

[Sentenzan. 194/2023 pubbl. il 30/05/2023 RG n. 328/2020](#)

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI CAGLIARI
SEZIONE CIVILE**

composta dai MAGISTRATI:

Dott. Donatella Aru Presidente relatore

Dott. Emanuela Cugusi Consigliere

Dott. Grazia Maria Bagella Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

OGGETTO: responsabilità professionale

nella causa iscritta al n. 328 del Ruolo Generale degli Affari Civili Contenziosi dell'anno 2020, promossa da:

Omissis, nato a Collinas il omissis e residente in Omissis – codice fiscale Omissis, elettivamente domiciliato in Cagliari Via ... presso lo studio dell'avv. ... che lo rappresenta e difende unitamente all'avv. Giuseppe Sale in forza di procura speciale a margine dell'atto di citazione in primo grado e della procura speciale a margine dell'atto di appello;

APPELLANTE

CONTRO

ATS SARDEGNA (ex AZIENDA U.S.L. N. 8 della SARDEGNA), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, il Commissario Dott. ..., nato a Sassari il ..., con sede in Sassari alla Via ..., p.iva ..., elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. ... che la rappresenta e difende in virtù di procura speciale in calce alla comparsa di costituzione nonché in virtù di Determinazione Dirigenziale n. 6427 dell'11.12.2020;

APPELLATA

All'udienza del 4 novembre 2023 la causa è stata tenuta a decisione sulle seguenti

CONCLUSIONI

Nell'interesse dell'appellante (come da atto di appello):

“in via principale

A) accertare e dichiarare l'inadempimento della convenuta Azienda USL N.8 della Sardegna alle obbligazioni alla stessa facenti capo in dipendenza della richiesta di assistenza medica formulata dal Signor Omissis;

B) dichiarare tenuta e condannare la convenuta Azienda USL N.8 della Sardegna – in dipendenza di tutte le azioni esperibili, contrattuali e/o da contatto sociale ovvero anche di natura extracontrattuale - al risarcimento di tutti i danni - patrimoniali e non patrimoniali, e, in particolare, di tutti i danni ai diritti della persona garantiti a livello normativo – costituzionale e/o legislativo – e, specificamente del danno da invalidità temporanea totale e parziale, da perdita della capacità lavorativa specifica di casalinga e della capacità lavorativa generica, del danno non patrimoniale con riferimento alla componente “biologica”, alla vita di relazione, ai profili esistenziali e morali per le sofferenze patite - derivati all'attore Signor Omissis in conseguenza dei fatti per cui è causa e specificamente in conseguenza degli interventi allo stesso praticati e della violazione degli obblighi inerenti al diritto del paziente alla autodeterminazione, alla corretta informazione ed alla acquisizione del suo consenso ai trattamenti medico-chirurgici;

C) condannare la Azienda per la Tutela della Salute- ATS Sardegna al risarcimento dei predetti danni in favore dell'appellante nell'importo di Euro 250.000,00* (duecentocinquantamila), ovvero in quell'altro importo anche maggiore ritenuto di giustizia, se del caso anche con valutazione equitativa, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali;

D) con la condanna della appellata al rimborso delle spese processuali, comprese quelle relative alla procedura di mediazione ex D. Lgs. 28/2010 e di consulenza tecnica di parte;

in via subordinata istruttoria

E) dichiarare la nullità della consulenza tecnica d'ufficio e disporre la rinnovazione delle indagini con la sostituzione del consulente tecnico d'ufficio, ovvero con la nomina di un medico legale che affianchi il medico “specialista”.”

Nell'interesse dell'appellata

“Piaccia all'Ill.mo Collegio adito, respinta ogni avversa istanza, deduzione e conclusione, confermare la sentenza impugnata e, per l'effetto, rigettare l'avverso appello, poiché in fondato sia in fatto che in diritto, con vittoria di spese, competenze e accessori di giudizio, da distrarsi in favore del procuratore anticipatario.”

IN FATTO E IN DIRITTO

Con atto di citazione del 19 settembre 2020 Omissis ha proposto appello avverso la sentenza n. 1662/2020 pubblicata il 15 luglio 2020 con la quale il Tribunale di Cagliari ha rigettato la domanda da lui proposta nei confronti dell'Azienda USL n.1 della Sardegna (da ora ASL) per essere risarcito dei danni conseguenti alle menomazioni derivate da una grave lesione arteriosa cagionata durante un intervento chirurgico di "dilatazione di stenosi dell'anastomosi uretero ileale sinistra" cui era stato sottoposto l'8 gennaio 2009 nella Divisione di Urologia dell'Ospedale SS. Trinità di Cagliari, facente capo all'epoca alla ASL n.8.

