

Abstract. *La responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale, c.d. responsabilità da contatto, di conseguenza, sotto il profilo probatorio, grava sul paziente l'onere di dimostrare l'esistenza del contratto e l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno subito; mentre rimane a carico del debitore la dimostrazione che l'inadempimento non vi è stato o che sia stato eziologicamente irrilevante.*

Pertanto, qualora il medico, nell'esercizio della propria attività professionale, non uniformi la propria condotta ad una diligenza qualificata - richiesta ai sensi dell'art. 1176, comma 2, c.c. - e agisca con imprudenza e negligenza, cagionando una patologia al paziente, sarà configurabile una responsabilità solidale del sanitario e dell'ente ospedaliero ai fini del risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dal paziente-attore.

* * * * *

TRIBUNALE DI PERUGIA
Sezione distaccata di Città di Castello
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice Onorario del Tribunale di Perugia Sezione distaccata di Città di Castello Dott.ssa A.B. ha emesso la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al n. (...) del Ruolo Generale degli affari civili dell'anno 2005 cui è riunita la causa recante il n. (...) R.G. promossa da:

C. F. nata a Roma il 2.11.1970, (C.F. ...) rappresentata e difesa, per delega apposta a margine dell'atto di citazione dall'Avv. R.F. ed elettivamente domiciliata presso e nello Studio della stesso in Perugia Via (...)

- ATTRICE -

CONTRO

UNITÁ SANITARIA LOCALE N. (...) - AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE DELL'UMBRIA in persona del Direttore generale Dr. V.P. P. IVA (...), rappresentata e difesa dagli Avv.ti E.M. e C.F.G., del Foro di Milano, in forza di procura speciale in calce all'atto di citazione notificato ed elettivamente domiciliata presso e nello Studio del primo in Città di Castello, (...)

- CONVENUTA -

OGGETTO: Risarcimento danni

CONCLUSIONI: come al verbale dell'udienza del 3.12.2014

FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione del 5.4.2005 la Sig.ra C.F. nata a Roma il 2.11.1970, C.F. (...), conveniva in giudizio PAZIENDA SANITARIA LOCALE N. (...) UMBRIA in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Città di Castello (...), al fine di sentir accertare e dichiarare la responsabilità della medesima, ai sensi degli art. 1176 e 1218 c.c. ovvero dell'art. 2043 c.c., per tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, dall'esponente subiti e subendi, in conseguenza del comportamento imperito e imprudente tenuto dai Sanitari del Presidio Ospedaliero di Città di Castello in occasione del ricovero della medesima in data 17.8.2001 e, per l'effetto, sentir condannare la convenuta al risarcimento dei detti danni, nella somma che sarebbe risultata dovuta all'esito dell'istruttoria o da determinarsi, in tutto o in parte, in via equitativa, con gli interessi legali e la rivalutazione monetaria dall'agosto 2001 al saldo definitivo.

Sosteneva l'attrice che, il giorno 17.8.2001, mentre si trovava nella propria abitazione in Pietralunga (PG), improvvisamente, avvertiva vertigini e conati di vomito, seguiti da parestesie di tipo formicolii, fitte e contratture alla guancia e fino al naso, localizzate nella metà sinistra della faccia ed un modesto dolore alla regione laterale sinistra del collo e alla regione temporale dello stesso lato; che, persistendo tali disturbi, il medico di famiglia disponeva il ricovero ospedaliero della stessa per "cervicoalgie con parestesie all'emifaccia sinistra ed arto superiore sinistro con vertigini e vomito"; che veniva ricoverata nello stesso giorno presso l'Ospedale di Città di Castello, Dipartimento Medico U.O. di Neurologia con anamnesi di parestesie al labbro sinistro e alla guancia, con lamentata presenza dei disturbi anche nel corso della notte, accompagnati da cefalea nucale e dolori al collo e dove veniva segnalata l'assunzione della pillola anticoncezionale; che durante il ricovero protrattosi sino al 20.8.2001, gli esami che venivano eseguiti erano: T.C. cranio, E.C.G., profilo biochimico ed ematologico, Rx colonna cervicale; che le condizioni cliniche dell'attrice presentavano, durante tutto il periodo di ricovero, una compromissione della sensibilità solo dell'emifaccia sinistra senza coinvolgere l'emicorpo dello stesso lato anche se i Medici asserivano una "obiettività neurologica del tutto negativa"; che all'atto delle dimissioni la diagnosi era di "cervicoalgia acuta in soggetto con spondiloartrosi cervicale" con terapia a base di Voltaren e Citogel e con consiglio di effettuare esercizi di rilassamento e potenziamento della muscolatura cervicale; che nella lettera inviata al Medico di famiglia non si faceva riferimento ai disturbi della esponente all'emifaccia sinistra, evidenziandosi una "sintomatologia dolorosa intensa e ingravescente alla regione latero cervicale sinistra, accompagnata da parestesie dell'emisoma sinistro"; che poco dopo la dimissione, nella sua abitazione, l'attrice, che continuava a lamentare perdita della sensibilità dell'emifaccia sinistra, aveva nuovamente vomito e vertigini e tre giorni

