

Centro Studi

Diritto **A**vanzato

Edizioni

Comitato scientifico:

Simone **ALECCI** (Magistrato) - Elisabetta **BERTACCHINI** (Professore ordinario di diritto commerciale, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Mauro **BOVE** (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Giuseppe **BUFFONE** (Magistrato addetto alla direzione generale della giustizia civile presso il Ministero della Giustizia) - Tiziana **CARADONIO** (Magistrato) - Costanzo Mario **CEA** (Magistrato, Presidente di sezione) - Paolo **CENDON** (Professore ordinario di diritto privato) - Gianmarco **CESARI** (Avvocato cassazionista dell'associazione Familiari e Vittime della strada, titolare dello Studio legale Cesari in Roma) - Caterina **CHIARAVALLOTTI** (Presidente di Tribunale) - Bona **CIACCIA** (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Leonardo **CIRCELLI** (Magistrato, assistente di studio alla Corte Costituzionale) - Vittorio **CORASANITI** (Magistrato, ufficio studi del C.S.M.) - Mirella **DELIA** (Magistrato) - Lorenzo **DELLI PRISCOLI** (Consigliere Suprema Corte di Cassazione) - Paolo **DI MARZIO** (Consigliere Suprema Corte di Cassazione) - Francesco **ELEFANTE** (Magistrato T.A.R.) - Annamaria **FASANO** (Consigliere presso la Suprema Corte di Cassazione) - Cosimo **FERRI** (Magistrato, già Sottosegretario di Stato alla Giustizia) - Francesco **FIMMANO'** (Professore ordinario di diritto commerciale, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Eugenio **FORGILLO** (Presidente di Tribunale) - Andrea **GIORDANO** (Avvocato dello Stato) - Mariacarla **GIORGETTI** (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Giusi **IANNI** (Magistrato) - Francesco **LUPIA** (Magistrato) - Giuseppe **MARSEGLIA** (Magistrato) - Roberto **MARTINO** (Professore ordinario di diritto processuale civile, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Francesca **PROIETTI** (Magistrato) - Serafino **RUSCICA** (Consigliere parlamentare presso il Senato della Repubblica) - Piero **SANDULLI** (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Stefano **SCHIRO'** (Presidente di sezione, Suprema Corte di Cassazione) - Bruno **SPAGNA MUSSO** (Magistrato, assistente di studio alla Corte Costituzionale) - Paolo **SPAZIANI** (Magistrato dell'Ufficio del Massimario della Corte Suprema di Cassazione) - Antonella **STILO** (Magistrato, Presidente di sezione) - Antonio **URICCHIO** (Professore ordinario di diritto tributario, Magnifico Rettore) - Antonio **VALITUTTI** (Presidente di Sezione presso la Suprema Corte di Cassazione) - Alessio **ZACCARIA** (Professore ordinario di diritto privato, componente laico C.S.M.).

Legge Gelli-Bianco retroattiva?

Anche Roma dice no, con ampia motivazione.

In tema di [legge Gelli-Bianco, n. 24/2017](#), per quanto riguarda la problematica costituita dallo *ius superveniens* osserva il giudicante che il principio della irretroattività della legge, contenuto nell'art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile, comporta che la legge nuova non possa essere applicata, oltre ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ancora in vita se, in tal modo, si disconoscano gli effetti già verificatisi nel fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali o future di esso; la legge nuova è, invece applicabile ai fatti, agli "status" e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore.

Infatti, l'irretroattività della legge comporta che la legge nuova non possa essere applicata, oltre che ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ed ancora in vita se, in tal modo, si disconoscano gli effetti già verificatisi del fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali e future di esso; lo stesso principio comporta, invece, che la legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore.

In particolare nel caso di successione di leggi processuali nel tempo, ove il legislatore non abbia diversamente disposto, in ossequio alla regola generale di cui all'art. 11 delle preleggi, la nuova norma disciplina non solo i processi iniziati successivamente alla sua entrata in vigore ma anche i singoli atti, ad essa successivamente compiuti, di processi iniziati prima della sua entrata in vigore, quand'anche la nuova disciplina sia più rigorosa per le parti rispetto a quella vigente all'epoca di introduzione del giudizio.