La domanda è stata rigettata alla luce delle conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio disposta nel corso del giudizio che aveva consentito di accertare che la patologia sofferta dall'attore, definita *rene grinzoso*, non era riconducibile causalmente a condotte attive od omissive dei sanitari che lo avevano avuto in cura.

Si legge nella sentenza:

a. Il consulente tecnico d'ufficio, con relazione esente da vizi logici e congruamente motivata, ha chiarito:

i. che il paziente è stato correttamente informato delle possibili complicanze, ivi compresa l'emorragia, menzionata nel foglio che raccoglie il suo consenso, prodotto in causa.

ii. che l'intervento chirurgico per laparotomia era fortemente controindicato per le ragioni esposte dalla convenuta perché avrebbe comportato elevato rischio di recidiva della stenosi;

iii. che l'intervento endoscopico è stato eseguito correttamente e che la lesione arteriosa non si è verificata nel corso di esso (8.1.2009) bensì successivamente (il mese dopo) quale complicanza tardiva prevedibile (l'emorragia era stata prevista anche nel foglio di consenso informato) ma non riconducibile a imprudenza o imperizia dei sanitari;

iv. che l'emorragia è stata diagnosticata tempestivamente tra il 23.2.2009 (ematuria) e confermata dalla consulenza angiografica del 28.2.2009 non appena si è manifestata;

v. che l'emorragia è stata poi trattata - previa raccolta di completo consenso informato - in modo corretto, prima tentando l'embolizzazione e solo dopo - stante l'insuccesso con questa metodica meno invasiva - tramite chiusura dell'arteria con spirale di Gianturco, soluzione corretta in quanto l'unica capace di risolvere l'emorragia che se non trattata avrebbe fatto correre al paziente il pericolo di vita;

vi. che il rene sinistro ha perso la sua funzionalità a causa della mancanza di irrorazione sanguigna dovuta alla chiusura dell'arteria e non a causa di ritardi o omissioni da parte dei sanitari."

Con il primo motivo l'appellante impugna la sentenza stante il mancato rilievo da parte del consulente tecnico d'ufficio di elementi di censura nella condotta dei sanitari rispetto alla gestione della prima complicanza (la stenosi della giunzione ureteroileale sinistra) e al determinarsi della seconda (l'emorragia del ramo dell'arteria retroperitoneale) ed alla conseguente gestione clinica.

Per quanto riguarda la stenosi, il Omissis evidenzia che lo stesso ausiliario aveva riportato nella sua relazione diversi dati probativi di un ritardo nella risoluzione della stessa, ritardo che evidentemente aveva contribuito all'attuale irreversibile condizione di alterazione della funzionalità renale da lui presentata, essendo il trattamento della condizione di stenosi stato effettuato solo l'8 gennaio 2009 quando ormai ci si trovava di fronte all'idronefrosi che avrebbe dovuto essere diagnosticata tempestivamente a fronte della condizione, nota dal novembre 2007, di iniziale dilatazione dell'uretere.

L'emorragia arteriosa di un ramo dell'arteria retroperitoneale doveva ritenersi una lesione iatrogena occorsa durante l'intervento dell'8 gennaio 2009, dovendo rilevarsi che nella sua gestione vi era stato un censurabile ritardo terapeutico di ben cinque giorni che aveva comportato l'inevitabile peggioramento della funzionalità renale, già compromessa dall'idronefrosi.

Il Omissis censura che il consulente avesse ommesso di prendere posizione in ordine alla tempestività nella diagnosi e nel trattamento da parte dei sanitari della stenosi della giunzione uretero-ileale e dell'emorragia dell'arteria retroperitoneale e al diverso possibile esito, in termini di conservazione della funzionalità renale, correlato ad un approccio diagnostico-terapeutico precoce.

Con il secondo motivo l'appellante impugna la sentenza deducendo che egli non aveva prestato correttamente alcun valido consenso all'intervento praticatogli, comportando ciò, di per sé il diritto al risarcimento per l'indubbio peggioramento delle sue condizioni. Al riguardo ha evidenziato che il 7 gennaio 2009 aveva sottoscritto due consensi informati che prevedevano due diversi tipi di intervento. Egli, in particolare, ha contestato che l'intervento fosse stato effettuato con un accesso chirurgico percutaneo della regione lombare che lo stesso CTU aveva riferito essere la via di accesso praticata in Clinica Urologica Universitaria nel trattamento della calcolosi renale complessa, censurando l'adozione di tale tecnica considerato che non risultava

che avesse dei calcoli, la cui sussistenza peraltro non era stata accertata con l'esecuzione di una TAC prima dell'intervento.

