



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI FROSINONE
SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice dott. Antonio Masone ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n.872/2010 del R.G.A.C., trattenuta
in decisione nell'udienza del 16.5.2014 e vertente

TRA

- [redacted] Giuliana

- [redacted] Valentina

elett.te dom.te in Frosinone, via Madonna della Neve n.10, presso lo studio
dell'Avv.to Mario Cristofari, rappresentate e difese dagli Avv.ti Gianluca Sposato e
Francesco Sposato del Foro di Roma, giusta procura a margine dell'atto di
citazione;

ATTRICI

E

- [redacted] Matteo

- [redacted] Alessio

elett.te dom.te in Frosinone, via Madonna della Neve n.10, presso lo studio
dell'Avv.to Mario Cristofari, rappresentate e difese dagli Avv.ti Gianluca Sposato e
Francesco Sposato del Foro di Roma, giusta procura a margine delle rispettive
comparse di intervento;

INTERVENUTI

NEI CONFRONTI DI

- AZIENDA USL DI FROSINONE, in persona del l.r.p.t.,
elett.te dom.ta in Roma, via Carlo Poma n.4, presso lo studio dell'Avv.to Maria
Teresa Gualtieri la quale la rappresenta e difende per delega in calce al passivo
atto di citazione;

CONVENUTA

SENT. 852/14
Cron. 10116
Rep. 1928

OGGETTO: risarcimento del danno da morte per colpa medica

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni i procuratori delle parti concludevano come da verbale riportandosi ai rispettivi atti da intendersi in questa sede trascritti e comunque in prosieguo riassunti.

MOTIVI DELLA DECISIONE

In data 31.12.2007 decedeva presso il Policlinico Umberto I di Roma il sig. ~~_____~~ (classe 1952) per arresto cardiaco.

~~_____~~ Giuliana (classe 1958), moglie del deceduto, ed i figli Valentina (classe 1983), Matteo (classe 1988) ed Alessio (classe 1978), ritenendo sussistere colpa dei sanitari dell'Ospedale di Anagni per avere omesso di diagnosticare tempestivamente l'infarto subito dal proprio congiunto (il quale si era recato presso il pronto soccorso del nosocomio frusinate una prima volta alle ore 4,55 del 22.12.2007, venendo dimesso alle ore 5,20 con diagnosi di "periartrite scapolo omerale sinistra ed iperglicemia; una seconda volta alle ore 5,20 dello stesso giorno, venendo dimesso alle ore 6,57 con prescrizione di effettuare elettromiografia degli arti superiori compreso il nervo sovrascapolare; ed una terza volta alle ore 17,30 del 22.12.2007, venendo poi trasferito di urgenza presso l'ospedale romano con diagnosi di infarto acuto del miocardio), hanno convenuto in giudizio la Azienda UsI di Frosinone per sentirla condannare al risarcimento di tutti di danni (patrimoniali e non patrimoniali) da essi subiti jure proprio e jure hereditario per la morte del congiunto.

La AusI di Frosinone, tempestivamente costituitasi, ha chiesto di rigettarsi la domanda attorea rinvenendo la causa dell'omessa diagnosi di infarto nella condotta dello stesso paziente il quale aveva rifiutato il ricovero.

Ritenuta superflua la prova costituenda, veniva disposta CTU medico legale in ordine alle esatta ricostruzione tecnico-scientifica della vicenda nonche' per la valutazione del danno biologico proprio allegato dalla moglie del deceduto come conseguenza del grave lutto.

La domanda attorea e' fondata nei limitati termini che seguono.

Il CTU, a pagina 26 del proprio elaborato, cosi' testualmente si esprime: "*Alla luce di quanto riferito ritengo criticabile sotto il profilo della colpa professionale la*

condotta del sanitario del pronto soccorso dell'ospedale di Anagni che, innanzi ad un soggetto che presentava fattori di rischio cardiovascolare noti e lamentava la persistenza di un dolore alla spalla sinistra insorto di notte a riposo e scarsamente suscettibile di terapia antinfiammatoria, richiedeva solamente una consulenza ortopedica, rimandando "la successiva rivalutazione al videat ortopedico che il paz eseguirà tra circa 3 ore".

