

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Bergamo, Sezione Quarta Civile, in persona del Giudice Unico dott. Cesare Massetti, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

(OMISSIS)

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato (OMISSIS), in proprio e in qualità di tutore di (OMISSIS), (OMISSIS), (OMISSIS) e (OMISSIS) convenivano in giudizio avanti l'intestato Tribunale l'Azienda Ospedaliera (omissis) e (OMISSIS).

Esponevano gli attori:

- che il 26 ottobre 2008 (OMISSIS) veniva ricoverata per disturbi ansioso – depressivi presso il reparto di psichiatria degli (OMISSIS), retto dal primario dott. (OMISSIS);
- che il 13 ottobre 2008, durante il ricovero e in occasione della consumazione del pasto, la (OMISSIS) rimaneva soffocata inghiottendo un boccone di pane, stante le difficoltà di deglutizione ingenerate dalla forte somministrazione di medicinali;
- che la (OMISSIS) subiva un arresto cardiaco e andava in asfissia, ciò che determinava in ultima analisi uno stato vegetativo permanente;
- che, pochi giorni prima, ed esattamente il 10 ottobre 2008, si era verificato un episodio simile, fortunatamente sventato grazie all'intervento tempestivo del figlio (OMISSIS);
- che sussisteva una controindicazione alla somministrazione di pasti solidi;
- che, in occasione del sinistro, non era stata predisposta alcuna assistenza da parte del personale della struttura;
- che anche l'intervento del 118 era stato intempestivo.

Ritenuta la responsabilità della struttura sanitaria e del primario sotto plurimi profili (insufficiente/inidonea organizzazione del servizio mensa, imprudente/incompetente/imperita assistenza medica della paziente, con particolare riferimento alla mancata prescrizione di pasti compatibili con le sue difficoltà di ingestione, incompetente/imperita condotta del personale di psichiatria nel prestare soccorso alla paziente, insufficiente/inidonea organizzazione del servizio di pronto soccorso), chiedevano, pertanto, il risarcimento dei danni tutti subiti, dalla vittima primaria e dai prossimi congiunti.

Costituendosi in giudizio l'Azienda Ospedaliera (OMISSIS) contestava in toto gli assunti avversari.

Osservava la convenuta che la (OMISSIS) era stata sorvegliata con l'attenzione dovuta alla sua patologia; che, tuttavia, l'evento era sfuggito a ogni possibilità di controllo da parte del personale del reparto; che la paziente non aveva alcun problema di alimentazione o di deglutizione; che durante il ricovero era lucida, collaborante ed autonoma, tanto è vero che era solita consumare i pasti voracemente; che il refettorio e i locali adiacenti erano presidiati da personale infermieristico e medico, il quale, al pari dei rianimatori, era prontamente intervenuto; che, in ogni caso, i danni pretesi erano eccessivi.

Pressoché analoghe difese venivano svolte da (OMISSIS), il quale, in aggiunta, rilevava che la sua qualifica di primario non comportava che gli poteva essere addebitata una responsabilità per tutto ciò che accade nel reparto, e che nei suoi confronti non erano stati elevati specifici profili di colpa. In ogni caso, il dott. R. sollecitava la chiamata in giudizio del proprio assicuratore.

Autorizzata la chiamata, si costituiva in giudizio la soc. (OMISSIS) – Rappresentanza Generale per l'Italia, la quale si associava alle difese svolte dall'assicurato, sottolineando per il resto che si trattava di polizza a secondo rischio e con massimale.

La causa veniva, quindi, istruita mediante assunzione di prova testimoniale, emissione di ordine di esibizione (in riferimento alle polizze assicurative del nosocomio) ed espletamento di consulenza tecnica d'ufficio.