Infatti in assenza di norme che diversamente dispongano, il processo civile è regolato nella sua interezza dal rito vigente al momento della proposizione della domanda, non potendo il principio del "tempus regit actum", in forza del quale lo "ius superveniens" trova applicazione immediata in materia processuale, che riferirsi ai singoli atti da compiere, isolatamente considerati, e non già all'intero nuovo rito.

Infatti, posto che il "rito" è da intendersi come l'"insieme" delle regole sistematicamente organizzate in vista della statuizione giudiziale, l'applicazione di un nuovo rito ad un processo già iniziato, in assenza di norme transitorie che ciò autorizzino, si tradurrebbe in una non consentita applicazione retroattiva di quell'"insieme", invece vietata dal principio di irretroattività della legge contenuto nell'art. 11 delle disposizioni sulla legge in generale, di cui lo stesso art. 5 cod. proc. civ. è applicazione. Ne consegue che la sua violazione dà luogo a nullità della sentenza in quanto si risolve in una compressione del diritto al contraddittorio.

Per quanto riguarda le norme sostanziali il principio di irretroattività, in assenza di diverse disposizioni, comporta che legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore.

N.d.R. Per approfondimenti, in **DOTTRINA**, sulla specifica questione si veda CALVAGNA, [La nuova responsabilità sanitaria e la questione dell'applicabilità della stessa a fatti antecedenti la sua entrata in vigore: la Legge Gelli - Bianco \(n. 24/2017\) si applica anche ai procedimenti pendenti?](#), in *La Nuova Procedura Civile*, 6, 2018.

Nel senso della retroattività, si vedano:

- *Legge Gelli-Bianco: si applica anche ai processi in corso* ([Tribunale di Latina, sezione seconda, sentenza del 27.11.2018](#)), in *La Nuova procedura Civile*, 1, 2019;

- *Legge Gelli-Bianco: anche Milano applica in modo retroattivo per la quantificazione del danno biologico* ([Tribunale di Milano, sezione prima, sentenza del 2.8.2018](#)), in *La Nuova Procedura Civile*, 5, 2018;

- *Possibile applicare la Legge Gelli-Bianco a fatti verificatisi prima della sua entrata in vigore (per la liquidazione del danno biologico)* [[Tribunale di Trieste, sentenza del 28.02.2018](#)], in *La Nuova Procedura Civile*, 5, 2018.

Nel senso della irretroattività, si veda:

- *La riforma Gelli-Bianco non può applicarsi a fatti precedenti la sua entrata in vigore (neanche per la liquidazione del danno biologico)* [[Tribunale Treviso, sezione prima, sentenza del 26.10.2018](#)], in *La Nuova procedura Civile*, 5, 2018.

Tribunale di Roma, sezione tredicesima, sentenza del 4.10.2017

...omissis...

Con atto di citazione ritualmente notificato l'attrice ha convenuto innanzi al Tribunale di Roma la, titolare dell'Ospedale, chiedendo l'accertamento della responsabilità della stessa in ordine alla inappropriatezza della assistenza successiva all'intervento che aveva determinato la formazione di una stenosi ureterale e la condanna della stessa al risarcimento dei danni subiti.

A sostegno della domanda ha dedotto che a seguito della insorgenza di un dolore al fianco tipo colica, si era recata al Pronto Soccorso dell'Ospedale dove era stata eseguita una ecografia renale che aveva evidenziato la presenza di idronefrosi a sinistra e a seguito di TAC addome era stata individuata la presenza di un calcolo di circa 0,5 mm nella porzione prossimale dell'uretere sinistro associato ad una dilatazione di medio-alta entità della cavità colico-pieliche.

Era stata ricoverata ed il giorno 9 febbraio 2015 era stata sottoposta ad un intervento di ereterolitotrisia con sonda laser per via endoscopica con frammentazione del calcolo ed asportazione dei frammenti ed introduzione di uno stent ureterale a doppio j.

Era stata dimessa con terapia farmacologica ed appuntamento per la rimozione dello stent il 26 febbraio 2015.

Nel post operatorio si erano verificati piccoli sanguinamenti urinari e ricorrenti dolori al fianco sinistro. Il 26 febbraio aveva contattato il sanitario operante per la comparsa di dolore forte al fianco sinistro e si era protratto fino al 28 con prescrizione telefonica di terapia a base di Voltaren.

