDINE – SEZIONE CIVILE

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il dott. Gianfranco PELLIZZONI, in funzione di Giudice Unico, ha
pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di 1° grado iscritta al n. 5002/07 R.A.C.C. pro-
mossa con atto di citazione notificato il 10.09.07, cron. n. 17395,
Uff. Giud. Unep del Tribunale. di Udine

DA

A e B con proc. e dom. l'avv.per mandato a
margine dell' atto di citazione

ATTORI

contro

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. X “ con proc. e dom.
l'avv.per mandato a margine della comparsa

CONVENUTA

Contro

C

CONTUMACE

Oggetto: Risarcimento danni.

CONCLUSIONI

Il Procuratore degli attori: come da allegato.

Il Procuratore della convenuta : come da allegato.

FATTO E DIRITTO

Con atto introduttivo rubricato come in epigrafe **A** e la madre dello stesso **B** citavano in giudizio davanti a questo Tribunale il dr. **C** e l'Azienda Sanitaria n. X chiedendone la condanna al risarcimento dei danni materiali e morali tutti subiti a seguito dell'amputazione della gamba sinistra avvenuta presso l'Ospedale di **D**, a causa dell'errata diagnosi e cura praticata dai sanitari del nosocomio di **Y** e segnatamente del dr. **C**, che gli aveva praticato un intervento dapprima di by – pass sintetico e poi di rivascolizzazione con una vena umana a seguito del manifestarsi di un aneurisma all'arteria femorale sinistra.

Nel costituirsi in giudizio la convenuta resisteva alla domanda chiedendone il rigetto, negando la sussistenza della prospettata responsabilità medica, atteso che le cure praticate erano state del tutto corrette, dato che l'ASL l'aveva in forza tre specialisti di chirurgia vascolare e era dotata di uno specifico reparto di riabilitazione vascolare e l'aneurisma da cui era affetto il **A** era dipeso da una sua condotta gravemente illecita e pericolosa rappresentata – per sua stessa ammissione – da iniezioni di stupefacenti nell'arteria in questione, dovute all'assenza di altri accessi venosi disponibili.

Benché regolarmente citato rimaneva per contro contumace **C**.

Le parti attrici hanno agito in giudizio per ottenere il ristoro dei

danni derivanti dalle errate e insufficienti terapie effettuate nei confronti del paziente, che era stato all'aggravarsi della malattia trasferito presso l'Ospedale di D, dove gli era stato amputato l'arto sinistro, non essendovi altre possibilità di cura.

Va in primo luogo osservato che la responsabilità del medico dipendente di un ente ospedaliero, nonché quella dell'ente medesimo, che trova il suo fondamento nel principio di immedesimazione organica, è di tipo professionale, con la conseguente applicazione dei principi fissati dall'art. 2236 cod.civ. in tema di responsabilità del prestatore d'opera intellettuale. (cfr. Cass. 22.02.1991, n.2652, Cass. 24.05.2006, n.12362).

Ne deriva che lo stesso e l'ente di cui è dipendente rispondono quando per negligenza, imprudenza o imperizia causino un danno al paziente in casi non implicanti la risoluzione di problemi di particolare difficoltà tecnica, atteso che in tale ipotesi il professionista risponde anche per colpa lieve, mentre risponde solamente per dolo o colpa grave quando il caso sia eccezionale e non sia stato ancora adeguatamente studiato e sperimentato o sia oggetto di dibattiti scientifici non ancora conclusi .