Precisate le conclusioni come in epigrafe riportate, all'udienza del 6 giugno 2017 passava in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Va premesso che, in tema di responsabilità medica, l'onere della prova è congegnato nel senso che il paziente deve provare il contratto, il danno e il nesso di causalità tra la condotta o l'omissione dei sanitari e l'evento, nonché allegare la colpa di questi ultimi, mentre il medico e/o la struttura devono

provare l'esatto adempimento della propria prestazione ovvero la non imputabilità a sé dell'evento (Cass. S.U. n. 577/2008. Tra le più recenti conformi, si v. Cass. n. 5590/2015, Cass. n. 26373/2014, Cass. n. 22222/2014, Cass. n. 18341/2013).

Va, altresì, premesso che, in ambito civile e penale, si applicano diversi criteri per l'accertamento del nesso causale. Infatti, in ambito civile, vale il criterio del "più probabile che non", mentre in ambito penale vale il criterio della prova "oltre ogni ragionevole dubbio" (Cass. S.U. n. 576/2008. Tra le più recenti conformi, si v. Cass. 15875/2015, Cass. n. 21715/2013, Cass. n. 13096/2017).

Nel caso concreto sottoposto all'attenzione del Tribunale, non vi è alcuna questione in ordine al contratto (la paziente era ricoverata nella struttura) e al danno (la paziente è andata in coma irreversibile), mentre sono stati allegati specifici profili di colpa a carico dei sanitari (così sintetizzabili: a) mancanza di assistenza ai pasti; b) mancanza di prescrizioni dietetiche appropriate; c) intempestività e inidoneità del primo soccorso in reparto; d) intempestività dell'intervento del 118), che verranno scrutinati nel proseguo. Si discute piuttosto in ordine al nesso di causalità e, prima ancora, in ordine alla "doverosità" o meno di talune condotte, che viceversa sono state omesse da parte dei sanitari. Infatti, se una condotta, che pure in concreto ha avuto o potrebbe avere una rilevanza causale, alla stregua del criterio del "più probabile che non", non era comunque "doverosa", avuto riguardo al parametro della diligenza del medico medio, e tenuto conto delle circostanze del caso concreto, è evidente che non si possa elevare nei confronti del sanitario alcun addebito, di talché il problema del nesso di causalità rimane assorbito.

Va, infine, premesso che le prove raccolte e le sentenze pronunciate in altri giudizi, civili o penali, possono essere utilizzate come prove c.d. atipiche: è compito del giudice accertarne la rilevanza, ponendole a confronto con le altre risultanze processuali, e fornendo comunque idonea motivazione circa il proprio convincimento (tra le più recenti, si v. Cass. n. 10825/2016, Cass. n. 13229/2015, Cass. n. 12557/2015).

Nel caso concreto sottoposto all'attenzione del Tribunale, oltre alle prove testimoniali raccolte e alla consulenza tecnica d'ufficio espletata in questo processo, possono quindi essere utilizzate, sottoponendole ad adeguato vaglio critico, la sommarie informazioni testimoniali rese alla polizia giudiziaria (del resto, pressoché identiche alle prove testimoniali parzialmente assunte in sede civile, e quindi idonee a consentire la ricostruzione del fatto), la consulenza tecnica del Pubblico Ministero espletata nel processo penale (che, tuttavia, rimane una mera consulenza di parte) e le sentenze penali pronunciate dal Tribunale e dalla Corte d'Appello nei confronti del primario (quand'anche non facciano stato nei confronti della persona offesa, la quale, invero, non si era costituita parte civile nel processo penale).

Ciò premesso, la domanda è infondata.

I primi due profili di colpa (a) mancanza di assistenza ai pasti e b) mancanza di prescrizioni dietetiche appropriate) possono essere esaminati congiuntamente, in quanto afferenti il tema dell'alimentazione.

Infatti, la tesi degli attori è che la forte sedazione della paziente, indotta dalla terapia farmacologica messa in atto dai sanitari, abbia influito sulla sua capacità di deglutizione, al punto che la stessa avrebbe dovuto essere assistita dal personale durante la consumazione dei pasti e non avrebbe nemmeno potuto assumere cibi solidi.