dopo, presentandosi una più grave sintomatologia caratterizzata da ptosi della palpebra superiore dell'occhio sinistro, difficoltà nell'eloquio e nel deglutire e parziale compromissione della deambulazione, veniva nuovamente ricoverata d'urgenza al reparto ORL su richiesta del medico di famiglia per "sindrome vertiginosa grave con parestesie degli arti inferiori ed emifaccia sinistra, ipostenia degli arti inferiori"; il 24.8.2001, in sede di ricovero nel detto Reparto, venivano evidenziati vari segni patologici quali miosi, ptosi, enoftalmo in os, paresi della metà sinistra della faringe e della laringe, che obbligarono a dimettere l'attrice in data 27.8.2001 con diagnosi di "Ictus ischemico bulbare" e trasferirla nuovamente e nello stesso giorno, presso il Reparto di Neurologia dove, a seguito di dettagliato esame obiettivo, si evidenziava: *deficit* di IX e X nervo cranico (disfonia e disfagia prevalente per i liquidi), paresi sin., ridotto tono muscolare a sinistra, ipoestesia emivolto sin., emisoma destro, stazione eretta a base allargata, dismetria cerebellare a sinistra, sindrome di Darnard Horner in OS, deambulazione impossibile senza appoggio; che gli accertamenti strumentali eseguiti in questa occasione davano i seguenti esiti: T.C. del cranio ancora negativa, E.C.G. nei limiti, Rx Art. temp. mand. non significativa, mentre la Risonanza magnetica del cranio evidenziava "una piccola lesione post-ischemica di insorgenza abbastanza recente nella metà sinistra del bulbo che coinvolge marginalmente la tonsilla cerebellare e l'emisfero cerebellare dello stesso lato (...) componente microemorragica (...) notevole riduzione flusso a carico dell'arteria vertebrale sinistra in alcuni tratti non visibile ed in altri estremamente filiforme fin dalla sua origine da verosimile dissecazione parietale; normale flusso carotideo e dell'arteria vertebrale destra"; che in data 7.9.2001 veniva eseguita un'angiografia diagnostica nell'U.O. di neuroradiologia di Perugia mediante catetere introdotto nell'arteria femorale destra che evidenziava "occlusione completa della vertebrale sinistra nel suo tratto prossimale...la vertebrale destra è il vaso dominante (...) l'iniezione selettiva di questo vaso non mette in evidenza un riempimento controcorrente del tratto intercranico del vaso occluso con mancata visualizzazione dell'arteria cerebellare postero-inferiore (...) anastomosi cortico-piali tra PICA e AICA"; che il giorno 6.9.2001 veniva segnalata un'eruzione cutanea vescicolare alla cute della faccia con linfadenopatia sottomandibolare a sinistra, rivelatasi essere una piodermite; che la dimissione definitiva dell'esponente dall'Ospedale di Città di Castello avveniva in data 11.9.2001 con diagnosi di "Ictus ischemico bulbare (sindrome di Wallemberg) per occlusione dell'arteria vertebrale sinistra con prescrizione di una dose giornaliera di 100 mg. di ASA"; che in data 5.11.2001 la F. veniva sottoposta ad Ecodoppler dei tronchi epiaortici che evidenziava "non stenosi a livello carotideo (...) occlusa la vertebrale sinistra (...) pervia la destra con velocità normodirette"; che lo studio dell'emostasi e del rischio trombotico eseguito a Perugia si rivelava nella norma e, nel novembre 2002, la stessa veniva ricoverata presso l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata di Roma a causa di un'ulcera cutanea sanguinante dell'ala del naso a sinistra in evoluzione cicatriziale per la quale veniva sottoposta ad intervento di plastica ricostruttiva con

diagnosi di “sindrome trofica trigeminale in paziente con pregressa sindrome di Wallemborg”; che all’epoca dell’instaurarsi del giudizio l’attrice aveva ancora difficoltà nel parlare e nel deglutire, lamentava disturbi della sensibilità alla metà sinistra della faccia e alla metà destra del corpo e doveva sottoporsi ad altro intervento al naso. Consultato il Prof. G.C. per una valutazione medico legale della situazione in cui era venuta a trovarsi l’attrice, questi evidenziava che i Medici del Nosocomio presso il quale era stato effettuato il primo ricovero avevano messo in risalto solo il dolore cervicale lamentato dalla stessa, trascurando completamente di valutare il vomito, le vertigini e soprattutto il deficit della sensibilità superficiale dell’emifaccia sinistra e dimettendo la paziente con diagnosi di cervicologia acuta, ritenuta non idonea a giustificare vomito, vertigini e ipostasia della faccia, senza alcuna corretta spiegazioni degli altri disturbi e senza l’esecuzione di alcuni esami strumentali che avrebbero subito chiarito il caso e anche il percorso diagnostico sarebbe stato diverso, come l’approccio terapeutico in quanto “(...) l’assunzione della pillola anticoncezionale, le vertigini e il vomito, la compromissione della sensibilità della metà sinistra della faccia, dovevano obbligatoriamente far nascere nei Medici il sospetto di un fatto acuto di natura vascolare ischemica, localizzata in fossa posteriore, a carico cioè del sistema arterioso vertebro basilare che doveva essere affrontata immediatamente, nel giro di poche ore, con l’esecuzione di una Risonanza Magnetica del cranio con angiografia in R.M. Questo esame non venne eseguito e si rinunciò così ad acquisire dati che avrebbero consentito la diagnosi corretta”.

Da qui l’assunto di responsabilità a carico dei Sanitari dell’Ospedale di Città di Castello all’atto del primo ricovero dell’attrice e la richiesta di risarcimento di tutti i danni, nessuno escluso, conseguenti e dalla stessa subito ai sensi degli artt. 1176 e 1218 c.c. ovvero dell’art. 2043 c.c.