In tal senso la Suprema Corte ha ripetutamente affermato che : "In tema di responsabilità del medico, la limitazione di responsabilità alle ipotesi di dolo e colpa grave di cui all'art. 2236, 2° co., cod. civ. non ricorre con riferimento ai danni causati al paziente per negligenza o imperizia, ma soltanto per i casi implicanti risoluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà trascendenti la preparazio-

ne media o non ancora sufficientemente studiati dalla scienza medica, incombendo in tal caso al medico di fornire la relativa prova (in applicazione del suindicato principio, la Corte Cass. ha confermato l'impugnata sentenza dei giudici di merito che avevano affermato la responsabilità dell'ente ospedaliero per l'affezione da fenilchetonuria classica che aveva colpito; determinandone la totale invalidità, un minore partorito - dopo regolare gravidanza - nel reparto ostetrico-ginecologico e successivamente dimesso assieme alla madre senza diagnosi e prescrizioni particolari, venendo peraltro sin dai primi mesi di vita a manifestare chiari segni di ritardo nello sviluppo psicomotorio. Pur dandosi atti che, diversamente da altre regioni, in Sicilia la prevenzione e la diagnosi precoce della malattia in questione erano affidate alla libera iniziativa dei reparti di neonatologia e alla preparazione dei pediatri neonatologi, si è escluso che nel caso la prestazione implicasse la soluzione di problemi di speciale difficoltà, rilevandosi che in base all'ordinaria diligenza ben avrebbero potuto i sanitari effettuare subito dopo la nascita i prelievi sul neonato ed inviarli presso i centri specializzati esistenti in regione per la relativa sottoposizione ai necessari esami di "screenig" metabolici neonatali". (v. Cass., 2/02/2005 n. 2042 e Cass. 4400/04)

Anche in svariate altre pronunzie la Suprema Corte ha ribadito tale consolidato indirizzo, affermando che: "La limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 cod. civ. si applica nelle sole ipotesi in

cui si richiede notevole abilità perché implicano la soluzione di problemi tecnici nuovi o di speciale complessità e comportano un largo margine di rischio. L'accertamento relativo alla sussistenza di tali presupposti compete al giudice di merito ed è incensurabile in sede di legittimità se adeguatamente motivato. (Nella specie, la S.C. ha cassato per insufficiente motivazione, la sentenza di merito che non aveva fatto corretta applicazione del principio sopraindicato, in quanto, in relazione alla paralisi ostetrica dell'arto superiore destro seguita alla presentazione del feto con distocia di spalla, aveva ritenuto che l'intervento rientrava nell'ambito previsto dall'art. 2236 cod. civ., argomentando in relazione "all'altro tasso di esiti negativi della distocia di spalla." (v. Cass., 28/05/2004, n. 10297, Cass. 19.04.2006, n. 9085, nonché Cass. 24/11/2203, n. 17877, secondo cui: "In materia di esercizio di attività professionale, il professionista è responsabile anche per colpa lieve (art. 1176, secondo comma, cod. civ.) salvo che la prestazione dedotta in contratto implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, in quanto in quest'ultimo caso egli è tenuto al risarcimento dei danni unicamente per dolo o per colpa grave (art. 2236, cod. civ.); inoltre, qualora il professionista abbia eseguito la propria prestazione, grava sul committente l'onere di provare l'erroneità o l'inadeguatezza della prestazione professionale ricevuta, il danno ed il nesso di causalità tra la prima ed il secondo, incombendo al professionista l'onere di dimostrare l'adeguatezza, ovvero che l'imperfetta esecuzione della prestazione è dovuta a caso fortuito o

forza maggiore. (Nella specie, un imprenditore agricolo aveva chiesto il risarcimento dei danni derivanti da negligenze svolgimento dell'attività professionale nei confronti di un veterinario che, nel quadro di un contratto di "monta", aveva accertato che una cavalla era gravida, escludendo tale stato dopo poche settimane; la S.C., in applicazione del succitato principio di diritto, ha ritenuto che, avendo il committente dimostrato la discordanza delle due diagnosi, incombeva sul professionista l'onere di dimostrare l'esattezza della prima e la sopravvenuta cessazione della gestazione)."