Il Tribunale osserva quanto segue.

La (OMISSIS) è stata una paziente "storica" del reparto di psichiatria dell'ospedale di (OMISSIS), conosciuta da tutti in ragione dei numerosi ricoveri effettuati per le sue patologie.

In occasione delle pregresse degenze ospedaliere, non era mai emerso alcun problema di deglutizione.

Entrata in ospedale il 26 ottobre 2008 per disturbo bipolare dell'umore, la stessa è stata sottoposta ad adeguata terapia farmacologica (aloperidolo + risperidone), in dosaggi congrui; ha alternato momenti di stabilità a momenti di agitazione, come tutti i bipolari, e come emerge dalla cartella clinica; si è sempre alimentata autonomamente e normalmente, come emerge dalla cartella clinica.

L'episodio critico si è verificato il 13 novembre 2008, e quindi a distanza di 17 giorni dall'ingresso in ospedale.

L'episodio "sentinella" del 10 novembre 2008 è stato riferito dal figlio (OMISSIS), il quale ha narrato che la madre si stava soffocando per aver inghiottito un boccone di pera (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 8 attori).

Tale episodio ha ricevuto parziali conferme attraverso le dichiarazioni rese dall'infermiera (OMISSIS) e dal degente (OMISSIS) (s.i.t. alla p.g. prodotte, rispettivamente, come doc. 11 e come 12 attori): dichiarazioni che, a dir il vero, sono rimaste piuttosto sul vago. Infatti, la (OMISSIS) ha riferito (peraltro, de relato) circa un episodio in forma più leggera, che si era risolto con un semplice colpo di tosse; mentre il (OMISSIS) non è stato in grado di precisare alcunché.

Anche a voler prescindere dalla critica alla deposizione (OMISSIS) contenuta nella sentenza di assoluzione del primario, che ne ha posto in luce le ragioni di inattendibilità intrinseca ed estrinseca,

e anche a voler prescindere dalla circostanza che il (OMISSIS) oggi è parte e non teste, un dato è certo: l'episodio, si sia verificato o meno, e si sia verificato o meno nelle forme descritte dal figlio, non è mai stato segnalato al personale del reparto, che quindi non ha potuto adottare le precauzioni del caso.

Il fatto che la visita cardiologia programmata per il 12 novembre 2008 fosse stata rinviata a causa della forte sedazione della paziente non merita di essere enfatizzato, posto che il controllo cardiologico è stato comunque eseguito il giorno successivo.

Il fatto che la mattina del 13 novembre 2008, ossia il giorno stesso dell'evento, la (OMISSIS) fosse caduta e presentasse problemi di deambulazione e di equilibrio non è significativo. Infatti, il diario infermieristico segnala che la paziente comunque si alimenta, ed è sicuro che poche ore dopo la stessa si fosse recata a pranzo da sola.

Occorre allora domandarsi se, per il resto (cioè per la patologia in sé della (OMISSIS), e soprattutto per la terapia farmacologica cui essa è stata sottoposta manente ricovero), fosse necessaria un'assistenza ai pasti, e fosse altresì necessaria la somministrazione di cibi non solidi.

La risposta è negativa.

