

Abstract: *non è possibile imputare all'equipe sanitaria ospedaliera un errore diagnostico, con annessa responsabilità per il decesso del paziente, in caso di ritardata corretta diagnosi della patologia che affligge il paziente stesso a causa della quale non siano stati eseguiti tempestivamente gli interventi chirurgici più appropriati, laddove, in base alle risultanze documentali così come esaminate dalla relazione di CTU, sia emersa la completezza e puntualità degli esami clinici e strumentali eseguiti e, malgrado ciò, l'oggettiva difficoltà nell'addivenire ad una diagnosi corretta. Non è quindi rinvenibile in tale ipotesi negligenza o imperizia dell'equipe sanitaria.*

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Perugia, in composizione monocratica, in persona del giudice istruttore Dott. XXXX, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. XXXX del Ruolo Generale degli affari contenziosi civili dell'anno XXXX promossa

DA

XXXX e YYYY elettivamente domiciliati in XXXX, presso lo studio dell'Avv. XXXX, rappresentati e difesi dall'Avv. XXXX, come da mandato a margine dell'atto di citazione, -ATTORI-

CONTRO

1) Azienda Ospedaliera di XXXX elettivamente domiciliata in XXXX, presso lo studio dell'Avv. XXXX, che la rappresenta e difende come da mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione e da delibera del Direttore Generale XXXX n. XXXX;

2) Azienda Unità Sanitaria Locale di XXXX elettivamente domiciliata in XXXX, presso lo studio dell'Avv. XXXX che la rappresenta e difende come da mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione e da delibera del Direttore Generale n. XXXX; -CONVENUTE-

OGGETTO: Risarcimento danni.

Causa trattenuta in decisione sulle seguenti

CONCLUSIONI

Degli attori: Condannare i convenuti in solido tra loro al risarcimento del danno nella misura di £ 948.450.000 – così calcolato: danno morale £ 300.000.000 e danno biologico £ 648.450.000 – o nella diversa misura maggiore o minore che dovesse essere accertata, oltre a spese documentate, rivalutazione e interessi legali dal dovuto al saldo. Con vittoria di spese, funzioni e onorari di causa.

In via istruttoria: ammettere prova per testi sulle seguenti circostanze:

1) Vero che confermate la documentazione medico-sanitaria prodotta dagli attori, in particolare quella indicata coi numeri 1, 2, 3, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 4, 5, 6 è copia vera e corrispondente a quella esistente e rilasciata dai rispettivi Enti;

- 2) Vero che confermate la relazione in atti indicata come documento n. 6;
- 3) Vero che durante tutto l'arco della malattia il deceduto ZZZZ fu afflitto da indicibili sofferenze quotidiane.

Testi indicati nella memoria istruttoria depositata il 04.04.2001.

Della convenuta Azienda Ospedaliera di XXXX:

Rigettare la domanda attrice nei propri confronti, con il favore delle spese di giudizio.

Della convenuta U.S.L. di XXXX:

- 1) Dichiarare ex combinato disposto degli artt. 164, co. 1, c.p.c. e 164, n. 4, c.p.c. la nullità dell'atto di citazione per la mancata specificazione dei titoli giuridici sui quali si fonderebbe la pretesa creditoria;
- 2) accertata l'assoluta mancanza di responsabilità dei Sanitari dell'Ospedale di XXXX per l'insussistenza degli elementi oggettivi e soggettivi tali da configurare una qualsivoglia colpa professionale atteso che i fatti contestati nell'atto di citazione non sono da imputare ad una condotta imprudente o negligente degli stessi, rigettare la domanda attrice in quanto infondata in fatto e in diritto;
- 3) vinte le spese, oltre IVA e CAP.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione regolarmente notificato, gli attori XXXX e YYYY, unici eredi legittimi di ZZZZ, deceduto il 24.10.1998, convenivano in giudizio dinanzi a questo Tribunale l'Azienda Ospedaliera di XXXX e l'Azienda Unità Sanitaria Locale di XXXX per sentirle condannare in solido al risarcimento del danno morale e del danno biologico patiti dal loro congiunto a causa dell'infermità manifestatasi nell'ottobre 2006 e che aveva dato origine a successivi ricoveri, con interventi chirurgici, presso l'ospedale di XXXX e presso i Reparti di gastroenterologia e di geriatria dell'Ospedale di XXXX, sempre con diagnosi di pancreatite cronica, sulla base di esami via via eseguiti (tomografia assiale computerizzata -TAC-, risonanza magnetica -RM-, esame anatomopatologico di tessuto, TC addominale, biopsia pancreaticata, Rx, ecografie, colonscopia, endoscopia); infine il 23.09.1998 il ZZZZ si era ricoverato presso l'Azienda Ospedaliera di XXXX, ove erano state evidenziate condizioni scadenti, versamento ascetico a livello addominale, fegato con struttura diffusamente irregolare, con necessità di intervento chirurgico, che però non era stato eseguito a causa delle condizioni generali del paziente e, soprattutto, per l'ascite. In conseguenza della sua infermità il ZZZZ era deceduto presso l'ospedale di XXXX il 24.10.1998; eseguito l'esame autoptico era emerso che il paziente era deceduto a causa di una neoplasia pancreaticata (tumore) e delle complicazioni della stessa.