Va premesso che nell'analisi della fattispecie sottoposta all'esame di questo Tribunale non verrà presa in considerazione la prima ctu del dr.H, già oggetto di severe critiche da parte di tutti i ccttpp, in quanto la stessa non appare esaustiva e non giunge ad alcuna affidabile conclusione (dato che le conclusioni affermano solamente che vi era un " probabilità significativa " di evitare l'amputazione utilizzando non tanto una tecnica diversa di intervento (legatura a monte e a valle), quanto un materiale protesico diverso, il che equivale a non dare una risposta al quesito affidato dal giudice, essendo evidente l'impossibilità di affermare la responsabilità o meno dei sanitari in base ad un concetto così vago) anche perché il ctu non risulta essere uno specialista in chirurgia vascolare (ma un medico – legale) e pertanto la sua relazione non può essere presa in considerazione, sotto tale indispensabile profilo, con la conseguenza che verranno prese in considerazione le sole indagini completamente rinnovate con il collegio peritale dotato di speci-

fiche competenze nella materia, formato dai prof. I medico – legale aggregato della Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna e dal prof. L. Ordinario di Chirurgia Vascolare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova.

Venendo al merito del caso per cui si controverte, come accertato dal collegio dei ctu, A si era presentato al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Y con rialzo febbrile e una tumefazione pulsante in sede inguinale sinistra, dove gli era stata diagnosticata, a seguito delle prime analisi effettuate, con ricovero presso il reparto di Chirurgia un " sospetto pseudoaneurisma arteriale femorale superficiale sinistro " e annotazione dei dati anamnestici riportanti " ... tossicodipendenza, etilismo cronico, anamnesticamente HCV +, trattamento domiciliare in corso con Antabuse e Metadone", mentre l'esame obiettivo confermava la descritta tumefazione inguinale sinistra, con cute sovrastante iperemica e segnalava inoltre la presenza dei polsi arteriosi e una normotermia " ... l'arto inferiore è caldo ".

Nei giorni successivi del 30.04.05 e del 1.05.05 il paziente presentava " ... arto edematoso nella coscia e pallido con cianosi della pianta del piede, quest'ultima rimane stabile ... coscia visibilmente aumentata nella sua circonferenza" e poi " ... ematoma della coscia (> diametro) piede caldo ... rasati arti inferiori per tentativo di rimozione aneurisma e sostituzione safena dx h 10 pz in S. O. e veniva pertanto sottoposto ad intervento chirurgico di " Sostituzione iliaco/ femorale con reimpianto dell'a. femorale profonda in

PTFE 8 mm. Per rottura di aneurisma femorale da trauma reiterato con trombosi distale e FAV sulla vena femorale e trombosi della stessa ... all'apertura dell'ematoma ... con difficoltà si repertano dei segmenti arteriosi non malacici, si procede a distruzione con Fogarty sia della fem. Sup. che prof. Si procede a sostituzione iliaco – femorale con reimpianto della femorale profonda. All'esplorazione chirurgica la vena femorale è completamente trombizzata " e aggiungono inoltre CTU che " ... l'esame microbiologico del materiale inviato risulta positivo per lo sviluppo di Staphylococcus Aureus ".

In data 12.05.05 il paziente veniva di nuovo sottoposto d'urgenza ad intervento chirurgico per " shock emorragico da deiscenza di anastomosi vascolare in infezione per protesi femorale sinistra " con " ... riapertura della precedente incisione chirurgica, deiscenza e necrotica. Pus nel tessuto sottocutaneo ... si decide di eseguire arteriotomia con embolectomia mediante passaggi di cateteri Fogarty n. 5 con fuoriuscita di trombi ", ma il giorno seguente il paziente veniva riportato in sala operatoria per " istolisi chimica infetta inguinale con deiscenza by – pass iliaco – femorale dx e disinserzione della femorale profonda, per cui viene eseguito un by – pass iliaco femorale superficiale per via trans – otturatoria in vena ombelicale umana, con anastomosi prossimale in T – T e distale in T – L e asportazione della protesi e del materiale necrotico inguinale ".