Con comparsa del 13.2.2006 si costituiva in giudizio l’UNITÀ SANITARIA LOCALE N. (...) - AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE DELL’UMBRIA in persona del Direttore generale Dr. V.P. P. IVA (...) contestando le avverse affermazioni e pretese e sostenendo che, in primo luogo, alcuna responsabilità poteva essere ascritta in capo ad essa ASL ed ai Sanitari nella stessa operanti mancando la dimostrazione del nesso causale tra l’attività professionale degli stessi ed i postumi lamentati dall’attrice, essendo quella tra medico e paziente un’obbligazione di mezzi, con onere per il secondo di dimostrare che il primo non si era attenuto alle regole dell’arte o avrebbe dovuto compiere altre scelte per evitare gli esiti pregiudizievoli lamentati, responsabilità comunque attenuata dal disposto dell’art. 2236 c.c., incumbendo all’attore di provare che l’atto medico era di facile esecuzione e che, per effetto dell’opera del medico, egli aveva subito un peggioramento delle proprie condizioni di salute, prova che nel presente caso non era stata fornita in quanto solo a seguito del secondo ricovero, a soli cinque giorni dal primo, furono disposti esami più approfonditi che consentirono di formulare una diagnosi corretta e non appariva dimostrato che una cura tempestiva, immediata e non posticipata di 10 giorni, avrebbe potuto evitare le conseguenze

lamentate dall'attrice. Infatti, asseriva la convenuta, solo dopo il secondo ricovero la F. presentava una sintomatologia completa e tale da poter diagnosticare la sindrome di Walleberg; in secondo luogo, la convenuta contestava il quantum indicato dall'attrice titolo di risarcimento per danno biologico, danno morale ed esistenziale e chiedeva il rigetto della domanda.

All'udienza del 12.7.2005 il Giudice concedeva i termini di cui all'art.180 c.p.c. (vecchia formulazione), alla successiva del 17.1.2006 quelli di cui all'art. 183, comma 5, c.p.c. (vecchia formulazione) e all'udienza del 2.5.2006 quelli di cui all'art. 184 c.p.c. (vecchia formulazione), rinviando all'udienza del 7.11.2006. Il Giudizio veniva ulteriormente differito all'udienza del 6.3.2007, dove veniva sottoposto alla cognizione dell'attuale Giudicante, stante il trasferimento del precedente in altra sede, il quale, con ordinanza del 13.3.2007, ammetteva la prova per testi richiesta da parte attrice e disponeva l'espletamento di C.T.U. medico legale sul quesito formulato nel detto provvedimento, conferendo incarico al Dr. W.P. e fissando per il giuramento e l'audizione dei testi l'udienza del 3.7.2007. Escussi i testi ammessi, la causa veniva rinviata varie volte per le istanze di differimento del deposito della Relazione formulate dal C.T.U. via via presentate, sino all'udienza del 13.12.2011, dove il Giudice concedeva termini per osservazioni all'elaborato peritale sino al 30.3.2012 e sino al 30.5.2012 per repliche e rinviava al 26.6.2012, dove veniva disposto il richiamo dell'Ausiliare del Giudice per rispondere alle osservazioni dei rispettivi C.T.P. per l'udienza del 27.11.2012.

A séguito del deposito del secondo elaborato peritale, avvenuto in data 12.3.2014, all'udienza del 7.5.2014 il Giudice riservava la decisione sulle richieste formulate dalla parti e, con provvedimento del 16.5.2014, ritenuta esaustiva la risposta del C.T.U. al quesito postogli e alle osservazioni formulate, fissava per la precisazione delle conclusioni l'udienza del 3.12.2014, che venivano rassegnate in detta sede e a séguito delle quali la causa veniva trattenuta in decisione, previa concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per deposito di memorie conclusive e repliche.

Come sancito da copiosa Giurisprudenza, la responsabilità del medico per i danni subiti dal paziente presuppone la violazione del dovere di diligenza proprio del debitore qualificato, ai sensi dell'art. 1176, comma 2, c.c., e si fonda il più delle volte proprio su tale violazione. Per vero, la limitazione della responsabilità alle ipotesi di dolo o colpa grave, sancita dall'art. 2236 c.c., opera, nello specifico campo della responsabilità del sanitario, soltanto per i casi implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà che trascendono la preparazione media o non sono stati ancora sufficientemente studiati dalla scienza medica. Viceversa, nei casi in cui non si verta in ipotesi di prestazioni sanitarie involgenti metodologie e criteri ancora non acquisiti dalla scienza ufficiale, poiché in sperimentazione o in discussione, viene in considerazione anche la colpa lieve, da presumere sussistente, ogni volta che, per omissione di diligenza o per inadeguata preparazione, venga accertato un risultato peggiorativo delle condizioni del paziente (Trib. Salerno, sez. II,

17.2.2014). In merito al nesso di causalità materiale, la cui valutazione in sede civile è diversa da quella penale (ove vale il criterio dell'elevato grado di credibilità razionale che è prossimo alla "certezza"), consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non". Ma ciò significa che, ai fini dell'attribuzione della responsabilità del sanitario, occorre innanzitutto accertare, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno), l'efficienza eziologica della condotta del sanitario rispetto all'evento, in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita (Cass., sez. III, 17.10.2013, n. 23575). Pertanto, in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e/o il "contatto" e allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato (sia esso il sanitario o la struttura) la prova dell'assenza di colpa, cioè che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile con la precisazione, altresì, che, pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore restando sempre, a carico del sanitario o dell'ente l'onere probatorio relativo sia al grado di difficoltà della prestazione, sia all'inesistenza di colpa o di nesso causale ma anche dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Trib. Latina, sez. II, 3.08.2010; Trib. Salerno, sez. II, 17.2.2014, n. 533; Cass., sez. III, 24.10.2013, n. 24109). La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva dunque quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà. Le argomentazioni a base di questa scelta ermeneutica sono sicuramente valide, in quanto porre a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova dell'esatto adempimento della prestazione medica soddisfa in pieno quella linea evolutiva della giurisprudenza in tema di onere della prova che va accentuando il principio della vicinanza della prova, inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla. Infatti, nell'obbligazione di mezzi il mancato od inesatto risultato della prestazione non

consiste nell'inadempimento, ma costituisce il danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione. In queste obbligazioni in cui l'oggetto è l'attività, l'inadempimento coincide con il difetto di diligenza nell'esecuzione della prestazione, cosicché non vi è dubbio che la prova sia a chi ha eseguito la prestazione; tanto più che trattandosi di obbligazione professionale il difetto di diligenza consiste nell'inosservanza delle regole tecniche che governano il tipo di attività al quale il debitore è tenuto (così *ex multis* Trib. Bari, sez. II, 8.7.2009, n. 2300).