Il primo marzo si era recata al Pronto Soccorso dell'Ospedale dove era stata somministrata terapia antidolorifica ed era stata eseguita una ecografia che aveva evidenziato la presenza di una lieve idronefrosi sinistra con lieve ectasia anche del tratto prossimale dell'uretere senza immagini riferibili a calcoli.

Lo stesso giorno la paziente era stata dimessa con la diagnosi di colica renale con recente rimozione dello stent ureterale.

Per il perdurare dei dolori aveva eseguito una ulteriore ecografia che non aveva evidenziato la presenza di formazioni di tipo litiasico con idronefrosi di II grado con uretere prossimale di calibro aumentato. Tale accertamento diagnostico era portato in visione al sanitario che la aveva operata il quale aveva prescritto Buscopan e Orudis per dieci giorni.

Il giorno successivo si era recata in visita da altro sanitario il quale aveva ipotizzato la presenza di calcolosi renale e si era ricoverata presso la casa di cura ... dove era stata sottoposta ad ureteropielografia retrograda con posizionamento di catetere a doppio j a sinistra ed in quella sede veniva riscontrata la presenza di una stenosi dell' uretere pelvico della estensione di 30-35 mm con dilatazione del tratti fino al rene.

L'8 aprile 2015 si era ricoverata presso la clinica Pio XI per stenosi dell'uretere sinistro nel corso dell'intervento veniva prodotta una piccola perforazione ileale che veniva suturata il giorno successivo per via laparoscopica ed era stata dimessa il 29 aprile 2015 dopo la rimozione dello xxxxx

Ritenendo che fosse stata errata la scelta di applicare al termine del primo intervento di uerocistotomia uno stent che aveva determinato la insorgenza di una flogosi a sua volta responsabile della stenosi e ritenendo errata la successiva assistenza che aveva omesso i necessari accertamenti strumentali al fine di giungere ad una diagnosi certa in modo più tempestivo tenuto conto che il dolore si era manifestato in modo consistente al momento della rimozione dello stent che aveva consentito il palesarsi degli effetti della stenosi, ha introdotto il presente giudizio per ottenere il risarcimento dei danni subiti.

Si è costituita la titolare dell'Ospedale deducendo che l'attrice si era recata il 6 febbraio 2015 al Pronto Soccorso lamentando un dolore al fianco sinistro e addominale. Era stata eseguita una ecografia che aveva mostrato una idronefrosi sinistra e la TAC aveva mostrato la presenza di un calcolo di 0,5 cm nella porzione prossimale dell'uretere di sinistra con dilatazione di medio-alto livello delle cavità colico-pieliche. Era stata ricoverata nel reparto urologia dell'Ospedale ed effettuati gli accertamenti necessari il 9 febbraio 2015 era stata sottoposta ad ureterolitotrisia sinistra con laser ed era stato applicato uno stent a doppio J al fine di garantire il funzionamento regolare dell'uretere. Era stata dimessa con terapia medica ed appuntamento per la rimozione dello stent il 26 febbraio 2015.

Il 26 febbraio 2015 era stato rimosso ambulatorialmente lo stent e la paziente era stata invitata a prenotare una visita di controllo portando in visione una ecografia renale ed una urinocoltura.

Poiché era stata rappresentata la comparsa di sintomatologia dolorosa era stata prescritta terapia a base di Voltaren.

Il 1 marzo era tornata in Pronto Soccorso dove era stata diagnosticata una colica renale con irradiazione del dolore in fossa iliaca sinistra ed ipogastri. Era stata visitata ed era stata eseguita una ecografia che aveva evidenziato la presenza di una lieve

idronefrosi sinistra con lieve ectasia anche del tratto prossimale dell'uretere, non era stata rilevata evidenza di immagini riferibili a calcoli in corrispondenza del rene, della vescica e del tratto esplorabile dell'uretere.

Era stata posta la diagnosi di colica renale in paziente con recente rimozione dello stent urinario.

Il 16 marzo la paziente aveva portato in visione al sanitario una ecografia eseguita presso un centro diagnostico che confermava la assenza di stenosi ed era stata prescritta una ulteriore terapia antiflogistica.

La paziente non era più tornata a visita presso l'Ospedale.