Alla luce delle esposte considerazioni si doveva pertanto pervenire all'accoglimento delle domande attrici anche senza disporre il rinnovo della consulenza tecnica d'ufficio, considerato che la decisione aveva violato le regole processuali applicabili nel caso di specie ed in particolare gli oneri probatori gravanti sulle parti in materia di risarcimento dei danni da responsabilità medica. Infatti la relazione del CTU appariva in contrasto con le evidenze documentali e pertanto doveva ritenersi che la convenuta non avesse fornito la prova di aver correttamente adempiuto alle sue obbligazioni di corretta assistenza sanitaria.

Infine l'appellante ha evidenziato che nel corso delle operazioni peritali l'ausiliario era venuto meno ripetutamente ai suoi doveri con il mancato rispetto dei termini a suo tempo fissati dal Tribunale, tanto che egli ne aveva più volte chiesto la sostituzione; *“ciò può giustificare il dubbio dell'inquinamento della piena serenità dei rapporti ed integra comunque una ragione autonomamente valutabile quale ragione di sostituzione dell'ausiliario.”*

L'ATS Sardegna (ex Azienda Usl n.8 della Sardegna), costituitasi in giudizio, ha concluso per il rigetto dell'appello evidenziando che, alla luce delle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, nessuna responsabilità poteva essere ascritta in capo ai sanitari che avevano avuto in cura il Omissis. Costui, infatti, non aveva offerto alcuna prova che la patologia da cui era affetto fosse eziologicamente riconducibile all'azione o all'omissione dei sanitari che lo avevano seguito in occasione dell'intervento subito nel gennaio 2009, nesso eziologico escluso dal consulente tecnico d'ufficio.

L'appello è infondato dovendosi condividere la valutazione del giudice di prime cure riguardo all'insussistenza del nesso causale tra la sindrome lamentata dal Omissis e la condotta dei sanitari che lo ebbero in cura nei primi mesi del 2009.

Pare in primo luogo opportuno rammentare i principi applicabili in materia di colpa medica con riguardo all'onere della prova gravante sulle parti, avendo l'appellante affermato la violazione. Pare illuminante il seguente passo motivazionale della sentenza della Corte di Cassazione n. 10050/2022: *“Con riguardo alle fattispecie di responsabilità medica non sottoposte al nuovo regime introdotto dalla legge n. 24 del 2017 (la quale non trova applicazione in ordine ai fatti verificatisi anteriormente alla sua entrata in vigore: Cass. 8 novembre 2019, n. 28811; Cass. 11 novembre 2019, n. 28994), questa Corte, con orientamento consolidatosi sin dagli ultimi anni dello scorso millennio, ha chiarito che, nell'ipotesi in cui il paziente alleghi di aver subito danni in conseguenza di una attività svolta dal medico (eventualmente, ma non necessariamente, sulla base di un vincolo di dipendenza con la struttura sanitaria) in esecuzione della prestazione che forma oggetto del rapporto obbligatorio tra quest'ultima e il paziente, tanto la responsabilità della struttura quanto quella del medico vanno qualificate in termini di responsabilità contrattuale: la prima, in quanto conseguente all'inadempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto atipico di ospitalità o di assistenza sanitaria, che il debitore (la struttura) deve adempiere personalmente (rispondendone ex art. 1218 c.c.) o mediante il personale sanitario (rispondendone ex art. 1228 c.c.); la seconda, in quanto conseguente alla violazione di un obbligo di comportamento fondato sulla buona fede e funzionale a tutelare l'affidamento sorto in capo al paziente in seguito al contatto sociale avuto con il medico, che diviene quindi direttamente responsabile, ex art. 1218 c.c., della violazione di siffatto obbligo (a partire da Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, cfr., tra le tante: Cass. 19 aprile 2006, n. 9085; Cass. 14 giugno 2007, n. 13953; Cass. 31 marzo 2015, n. 6438; Cass. 22 settembre 2015, n. 18610). Ciò premesso, il criterio di riparto dell'onere della prova in siffatte fattispecie non è pertanto quello che governa la responsabilità aquiliana (nell'ambito della quale il danneggiato è onerato della dimostrazione di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito ascritto al / danneggiante) ma quello che governa la responsabilità contrattuale, in base al quale il creditore che abbia provato la fonte del suo credito ed abbia allegato che esso sia rimasto totalmente o parzialmente insoddisfatto, non è altresì onerato di dimostrare l'inadempimento o l'inesatto adempimento del debitore, spettando a quest'ultimo la prova dell'esatto adempimento (Cass., Sez. Un., 30 ottobre 2001, n. 13533; tra le conformi più recenti, ex multis, Cass. 20 gennaio 2015, n. 826; Cass. 4 gennaio 2019, n. 98; Cass. 11 febbraio 2021, n. 3587). In particolare, con precipuo riferimento alle fattispecie di inadempimento delle obbligazioni professionali - tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica - questa Corte ha da tempo chiarito che è onere del creditore-attore dimostrare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del professionista è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno lamentato (Cass. 7 dicembre 2017, 29315; Cass. 15 febbraio 2018, n. 3704; Cass. 20 agosto 2018, n. 20812), mentre è onere del debitore dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante*

