

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Parma in persona del Giudice Istruttore Dott. Nicola SINISI in funzione di Giudice Unico, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

(OMISSIS)

FATTO E MOTIVI DELLA DECISIONE

In data 15.03.07 (OMISSIS), dopo avere effettuato una scintigrafia che accertava una probabile formazione adenomatosa paratiroidea caudalmente al lobo sinistro, effettuati ulteriori accertamenti diagnostici, veniva ricoverata presso la Clinica Chirurgica dell'Azienda Ospedaliera di Parma con diagnosi di "iperparatiroidismo primitivo" e sottoposta, nella stessa giornata, ad un intervento chirurgico, nel corso del quale i sanitari preposti procedevano all'asportazione della ghiandola paratiroide inferiore di sinistra (doc.7 attrice); nel corso dell'intervento, non avendo assistito ad un calo dei valori sierici di paratormone, come previsto in caso di suo successo, procedevano all'asportazione di altre due ghiandole paratiroidee sospette per adenoma. Successivamente la donna veniva sottoposta ad ulteriori accertamenti medici che evidenziavano valori elevati di paratormone e calcemia; in particolare, nel corso di una visita endocrinologica, veniva segnalata la possibile persistenza post-chirurgica dell'iperparatiroidismo (doc.13); in seguito, una scintigrafia effettuata presso l'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, evidenziava un quadro invariato rispetto al preintervento (docc. 14-15).

Ulteriori accertamenti strumentali confermavano il persistente iperparatiroidismo (doc.16). In data 10.12.2008 il Prof. (OMISSIS) dell'A.O.U. di Pisa diagnosticava un verosimile iperparatiroidismo primitivo recidivato, ritenendo necessario un nuovo intervento di paratiroidectomia (doc.17) e, in effetti, nell'ottobre 2009 veniva ricoverata presso tale struttura; una ecografia al collo evidenziava una neoformazione al polo inferiore di sinistra della tiroide, in ordine alla quale veniva sottoposta ad un intervento chirurgico di asportazione della ghiandola paratiroide inferiore di sinistra alla quale seguiva un calo intraoperatorio del paratormone e della calcemia segno evidente del successo dell'intervento (doc.20).

La (OMISSIS) ha, dunque, introdotto il presente procedimento nei confronti dell'A.O.U. di Parma attribuendo a colpa (per negligenza o imperizia) dei suoi sanitari la responsabilità nella causazione del danno patito, chiedendo risarcimento. Costituitasi la convenuta sosteneva che l'addebito ascritto a negligenza/imperizia dei sanitari parmensi sarebbe contraddetto dalla consulenza di parte allegata dall'attrice che, appunto, negava profili di negligenza/imprudenza, riferendo solo di imperizia, perché il chirurgo non avrebbe risolto il "problema" della individuazione dell'adenoma

come avvenuto con successo a Pisa; sotto altro aspetto infondato sarebbe l'assunto che l'errore dei sanitari avrebbe comportato un risultato "peggiorativo" delle condizioni della donna. Il danno lamentato, pertanto, non sarebbe ascrivibile, sul piano causale, alla condotta dei sanitari quanto all'attrice la quale disattese i loro suggerimenti, preferendo percorrere altre strade, con riflessi anche ex art. 1227, primo o secondo comma c.c..

Espletata consulenza medico legale ed assunte le prove testimoniali, la causa è in decisione.

Si verte, dunque, di responsabilità "contrattuale".

Com'è noto, la struttura sanitaria risponde a tale titolo dei danni patiti dal paziente per fatto proprio, ex art. 1218 c.c., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 c.c., ove i danni siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui essa si avvale (così, ad es. CASS. Sez. III, 5/12/2013, n. 27285).

L'inadempimento va parametrato non tanto sulla base degli interessi, dei bisogni e delle speranze del paziente (e quindi delle sue aspettative) quanto sui doveri inerenti allo svolgimento professionale in riferimento al caso concreto (così CASS. Sez. III, 5/11/2013, n. 24801).