Ha dedotto la assenza di responsabilità da parte dei sanitari i quali si erano attenuti ai protocolli in uso in relazione alle caratteristiche del caso concreto, la paziente era stata sempre visitata e sottoposta agli accertamenti necessari in relazione alla sintomatologia presente, era stata fornita corretta informazione in ordine ai possibili rischi e complicanze dell'intervento eseguito. In particolare ha dedotto la correttezza dell'utilizzo dello stent dopo l'intervento al fine di preservare l'uretere mentre lo stent applicato da altro sanitario presso la casa di cura era conseguenza della necessità di contrastare l'idronefrosi nelle more della risoluzione della stenosi già insorta, Ha contestato, infine, la prevedibilità della complicanza insorta. E la sussistenza di un nesso di causalità tra l'operato dei sanitari dell'Ospedale e i postumi lamentati dalla attrice.

Respinte le richieste istruttorie perché non rilevanti ai fini della decisione, espletata una consulenza tecnica medico-legale, alla udienza di precisazione delle conclusioni del giorno 22 maggio 2017 la causa è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni precisate dalle parti come in atti.

MOTIVI

Preliminarmente deve essere esaminata la problematica costituita dalla entrata in vigore, dopo la precisazione delle conclusioni e la decisione, della L. 8 marzo 2017, n. 24, pubblicata nella G.U. 64 del 17 marzo 2017 ed entrata in vigore il 1 aprile 2017.

Detta legge, infatti, contiene nuove disposizioni in materia di diritto sostanziale e di diritto processuale in materia di responsabilità professionale medica.

Per quanto riguarda la problematica costituita dallo ius superveniens osserva il giudicante che il principio della La Nuova Procedura Civile irretroattività della legge, contenuto nell'art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile, comporta che la legge nuova non possa essere applicata, oltre ai rapporti giuridici esauritisi prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ancora in vita se, in tal modo, si disconoscano gli effetti già verificatisi nel fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali o future di esso; la legge nuova è, invece applicabile ai fatti, agli "status" e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale

applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore. (Cass. Sez. I, 3 luglio 2013, n. 16620)

Infatti, come affermato nelle pronunce 2926/67 delle S.U., 2433/00 e 14073/02, il principio RGAC 32380/2016 Pagina 6 di 18 G.U. Roberto Parziale dell'irretroattività della legge comporta che la legge nuova non possa essere applicata, oltre che ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ed ancora in vita se, in tal modo, si disconoscano gli effetti già verificatisi del fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali e future di esso; lo stesso principio comporta, invece, che la legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore.

In particolare nel caso di successione di leggi processuali nel tempo, ove il legislatore non abbia diversamente disposto, in ossequio alla regola generale di cui all'art. 11 delle preleggi, la nuova norma disciplina non solo i processi iniziati successivamente alla sua entrata in vigore ma anche i singoli atti, ad essa successivamente compiuti, di processi iniziati prima della sua entrata in vigore, quand'anche la nuova disciplina sia più rigorosa per le parti rispetto a quella vigente all'epoca di introduzione del giudizio. (Cass. Sez. III., 15 febbraio 2011, n. 3688).

Infatti in assenza di norme che diversamente dispongano, il processo civile è regolato nella sua interezza dal rito vigente al momento della proposizione della domanda, non potendo il principio del "tempus regit actum", in forza del quale lo "ius superveniens" trova applicazione immediata in materia processuale, che riferirsi ai singoli atti da compiere, isolatamente considerati, e non già all'intero nuovo rito.

**Infatti, posto che il "rito" è da intendersi come l'"insieme" delle regole sistematicamente organizzate in vista della statuizione giudiziale, l'applicazione di un nuovo rito ad un processo già iniziato, in assenza di norme transitorie che ciò autorizzino, si tradurrebbe in una non consentita applicazione retroattiva di quell'"insieme", invece vietata dal principio di irretroattività della legge contenuto nell'art. 11 delle disposizioni sulla legge in generale, di cui lo stesso art. 5 cod. proc. civ. è applicazione. Ne consegue che la sua violazione dà luogo a nullità della sentenza in quanto si risolve in una compressione del diritto La Nuova Procedura Civile
Direttore Scientifico: Luigi Viola al contraddittorio. (Cass. Sez. III. 7 ottobre 2010. n. 20811).**

Per quanto riguarda le norme sostanziali il principio di irretroattività, in assenza di diverse disposizioni, comporta che legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che,

attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore. (Cass. Sez. I, 3 luglio 2013, n. 16620)

Di conseguenza la nuova normativa non è in alcun modo applicabile alla presente decisione.