Sempre la Giurisprudenza afferma che, nonostante la novella legislativa di cui al decreto Balduzzi, nulla impedisce all'interprete di ritenere che, a fronte di una responsabilità medica anche per colpa lieve siano tuttora esperibili l'azione extracontrattuale, da sola, o, in alternativa, a quella contrattuale da contatto sociale, secondo il generale principio della cumulabilità dei due rimedi, quando venga in rilievo la lesione di diritti della persona (Trib. Brindisi, 18.7.2014) e che, se anche il legislatore, con il decreto Balduzzi, ha voluto suggerire l'adesione al modello di responsabilità civile medica come disegnato anteriormente al 1999, in cui, come noto, in assenza di contratto, il paziente poteva richiedere il danno iatrogeno esercitando l'azione aquiliana, nondimeno è indubbio che tale scelta si pone in contrasto con l'univoco orientamento interpretativo in materia che, muovendo le mosse da Cassazione n. 589 del 1999, ricostruisce come contrattuale seppur non da contratto ma da contatto la responsabilità dei medici e della struttura ospedaliera (Trib. Brindisi 18.7.2014).

Nel caso di specie l'attrice ha fornito indiscussa prova, sia della sussistenza del contratto o "contatto" intercorso con l'Ente Ospedaliero facente parte della convenuta A.S.L. n. (...) mediante la produzione dei certificati attestanti l'accesso al Pronto Soccorso del suddetto, i due ricoveri, a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro su espressa disposizione del Medico di Famiglia, nei reparti di Neurologia e di ORL del detto Presidio, gli esami effettuati sulla stessa in tali occasioni, con diagnosi di "Cervicalgia acuta in soggetto con spondiloartrosi cervicale" il primo ed il secondo, perdurando e risultando aggravati i sintomi già presenti all'atto del primo ricovero di "forte dolore al collo accentuato con i movimenti" seguito da "vertigini e vomito" e "parestesie all'emisoma sin. (viso, tronco e gamba)", quindi solo "al labbro sinistro e alla guancia", evidenziandosi "Ptosi palpebrale sin. con emoftalmo e miiosi omolaterale. Deviazione verso sin. della punta della lingua. Movimento a 'tendina' con spostamento verso Dx della parete posteriore del faringe durante la fonazione. Paralisi dell'emilaringe sin. (...)" nonché quelli svolti presso l'Unità di Neurologia circa dieci giorni dopo il primo ricovero con studio dell'encefalo mediante RMN che evidenziava "vasi epiaortici al collo e anche del circolo arterioso endocranico mostra notevole riduzione del flusso a carico dell'arteria vertebrale di sinistra in alcuni tratti non visibile ed in altri estremamente filiforme fin dalla sua origine da verosimile dissecazione parietale" e le risultanze dell'esame angiografico presso l'Ospedale di Perugia, che evidenziava che "(...) la presenza di una lesione ischemica di insorgenza recente alla metà sinistra del bulbo che coinvolge la tonsilla cerebellare e l'emisfero

cerebellare di sinistra, con calibro filiforme, compatibile con dissecazione di questo vaso. La sovrascritta 'sindrome di Wallewberg' da ictus ischemico bulbare è in miglioramento con disartria residua (...)", sia allegato l'inadempimento in cui sono incorsi i medici della Struttura che hanno gestito la problematica, in quanto ha evidenziato, tramite il proprio C.T.P. Prof. G.C. e ribadito al Dr. W.P., nominato C.T.U. in questo giudizio, che la stessa, soggetto all'epoca in giovane età, non aveva mai sofferto di particolari disturbi, che, in pieno benessere, al mattino, cominciava ad avvertire violenta cefalea trafittiva a tutto l'emiviso di sinistra con associate vertigini e vomito, attenuate da un'iniezione intramuscolare effettuata dal medico curante ma accentuatesi la mattina successiva, per cui seguiva il ricovero ospedaliero nel corso del quale veniva eseguita una TAC del cranio encefalo che non evidenziava elementi patologici di rilievo ed un controllo RX della colonna cervicale ,che evidenziava spogliandosi e riduzione del lordo cervicale, cui seguiva la dimissione, con prescrizione di assunzione di Voltaren per 4-5-giorni e Citogel 3 volte al giorno; che il giorno stesso, aggravandosi il quadro sintomatologico, veniva nuovamente ricoverata nel reparto di ORL dove veniva eseguita, d'urgenza, una TAC del cranio encefalo e, a seguito di ricovero nel Reparto di Neurologia, una RMN ,che mostrava la presenza di una piccola lesione post-ischemica di insorgenza abbastanza recente nella metà sinistra del bulbo coinvolgente marginalmente la tonsilla cerebellare e marginalmente l'emisfero cerebellare dello stesso lato e diagnosticata "sindrome di Wallewberg".

Come ampiamente descritto e riferito dal Prof. C. sia nella sua relazione del 18.2.2002 sia nelle osservazioni alla C.T.U. del 19.2.2014 ed allegate all'elaborato peritale redatto dall'ausiliare in sede di richiamo "(...) nella complessa sintomatologia neurologica acuta i medici ospedalieri misero in risalto soltanto il dolore cervicale e trascurarono completamente di valutare il vomito, le vertigini e soprattutto il deficit di sensibilità superficiale all'emifaccia sinistra (...) venne dimessa con diagnosi di cervicologia acuta. Una diagnosi siffatta non era naturalmente idonea a giustificare le vertigini, il vomito e l'ipoestesia della faccia e prendeva in considerazione solo il dolore cervicale. La Paz venne inviata rapidamente dai medici a domicilio senza alcuna corretta spiegazione di molti dei suoi disturbi dopo aver rinunciato, fin dall'inizio del ricovero, ad eseguire alcuni semplici esami strumentali che avrebbero immediatamente chiarito il caso. Eppure gli elementi clinici, che avrebbero dovuto preoccupare i Medici e quindi indurli a seguire un diverso, più attento percorso diagnostico, erano chiari e numerosi al momento del ricovero e durante la sua durata (...). L'inizio acuto, l'assunzione della pillola anticoncezionale, le vertigini e il vomito, la compromissione della sensibilità della metà sinistra della faccia, dovevano obbligatoriamente far nascere nei Medici il sospetto di un fatto acuto di natura vascolare ischemica, localizzato in fossa posteriore, a carico cioè del sistema arterioso vertebro-basilare (...). Una sospetta lesione od ostruzione del circolo posteriore vertebro-basilare doveva essere affrontata immediatamente, nel giro di poche ore, con l'esecuzione