Tale atteggiamento attendistico, orientato insistentemente verso una diagnosi di patologia osteoarticolare tipo "artrite scapolo-omerale sinistra" senza prendere in alcun modo in considerazione altre possibili ipotesi come quella cardiologica da valutare mediante semplici indagini strumentali e di laboratorio, ovvero un esame elettrocardiografico e il dosaggio dei marcatori specifici di necrosi miocardica, ha di fatto comportato un ritardo diagnostico che in ultimo ha ridotto concretamente la probabilità di sopravvivenza del paziente."

L'Ausl convenuta ritiene, di contro, che l'omessa diagnosi di infarto sia da attribuire (in tutto o in parte) allo stesso paziente il quale rifiuto' il ricovero. Tale tesi non puo' essere solo parzialmente condivisa, dovendosi ravvisare nel rifiuto al ricovero da parte del paziente un mero concorso di colpa.

Se e' vero infatti che il paziente rifiuto' espressamente il ricovero all'esito dei primi due accessi al pronto soccorso (ovvero quelli avvenuti nelle prime ore del mattino del 22.12.2007) e' altrettanto vero che cio' avvenne a seguito di una diagnosi di semplice "artrite scapolo-omerale" posta dai sanitari. Deve ritenersi invece indubbio che il paziente giammai avrebbe rifiutato il ricovero se solo gli fosse stata prospettata la possibilita' di un infarto in atto.

D'altra parte pero' non puo' sottacersi che i sanitari, pur non essendo riusciti immediatamente a porre una corretta diagnosi differenziale, avevano comunque proposto al paziente di ricoverarsi (altrimenti non vi sarebbe stata ragione di fargli sottoscrivere il rifiuto al ricovero), di talche' la volonta' dell'██████████ di allontanarsi dall'ospedale appare solo in parte giustificabile per l'assenza di una piu' grave e precisa diagnosi. Sarebbe stato quindi prudente e doveroso che il paziente si attenesse al consiglio dei sanitari. In sostanza il paziente, opponendo per ben due volte il rifiuto al ricovero (e recandosi a lavorare), ha contribuito egli stesso all'aggravamento della patologia ed a ritardare i soccorsi che, in caso di ricovero, sarebbero stati senz'altro piu' tempestivi.

Si deve pertanto ritenere che tale condotta del paziente abbia contribuito, con

efficacia causale uguale a quella ascrivibile ai sanitari, a determinare l'evento infausto.

La difesa della Ausl di Frosinone ha anche posto in dubbio che al momento dei primi due accessi al pronto soccorso l'infarto fosse già in atto. Tale tesi difensiva non può essere invece avallata. Nella stessa anamnesi patologica prossima raccolta al momento del terzo ricovero (ore 17,30) è dato infatti leggere: *"alle ore 2,30 della scorsa notte dolore al braccio sinistro regredito intorno alle 11 di questa mattina, al momento permane modesta dispnea"*.

Furono quindi gli stessi sanitari della divisione cardiologica dell'Ospedale di Anagni, in sede di terzo accesso del paziente, a porre in relazione l'infarto conclamato in atto con il sintomo del dolore al braccio insorto in modo acuto alle ore 2,30 antecedenti. Ed è proprio l'oggettiva acutezza del dolore al braccio sinistro (insorta sin dalle ore 2,30 del mattino), dolore tanto acuto da avere portato il paziente all'accesso al pronto soccorso nel cuore della notte, a dover far ragionevolmente considerare la sintomatologia dolorosa acuta del braccio sinistro come una spia di una sofferenza coronarica poi evoluta in infarto del miocardio. D'altra parte nonostante la somministrazione di antidolorifici il dolore rimase stabile, spingendo il paziente ad effettuare un secondo accesso presso il medesimo pronto soccorso, segno questo evidente della inefficacia della terapia adottata in sede di primo accesso e che avrebbe dovuto spingere i sanitari verso una diagnosi differenziale di infarto.

Quanto poi alle conseguenze di tale omissioni il CTU così testualmente si esprime. *"Il tempo pre-coronarico, ovvero l'intervallo di tempo tra l'inizio della sintomatologia riferita dal paziente e quello della terapia di riperfusione, è largamente ritenuto in letteratura un fattore determinante ai fini prognostici: ogni minuto di ritardo nell'intervento di rivascolarizzazione in caso di infarto STEMI influisce negativamente sulla prognosi del paziente."*

D'altronde già da molti anni è noto che la necrosi miocardica è un fenomeno tempo-dipendente e che la quota di miocardio salvabile diminuisce drasticamente quando il tempo di riperfusione coronarica supera i 90 minuti, riscontrandosi risultati pur sempre positivi anche fino a 12 ore dalla comparsa dei sintomi."