Passando ora ad esaminare la vicenda osserva il giudicante che gli aspetti che devono essere esaminati attengono alla corretta individuazione della diagnosi relativa alla patologia da cui era affetto l'attrice, la valutazione in ordine alla correttezza delle modalità dell'intervento eseguito rispetto alla patologia esistente, la correttezza della assistenza post-operatoria, la correttezza del secondo intervento eseguito anche in relazione alle complicanze anche iatrogene insorte ed infine la ricollegabilità dei postumi al primo o al secondo intervento o a entrambi.

Per quanto riguarda la situazione precedente all'intervento risulta dalla cartella di Pronto Soccorso dell'Ospedale che la attrice era stata sottoposta a discectomia L5-S1, isterectomia, annessiectomia ed era presente sindrome aderenziale, ed il giorno 6 febbraio 2015 si era recata in Ospedale per la comparsa il giorno precedente di dolore a livello del fianco sinistro associato a nausea e vomito.

Gli accertamenti eseguiti, una ecografia renale ed una TAC addominale, avevano mostrato la presenza di un calcolo di 5 mm nella porzione prossimale dell'uretere sinistro e conseguente dilatazione di medio alta entità delle cavità colico pieliche a causa della ostruzione dell'uretere.

Era stata ricoverata nel reparto urologia La Nuova **Procedura Civile** Direttore Scientifico: Luigi Viola ed era stata prevista la esecuzione di un intervento di ureterolitotrisia sinistra con laser con possibilità di posizionare uno stent ureterale intervento al quale aveva dato il suo consenso l'attrice anche dal modello sottoscritto non risulta indicato nulla in ordine alla entità dei rischi e delle eventuali menomazioni conseguenti e sulla esistenza di altre possibilità terapeutiche che conducessero alla guarigione.

L'intervento eseguito il 9 febbraio 2015 indica che dopo la introduzione di uretroscopio era stata eseguita uretroscopia che ha individuato il calcolo al di sopra dell'incrocio con i vasi iliaci. Il calcolo era stato frantumato ed erano stati asportati i frammenti dello stesso con il cestello di Dormia. Al termine dell'intervento era stato posizionato stent ureterale sinistro.

La attrice era stata dimessa il giorno successivo con terapia medica e appuntamento al 26 febbraio 2015 per la rimozione dello stent ureterale ed era stata invitata la attrice a tornare a visita portando una ecografia renale e una urino coltura con antibiogramma.

Il 1 marzo 2015 l'attrice si era recata al Pronto Soccorso dell'Ospedale indicando la presenza di una colica renale sinistra a partire dal 26 febbraio 2015, giorno di rimozione dello stent, dolore che si era irradiato in fossa iliaca sinistra ed ipogastrio.

Era stata eseguita una TAC che aveva documentato la presenza di una lieve idronefrosi sinistra con lieve ectasia anche del tratto prossimale dell'uretere mentre non vi era evidenza di immagini riferibili a calcoli in corrispondenza del rene, della vescica e del tratto esplorabile con la TAC dell'uretere e gli esami ematochimici erano risultati nella norma. La paziente in quella occasione era stata dimessa con la diagnosi di colica renale sinistra in paziente con recente rimozione di stent urinario e prescrizione di terapia farmacologia.

La consulenza tecnica espletata ha evidenziato che la diagnosi formulata il 6 febbraio 2015 era corretta e l'intervento proposto era quello più indicato per la rimozione del calcolo incastrato nell'uretere all'altezza dell'incrocio dei vasi iliaci in considerazione delle dimensioni del calcolo e della presenza di idronefrosi del rene sinistro conseguente alla ostruzione tenuto conto che il perdurare di tale situazione avrebbe comportato una progressiva compromissione del rene (si vedano i valori della creatinina passati da 0,60 del 6 febbraio a 1,10 del 7 febbraio e non più controllati nei giorni successivi), e la rimozione del calcolo costituiva l'unico modo per risolvere in modo definitivo l'idronefrosi, dovendosi alternativamente procedere alla introduzione di un accesso percutaneo per consentire la fuoriuscita della urina dal rene e ridurre la pressione o riuscire ad introdurre uno stent ureterale al fine di garantire il normale transito della urina fino alla vescica qualora le dimensioni del calcolo consentissero il passaggio dello stent, soluzioni comunque transitorie che non avrebbero consentito la risoluzione del problema a meno di una espulsione spontanea del calcolo che, tuttavia, per le dimensioni essendosi bloccato all'incrocio con i vasi iliaci, non vi era certezza della eliminazione spontanea e il drenaggio percutaneo renale non avrebbe consentito comunque il ritorno alle attività ordinarie da parte della paziente.