Premesso che un'"assistenza" c'era, dato che nel cucinino attiguo al refettorio, e comunicante con esso (si v. il dossier fotografico e la planimetria prodotte dal primario), erano presenti sia la caposala P. C. che la dott.ssa (OMISSIS) [la prima ha dichiarato: "io vedevo la sig.ra (OMISSIS) seduta al tavolo; era seduta al tavolo e di fronte a me"(verbale d'udienza 12 giugno 2014)], premesso che quindi non si discute di una generica assistenza, ma semmai di un'assistenza stretta, per così dire "fianco a fianco", tutto ciò premesso, il consulente tecnico d'ufficio ha sottolineato che "dagli elementi disponibili non è possibile stabilire in maniera precisa se la sig.ra (OMISSIS) fosse sedata e l'entità di tale sedazione il giorno 13 novembre 2008; per quel giorno, infatti, non risulta che la donna sia stata valutata da alcun medico" e, ancora, che "dal diario clinico emerge la difficoltà della paziente a deambulare, ma questa non può essere casualmente ricondotta con certezza alla sedazione" e, infine, che "le ultime notazioni mediche disponibili risultano inoltre contraddittorie, con un miglioramento del quadro clinico segnalato dallo psichiatra curante a fronte di un'eccessiva sedazione segnalata dal cardiologo consulente" (p. 18 relazione dott.ssa (OMISSIS)).

Non vi sono, dunque, elementi per poter ritenere che quel giorno la F. avesse assunto farmaci tali da compromettere la sua capacità di deglutizione.

E ad analoghe conclusioni deve pervenirsi anche per quel che riguarda il dosaggio, posto che il medesimo consulente ha affermato che “i dosaggi farmacologici prescritti sono da ritenersi adeguati al quadro clinico presentato dalla (OMISSIS) nel corso del ricovero in psichiatria. Sicuramente durante il ricovero sono comparsi sintomi di eccessiva sedazione (effetto collaterale segnalato in merito sia al risperidone che al valproato di sodio); questi hanno portato i sanitari ad effettuare una riduzione del dosaggio di risperidone” (p. 20 relazione dott.ssa (OMISSIS)), di talché la conclusione secondo cui “possiamo ipotizzare che in caso di sedazione il riflesso della deglutizione sia ipovalido” (ibidem) rimane, appunto, una mera “ipotesi”, priva di riscontri oggettivi.

Per quanto concerne, poi, il dibattito scientifico in ordine alla disfagia come effetto collaterale della terapia con neurolettici, si fanno proprie le argomentazioni dei giudici d’appello, i quali, tra l’altro, hanno sottoposto a severa critica le conclusioni del consulente tecnico del Pubblico Ministero.

In tale quadro, che depone per la non necessità di un’assistenza ai pasti e per la non necessità di una dieta liquida, l’unica voce parzialmente dissonante è quella dell’infermiere (OMISSIS), il quale ha riferito che la (OMISSIS) era una paziente (spesso) “controllata” per la sua voracità, e come tale bisognevole di una sorveglianza “a breve distanza” (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 9 attori).

Tuttavia, la deposizione (OMISSIS) è rimasta isolata [l’assunto del “controllo è stato smentito medico (OMISSIS) (verbale d’udienza 12 giugno 2014)], presta il fianco a talune critiche (il teste ha precisato che non era in reparto ad ottobre/novembre 2008) e rimane inconcludente (il teste ha precisato che comunque non si erano mai verificati episodi di “ingozzamento”).

Non si può, dunque, ritenere, sulla scorta di questa sola testimonianza, che la (OMISSIS) necessitasse di un’assistenza “mirata”, diversa da quella “generica” che, come dianzi accennato, era stata sicuramente apprestata, alla (OMISSIS) come a tutti gli altri pazienti, indipendentemente dall’adozione di specifiche linee guida da parte del primario.

In ultimo appare fuorviante la lettura che la difesa degli attori fa della deposizione del medico curante, il dott. (OMISSIS) (tale deposizione non è stata acquisita in forma integrale, ma viene riportata alla p. 14 della sentenza della Corte d’Appello).

Infatti, il dott. (OMISSIS) ha sì ammesso di sapere che i farmaci antipsicotici e neurolettici possono causare disfagia, ma ha anche precisato che si tratta di effetti collaterali piuttosto rari e collegati a dosaggi elevati, aggiungendo che, in ogni caso, la (OMISSIS) non aveva mai manifestato disturbi di quel tipo.