E' evidente quindi nello specifico che il tempo intercorso tra l'inizio della sintomatologia e l'intervento di riperfusione -stimato dai sanitari del reparto UTIC di Roma pari ad un intervallo di tempo di 18 ore- è stato di gran lunga superiore a

quello comunemente ritenuto ottimale per intervenire prima che le lesioni miocardiche divenissero irreversibili.

Si è dunque trattato di un errore, quello commesso dal sanitario di pronto soccorso dell'ospedale di Anagni nel corso dei primi due ricoveri del paziente, che ha comportato un apprezzabile ritardo diagnostico di infarto acuto del miocardio e, conseguentemente, un ritardo nella assistenza del paziente e nella somministrazione di quei presidi necessari ad affrontare e risolvere patologie tempo-correlate caratterizzate da una particolare severità clinica e da evoluzione rapidamente ingravescente, come appunto l'IMA, per le quali soltanto una diagnosi precoce ed un conseguente intervento terapeutico consente di garantire al paziente le maggiori probabilità di sopravvivenza.

La morte del paziente è pertanto causalmente riconducibile all'erronea diagnosi posta in pronto soccorso all'Ospedale di Anagni in data 22.12.2007 ed al conseguente significativo ritardo nel prestare soccorso al soggetto.

Per quanto riguarda il quesito relativo alla probabilità di sopravvivenza del soggetto in presenza di una diagnosi tempestiva di infarto del miocardio va subito rilevato che, i dati epidemiologici indicano che il 20-30% dei soggetti colpiti da infarto muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, in genere entro le prime 2-3 ore, prima cioè di giungere all'osservazione medica, contro una mortalità ospedaliera relativa ai pazienti ricoverati in UTIC stimata intorno all'8% e che raggiunge perfino valori del 5% nei centri tecnologicamente più avanzati.

Gli studi condotti dal Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto Miocardico (GISSI) hanno permesso di descrivere l'evoluzione della prognosi quoad vitam dei soggetti colpiti da IMA ricoverati presso le UTIC italiane.

Prima dell'apertura delle UTIC, negli anni '60, la mortalità ospedaliera era del 25-30%; a partire dagli anni '60, la prognosi a breve termine è progressivamente migliorata, fino a giungere ad una media del 16%, prima dell'uso diffuso della fibrinolitici.

L'ulteriore miglioramento dell'efficacia fibrinolitica dei farmaci e delle terapie antitrombotiche sono oggetto di numerosi studi ancora in corso.

A quest'ultimi vanno aggiunti inoltre, i risultati di studi multicentrici volti a documentare l'efficacia di un intervento meccanico come l'angioplastica coronarica, da cui risulta che la mortalità ospedaliera nei soggetti trattati possa essere ulteriormente migliorata e ridotta al 5%.

Inoltre gli studi epidemiologici e i trials clinici di intervento fanno rilevare due aspetti importanti relativi all'andamento della mortalità: da un lato la morte che si realizza nelle prime ore dall'esordio dell'infarto è in genere dovuta ad una instabilità elettrica acuta del cuore che caratterizza l'evoluzione iniziale del processo di ischemia-necrosi; dall'altro, dopo il ricovero in ospedale, il destino dell'infartuato è condizionato dalla gravità del danno miocardico e dalla sua evoluzione che, come già descritto, è un fenomeno strettamente tempo dipendente.

L'unico strumento infatti in grado di modificare la storia naturale della malattia è il ripristino precoce del flusso coronarico nella zona miocardica ischemica ma non ancora necrotica.

La popolazione di infartuati che giunge al ricovero in UTIC è quindi rappresentata da quella parte di soggetti che è sopravvissuta alle prime tempestose fasi dell'IMA; pertanto tale popolazione può essere interpretata come quella che ha un rischio di mortalità ridotto rispetto alla globalità dei soggetti colpiti da infarto miocardico.

Emerge dunque la necessità, essendo ad oggi ancora elevata la mortalità prima del ricovero in UTIC, che personale sanitario qualificato prenda in carico in modo precoce e tempestivo i soggetti affetti da IMA, evitando di fatto quel ritardo che preclude loro gran parte dei benefici ottenibili con le terapie disponibili, come chiaramente dimostrato dallo studio sulla "Epidemiologia del ritardo evitabile nella terapia dell'IMA in Italia".