urgente di Risonanza Magnetica del cranio con angiografia in R.M. (...). Durante i pochi giorni trascorsi fra il primo ed il secondo ricovero nell'Ospedale di Città di Castello, la sintomatologia neurologica si aggravò progressivamente, a testimonianza del consolidamento della sofferenza ischemica vertebro-basilare e del suo graduale passaggio ad uno stato irreversibile di lesione necrotica della parte laterale della metà sinistra del bulbo encefalico (...). Nessuna sostanziale diversità è oggi evidenziabile fra i due quadri clinici, diversità che possa far ritenere la sintomatologia, insorta dopo le dimissioni del 20 Agosto, diversa ed indipendente da quella manifestatasi acutamente il 17 agosto prima del primo ricovero (...)" (v. Relazione Prof. C. del 18.12.2002).

Con proprio elaborato peritale del 9.12.2011 il C.T.U. medico legale Dr. W.P., dopo aver ricostruito la vicenda sintomatologica e diagnostica dell'attuale attrice con la conclusiva diagnosi di "ictus ischemico bulbare da occlusione della vertebrale di sinistra (Sindrome di Wallenberg)", afferma che "tale patologia è caratterizzata appunto nella sua etiogenesi da una lesione, la dissecazione dell'intima vascolare, che provoca l'ostruzione dell'arteria afferente la regione bulbare e cerebellare così da ingenerare dapprima ischemia e poi necrosi con conseguente danno in parte irreversibile. Si tratta di un quadro patologico raro, ma non rarissimo, che si è manifestato nella fattispecie con un corteo sintomatologico non ben definito ma che, al momento del ricovero il 17.8.2001 presso la Divisione di Neurologia dell'Ospedale di Città di Castello poteva essere comunque sospettato anche in presenza di un quadro neurologico sostanzialmente nella norma, trattandosi di un reparto specialistico di Neurologia di un Ospedale regionale, dunque adeguatamente attrezzato sia dal punto di vista tecnico che strumentale per giungere ad una corretta valutazione dei sintomi. Al contrario la diagnosi era certamente possibile e doveva essere fatta al momento del ricovero successivo presso la divisione di Otorino il 20.8.2001 quando già la persistenza dei sintomi ad onta delle terapie praticate, non giustificava più certamente eziogenesi atrosico-degenerative e, tantomeno giustificava una lesione articolare a livello della tempora mandibolare. Il C.T.U. continua affermando che "La scelta di effettuare una TAC del cranio encefalo fu certamente infelice ben conoscendo i limiti di tale protocollo diagnostico. Furono invece necessari ancora cinque giorni prima che, dopo il trasferimento alla Divisione di Neurologia, fosse praticata il 29.8.2011 una angio-RMN che finalmente consentì il corretto riscontro diagnostico" e afferma "Vi è dunque, nell'approccio diagnostico dei sanitari dell'Ospedale di Città di Castello, un'inescusabile ritardo, stante le cognizioni tecniche che debbono presumersi in loro possesso ed i mezzi diagnostici a loro disposizione", ricordando "come la paziente sia stata sottoposta ad alcuna terapia significativa fino al momento in cui è stata ricoverata il 27 agosto presso la Divisione di neurologia". Il C.T.U. asserisce, altresì, che neppure dopo il riscontro diagnostico furono praticate cure di particolare rilievo, limitandosi il trattamento alla somministrazione in quantità modeste di acido acetilsalicilico e

ad una profilassi con farmaco anticomiziale e che tale minimale approccio terapeutico non doveva sorprendere o essere presupposto di una colpa professionale “tenuto conto che non esistono né Evidence validate e tantomeno Protocolli che suggeriscano e stabiliscano un ben determinato comportamenti terapeutico” e, in particolare, il ritardo terapeutico non aveva minimamente impattato sull’“outcome” specifico e globale della paziente “dal momento che una più precoce istituzione della terapia con aspirina avrebbe potuto anche complicare ulteriormente il quadro, visto che poi la RMN cerebrale evidenziò una complicità emorragica in fossa cranica posteriore” causa, sempre a dire del C.T.U., dell’ingravescenza verificatasi nei giorni successivi. Assunte informazioni presso la Stroke Unit di Perugia, il C.T.U. riferisce che è opinione dei colleghi che “in presenza di tale patologia disseccativa vertebra-basilare non si possa significativamente modificare il decorso naturale (neppure con il ‘migliore’ presidio a disposizione che è appunto l’aspirina)”. A fronte di questa apparente contraddizione nelle conclusioni del C.T.U. con le quali, da un lato censura l’inescusabile ritardo dei medici del Presidio Ospedaliero di Città di Castello nell’approccio diagnostico verso la paziente, attuale attrice, in forza delle cognizioni tecniche in loro possesso e dei mezzi a loro disposizione e dall’altro afferma che, comunque, il ritardo diagnostico e terapeutico non ebbe a modificare il decorso naturale della patologia che l’aveva colpita e delle osservazioni dei C.T.P. delle parti, Prof. C. e Dr. S. per l’attrice e Dr. R. per la convenuta, depositate con memorie autorizzate del 29.3.2012 e 25.5.2012, in sede di richiamo il C.T.U., nel supplemento di indagine del 11.3.2014, mentre nulla osservava rispetto quanto evidenziato dal Dr. R., per la convenuta, esattamente coincidente con quanto evidenziato dai medici dello Stoke Unit di Perugia, che il ritardo diagnostico, assolutamente indiscutibile e la mancata terapia erano da considerare, relativamente all’ipotesi di un’autcom appena più sfavorevole, solo come ipotesi possibile, riguardo le osservazioni dei Consulenti di parte dell’attrice il C.T.U., relativamente all’efficienza causale che avrebbe avuto una tempestiva “ipotetica” (asserisce il C.T.U. *n.d.r.*) terapia da questi evidenziata, riconferma l’assoluta inadeguatezza dell’approccio diagnostico sia dei Sanitari dell’Unità di Neurologia dell’Ospedale di Città di Castello, sia soprattutto degli Specialisti Otorino della Divisione del detto nosocomio “tanto è evidente in termini medico legali” e, in relazione alle possibili opzioni terapeutiche, in merito alla somministrazione di Eparina a dosi elevate “al fine di consentire un’adeguata rivascolarizzazione ed anzi evitare la progressione trombotica ipotizzata dai Consulenti di parte attrice tra il primo e il secondo intervento”, il C.T.U. afferma che “Circa l’utilizzo di anti-aggreganti in dosi ‘generose’ o della trombolisi tempestivamente praticate, i riferimenti letterari sono chiari e dimostrano una reale efficacia degli anti-aggreganti se non superiore, almeno pari a quella della trombolisi appunto nell’evitare un’estensione secondaria della lesione ischemica o il ripetersi di altre lesioni loco regionali o in altra sede. Nel caso di specie vi è certezza che altre lesioni successive mai si siano presentate (fa fede la RMN di controllo) ma se pur