Va da sé che, non rientrando l'assistenza ai pasti e la dieta liquida tra i doveri del sanitario nella fattispecie concreta, non ha senso discutere della causalità, in termini di certezza ovvero anche solo di probabilità, delle corrispondenti omissioni rispetto all'evento dannoso verificatosi.

Il terzo e il quarto profilo di colpa (c) intempestività e inidoneità del primo soccorso in reparto e d) l'intempestività dell'intervento del 118) possono essere esaminati congiuntamente, in quanto afferenti il tema del soccorso.

In particolare, si discute dell'idoneità e della tempestività delle prime cure apprestate in reparto dal personale medico e infermieristico, prima dell'arrivo del rianimatore del 118, nonché della tempestività dell'intervento del 118 (nulla quaestio, invece, sulla qualità dell'intervento del rianimatore).

Infatti, la tesi degli attori è che il primo soccorso in reparto sia stato tardivo e inadeguato, e che l'intervento del 118, pur corretto dal punto di vista dell'ars medica, sia stato comunque tardivo.

Il Tribunale osserva quanto segue.

Tutti i testi hanno concordemente riferito che, non appena scattato l'allarme, i medici e gli infermieri del reparto sono prontamente intervenuti.

Il fatto, rimasto controverso, che l'allarme sia partito da uno dei commensali piuttosto che dalla caposala non ha grande importanza, volta che è stato escluso l'addebito di omessa assistenza (v. supra).

L'infermiere M. A. ha effettuato la manovra di Heimlich [testi (OMISSIS) ((s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 16 attori), (OMISSIS) (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 17 attori), (OMISSIS) (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 18 attori) e (OMISSIS) (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 19 attori)].

Il medico (OMISSIS) ha chiamato il 118 (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 18 attori).

Il personale della psichiatria non era dotato di attrezzature (laringoscopio e pinza di Magill) idonee a consentire l'estrazione del bolo alimentare incastratosi nella gola della paziente. Né avrebbe avuto le capacità di impiegare tali strumenti, in uso solo al rianimatore, senza incorrere nel pericolo di aggravare ulteriormente la situazione.

Pertanto, dagli stessi non era esigibile una diversa condotta.

Di qui l'irrelevanza delle deduzioni difensive svolte dagli attori in merito al carrello delle emergenze.

A dir il vero il rianimatore, la dott.ssa (OMISSIS), ha dichiarato che il protocollo ospedaliero prevede la presenza di un carrello delle emergenze con personale idoneo a utilizzarlo ad ogni turno e in ogni reparto (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 21 attori).

Tuttavia, nessun protocollo è stato prodotto, non si sa quali "strumenti" dovesse contenere, ed è certo non si potesse trattare di strumenti altamente specifici, quali quelli per intubare il paziente, in uso esclusivo all'anestesista.

Infatti, in tema di colpa medica, si suole comunemente valutare il criterio della "specializzazione" e le dotazioni della struttura (Cass. n. 17143/2012: "La diligenza esigibile dal medico nell'adempimento della sua prestazione professionale, pur essendo quella "rafforzata" di cui al secondo comma dell'art. 1176 c.c., non è sempre la medesima, ma varia col variare del grado di specializzazione di cui sia in possesso il medico, e del grado di efficienza della struttura in cui si trova ad operare. Pertanto dal medico di alta specializzazione ed inserito in una struttura di eccellenza è esigibile una diligenza più elevata di quella esigibile, dinanzi al medesimo caso clinico, da parte del medico con minore specializzazione od inserito in una struttura meno avanzata"; Cass. n. 12273/2004: "In tema di responsabilità del medico dipendente di una struttura ospedaliera per i danni subiti da un paziente ricoverato d'urgenza presso il pronto soccorso, pure se la difficoltà dell'intervento e la diligenza del professionista vanno valutate in concreto, rapportandole al livello della sua specializzazione ed alle strutture tecniche a sua disposizione, egli deve valutare con prudenza e scrupolo i limiti della propria adeguatezza professionale, ricorrendo anche all'ausilio di un consulto se la situazione non è così urgente da sconsigliarlo; deve adottare inoltre, tutte le misure volte ad ovviare alle carenze strutturali ed organizzative incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento, ovvero, ove ciò non sia possibile, deve informare il paziente, consigliandogli, se manca l'urgenza di intervenire, il ricovero in una struttura più idonea. (Nella specie, la S.C. ha cassato la decisione della Corte di merito che aveva escluso la responsabilità dei medici del pronto soccorso che avevano proceduto, eseguendola scorrettamente, alla suturazione del nervo ulnare di un ragazzo ricoverato per ferita da taglio al terzo inferiore del braccio destro con lesione muscolo - nervosa, senza interpellare il dirigente chirurgo, malgrado la loro inesperienza per tale tipo di intervento e la mancanza di strutture di ausilio per sopperire ad essa)").