Sulla base di quanto sopra detto, appare chiaro nel caso in esame che il ritardo diagnostico conseguito all'erroneo inquadramento clinico del paziente effettuato dai sanitari del pronto Soccorso dell'Ospedale di Anagni in data 22.12.2007 alle ore 4.55 e alle ore 6.57 ha di fatto determinato una concreta riduzione in termini di chance, cioè di probabilità di sopravvivenza del soggetto che solo a distanza di 18 ore veniva avviato alle idonee cure specialistiche quando ormai la funzionalità cardiaca doveva essere verosimilmente oltremodo compromessa.

Una diagnosi più precoce operata fin dalle prime ore del giorno 22 avrebbe consentito un intervento terapeutico più efficace ed in migliori condizioni cliniche potendosi serenamente ritenere, con elevata probabilità scientifica, una diversa evoluzione della storia del soggetto per una minore estensione dell'area miocardica infartuata ed una assai maggiore probabilità di sopravvivenza."

In conclusione deve affermarsi la responsabilita', di natura contrattuale (in accordo con la consolidata giurisprudenza di legittimita'), della AUSL di Frosinone ex art.1228 c.c. in relazione all'art. 1218 c.c., per l'inadempimento del proprio personale medico all'obbligazione di cura del paziente.

Quanto al risarcimento del danno, gli attori (originari ed intervenuti) hanno tutti richiesto di liquidarsi in loro favore il danno non patrimoniale jure proprio (da perdita del congiunto) e jure hereditario (per la sofferenza patita dal moribondo, essendo il paziente sopravvissuto in condizioni precarie per alcuni giorni). La sola moglie del deceduto ha chiesto anche il risarcimento del proprio danno biologico (sindrome depressiva post-traumatica, accertata in effetti dal CTU e da questi quantificata in una invalidita' permanente del 5%) nonche' di quello patrimoniale per avere perso il sostentamento del marito, percettore di un reddito annuo netto di circa Euro 25.000,00 (come evincibile da busta paga e dichiarazioni dei redditi prodotta in atti).

Applicate pertanto le tabelle in uso presso il Tribunale di Milano che *"sono andate nel tempo assumendo e palesando una vocazione nazionale, in quanto recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa, e ad evitare (o quantomeno ridurre) - al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali- ingiustificate disparità di trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3, 2 co., Cost."*, tanto che la Suprema Corte è pervenuta a ritenerle valido criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 c.c. (Cassazione, Sez. III Civile, sentenza 30 giugno 2011, n. 14402) il danno puo' essere liquidato come segue.

- Danno subito da [redacted] Giuliana, coniuge convivente del deceduto.

Le tabelle utilizzate sono quelle in uso presso l'ufficio giudiziario di Tribunale Milano 2014 che prevedono, sulla base dei criteri tabellari, la liquidazione di un importo medio di €. 245.990,00 a cui, nel caso di specie, ci si puo' senz'altro attenere.

Tale importo va ridotto a €. 122.995,00 tenendo conto della decurtazione per il concorso di colpa del defunto che è pari al 50%.

DANNO PATRIMONIALE DEL CONGIUNTO

Il reddito del defunto nell'ultimo anno va considerato pari a €. 25.000,00 (reddito effettivo).

La quota di reddito destinata al sostentamento della famiglia è stimabile in 2/3, per un importo pari ad €. 16.666,67.

Il criterio prescelto è quello di calcolare il reddito perso per un periodo corrispondente alla durata della vita (presunta) del danneggiato calcolata sulla base delle tabelle attuariali e della età del danneggiato (coefficiente di sopravvivenza di 13,937 per 49 anni e 11 mesi).

La misura del reddito perso risulta pertanto è pari ad €. 232.283,38.

Tale importo va ridotto a €. 116.141,69 tenendo conto della decurtazione per il concorso di colpa del defunto che è pari al 50%.

DANNO BIOLOGICO PROPRIO patito da [REDACTED] Giuliana.

Il danno biologico permanente (quantificato dal CTU in una invalidita' permanente del 5%), viene liquidato sulla base dei criteri tabellari per punto di invalidità utilizzati dal Tribunale Milano 2014 che rapportano l'entità del risarcimento ad un valore progressivo con riferimento all'incremento dei punti di invalidità e con una funzione regressiva di decurtazione con riferimento all'elevarsi dell'età del danneggiato al momento del sinistro.