Tuttavia alle ore 17.30 del medesimo giorno veniva rilevata una

cianosi del piede e alle ore 19.00 il paziente veniva nuovamente operato per l'ostruzione del recente by – pass con sottoposizione a “ trombectomia del by – pass mediante cateteri di Fogarty, attraverso accesso mediale di coscia “ e anche nei giorni successivi le condizioni generali del paziente rimanevano gravi, con verosimile nuova trombosi del by – pass e progressione dei processi necrotici tessutali a livello di gamba e veniva proposto al paziente e ai suoi familiari l'intervento demolitivo dell'arto, ma questi ultimi preferivano trasferire lo stesso presso il reparto di chirurgia vascolare dell'Ospedale di Udine, ove a seguito di Tac che confermava l'occlusione del by – pass iliaco femorale e la presenza in sede inguinale di una vasta lesione necrotica con imbibizione dei tessuti molli e delle strutture muscolari a livello anatomico del III prossimale della gamba, veniva sottoposto il 27.05.05 a intervento chirurgico di rimozione a livello iliaco della protesi occlusa con legatura dell'a. iliaca esterna (peraltro già occlusa) e amputazione della gamba sinistra, mentre nei giorni successivi del 9.06.05 e del 24.06.05 veniva sottoposto a nuovi interventi chirurgici di “ revisione del moncone di amputazione “ e di “ amputazione di coscia al suo terzo – medio ” e successivi due interventi di chirurgia plastica di toilette della ferita con associato innesto cutaneo, per garantire la completa guarigione della ferita da amputazione (v. ctu di data 18.04.2011 pagg. 3- 8).

Gli attori sulla base dei pareri medico – legali del dr. **M** e del prof. **N** (e poi anche in causa del ctp prof. **O**) hanno contestato la cor-

rettezza degli interventi chirurgici effettuati presso l'Ospedale di Y principalmente sotto due profili (essendo la circostanza che il paziente dovesse venir spostato presso un centro specializzato in chirurgia vascolare assorbito da tali aspetti) relativi il primo al trattamento incongruo del pseudo aneurisma infetto tipico dei tossicodipendenti perché era stata posizionata una protesi vascolare su un'area infetta, senza che questa fosse stata preventivamente bonificata e perché nella letteratura attuale vi era la prevalenza di interventi di escissione e legatura e non di posizionamento di una protesi vascolare in una sede aggredibile dal processo flogistico, senza escissione del tessuto infetto e interposizione di materiale biologico di sigillo o senza passaggio extra – anatomico in profondità e il secondo relativo all'utilizzo di una protesi sintetica inadeguata, non prontamente sostituita con un secondo definitivo intervento con una protesi biologica autologa o comunque da donatore umano, più resistente all'infezione.

Tale tesi della non correttezza degli interventi effettuati presso il nosocomio di Y appare infondata alla luce delle conclusioni cui sono pervenuti i ctu i quali hanno ribadito anche nel supplemento di perizia che " ...la condotta dei sanitari dell'Ospedale di Y ... non è da ritenersi censurabile perché nel caso specifico sono stati adottati correttamente tutti i provvedimenti terapeutici necessari, tanto che anche nei centri istituzionali di chirurgia vascolare non solo nazionali, casi analoghi trattati con urgenza, vengono affrontati similmente " evincendosi " dalla storia clinica del paziente la volontà

di dare una chance di salvataggio dell'arto ad un giovane paziente " pur potendo il chirurgo " (nell'ultimo intervento) ... tranquillamente optare per l'immediata amputazione dell'arto, al 1/3 medio di coscia ", in quanto " ... la storia naturale di questo tipo di lesioni non si limita purtroppo a mettere a rischio la sola vita dell'arto, ma anche quella del paziente stesso" (v. conclusioni al supplemento di ctu di data 5.04.012).