la lesione 'primitiva' appare di dimensioni assolutamente piccolissime, non è possibile contestare la possibilità che un approccio terapeutico tempestivo avrebbe potuto fornire maggiori chances di giungere a stabilizzazione clinica della lesione con un quadro residuale di minor impatto invalidante (...). Lo stato attuale della p.te evidenzia quali elementi di maggior rilievo patologico la compromissione dell'efficienza estetica per lesione cicatriziale al volto; la compromissione sensitivo-motoria caratterizzata dall'alterazione della sensibilità cutanea all'emiviso di sinistra ed in ridotta misura all'emisoma destro, nonché turbe visive e foniatriche e la modesta dismetria. Da ultimo merita di ricordare la condizione depressiva, peraltro del tutto modesta e mai oggetto di adeguati controlli e cure", individuando un danno biologico a carattere permanente nell'ordine del 25% ed affermando che "Su tale complessivo valore il quantum invalidante che poteva probabilmente essere evitato grazie ad un adeguato e tempestivo intervento diagnostico e terapeutico è con sufficiente certezza modesto e mal individuabile in termini medico legali, lasciando alla sensibilità del Giudicante la sua quantificazione equitativa". Tuttavia, ancora nelle sue note conclusive il C.T.U. afferma "(...) pur risultando assolutamente corrette le osservazioni dei consulenti di parte attrice, viene a mancare il presupposto causale fondamentale per correlare in termini quanto meno di verosimiglianza il certo errore medico con lo stato patologico che oggi affligge la p.te potendosi solamente ribadire come già in precedenza riportato, la possibilità di una modesta perdita di chances e nient'altro".

Con note del 9.2.2014 e del 179.2.2014 il Prof. C. contesta anche il supplemento di C.T.U. allegando la Relazione inviatagli dal Dr. G.S., Responsabile della Stroke Unit di Mantova, al quale erano stati inviati tutti i dati relativi alle vicende della F., con la quale asseriva che: la mancata esecuzione di un'indagine neurosonologica con Ecocolor Doppler aveva precluso la possibilità di mantenere un minimo flusso ematico all'interno dell'arteria vertebrale sinistra, il ritardo diagnostico e terapeutico aveva favorito l'estensione dell'occlusione del vaso promuovendo eventi trombo embolici, l'espressione clinica delle prime ore della sintomatologia potrebbe essere riconducibile alla sofferenza disseccativa dell'arteria vertebrale sinistra piuttosto che ad un'estesa ischemia bulbo-peduncolo-cerebellare sin. conclamata nei giorni successivi, il ritardo della somministrazione di una terapia idonea ha precluso alla paziente una possibile e secondaria ricanalizzazione dell'arteria vertebrale, il ritardo diagnostico alla paziente e un possibile trasferimento/ricovero in un reparto specialistico, StrokeUnit di Perugia. Riguardo l'approccio terapeutico il Prof. C., riportando quanto affermato dal Dr. S., sostiene che è errata la tesi dei medici dello Stroke perugino circa il fatto che la terapia antiaggregante con ASA è utile solo per prevenire ulteriori ischemie e per limitare l'estensione della malattia iniziale in quanto, se è vero che dalle RM eseguite risulta che unica fu la lesione ischemica a colpire la F., relativamente a quando questa ebbe a verificarsi, deve essere presa in considerazione la sintomatologia iniziale, espressione della dissecazione dell'arteria vertebrale e

considerare, stante il decorso successivo, la concreta possibilità che la lesione ischemico necrotica, di piccole dimensioni livello bulbare laterale, si sia realizzata solo durante i giorni successivi alla dimissione, quando esplose acutamente con tutti gli aspetti della Sindrome di Walleberg, “espressione di un’ischemia a livello dell’arteria cerebellare postero inferiore sinistra, ramo collaterale dell’arteria vertebrale sinistra, coinvolta da un fenomeno disseccativo” e, pertanto, “era strettamente obbligatorio iniziare subito la terapia con ASA (raccomandazione dello studio SPREAD) al fine, come suggerisce il Dr. S., di mantenere un minimo flusso ematico nell’arteria vertebrale sinistra e di prevenire l’estensione della occlusione del vaso e la formazione di eventi trombo embolici”. Anche il disturbo neurotrofico, afferma il Prof. C., dipende dalla lesione necrotica a livello della porzione laterale del bulbo, con coinvolgimento, oltre che del tratto discendente del trigemino, anche del nucleo dello stesso nervo, responsabile del danno del trofismo della faccia, ala del naso a sinistra, peraltro come documentato dai dermatologi dell’IDI di Roma.