da causa non imputabile, provando che l'inadempimento (o l'inesatto adempimento) è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. 26 luglio 2017, n. 18392; Cass. 23 ottobre 2018, n. 26700; Cass. 24 maggio 2019, n. 14335; Cass. 29 ottobre 2019, n. 27606). Il concetto di "imprevedibilità", pur lessicalmente esplicativo di una soggettività comportamentale che rientra nell'area della colpa, riferito alla causa impeditiva dell'esatto adempimento, va inteso, precisamente, nel senso oggettivo della "non imputabilità" (art. 1218 c.c.), atteso che la non prevedibilità dell'evento (che si traduce nell'assenza di negligenza, imprudenza e imperizia nella condotta dell'agente) è giudizio che attiene alla sfera dell'elemento soggettivo dell'illecito, in funzione della sua esclusione, e che prescinde dalla configurabilità, sul piano oggettivo, di una relazione causale tra condotta ed evento dannoso. Nelle fattispecie di responsabilità per inadempimento delle obbligazioni professionali - si è ulteriormente precisato - è configurabile un evento di danno, consistente nella lesione dell'interesse finale perseguito dal creditore (la vittoria della causa nel contratto concluso con l'avvocato; la guarigione dalla malattia nel contratto concluso con il medico), distinto dalla lesione dell'interesse strumentale di cui all'art. 1174 c.c. (interesse all'esecuzione della prestazione professionale secondo le *leges artis*) e viene dunque in chiara evidenza il nesso di causalità materiale che rientra nel tema di prova di spettanza del creditore, mentre il debitore, ove il primo abbia assolto il proprio onere, resta gravato da quello "di dimostrare la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione" (Cass. 11 novembre 2019, n. 28991; Cass. 31 agosto 2020, n. 18102). Il nesso di causalità materiale si atteggia invece diversamente nelle altre obbligazioni contrattuali, ove l'evento lesivo coincide astrattamente con la lesione dell'interesse creditorio. Questa coincidenza non ne esclude, tuttavia, la rilevanza quale elemento costitutivo proprio di tutte le fattispecie di responsabilità contrattuale, la quale, al contrario, trova una esplicita conferma positiva nella portata generale della disposizione (art. 1227, comma primo, c.c.) che stabilisce una riduzione del risarcimento nell'ipotesi in cui il fatto colposo del creditore abbia concorso a "cagionare" il danno, ritenendosi tradizionalmente (v. già Cass. 9 gennaio 2001, n. 240) che tale disposizione, a differenza di quella contenuta nel secondo comma del medesimo articolo, si riferisca al "danno-evento" e non al "danno conseguenza". Non sembra esatto, pertanto, al di fuori delle obbligazioni professionali, parlare di "assorbimento" del danno-evento nella lesione dell'interesse creditorio, secondo un lessico sovente adottato in dottrina, mentre concettualmente più corretta appare la diversa ricostruzione, pur suggerita in dottrina, in termini di prova *prima facie*. Avuto riguardo agli illustrati principi, nell'ipotesi - come quella in esame - in cui il paziente faccia valere la responsabilità del medico e della struttura sanitaria per i danni derivatigli da un intervento che si assume svolto in spregio alle *leges artis*, l'attore è tenuto a provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale intercorrente tra la condotta del medico e l'evento dannoso, consistente nella lesione della salute e nelle altre lesioni ad essa connesse (nella specie, la perdita del concepito); è, invece, onere dei convenuti, ove il predetto nesso di causalità materiale sia stato dimostrato, provare o di avere eseguito la prestazione con la diligenza, la prudenza e la perizia richieste nel caso concreto, o che l'inadempimento (ovvero l'adempimento inesatto) è dipeso dall'impossibilità di eseguirla esattamente per causa ad essi non imputabile (Cass. 26 novembre 2020, n. 26907).”