I ctu hanno precisato che A presentava all'atto del ricovero presso il nosocomio di Y " ... un voluminoso pseudo aneurisma femorale sinistro al cui genesi è riconducibile a reiterate iniezioni in tale regione (vena o arteria) di sostanze stupefacenti " e che " ... proprio per la sua storia naturale l'indicazione al trattamento chirurgico è quindi assoluta e la tecnica utilizzata consiste nella messa a piatto con (solo nel caso di sospetto di eziologia infettiva) l'escissione radicale di tutti tessuti arteriosi e peri – arteriosi interessati e la sostituzione anatomica (innesto) o funzionale (by – pass) del tratto arterioso, con una protesi ...rappresentata dal materiale autologo, quale la vena safena, mentre in sua assenza si è costretti a ricorrere a materiale protesico sintetico (Dacron o PTFE) " con preferenza per la prima soluzione " ... insita nella sua minor trombogenicità e maggior resistenza ai processi infettivi " o " con materiali protesici di natura biologica ...che hanno una minor trombogenicità rispetto ai materiali sintetici, ma si comportano alla stessa maniera per quanto concerne il rischio infettivo, in quanto contornate da Mesch sintetiche ... in Dacron o metalliche (v. ctu pagg. 11 – 12).

Gli stessi hanno inoltre rilevato come non vi sia dubbio che **A** presentasse un pseudo aneurisma femorale, con trombosi dell'a. femorale superficiale e di pervietà dell'a. femorale profonda, con la conseguenza che " ... l'intervento chirurgico eseguito il 1° maggio – giorno festivo - non era pertanto certamente dilazionabile e va annoverato tra gli interventi chirurgici, classificati come urgenti, che per definizione non hanno il tempo necessario per una pianificazione accurata e proprio per tali ragioni sono gravati da un tasso d'insuccesso superiore rispetto agli interventi d'elezione.", precisando che la conferma della trombosi femorale si ritrovava nella " ... descrizione dell'atto operatorio, che accanto alla nota occlusione dell'a. femorale superficiale (descriveva il) ... distacco anatomico dell'a. femorale profonda, che richiede anch'essa una trombectomia (occlusione) con il catetere di Fogarty, prima del reimpianto sull'elemento protesico".

La necessità dell'intervento d'urgenza era quindi dovuta alla comparsa di una ischemia ingravescente dell'arto inferiore, che aveva trovato conferma nel corso dell'operazione ove il chirurgo aveva dato atto della rottura del'a. femorale superficiale e del distacco della femorale profonda e trombosi di entrambe le arterie.

Il collegio peritale ha aggiunto che " ... come giustamente osservato dai periti di parte il chirurgo aveva la possibilità di legare l'arteria femorale comune a monte e a valle del tratto malato, confidando in un compenso emodinamico, che consentisse di scongiurare l'amputazione al 1/3 medio di coscia dell'arto, ma tale so-

luzione non tiene conto che “ ... ci troviamo di fronte ad un quadro di partenza ben diverso rispetto a quelli descritti nei citati lavori (non trattandosi) ... di un falso aneurisma con pervasività dei vasi a valle, ma di una ischemia critica dell'arto, sostenuta dall'occlusione dell'a. femorale ... che di fatto riduce inevitabilmente per l'edema ad essa secondario, le chances di compenso emodinamico ... (... si evidenziano solo segmenti malacici di arteria femorale con distacco completo della femorale profonda trombizzata nel contesto muscolare...). Non possiamo dimenticare poi che un intervento di sola asportazione dei tessuti arteriosi e per arteriosi interessati dal pseudo aneurisma, con legatura delle arterie interessate, non era comunque al riparo dal rischio elevato di mancata tenuta della rima di sutura arteriosa in sede di legatura del vaso. La seconda possibilità scelta dal chirurgo era quella della ricostruzione arteriosa dell'asse, una volta rimosso il tratto interessato dal processo pseudo – aneurismatico e nulla si può imputare al chirurgo sulla scelta del materiale utilizzato, poiché come si legge nella descrizione dell'intervento prima di optare per il materiale protesico sintetico, ha ricercato un tratto di vena grande safena, idonea al confezionamento dell'innesto e solo nel momento in cui questa non era disponibile (né altri segmenti venosi tutti trombizzati v. referti in atti) ha optato per il PTFE, non avendo disponibilità di altro materiale protesico quale quello di tipo biologico “.