Di conseguenza l'intervento proposto appariva corretto essendo la tecnica di prima scelta per il trattamento di tale patologia, e la frammentazione del calcolo attraverso la sonda laser ha raggiunto il suo risultato essendo stati asportati anche i frammenti dello stesso.

Di conseguenza l'intervento relativamente alla asportazione del calcolo era stato correttamente eseguito.

Deve essere valutata a questo punto la scelta di applicare uno stent ureterale transitorio dopo l'intervento.

Le principali complicanze di tale intervento sono rappresentate da coliche renali, prolungata ematuria, stenosi ureterale che si verifica nell'1,5% dei casi trattati, l'avulsione ureterale le perforazioni ureterali, la persistenza di frammenti litiasici nell'uretere.

Per prevenire le possibili complicanze connesse con la possibile persistenza di frammenti del calcolo e favorire il deflusso, essendo indicata una abbondante idratazione proprio al fine di evitare la formazione di infezioni e favorire la pulizia dell'uretere, il consulente tecnico d'ufficio ha evidenziato che è consuetudine consolidata procedere al posizionamento di un catetere ureterale da tenere in sede da sette a sessanta giorni.

Nel caso di specie il catetere, introdotto al termine dell'intervento del 9 febbraio 2015, correttamente come confermato dal consulente tecnico d'ufficio, venne rimosso il 26 febbraio 2015, a distanza di sedici giorni e quindi nei termini indicati dalla scienza medica per il caso in cui detto stent fosse stato applicato.

Non vi è dubbio, sulla base degli elementi emersi successivamente che all'atto della rimozione dello stent si evidenziò la occlusione determinata dalla stenosi ureterale, stenosi che il consulente tecnico ha ricondotto ad una situazione prodottasi nel periodo post operatorio secondo il criterio del più probabile che non.

E' risultato, infatti, che la stenosi era presente in un luogo diverso (la regione dell'uretere pelvico) rispetto a quello in cui si trovava il calcolo (regione del tratto prossimale dell'uretere al di sopra dell'incrocio con i vasi iliaci) e dove venne usata la

sonda laser per la frantumazione dello stesso, ma non si può escludere che la infiammazione connessa con la utilizzazione dell'ureteroscopia abbia determinato la formazione della stenosi nel post-operatorio asintomatica fino al momento della rimozione dello stent.

Se la applicazione dello stent è stata corretta alla luce della prassi medica richiamata dal consulente tecnico d'ufficio, occorre valutare se vi sia stato un ritardo diagnostico della stenosi e se i postumi determinatisi siano conseguenti al ritardo nel trattamento della stenosi o al non corretto trattamento della stessa, nei limiti in cui tale valutazione può essere effettuata avendo scelto la attrice di contestare solo la prestazione svolta presso l'Ospedale.

Per quanto riguarda l'assistenza post-operatorio risulta pacifico che fino alla rimozione dello stent il 26 febbraio 2015 non erano emersi sintomi che giustificassero un qualche intervento ulteriore rispetto a quanto previsto in sede di dimissione dal momento che il sanguinamento nei giorni successivi, tenuto conto che la dimissione era avvenuta il giorno successivo all'intervento era normale.

La terapia era da considerarsi corretta dal momento che dopo la rimozione dello stent quando la paziente si era presentata al Pronto Soccorso il 1 marzo 2015 era stata riscontrata solo una lieve idronefrosi sinistra e lieve ectasia del tratto prossimale dell'uretere, dove era stato rimosso il calcolo, e non vi erano segni della presenza di una stenosi. Di conseguenza in quel frangente era corretta la previsione di sola terapia farmacologica antinfiammatoria e antidolorifica.

Il 16 marzo la attrice eseguì di propria iniziativa una nuova ecografia che egualmente non aveva evidenziato la presenza di una stenosi ma la presenza di una idronefrosi di II grado con uretere prossimale di calibro aumentato in rene con rapporto cortico-midollare conservato e spessore del parenchima nei limiti della norma, segno che al momento non si erano verificati danni alla funzionalità renale, e si era recata a visita dal sanitario che la aveva La Nuova Procedura Civile
Direttore Scientifico: Luigi Vioia operata il quale le aveva prescritto una terapia farmacologica per dieci giorni.