Tanto premesso, la vicenda oggetto del presente giudizio può essere ricostruita nei seguenti termini.

Omissis, affetto da carcinoma vescicale dal 2004, a seguito dell'evoluzione negativa della patologia tumorale, è stato sottoposto all'intervento radicale di asportazione dell'organo (cistectomia radicale) il 12 marzo 2007. Egli in particolare fu sottoposto a un intervento di cistectomia radicale con derivazione urinaria secondo Briker ovvero "collegando gli ureteri ad una piccola porzione dell'intestino tenue, detta conduit, a sua volta collegata alla cute".

Come esposto dal CTU, si tratta di procedure chirurgiche di elevata complessità, gravate da una non trascurabile mortalità perioperatoria (2-3%) e da una notevole percentuale di complicazioni possibili immediate, precoci ed a distanza di tempo. Una delle più frequenti complicanze, che può interessare oltre il 20% dei pazienti operati, è la stenosi dell'anastomosi ureterale, specie a sinistra. Effettivamente una TAC eseguita nel novembre 2007 mostrava già una lieve dilatazione della via escretrice di sinistra.

A partire dal mese di luglio 2008 o dall'ottobre 2008 egli cominciò ad avvertire diversi episodi di colica renoureterale sinistra che divennero sempre più frequenti. Gli esami eseguiti il 19 dicembre 2008 e allegati in cartella evidenziarono un tasso di creatinina sierica che indicava un certo deterioramento della funzione di filtrazione renale complessiva, "verosimilmente secondario all'ostruzione della giunzione tra uretere ed ansa ileale sinistra". All'osservazione del consulente di parte secondo cui vi era certezza che tale dato fosse secondario a detta ostruzione, il CTU ha chiarito che, poiché non vi erano agli atti esami di laboratorio

antecedenti, non poteva escludersi *“che i valori di creatinina nel sangue fossero già alterati per il reflusso urinario, documentato nel novembre 2007, o per il danno renale legato alla comorbilità (diabete, ipertensione) che il paziente, già anziano, presentava.”*

Ricoverato il 7 gennaio 2009, gli accertamenti avevano documentato una idronefrosi sinistra secondaria a stenosi della giunzione uretero-ileale dello stesso lato e posero anche il sospetto di calcolosi a monte della stenosi. Peraltro il CTU, ha evidenziato che *“un certo grado di idronefrosi si realizza inevitabilmente, specialmente a sinistra, anche in assenza di stenosi. Ciò per effetto della mancanza del fisiologico meccanismo antireflusso che l'ansa intestinale, a differenza della vescica, ovviamente non può avere.”*

Per la risoluzione della stenosi fu proposta l'ispezione antero-grada della via escretrice di sinistra eseguendo l'accesso per via percutanea con strumentario endoscopico.

Ottenuto il consenso, l'intervento fu eseguito l'8 gennaio 2009. Il periodo post operatorio si svolse regolarmente, tanto che due giorni dopo, il 10 gennaio, venne rimosso il drenaggio nefrostomico. Il paziente fu dimesso l'11 gennaio e visitato il 25, avendo lamentato dolore lombare ed ematuria, e il 28 gennaio.

Dopo la rimozione del catetere ureterale, in data 23 febbraio 2009 egli veniva ricoverato d'urgenza nello stesso reparto per il sopraggiungere di una ematuria macroscopica improvvisa. L'ecografia, immediatamente eseguita, evidenziò la presenza di grossolani coaguli nella pelvi renale sinistra. Inizialmente egli fu posto in vigile osservazione clinica. Il 26 febbraio l'ematuria si presentò nuovamente in forma più importante tanto che il paziente venne sottoposto a emotrasfusione. La TAC, eseguita il 27 febbraio, evidenziò un'emorragia proveniente da un ramo dell'arteria retropielica, emorragia confermata dall'esame angiografico chiesto presso il Brotzu ed eseguito il 28 febbraio 2009.

I sanitari procedettero quindi ad un tentativo, non riuscito, di embolizzazione dell'arteria e quindi alla chiusura della stessa con spirale di Gianturco.

Il 6 marzo 2009 il Omissis venne dimesso.