I ctu hanno inoltre precisato – contestando recisamente la tesi dei periti di parte attrice circa l'idoneità del materiale utilizzato - che “

... è il tipo e l'entità del processo infettivo, il responsabile o meno della contaminazione protesica " non essendo prevedibile l'eventuale resistenza di qualsiasi materiale protesico, fosse questo anche la vena grande safena autologa, alla sua contaminazione, se non si può definire a priori il tipo ma soprattutto il grado di infezione presente alto, medio, basso (paziente tossicodipendente HCV +, etilista e forse immunodepresso), negando quindi che la responsabilità del successivo insuccesso potesse dipendere dal materiale utilizzato (d'altro canto il solo disponibile in quel momento, non potendo ricorrersi a materiale dello stesso paziente o a materiale biologico) ed escludendo esplicitamente che nel caso in esame per le condizioni specifiche del paziente potesse essere adottata la soluzione alternativa di legatura a monte e a valle, utilizzabile in tutt'altre condizioni descritte nella letteratura citata e le cui possibilità di successo sono d'altro canto molto discusse in letteratura come ammesso dagli stessi ctp di parte attrice (v. pareri in atti ove per lo più viene citata letteratura risalente nel tempo o risultati del tutto aleatori in termini di amputazione con la tecnica della legatura).

Tuttavia i periti di parte pur infine concordando con tale ricostruzione dei fatti dell'urgenza dell'intervento e dopo aver abbandonato l'ipotesi della legatura a valle e a monte (all'evidenza non praticabile per le condizioni del paziente ben diverse dai casi esaminati in letteratura concernenti ipotesi di falsi aneurismi e per la dubbia sua possibilità di successo – v. osservazioni del ctp dr. M di data

14.4.05 e di data 4.05.011 (anche se fuori termine) e del prof. **O** di data 7.04.2011 e precedenti prive di data) hanno appuntato le loro critiche esclusivamente sulla mancata rivascolizzazione dell'arto con protesi biologica nell'arco temporale degli 11 giorni trascorsi fra il primo intervento e il secondo, sostenendo che il primo intervento con protesi artificiale – anche se indispensabile in quel momento – poteva essere solo temporaneo e doveva poi essere sostituito con un trattamento più congruo precisando che “ ... il trascorrere di ben 11 giorni senza provvedimenti specifici e senza esplicitare a pazienti e parenti la necessità di una sostituzione protesica, ha consentito che l'infezione facesse il suo corso, fino all'inevitabile e prevedibile fin dall'inizio cedimento della sutura, lisata (digerita dai batteri) ”, senza tuttavia in alcun modo precisare in quale momento si sarebbe dovuto intervenire (dopo un giorno dal primo intervento?, dopo cinque?, dopo dieci ? né come e se ciò fosse possibile per le condizioni di infezione dell'arto e il quadro clinico generale del paziente), dato che il dr. **M** sulla scorta di quanto rilevato dallo specialista a lui affiancato si limita ad affermare che sarebbe stato necessario” ... reperire una protesi biologica nella consapevolezza che quella inizialmente posizionata era necessariamente temporanea e destinata **in tempi brevi o lunghi** ad un insuccesso come i fatti hanno poi confermato “, ma non specifica affatto che in tale arco temporale – reperita la protesi biologica - sarebbe stato possibile e opportuno il reimpianto, circostanza questa che anche il prof. **O** ben si astiene dall'affermare, affidan-

dosi ad un generico e sibillino termine di “ provvedimenti specifici “ di cui non è chiaro il significato in ambito medico e anche di linguaggio comune data l'assoluta vaghezza dell'espressione.