Non è ben chiaro se, oltre alla manovra di Heimlich, in prima battuta alla paziente sia stato praticato anche un massaggio cardiaco.

In ogni caso, non vi è la prova che tale eventuale manovra "aggiuntiva" abbia aggravato la situazione, al contrario parendo che la riattivazione in primis della circolazione sia stata utile anche in presenza di un soffocamento.

Nessun rimprovero, dunque, può muoversi ai sanitari per il primo intervento in reparto, né in punto di tempestività, né in punto di idoneità.

Il rianimatore del 118 è intervenuto nell'arco di 8 – 10 minuti.

Da questo punto di vista le dichiarazioni testimoniali ((OMISSIS), (OMISSIS), (OMISSIS) e (OMISSIS), rispettivamente doc. 11, 16, 17 e 18 attori) sono certamente più attendibili rispetto alle risultanze della scheda di missione (doc. 9 convenuto (OMISSIS)), che annota un intervento entro soli due minuti.

I due padiglioni del vecchio ospedale (centrale 118 e psichiatria) erano contigui.

L'infermiere del 118 (OMISSIS) ha parlato di una distanza di circa 100 metri (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 22 attori).

Il medico del 118 (OMISSIS) è giunto a piedi, data la vicinanza e data l'inopportunità dell'uso dell'auto (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 21 attori).

E' provato che il rianimatore aveva sbagliato piano (ma all'interno dello stesso reparto di psichiatria) e aveva anche urtato un'ausiliare [testi (OMISSIS) (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 16 attori) e (OMISSIS) (s.i.t. alla p.g. prodotte come doc. 18 attori)].

Trattasi di sfortunate "coincidenze", dovute alla concitazione, che non pongono in dubbio la celerità dell'intervento, e che non denotano alcuna sottovalutazione dell'emergenza (la scheda di missione reca il "codice rosso").

In ogni caso, non vi è nemmeno la prova che i minuti persi siano stati determinanti, nel senso che un più tempestivo intervento da parte del 118 (peraltro, nella specie, pressoché "impossibile") avrebbe consentito di evitare l'anossia cerebrale già in atto ovvero di ridurne le conseguenze.

Tale prova, riguardando il nesso causale, doveva essere fornita dagli attori, sia pure con giudizio di elevata probabilità, ma non attraverso una mera consulenza di parte.

Anche sotto questo profilo, dunque, va esclusa la responsabilità della struttura.

Di qui il rigetto della domanda e l'assorbimento delle restanti questioni.

Le spese di lite e di consulenza, sussistendo "gravi ed eccezionali ragioni" (la causa è stata incardinata prima delle ultime modifiche dell'art. 92 c.p.c.), possono essere interamente compensate.

P . Q . M .

Il Tribunale, ogni diversa istanza eccezione e deduzione disattesa, definitivamente pronunciando:

- respinge la domanda;
- compensa le spese di lite e di consulenza.

Così deciso in Bergamo il 3 ottobre 2017.

IL GIUDICE

Dott. Cesare Massetti