I successivi controlli clinici ed ecografici documentavano una progressiva alterazione morfologica e funzionale del rene sinistro fino allo stadio finale di cosiddetto *“rene grinzoso”* ossia di un rene di ridotte dimensioni e con assottigliamento della componente funzionale di filtrazione corticale talché esso è *“sostanzialmente non efficiente per quel che concerne la sua funzione di filtrazione del sangue.”*

L'ausiliario ha quindi esposto che la chiusura meccanica del vaso sanguinante aveva determinato la necrosi della porzione medio inferiore del rene sinistro che aveva perso la sua funzione, potendosi definire il conseguente deficit di funzione renale di terzo grado su cinque della scala di funzionalità più comunemente utilizzata dalla comunità scientifica internazionale (grado moderato). Ha altresì precisato che da allora la funzione renale è stabile e che, grazie alla funzione vicariante del rene destro, il paziente non necessita di terapia specifica dialitica né di farmaci sostitutivi.

Contrariamente a quanto sostenuto dall'appellante, il consulente tecnico d'ufficio ha esaurientemente risposto alle osservazioni mosse dal suo consulente di parte. Il dott. ... ha infatti precisato che:

- il trattamento chirurgico posto in essere per risolvere la stenosi postoperatoria della giunzione uretero-ileale sinistra era conforme alle metodiche praticate al momento nei centri di alta specializzazione, essendo la migliore alternativa rispetto ad un indaginoso e problematico accesso chirurgico tradizionale a cielo aperto. Egli ha esaurientemente risposto alla prima delle censure sollevate relativa alla mancanza di tempestività del trattamento chirurgico della stenosi dell'anastomosi dal momento che era stata diagnosticata praticamente circa un anno prima. Si riportano le chiare e convincenti affermazioni di cui all'elaborato peritale: *“in realtà pensare che la ricostruzione dell'anastomosi, eseguibile solo con chirurgia a cielo aperto, avrebbe poi comportato un perfetto drenaggio del rene è puramente illusorio. Reimpiantare l'uretere in una sede già operata e soggetta a sclerosi cicatriziale dei tessuti, a parte il grande rischio chirurgico, avrebbe certamente portato a nuova stenosi. D'altra parte la stessa via percutanea, come i fatti hanno poi dimostrato, presentava elevato rischio vascolare. A questo proposito va ricordato che il paziente, nel periodo perioperatorio della cistectomia del 2007, era già stato sottoposto a posizionamento di drenaggio nefrostomico a destra per trattare lo stravasamento di urina, evento che ha certamente avuto parte nel determinismo della stenosi della giunzione. Si può quindi affermare che la prudenza nell'eseguire un intervento rischioso e dall'esito incerto era perfettamente giustificata anche a prezzo di una progressiva riduzione della funzione escretoria del rene sinistro. A porre la perentoria indicazione temporale all'intervento è stata invece la comparsa delle dolorose coliche (con sospetto radiologico di calcolosi sulla stenosi) con le quali il paziente non avrebbe potuto a lungo convivere.”*

- non poteva condividersi l'osservazione della sussistenza di un ritardo nella gestione dell'emorragia con inevitabile peggioramento della funzione renale, testimoniata dal fatto che il paziente era stato posto in semplice osservazione clinica per ben cinque giorni, in quanto "la perdita ematica, finché gestibile, va trattata in generale con la vigile attesa e questo, a maggior ragione, nel caso in esame in considerazione delle condizioni di rischio chirurgico già esposte. Inoltre l'emorragia dell'arteria retroperitoneale non ha, di per sé, peggiorato la funzione renale sinistra. La definitiva perdita della funzione escretoria dipende sicuramente dall'ischemia determinata dalla chiusura dell'arteria con la spirale di Gianturco effettuata, in condizioni di urgenza, presso la radiologia interventistica del O.P. Brotzu il 28 febbraio 2009."