Esponivano che i Sanitari che avevano avuto in cura il ZZZZ non erano mai giunti ad una completa diagnosi della patologia, avendo seguito una procedura non pienamente corretta e non avendo approfondito le indagini risultate incerte e incomplete, non avendo fatto una sintesi deduttiva degli elementi clinici e strumentali di cui disponevano, non avendo dato la necessaria rilevanza ai sintomi costituiti dalla notevole perdita di peso (16 Kg. in un mese) rilevata nell'ottobre 1996, e di 30 Kg. in 16 mesi rilevata presso il Reparto di Gastroenterologia di XXXX. Producevano documentazione medica e clinica.

Si costituivano entrambe le Aziende sanitarie convenute, negando ogni responsabilità professionale dei sanitari che avevano seguito il caso e chiedendo il rigetto della domanda; l'Azienda USL di XXXX eccepiva altresì la nullità della citazione "per mancata specificazione dei titoli giuridici sui quali si fonderebbe la pretesa creditoria".

Disposta ed espletata la CTU affidata alla Prof. XXXX, i procuratori delle parti precisavano le conclusioni in epigrafe trascritte e la causa era trattenuta in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1) L'eccezione di nullità dell'atto di citazione deve essere respinta in quanto nell'atto stesso sono chiaramente enunciate le ragioni della domanda, avendo gli attori dedotto di agire quali unici eredi del defunto ZZZZ (come ribadito con la memoria ex art. 184 c.p.c.) ed avendo chiesto il risarcimento del danno morale e biologico patito dal loro dante causa nell'arco della malattia.

2) Le prove per testi richieste dagli attori e ribadite con le conclusioni finali giustamente non sono state ammesse sia perché implicanti valutazioni e giudizi tecnici, sia perché la causa può essere decisa sulla base della documentazione prodotta (la cui veridicità non è contestata dalle convenute) e della relazione di CTU, che ha esaminato dettagliatamente tale documentazione.

3) Nel merito si osserva che gli attori contestano ai Sanitari delle due Aziende convenute il ritardo di quasi due anni nell'ipotizzare la presenza di un tumore e nell'eseguire la "banale" (*sic!*) biopsia utile per una diagnosi precisa.

Tale rilievo è stato però efficacemente contrastato dalla CTU, la quale ha esaminato, come si è detto, la documentazione clinico-medica esibita dagli attori, valutandone correttamente i risultati sulla base delle conoscenze mediche e che, pertanto, viene condivisa dal Tribunale.

La CTU ha concluso l'approfondito esame delle risultanze di causa, rilevando: "Le prime manifestazioni cliniche del ZZZZ si ebbero nell'ottobre 1996 e da allora il soggetto fu sottoposto ad una serie di accertamenti diagnostici mirati, come la TC e la ERCP, ma con una oggettiva difficoltà nel conseguire una