Per contro i ctu hanno precisato anche nel supplemento di perizia e tale loro affermazione non è stata in alcun modo confutata dai periti di parte che “ ... non è prevedibile a priori se il materiale protesico utilizzato possa garantire un risultato ottimale, non solo nell'immediato post operatorio, ma anche a distanza di tempo da quest'ultimo. Da ciò deriva che la valutazione di una sua preventiva demolizione, per una ricostruzione simile, anche se confezionata con altro materiale, non può basarsi su parametri clinico strumentali certi ed è quindi discrezione del singolo operatore decidere in tal senso, ancor più essendo egli stesso chiamato a giustificare in caso di fallimento della seconda procedura o di complicanze gravi ad essa conseguenti, sulla base di quali parametri clinico strumentali avesse motivato la scelta “ , rilevando infine come a distanza di 11 giorni dal primo intervento si fosse verificata una complicanza del processo infettivo locale con necessità dei nuovi interventi già descritti, con una protesi biologica (Dardik – vena ombelicale umana 6mm.), che aveva frustato qualsiasi possibilità di un successivo intervento di reimpianto di materiale biologico.

Come sottolineato anche nel parere del prof. P per parte convenuta (v. relazione allegata da parte convenuta) “ ... la protesizzazione con PTFE era vista dal chirurgo come soluzione ponte, finalizzata al tentativo di salvare l'arto ... la rivascolizzazione con mate-

riale ipoteticamente più resistente all'infezione poteva essere presa in un secondo tempo a condizione che la situazione locale e generale del paziente l'avesse permesso ... purtroppo il decorso postoperatorio è stato complicato oltre che da una sindrome da rivascolizzazione anche da una grave sepsi, aggravata da una presumibile immunodepressione legata alla tossicodipendenza ... tale da non poter programmare a breve un intervento di rivascolizzazione con materiale omologo, che non è assolutamente certo che in tale circostanza non si sarebbe infettato “.

Tali conclusioni cui pervengono i ctu appaiono del tutto logiche e da condividere alla luce del quadro clinico delineato (paziente tossicodipendente immunodepresso, necessità di intervento urgente per l'ischemia ingravescente dell'arto, mancanza di vene autologhe, rischio di un secondo intervento nell'immediato in presenza di una infezione in atto per inserimento di materiale biologico di cui non era ugualmente certa la resistenza all'infezione) e non sono in alcun modo scalzate dalle vaghe affermazioni dei ctp di parte attrice, che imputano al chirurgo (una volta ammessa la necessità e correttezza del primo intervento con PTFE) di essere rimasto inerte per 11 giorni, salvo poi anch'essi non indicare cosa si sarebbe dovuto fare se non dei “ provvedimenti specifici “ il che equivale a dire tutto e nulla, né affermare che in quel breve lasso di tempo la sostituzione della protesi artificiale con la protesi biologica sarebbe stato possibile e coronata da successo.

Lo stesso O infatti in una ulteriore memoria di osservazioni ha af-

fermato la regola generale che “ il materiale sintetico può essere impiegato per necessità in emergenza ... ma deve essere pianificata la sua sostituzione con protesi più idonea al più presto e in particolare appena si manifestano sintomi infettivi ”, ma non ha poi affrontato il problema specifico, se tale intervento fosse praticabile nell'arco temporale in questione, prima del manifestarsi dell'emorragia dovuta al cedimento della sutura.

Parimenti infondate appaiono le critiche agli ulteriori interventi effettuati dal chirurgo per contrastare la grave emorragia dovuta alla deiscenza di una rima di sutura, con la ricostruzione extra - anatomica volta a by – passare la sede inguinale, andata incontro ad una precoce complicanza, di tipo trombotico, che aveva comportato un nuovo intervento chirurgico consistito nella trombectomia, con successo del secondo by – pass, che non aveva evitato la comparsa di un quadro clinico di grave ischemia dell'arto, in quanto i ctu hanno osservato come tali interventi fossero stati dettati solo dalla volontà di tentare il salvataggio dell'arto per la giovane età del paziente, ben potendo il chirurgo già orientarsi (come poi avevano fatto i sanitari di **D**) per la demolizione dell'arto ad un terzo medio di coscia, per evitare la morte del paziente.