- doveva condividersi la scelta del tipo di intervento effettuato: "il trattamento della stenosi dell'anastomosi presenta sempre profili di notevole difficoltà qualunque sia la tecnica chirurgica utilizzata. La chirurgia a cielo aperto espone a severo rischio legato all'esplorazione di un sito anatomico modificato nella sua anatomia. Esiste la possibilità concreta di determinare lesioni intestinali, del condotto, della parete addominale e di non potere più disporre di un uretere lungo e vitale per una ulteriore anastomosi. L'età del paziente e le patologie concomitanti rappresentano inoltre ulteriori fattori di rischio operatorio per la vita stessa del paziente. La via percutanea ed endoscopica combinate disponendo, come nel caso in oggetto, di tecniche e strumenti idonei rappresentano la scelta più appropriata pur in presenza dei potenziali rischi emorragici menzionati." Al riguardo si evidenzia che all'epoca dell'intervento il Omissis aveva 75 anni ed era affetto da diverse patologie sistemiche: diabete mellito, ipertensione arteriosa, arteriosclerosi con occlusione dei tronchi arteriosi sovraortici. - "in termini di responsabilità professionale si può certamente affermare che la metodica in sé è gravata da un elevato rischio di lesione vascolare che, specialmente in riferimento agli eventi che si verificano tardivamente (in questo caso a distanza di oltre un mese) non è prevedibile né prevenibile. La lesione verificatasi nel caso specifico pertanto non può essere attribuita a colpa professionale medica. D'altra parte, come si evince dal modulo del consenso informato, la difficoltà tecnica a trattare in maniera conservativa tali imprevedibili lesioni è dimostrata dal fatto che l'emorragia, e l'eventuale perdita del rene sono assolutamente tenute in considerazione."

Tali osservazioni del CTU non sono state scalfite dei motivi di appello essendosi il Omissis limitato a riproporre le criticità rilevate a carico dei sanitari che, in estrema sintesi, possono essere individuate:

- a) nel ritardo nella risoluzione della stenosi;
- b) nel ritardo nella gestione della emorragia;
- c) nella scelta della tecnica operatoria;

senza in alcun modo con frontarsi con le esaurienti e convincenti argomentazioni, sopra sinteticamente riportate, che hanno condotto l'ausiliare a ritenere insussistenti dette criticità, già prospettate nel corso del percorso peritale dal suo consulente di parte.

Letti gli atti difensivi dell'appellante, si osserva che il mancato rispetto delle tempistiche e delle prescrizioni procedurali da parte dell'ausiliario del giudice, seppure da lui evidenziate e stigmatizzate nel corso del procedimento peraltro esclusivamente sotto il profilo della durata del giudizio, non possono assumere alcun rilievo sulla utilizzabilità dell'elaborato peritale ai fini della decisione, come inopinatamente egli sembrerebbe adombrare, considerato che è stato pienamente garantito il contraddittorio tra le parti e che le conclusioni a cui è pervenuto l'ausiliario sono sorrette da approfondite e condivisibili argomentazioni e hanno consentito di dare convincente risposta alle osservazioni sollevate dal suo consulente di parte. Non avendo il Omissis contrapposto precise e specifiche deduzioni volte ad incrinare le risposte elaborate in sede di percorso peritale a fronte delle deduzioni del suo consulente di parte, risposte poste dal Tribunale a fondamento della decisione, deve essere rigettata la richiesta di un rinnovo della consulenza tecnica d'ufficio, apprendo la stessa del tutto immotivata.

Gli esaurienti accertamenti peritali sopra sintetizzati, impongono di ritenere che Omissis non abbia offerto alcuna prova, della quale era onerato per i principi pacifici della giurisprudenza di legittimità sopra richiamati, dell'esistenza del nesso causale dovendosi escludere che la condotta dei sanitari che lo hanno avuto in cura in occasione dell'intervento del gennaio 2009, sia stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno lamentato.

Rimane assorbito il motivo di appello relativo al profilo del quantum, avendo il Omissis contestato la quantificazione dei danni operata dal CTU, contestazione peraltro sostanzialmente abbandonata negli atti difensivi finali.

Con riguardo al motivo di appello relativo al consenso informato, si evidenzia che nell'atto di citazione in primo grado l'attore si era limitato ad affermare che egli non era stato effettivamente informato di possibili rischi delle complicanze che poi si sono verificate e che egli pertanto non aveva potuto prestare un valido consenso all'intervento. Tale assunto è

smontito dal tenore letterale del consenso informato, essendo in esso specificato che tra le complicanze previste vi era emorragia nonché “*nefrectomia in caso di lesioni vascolari o parenchimali renali non trattabili conservativamente*”.

Le ulteriori considerazioni inerenti il contenuto del consenso informato sviluppate nella comparsa conclusionale, anche in relazione ad una problematica di natura diagnostica relativa alla presenza di calcoli, sospettata dai sanitari prima dell'intervento, problematica mai prospettata in primo grado, sono allegazioni nuove e pertanto inammissibili.