Come già rilevato, la responsabilità del medico in ordine al danno subito dal paziente presuppone la violazione dei doveri inerenti allo svolgimento della professione, tra cui il dovere di diligenza, da valutarsi in riferimento alla natura della specifica attività esercitata, diligenza che non è quella del buon padre di famiglia ma quella del debitore qualificato ai sensi dell’art. 1176, comma 2, c.c. che comporta il rispetto degli accorgimenti e delle regole tecniche obiettivamente connesse all’esercizio della professione e ricomprende pertanto anche la perizia, tanto che la limitazione di responsabilità alle ipotesi di dolo e colpa grave di cui all’art. 2236, comma 2, c.c. non ricorre con riferimento ai danni causati per negligenza o imperizia o imprudenza, ma soltanto per i casi implicanti risoluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà che trascendono la preparazione media o non ancora sufficientemente studiati dalla scienza medica e, nel caso di specie, questa ha ampiamente illustrato e definito sintomatologia e cura dei casi di dissecazione dell’arteria vertebrale, definendola qualunque nuova cefalea, dolore facciale o del collo, con o senza altri sintomi neurologici, con dolore che si sviluppa in relazione temporale e dallo stesso lato della dissecazione ed è soggetto a scomparire. Tra i fattori di rischio è compreso l’uso di contraccettivi ed i sintomi possono includere mal di testa, dolore al collo, vertigini, parestesie su un lato del viso, difetti del campo visivo, nausea, vomito; la cefalea precede abitualmente l’esordio dei segni ischemici e richiede, pertanto diagnosi e trattamento precoci: la diagnosi si basa sul duplex scanning, la RM, l’angio RM o la TC spirale e, nei casi dubbi, sull’angiografia convenzionale e, in genere, è necessario eseguire più di un’indagine poiché qualcuna può risultare nella norma; riguardo il trattamento, pur non essendovi trial randomizzati relativi allo stesso, vi è un consenso a favore dell’impiego di eparina, seguita da warfarin per 3-6-mesi in rapporto alla qualità della guarigione dell’arteria e, quindi, una terapia anticoagulante, oltre ad altri trattamenti quale monitoraggio neurologico, fisioterapia, logopedia, terapia vestibolare e, se del caso, un intervento chirurgico (v. in

Internet “Studio della Società Internazionale delle Cefalee (IHS)” voce “Cefalea e dolore facciale o del collo attribuiti a dissecazione arteriosa”. Anche riguardo la Sindrome di Wallemberg la scienza medica ha studiato cause e terapie, definendola come disturbo in cui il paziente ha una costellazione di sintomi neurologici dovuti a lesioni alla parte laterale del midollo nel cervello, con conseguente ischemia e necrosi tissutale e definendola come la manifestazione clinica risultante dalla occlusione posteriore inferiore dell’arteria cerebellare o uno dei suoi rami o dell’arteria vertebrale, i cui sintomi sono nistagmo e vertigini, l’esordio è solitamente acuto con vertigini gravi e il trattamento prevede generalmente l’uso di antiaggreganti come l’aspirina o Clopidogrel o warfarin e, comunque, l’immediato trasferimento del paziente presso lo Stroke Unit più vicino.

Tutti i sintomi sopra descritti erano, da subito, presenti nella F. sin dal primo ricovero della stessa presso il Reparto di Neurologia dell’Ospedale di Città di Castello così da dare adito ai sanitari operanti nello stesso, dotati delle conoscenze specialistiche e degli strumenti utili a diagnosticare il caso, come peraltro più volte evidenziato dal C.T.U., di porre primariamente la possibilità diagnostica di una sindrome ischemica, o in atto o insorgente, e la presenza di vomito, vertigini e parestesia dell’emifaccia sinistra confermano peraltro che la sintomatologia presentata dalla paziente aveva caratteristiche tali da dover indurre l’orientamento dei medici ad insistere sull’ipotesi diagnostica di dissecazione dell’arteria vertebrale ed orientarli quindi verso l’unica indagine che spesso è dirimente per la diagnosi, vale a dire la R.M. del cranio ed Ecodoppler dei vasi apioaortici, con la conseguenza che il tipo di lesione della paziente si sarebbe giovata della tempestiva adozione della terapia del caso.

Va condivisa, pertanto, l’opinione del C.T.P. di parte attrice Prof. C., sostanzialmente confermata dal C.T.U., che evidenzia più volte “(...) l’inadeguatezza dell’approccio diagnostico sia dei Sanitari dell’Unità Neurologica dell’Ospedale di Città di Castello, sia soprattutto degli specialisti Otorino della Divisione del medesimo nosocomio, tanto è evidente in termini medico legali” e, quindi comportanti, come logica conseguenza, il pregiudizio arrecato alla paziente a seguito del ritardo in cui fu sottoposta alle terapie adottate per costante orientamento e che le furono effettivamente in seguito praticate, opinione sostanzialmente confermata dai neurologi dello Stroke Unit di Perugia che affermano, nella loro relazione al C.T.U. “(...) concordiamo sulla tua conclusione circa un evidente ritardo diagnostico, difficilmente spiegabile in un simile contesto specialistico (...). La paziente ha presentato fin dall’esordio sintomi incontrovertibilmente suggestivi di ischemia bulbo-pontina (infatti fin dal primo ricovero in neurologia non era presente solo la dissecazione vertebrale di cui la cefalea poteva essere spia rivelatrice, bensì chiaramente riferito e registrato come fossero presenti anche vertigini, vomito e disturbi somestesici, sintomi chiari di ischemia bulbo pontina” e, in modo esplicito, che “(...) non risulta dimostrato o dimostrabile con certezza, che il ritardo diagnostico e conseguentemente il ritardo nell’istituzione della corretta terapia (e l’anti-aggregante