Il 19 marzo 2015 la attrice si era recata a visita dal dr Pa. presso la casa di cura Pio XI dove risulta essere stata ricoverata con la diagnosi di idronefrosi sinistra ed era stata sottoposta a ureteropielografia retrograda con posizionamento di stent a doppio J a sinistra. Nel corso della ureterografia retrograda era stata accertata la presenza di una stenosi dell'uretere della lunghezza di 3/3,5 mm nel tratto pelvico. L'uretere a monte della stenosi risultava dilatato fino al rene.

Era stata dimessa il 20 marzo 2015 con terapia medica e controllo da eseguire dopo trenta giorni con ecografia renale, mentre la rimozione dello stent era prevista dopo sessanta giorni.

La attrice si era ricoverata diciotto giorni dopo per la esecuzione di un intervento di ureterocistomia in relazione alla diagnosi di stenosi dell'uretere pelvico sinistro, unico intervento possibile per risolvere la stenosi.

Nel corso di detto intervento non venivano descritti problemi ma erano emersi segni di peritonite plastica per cui verificata a mezzo tac la circostanza della perforazione era stata suturata la perforazione del diametro di 10/15 mm con applicazione di drenaggi nello scavo pelvico con insorgenza di infezione da candida nella sede della ferita addominale e riscontrata nel liquido di drenaggio, e polmonare con versamento pleurico.

In questa sede in assenza di contestazione da parte attrice non può essere valutata la lesione iatrogena dell'intestino costituita dalla sua perforazione risultando al riguardo solo la sindrome aderenziale riferita in sede amnestica come conseguente ai due interventi di isterectomia prima e di annessiectomia bilaterale poi che avrebbe potuto rendere più complesso l'intervento e la lisi delle aderenze eseguita nel corso dell'intervento stesso per poter procedere alla rimozione della stenosi riportata nella descrizione dello stesso.

La infezione trova una giustificazione nella peritonite insorta a seguito della perforazione dell'intestino individuata e trattata tempestivamente mentre non vi sono elementi per valutare la patologia polmonare insorta in relazione agli obblighi incumbenti sulla casa di cura.

Di conseguenza in assenza di riscontri diagnostici che potessero indirizzare subito i sanitari nei controlli del 1 e del 16 marzo verso la presenza della stenosi si deve ritenere che fosse giustificata la valutazione posta il 1 marzo in quanto essendo evidente il collegamento tra la insorgenza del dolore e la rimozione dello stent poteva essere giustificato un atteggiamento attendista con terapia farmacologica.

Non appare giustificata la scelta del dr cccc il 16 marzo 2015 di limitarsi ad una prescrizione di terapia medica per ulteriori dieci giorni malgrado il quadro ecografico avesse mostrato una progressione della idronefrosi passata da lieve al II grado con aumento di calibro dell'uretere prossimale, situazione che avrebbe imposto una verifica diagnostica come effettivamente posto in essere nel corso del ricovero presso la casa di cura cccc

Ciò detto, occorre ricordare che in tema di responsabilità professionale del medico chirurgo, una accurata ricognizione del complesso rapporto intercorrente tra la fattispecie del nesso causale e quella della colpa, con specifico riferimento ai rispettivi, peculiari profili probatori, consente la enunciazione dei seguenti principi: 1) il nesso di causalità è elemento strutturale dell'illecito, che corre - su di un piano strettamente oggettivo e secondo una ricostruzione logica di tipo sillogistico - tra un comportamento (dell'autore del fatto) astrattamente considerato (e non ancora utilmente qualificabile in termini di "damnum iniuria datum") e l'evento; 2) nell'individuazione di tale relazione primaria tra condotta ed evento, si prescinde, in prima istanza, da ogni valutazione di prevedibilità, tanto soggettiva quanto "oggettivata", da parte dell'autore del fatto, essendo il concetto logico di "previsione" insito nella categoria giuridica della colpa (elemento qualificativo dell'aspetto soggettivo del torto, la cui analisi si colloca in una dimensione temporale successiva in seno alla ricostruzione della complessa fattispecie dell'illecito); 3) il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento è quello per cui ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare, tale obbiettiva relazione col fatto deve considerarsi "causa" dell'evento stesso; 4) il nesso di causalità giuridica è, per converso, relazione eziologica per cui i fatti sopravvenuti, di per sé soli idonei a determinare l'evento, interrompono il nesso con il fatto di tutti gli antecedenti causali precedenti; 5) la valutazione del nesso di causalità giuridica, tanto sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, quanto sotto l'aspetto della individuazione del "novus actus interveniens", va compiuta secondo criteri a) di probabilità scientifica, ove questi risultino esaustivi; b) di logica, se appare non praticabile (o insufficientemente praticabile) il ricorso a leggi scientifiche di copertura; con l'ulteriore precisazione che, nell'illecito omissivo, l'analisi morfologica della fattispecie segue un percorso affatto speculare - quanto al profilo probabilistico - rispetto a quello commissivo, dovendosi, in altri termini, accertare il collegamento evento/comportamento omissivo in termini