Per ciascun punto viene riconosciuto l'importo tabellare di €. 1.378,40 debitamente abbattuto col coefficiente di riferimento per l'età del danneggiato (pari a 0,755). Tale danno va liquidato nell'importo complessivo di €. 3.446,00.

In totale, a titolo di danno biologico jure proprio va liquidato l'importo complessivo di €. 3.446,00.

I danni che vanno liquidati (e, poi, in quanto crediti di valore, rivalutati con attribuzione anche degli interessi c.d. compensativi) in favore di [REDACTED] Giuliana sono quindi i seguenti:

- A) Danni complessivi liquidati al 31-12-2007 (c.d. "aestimatio"): € 229.260,06;
- B1) Interessi maturati al 26-09-2014: € 34.916,97;
- B2) Rivalutazione maturata al 26-09-2014: € 27.001,22;
- B) Interessi e rivalutazione totali (B1 + B2): € 61.918,19;
- Totale A + B: € 291.178,25.

A tale importo deve infine aggiungersi il danno *jure hereditario* derivante dalla lucida agonia di [REDACTED]. In via equitativa tale danno deve essere stimato direttamente all'attualità in Euro 60.000,00 (già operata la detrazione per il concorso di colpa). Trattandosi di danno *jure hereditario*, alla moglie spetta 1/3 della suddetta quota (pari ad Euro 20.000,00, mentre la restante parte verrebbe

suddivisa tra i tre figli in parti uguali). Pertanto il danno complessivamente patito da [redacted] Giuliana ammonta all'attualita' ad Euro 311.178,25 (Euro 291.178,25+ Euro 20.000), oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

Quanto al danno patito da ciascuno dei figli conviventi all'epoca dell'evento, sempre sulla base delle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano per l'anno 2014 (previa devalutazione degli importi alla data del fatto con successivo aumento per interessi e rivalutazione) ciascuno di essi ha diritto a percepire *jure proprio* all'attualita' la somma di Euro 139.753,66 (pari al valore tabellare medio decurtato del 50% attribuibile al fatto dello stesso danneggiato), di cui Euro 12.959,48 per rivalutazione ed Euro 16.758,72 per interessi, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo. *Jure hereditario* invece la somma a ciascuno spettante risulta essere di Euro 13.333,33 (gia' stimata all'attualita'), assurgendo pertanto il danno definitivamente liquidabile a ciascuno dei figli ad Euro 153.087,00, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

Le spese di lite, compensate per 1/2 in ragione del riconosciuto concorso nell'evento da parte dello stesso danneggiato, seguono per il resto la soccombenza della convenuta venendo liquidate come in dispositivo sulla base dei parametri di liquidazione di cui al D.M. 55/2014. Se ne dispone la distrazione in favore dei procuratori antistatari Avv.ti Francesco Sposato e Gianluca Sposato, in solido tra loro.

Le spese della CTU, gia' liquidate come da decreto in atti, vengono poste definitivamente a carico della AUSL convenuta che deve pertanto rifonderle agli attori i quali le avevano anticipate.

P.Q.M.

il Tribunale di Frosinone, monocraticamente e definitivamente pronunciando nella causa n.872/2010, così provvede:

A) dichiara AUSL di Frosinone, in persona del I.r.p.t., responsabile al 50% della morte di Ambrosetti Giovanni e la condanna al pagamento, a titolo di risarcimento del danno, delle seguenti somme:

- 1) in favore di [redacted] Giuliana, Euro 311.178,25, gia' stimati all'attualita', oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;
- 2) in favore di [redacted] Valentina, Euro 153.087,00, gia' stimati all'attualita', oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

3) in favore di [redacted], Euro 153.087,00, già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

4) in favore di [redacted] Matteo, Euro 153.087,00, già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

B) condanna altresì la AUSL di Frosinone, in persona come sopra, al pagamento delle spese di lite che liquida, già operata la compensazione al 50%, in € 254,00 per esborsi ed € 12.832,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, IVA e CPA come per legge; se ne dispone la distrazione in favore degli Avv.ti Francesco Sposato e Gianluca Sposato, in solido tra loro, dichiaratisi antistatarii;

C) pone le spese di CTU, già liquidate come da decreto in atti, definitivamente a carico della AUSL di Frosinone, in persona del l.r.p.t., che deve pertanto rifonderle agli attori, in solido tra loro, i quali le avevano anticipate.

Frosinone, 26/9/14



IL GIUDICE
Dott. Antonio Masone