diagnosi differenziale tra neoplasia e pancreatite, non addebitabile ad incongruità comportamentale, ma alla aspecificità sintomatologica e clinica e a una incertezza diagnostica e strumentale. Ad ogni modo l'intervento chirurgico di colecistectomia e l'esame biotico con successivo accertamento istologico, non solo del pancreas ma anche del linfonodo pancreatico, permisero di porre la diagnosi di pancreatite cronica. Una precisazione urge anche relativamente all'indagine bioetica, dalla letteratura specialistica emerge come l'esecuzione di ripetuti esami biotici ecoguidati sia preoperatorii, aggravati dalla difficoltà di dover superare la parete addominale per raggiungere l'organo da esplorare, sia intraoperatorii, non consentono purtroppo di ottenere una diagnosi di certezza di carcinoma pancreatico, senza la quale peraltro non può essere ipotizzato né preventivato un intervento demolitivo a carico dell'organo. Da segnalare ancora la possibilità di scatenare, con l'esecuzione di ripetuti prelievi biotici, proprio per la particolare reattività dell'organo, un evento maggiormente dannoso di quello che si intende delineare sotto il profilo diagnostico istopatologico, come la pancreatite acuta. Nel 1997 il ZZZZ fu sottoposto ad ulteriore intervento chirurgico di deviazione bilo-digestiva, indubbiamente di tipo palliativo. Si potrebbe, riconsiderando questa fase della storia clinica, anche ipotizzare difetto comportamentale dei Sanitari per la mancata diagnosi precoce del carcinoma della testa del pancreas, e pertanto un mancato adeguato trattamento, comunque non rivolto ad una *restituito ad integrum*; in riferimento al primo punto si è già sottolineato come il quadro clinico, sintomatologico e strumentale, non consentiva all'epoca di formulare una diagnosi differenziale di certezza che solo in questi termini avrebbe potuto individuare il trattamento terapeutico verso quello demolitivo. Sulla base dei dati di cui potevano usufruire all'epoca i Sanitari, la condotta terapeutica, con diagnosi dubbia e pur trattandosi di terapia palliativa e non radicale, è indubbiamente una condotta corretta..... In tale sede (presso la Clinica gastroenterologica di XXXX, nel ricovero del marzo 1998) furono eseguiti tutti gli accertamenti dovuti del caso, comprensivi degli esami biotici, ancora a fini diagnostici. In realtà si giunse alla formulazione di carcinoma della testa del pancreas nel luglio 1998, tre mesi prima dell'*exitus*, quando ormai le condizioni generali del soggetto erano a tal punto compromesse da non consentire trattamenti differenti da quelli posti in essere. Si potrebbe affermare che considerando il lasso di tempo tra il mese di marzo e quello di luglio, quando fu posta la diagnosi di carcinoma, i Sanitari avrebbero potuto sottoporre il ZZZZ ad un ulteriore trattamento chirurgico palliativo, comunque non radicale, che a nostro avviso, nel bilanciamento tra rischi e benefici, non deponeva per l'opportunità della sua esecuzione anzitutto per gli intrinseci rischi perioperatorii accentuati dalle precarie condizioni generali del soggetto, *in secundis* perché, con estrema probabilità, nulla si sarebbe modificato in termini di sopravvivenza".

I rilievi mossi dagli attori all'operato dei Sanitari che hanno seguito l'evolversi della malattia del ZZZZ non hanno quindi fondamento scientifico. Risulta infatti che nel corso dell'intervento di colecistectomia eseguito il 06.11.1996 presso l'Ospedale di XXXX furono eseguite una colangiografia intraoperatoria e una

biopsia di un linfonodo pancreatico, nonché biopsia della testa del pancreas, evidenziando un reperto compatibile con una pancreatite cronica aspecifica e linfadenite cronica aspecifica in entrambi i linfonodi esaminati; l'ERCP praticata il 17.12.1996 non fu portata a termine perché non si riusciva a passare oltre la stenosi della VBP; durante il successivo ricovero dell'8 febbraio 1997 ed il successivo intervento chirurgico del 10 febbraio 1997 fu evidenziata una raccolta ascessuale situata nella regione superiore pancreatico duodenale, che fu sottoposta a indagine istopatologica, risultandone "materiale eosinofilo, non cellulato, assenza di neutrofili"; fu confermata la diagnosi di pancreatite cronica. Durante il successivo ricovero presso l'Ospedale di XXXX iniziato l'11 dicembre 1997 fu eseguita una TC addominale da cui risultò, tra l'altro, "il pancreas a livello della coda e del corpo appare ridotto di dimensioni, mentre il Wirsung appare notevolmente dilatato come nelle pancreatite croniche... La testa del pancreas appare aumentata di volume a struttura iperdensa alquanto disomogenea. Il reperto di non univoca interpretazione potrebbe essere in rapporto a cefalopancreatite cronica a lesione discariocinetica della testa del pancreas. Assenza di formazioni linfonodali iperplastiche a livello del tripode celiaco". Nel corso del successivo ricovero presso il Reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale di XXXX, il 5 marzo 1998 fu eseguito un esame ecografico dal quale risultò, tra l'altro: "Pancreas: massa di 3-4 cm in corrispondenza della porzione cefalica. Dotto di Wirsung inglobato nelle pareti ispessite e diametro di 5-6 mm...; posteriormente a tale massa, nella porzione del capo e della coda, Wirsung marcatamente ectasico con diametro di 1,5 cm. Piccola area cistica nel margine anteriore della testa"; il successivo 11 marzo fu eseguita biopsia pancreatico da cui risultò: "Presenza di testa del pancreas aumentata di volume a struttura iperdensa alquanto disomogenea... Frustoli di parenchima pancreatico con fibrosi interstiziale, distorsione ed atrofia delle ghiandole esocrine. Il reperto orienta per una pancreatite cronica. Tuttavia l'esiguità del materiale consiglia ulteriori controlli clinico strumentali se clinicamente indicati". Il 25 marzo fu eseguita RNM dell'addome così refertata: "...marcata dilatazione del dotto Wirsung che raggiunge un calibro massimo di circa 1 cm con concomitante aumento della testa pancreatico che appare disomogenea in tutte le sequenze con sospetta lesione focale del diametro di circa 2 cm tra testa e processo uncinato. Le restanti porzioni non mostrano sicure lesioni focali, fatta eccezione per piccola cisti del corpo, di diametro sottocentimetrico. Concomita minima falda di versamento periepatico... Il quadro RM è indicativo di pancreatite cronica: ulteriori precisazioni sulla presunta lesione focale sono ottenibili con biopsia". Un successivo esame ecografico dell'addome, eseguito il 16.04.1998 presso il medesimo Ospedale di XXXX confermò la diagnosi di pancreatite cronica. Soltanto nel successivo ricovero del 27 luglio 1998 fu