Tale volontà di dare un'ultima chance ben emerge anche dagli interventi udinesi, ove dopo un primo intervento di amputazione sottoarticolare si era reso necessaria l'amputazione ad un terzo medio di coscia e due successivi interventi di chirurgia plastica (v. ctu pagg. 14 – 15 e 17).

Come esattamente osservato dai ctu " ... quanto segnalato dai consulenti (di parte attrice) viene dedotto da un ragionamento ex post, ovvero parte dall'evidenza del risultato ".

In tutti casi anche a voler ritenere che la condotta del dr. C non vada esente da censure, appare evidente come non sussistano i presupposti per affermare la responsabilità dello stesso e indirettamente dell'ente convenuto, in quanto il caso a lui sottoposto implicava la risoluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non trattandosi certamente di un caso routinario, dato che il trattamento del pseudo aneurisma in soggetto tossicodipendente (come è emerso a chiare lettere nei vari pareri espressi dagli specialisti in causa, quali i prof.,, e) non ha soluzioni univoche in letterature e i rischi di amputazione dell'arto rimangono elevati anche nel caso di utilizzo delle tecniche o dei materiali indicati dai ctp di parte attrice.

Ne consegue che il convenuto poteva rispondere dei danni solo in ipotesi di colpa grave, circostanza questa che nel caso in esame è con tutta evidenza da escludere, non essendovi stata nessuna manchevolezza grave sotto il profilo della prudenza o della diligenza e della perizia, ma eventualmente solo la scelta di un tipo di intervento " necessitato " per le ragioni esposte di cui può essere discussa l'opportunità, non certamente gli altri aspetti (cfr. in tema di casi non routinari Cass., n. 9085 del 19/04/2006, secondo cui: " La limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 cod. civ. si applica

nelle sole ipotesi che presentino problemi tecnici di particolare difficoltà e, in ogni caso, tale limitazione di responsabilità attiene esclusivamente all'imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza, con la conseguenza che risponde anche per colpa lieve il professionista che, nell'esecuzione di un intervento o di una terapia medica, provochi un danno per omissione di diligenza. (Nella specie, relativa alla paraplegia conseguita in danno di un paziente sottoposto a intervento di lombosciatalgia - emilaminectomia, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva ricondotto alla ipotesi di negligenza un errore diagnostico, l'omesso ricorso ad indagini strumentali e la gestione dei tempi dell'emergenza medico-chirurgica) e anche da ultimo a contrariis Cass., n. 20586 del 22/11/2012 secondo cui: " Un intervento chirurgico di norma routinario non può mai ritenersi "di speciale difficoltà", ai sensi dell'art. 2236 cod. civ. per il solo fatto che nel corso di esso si verifichino delle complicanze (in virtù di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, la quale aveva ritenuto di non speciale difficoltà un intervento di isterectomia complicato dalla presenza di aderenze tra i tessuti, le quali avevano causato alla paziente un danno nefrologico).

Appare equa la compensazione delle spese, attesa la complessità del caso e i particolari risvolti umani della vicenda.

P.Q.M.

Il Giudice Unico fra le parti definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza reietta:

- Respinge la domanda in quanto infondata;
- Compensa fra le parti le spese del giudizio, comprese quelle di
ctu.

Udine, lì 22.11.2012.

Il Giudice Unico
Dott. Gianfranco PELLIZZONI

Il Cancelliere

Depositato in Cancelleria il

Il Cancelliere

TRIBUNALE DI UDINE SEZIONE CIVILE

DISPOSITIVO DI SENTENZA

P.Q.M.

Il Giudice Unico fra le parti definitivamente pronunciando, ogni
contraria istanza reietta:

- Respinge la domanda in quanto infondata;
- Compensa fra le parti le spese del giudizio, comprese quelle di