In ogni caso si osserva che Omissis non ha puntualmente allegato né nell'atto introduttivo né nella prima memoria ex art. 183 c.p.c., danni non patrimoniali o patrimoniali, ontologicamente distinti dalle voci di danno lamentate come conseguenze pregiudizievoli derivate dalla lesione del diritto alla salute; al riguardo il Collegio ritiene di dare continuità all'orientamento più recente della Suprema Corte secondo cui “*In ogni caso vale osservare che, in materia di responsabilità sanitaria, l'inadempimento dell'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente assume diversa rilevanza causale a seconda che sia dedotta la violazione del diritto all'autodeterminazione o la lesione del diritto alla salute posto che, se nel primo caso l'omessa o insufficiente informazione preventiva evidenzia “ex se” una relazione causale diretta con la compromissione dell'interesse all'autonoma valutazione dei rischi e dei benefici del trattamento sanitario, nel secondo l'incidenza eziologica del deficit informativo sul risultato pregiudizievole dell'atto terapeutico correttamente eseguito dipende dall'opzione che il paziente avrebbe esercitato se fosse stato adeguatamente informato ed è configurabile soltanto in caso di presunto dissenso, con la conseguenza che l'allegazione dei fatti dimostrativi di tale scelta costituisce parte integrante dell'onere della prova – che, in applicazione del criterio generale di cui all'art. 2697 c.c., grava sul danneggiato – del nesso eziologico tra inadempimento ed evento dannoso. Ciò non esclude evidentemente che, anche nel caso in cui venga allegata la violazione del diritto alla autodeterminazione, l'onere allegatorio del danneggiato non può ritenersi esaurito, in quanto escluso qualsiasi esonero fondato sul danno “in re ipsa” (non essendo dato confondere la lesione del diritto, con le conseguenze pregiudizievoli che in concreto da esso derivano), è indispensabile allegare specificamente quali altri pregiudizi, diversi dal danno alla salute eventualmente derivato, il danneggiato abbia subito. Diversamente, sebbene la condotta violativa dell'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente sia autonomo rispetto a quello inerente al trattamento terapeutico (comportando la violazione dei distinti diritti alla libertà di autodeterminazione e alla salute), in ragione dell'unitarietà del rapporto giuridico tra medico e paziente – che si articola in plurime obbligazioni tra loro connesse e strumentali al perseguimento della cura o del risanamento del soggetto – non potendo affermarsi una assoluta autonomia dei due illeciti tale da escludere ogni interferenza tra gli stessi nella produzione del medesimo danno, è bene possibile che l'inadempimento dell'obbligazione relativa alla corretta informazione sui rischi e benefici della terapia esaurisca la propria funzione lesiva, inserendosi tra i fattori “concorrenti” della serie causale determinativa del pregiudizio alla salute.*

Può e deve, invece, riconoscersi all'omissione del medico una astratta capacità pluri-offensiva, potenzialmente idonea a ledere due diversi interessi sostanziali, entrambi suscettibili di risarcimento, qualora sia fornita la prova che dalla lesione di ciascuno di essi siano derivate specifiche e distinte conseguenze dannose (cfr. Corte Cass. Sez. 3 -, Sentenza n. 28985 del 11/11/2019).” (Cass., n. 24471/2020).

Alla luce delle esposte argomentazioni, l'appello deve essere rigettato e deve trovare piena conferma l'impugnata sentenza.

Le spese di lite seguono la soccombenza.

Esse sono liquidate secondo i valori minimi relativi allo scaglione euro 52.001,00 - euro 260.000,00 per le fasi di studio, introduttiva e decisionale stante l'assenza di profili di complessità in fatto ed in diritto della controversia e le caratteristiche dell'attività prestata. Non si riconosce alcun compenso per la fase di trattazione/istruttoria stante l'assenza di attività difensionale (Cass., n. 10206/2021).

PER QUESTI MOTIVI

La Corte d'Appello definitivamente pronunciando, disattesa ogni altra istanza, eccezione e deduzione:

1. Rigetta l'appello e per l'effetto conferma l'impugnata sentenza;
2. Condanna Omissis alla rifusione delle spese di lite in favore della parte appellata che liquida in euro 4997,00 oltre spese generali Iva e cpa, disponendo la distrazione in favore del difensore dichiaratosi antistatario;
3. Da atto della sussistenza dei presupposti processuali, ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater DPR n. 115/2002, per il versamento, da parte del ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di

contributo unificato, in misura pari a quello, ove dovuto, per il ricorso, a norma del comma 1 bis dello stesso art. 13.

Così deciso in Cagliari, nella camera di consiglio della Sezione Civile della Corte d'Appello di Cagliari il 17 maggio 2023

Il Presidente relatore

Donatella Aru