anche con giudizio *'post-hoc'* è la sola terapia raccomandata nel *setting* clinico della fattispecie) abbia comportato alcuna ricaduta peggiorativa in quella che è la storia naturale dell'inizio dell'ischemia bulbo-pontina sottesa alla sindrome di Wallemborg occorsa alla paziente" (se l'uso dell'anti-aggregante è la sola terapia raccomandata e corretta è un controsenso affermare che il suo non uso non abbia apportato a condizioni peggiorative della patologia *n.d.r.*), che non venne approfondita la ragione del dolore lamentato dalla F. in zona sospette quale la base del collo, accompagnato da vomito, vertigini e parestesia della emifaccia sinistra ed il perdurare ed aggravarsi degli stessi, nonostante la somministrazione di e antidolorifico e cortisone e che proprio imperizia e imprudenza hanno portato i medici dell'Ospedale di Città di Castello a non dare il giusto rilievo e la probabile configurazione dei sintomi lamentati dalla F. sin dal primo ingresso in Reparto Neurologico e a non prescrivere ed effettuare, sulla stessa, nei tre giorni che sono seguiti prima delle dimissioni, tutti gli esami, ivi compresa una RM cranica e un'angiografia, utili a verificare la sussistenza o meno di più grave ipotesi di malattia vascolare in atto, poi verificatasi esistente, ed approntare, quindi, tutte le misure idonee, ivi compreso il trasferimento urgente presso l'Ospedale e lo Stroke Unit di Perugia, che avrebbero potuto, dato il lasso di tempo trascorso tra l'insorgere dei sintomi e la definitiva diagnosi di sindrome di Wallemborg, eliminare e comunque ridurre le conseguenze invalidanti subite dall'attuale attrice.

Quindi, alla declaratoria di responsabilità dei medici della struttura ospedaliera che ebbe in cura la Sig.ra C.F. e, quindi, della A.S.L. n. (...) convenuta, segue il diritto della stessa a conseguire il risarcimento del danno che, secondo un principio aderente a quanto stabilito dalle Sezioni Unite con le sentenze nn. 26972, 26973, 26974 e 26975/2008, con le quali è stato negato che il c.d. "danno esistenziale" costituisca un'autonoma categoria di danno e tutti i danni non patrimoniali sono stati ricondotti nell'ambito della previsione dell'art. 2059 c.c., è stato compreso in tale unica voce di danno. Considerata, quindi la giovane età della F. al verificarsi dell'evento patologico che l'ha colpita, trenta anni compiuti, in base ai parametri per la liquidazione del danno non patrimoniale del Tribunale di Milano in uso presso la quasi totalità degli Uffici Giudiziari aggiornate al Gennaio 2014, aderendo alla quantificazione del danno biologico complessivo pari al 25% effettuata dal C.T.P. dell'attrice e condivisa dal C.T.U. e alla quantificazione pari al 18% quella da ritenuta derivante dall'errore diagnostico da parte del Prof. C., rilevato che l'inabilità temporanea totale è stata di otto mesi (dal 17.8.2001 al 20.4.2002), l'entità del risarcimento spettante all'attrice è determinata come segue: €.61.743,00 per danno biologico al 18%, €. 21.610,05 a titolo di personalizzazione del danno nella misura del 35% del danno biologico, per le sofferenze occorse alla F., anche di ordine psicologico data la problematica estetica subita al volto, €.28.920,00 per invalidità temporanea totale per 240 giorni e così, complessivamente, €. 112.273,05, con gli interessi legali dal 16.8.2001 al saldo e la rivalutazione monetaria dal Gennaio 2014 al saldo; nulla per le spese

mediche sostenute in quanto non documentate. La convenuta dovrà altresì rimborsare, in favore dell'attrice, le spese delle espletate C.T.U e quelle di lite, quest'ultime liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

Il Giudice del Tribunale di Perugia Sezione Distaccata di Città di Castello, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta dalla Sig.ra C.F. nata a Roma il 2.11.1970, (C.F. ...) nei confronti della UNITÁ SANITARIA LOCALE N. (...) - AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE DELL'UMBRIA in persona del Direttore generale Dr. V.P. (P.IVA ...):

Accoglie la domanda e per l'effetto, accertata la responsabilità dei medici dell'Ospedale di Città di Castello per le conseguenze lesive occorse alla Sig.ra C.F. per imprudenza e negligenza nella diagnosi e cura della patologia vascolare subita, condanna la UNITÁ SANITARIA LOCALE N. (...) - AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE DELL'UMBRIA in persona del Direttore generale Dr. V.P., convenuta, a pagare in favore dell'attrice, a titolo di risarcimento del danno, le seguenti somme : € 61.743,00 per danno biologico al 18%, € 21.610,05 a titolo di personalizzazione del danno nella misura del 35% del danno biologico, per le sofferenze occorse alla F., anche di ordine psicologico data la problematica estetica subita al volto, € 28.920,00 per invalidità temporanea totale per 240 giorni e così, complessivamente, € 112.273,05, con gli interessi legali dal 16.8.2001 al saldo e la rivalutazione monetaria dal Gennaio 2014 al saldo; nulla per le spese mediche sostenute in quanto non documentate.

Condanna la UNITÁ SANITARIA LOCALE N. (...) - AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE DELL'UMBRIA in persona del Direttore generale Dr. V.P., al pagamento delle spese delle espletate C.T.U. nonché a rifondere le spese di giudizio in favore dell'attrice, liquidate come segue: € 340,00 per spese, € 8.832,00 per compenso professionale, oltre IVA e CAP come per legge.

Perugia 18.4.2015