di probabilità inversa, onde inferire che l'incidenza del comportamento omesso si pone in relazione non/probabilistica con l'evento (che, dunque, si sarebbe probabilmente avverato anche se il comportamento fosse stato posto in essere), a prescindere, ancora, dall'esame di ogni profilo di colpa intesa nel senso di mancata previsione dell'evento e di inosservanza di precauzioni doverose da parte dell'agente; 6) il positivo accertamento del nesso di causalità, che deve formare oggetto di prova da parte del danneggiato, consente il passaggio, logicamente e cronologicamente conseguente, alla valutazione dell'elemento soggettivo dell'illecito, e cioè della sussistenza, o meno, della colpa dell'agente, che, pur in presenza di un comprovato nesso causale, potrebbe essere autonomamente esclusa secondo criteri (storicamente elastici) di prevedibilità ed evitabilità; 7) criteri funzionali all'accertamento della colpa medica - la prova della cui assenza grava, nelle fattispecie di responsabilità contrattuale, sul professionista/debitore - risultano quelli a) della natura, facile o non facile, dell'intervento del medico; b) del peggioramento o meno delle condizioni del paziente; c) della valutazione del grado di colpa di volta in volta richiesto (lieve, nonché presunta, in presenza di operazione "routinarie"; grave, se relativa ad interventi che trascendono la preparazione media ovvero non risultino sufficientemente studiati o sperimentati, con l'ulteriore limite della particolare diligenza e dell'elevato tasso di specializzazione richiesti in tal caso); d) del corretto adempimento dell'onere di informazione e dell'esistenza del conseguente consenso del paziente (Cass, sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997).

Nel caso di specie, tuttavia, il ritardo diagnostico non è la causa della insorgenza dei postumi dal momento che la stessa era già presente al momento della rimozione dello stent inserito al termine del primo intervento e che si è già detto che detta scelta non appare censurabile essendo previsto dalla scienza medica per tale tipo di interventi anche in considerazione della possibilità di presenza di residui del calcolo che potrebbero ancora creare problemi nel percorrere l'uretere.

I postumi sono connessi all'intervento per la rimozione della stenosi e, al di là di quanto avvenuto presso la casa di cura, e non risulta che sarebbero variati nel caso che l'intervento fosse stato eseguito con un anticipo di due o tre settimane.

Deve essere, pertanto, respinta la domanda attrice.

Sussistono giuste ragioni per compensare tra le parti le spese del presente giudizio tenuto conto del fatto che comunque la scelta di proseguire con la terapia media senza ulteriori accertamenti diagnostici malgrado che il decorso di quindici giorni avesse aggravato la idronefrosi con insorgenza della dilatazione anche del tratto prossimale dell'uretere, appare essere stata errata anche se non produttivo del danno lamentato dalla attrice. Tuttavia le spese di CTU, liquidate in Euro 1.100 più accessori se dovuti, sono poste definitivamente a carico di parte attrice.

pqm

Il Tribunale di Roma, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da Ti. ccccc nei confronti della titolare dell'Ospedale * rigetta la domanda proposta dall'attrice;

cccccompensa tra le parti le spese del presente giudizio fatta eccezione per quelle di CTU che liquida in Euro 1,100 oltre accessori, vengono poste definitivamente a carico di parte attrice.

Così deciso in Roma, il 15 settembre 2017.

Depositata in Cancelleria il 4 ottobre 2017.