formulata la diagnosi di carcinoma del pancreas, diagnosi poi specificata in "adenocarcinoma cefalopancreatico" nel successivo ricovero del 23 settembre 1998 presso l'Ospedale di XXXX con necessità di trattamento chirurgico, non eseguito a causa delle scadenti condizioni del paziente.

Ai Sanitari degli Ospedali di XXXX e di XXXX non si può certo imputare di non aver fatto eseguire tutti gli accertamenti clinici e strumentali per un'esatta e completa diagnosi: con tale parere conviene anche la Dottoressa XXXX, la quale ha redatto la prima relazione del 24.05.1999 (doc. 6 di parte attrice) rilevando solo una carenza di un approfondimento di quelle indagini risultate incerte od incomplete, come la biopsia pancreatica e di una sintesi deduttiva degli elementi clinici e strumentali di cui i Sanitari disponevano.

Da parte sua il consulente di parte attrice Dottor XXXX (v. relazione in data 13.06.2003 - doc. 13 di parte attrice) ha ipotizzato che dopo l'intervento dell'8 febbraio 1997 "probabilmente si poteva porre diagnosi più precoce di carcinoma della testa del pancreas e sottoporre il paziente ad intervento chirurgico più radicale dopo aver approfondito l'accertamento diagnostico con un esame di colangiografia retrograda endoscopica".

Il Tribunale non ritiene fondati tali rilievi critici, in quanto risulta che la biopsia pancreatica è stata eseguita più volte, sempre con indicazione di pancreatite cronica, nel corso dell'intervento del 6 novembre 1996 e l'11 marzo 1998, diagnosi confermate fino al luglio 1998 anche dai numerosi esami collaterali (RMN, TC addominale, ecografia) mentre altri esami non sono stati portati a termine per impossibilità tecnica (come è avvenuto il 17.12.1996 per l'esame ritenuto utile dal Dottor XXXX, la coledocopancreatografia retrograda endoscopica - ERCP). D'altra parte i Sanitari curanti hanno esaminato il complesso dei risultati degli esami clinici e strumentali eseguiti, che concordemente fino al luglio 1998 erano indicativi per una pancreatite cronica e non consigliavano di sottoporre il paziente ad intervento chirurgico demolitivo, al quale - come ha rilevato la CTU - si deve ricorrere soltanto in presenza di una diagnosi certa di carcinoma del pancreas (ma altra linea di condotta, ugualmente valida, ad una chirurgia aggressiva e demolitiva, preferisce una chirurgia solo palliativa).

Non si è quindi verificato alcun errore diagnostico dovuto a negligenza o imperizia e la tardiva diagnosi del luglio 1998 è dovuta esclusivamente alle difficoltà chiaramente evidenziate dalla CTU (pagg. 14-17 della relazione), né si può imputare ai Sanitari di non avere evitato al ZZZZ le gravi sofferenze che ha dovuto subire, considerato che i medesimi hanno fatto ricorso ad interventi palliativi per la sintomatologia dolorosa, purtroppo inevitabile quando si è colpiti da un'infermità così grave e letale.

4) La domanda degli attori deve quindi essere respinta; considerata la natura delle questioni trattate, si ritiene opportuno compensare le spese del giudizio, ponendo però quelle della CTU ad esclusivo carico degli attori.

P.Q.M.

Il Tribunale di Perugia, disattesa ogni contraria istanza e eccezione, respinge la domanda proposta con atto di citazione notificato il 9 e il 14 luglio 1999 da XXXX e YYYY nei confronti dell'Azienda Ospedaliera di XXXX e dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di XXXX.

Dichiara interamente compensate tra le parti le spese del giudizio e pone definitivamente ad esclusivo carico degli attori, in solido, le spese per la CTU nella misura già liquidata dal giudice istruttore.

Così deciso in Perugia il 2 febbraio 2008.

Il Giudice
Dott. XXXX