Allorquando la responsabilità medica venga invocata sul presupposto che fra il paziente ed il medico e/o la struttura sanitaria sia intercorso un rapporto contrattuale (o da "contatto"), la distribuzione, inter partes, dell'onere probatorio riguardo al nesso causale deve tenere conto della circostanza che la responsabilità è invocata in forza di un rapporto obbligatorio corrente fra le parti ed è dunque finalizzata a far valere un inadempimento oggettivo.

Ne consegue che, per il paziente/danneggiato, l'onere probatorio in ordine alla ricorrenza del nesso di causalità materiale - quando l'impegno curativo sia stato assunto senza particolari limitazioni circa la sua funzionalizzazione a risolvere il problema che egli presentava - si sostanzia nella prova che l'esecuzione della prestazione si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta la prestazione, o dal suo aggravamento, fino ad esiti finali costituiti dall'insorgenza di una nuova patologia o dal decesso del paziente (così CASS. Sez. III, 12/09/2013, n. 20904; conf. Sez. III, 18/07/2013, n. 17573).

Resta, invece, a carico dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (così CASS. SS. UU. nn. 577-581/2008; conforme la successiva Cass. n.10743/2009; più di recente Trib. Reggio Emilia 3.4.2013 n. 618).

Nella fattispecie il lamentato danno, è rappresentato dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta e fornita la prestazione. Orbene, la valutazione sulla configurabilità di una responsabilità contrattuale passa, necessariamente, dalla documentazione allegata e dagli esiti della svolta consulenza di nel gesto chirurgico ha scritto di un inadeguato studio preoperatorio, dal quale sarebbe conseguita una pianificazione non corretta dell'intervento; in tal maniera avrebbe introdotto una "novità" processuale ben oltre il termine di maturazione delle cd. preclusioni assertive.

L'assunto, proprio muovendo dal contenuto della citazione, non può condividersi. Nell'atto introduttivo, infatti, la condotta "del medico che ha effettuato l'intervento" integrerebbe la "colpa professionale" ".. in particolare sotto forma di negligenza e/o imperizia, atteso che il primo chirurgo è stato chiamato ad eseguire un intervento di routine di facile esecuzione, perché privo di particolari difficoltà tecnica nell'individuazione dell'adenoma da asportare, come del resto dimostrato dal successo dell'ulteriore intervento eseguito a Pisa, ove l'adenoma asportato è stato individuato con una semplice ecografia.." (fol.9 citazione).

Quanto precede esclude la configurabilità della dedotta - non ammissibile - novità ascritta alla Ctu.

All'esito dell'approfondito esame della nutrita documentazione allegata dalla difesa attrice la dr. (OMISSIS) - nelle Considerazioni Medico legale (foll. 12 e segg.) - scrive ".. (OMISSIS), dell'età di 51 anni al tempo dei fatti per cui è causa, manifestava, a partire dal 2006, i segni clinici (ripetute coliche renali) di una disfunzione del metabolismo del calcio, che portò alla diagnosi di iperparatiroidismo, ovvero di iperfunzione delle ghiandole paratiroidi.

In data 15 marzo 2007 si sottoponeva presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ad intervento con tecnica mininvasiva .. di paratiroidectomia con asportazione della paratiroide inferiore, bilateralmente, e superiore sinistra.

Il dosaggio del paratormone successivamente all'intervento risultava persistentemente alto, con lievi alterazioni del metabolismo del calcio. Pertanto, nei mesi successivi .. ripeteva l'esame scintigrafico nuovamente all'Ospedale di Reggio Emilia, con esito sovrapponibile al precedente, dopo ulteriori accertamenti (TC ed RMN), confermata la condizione di persistente iperparatiroidismo e la sussistenza di paratiroide ectopica, si rivolgeva ad altro centro dove era sottoposta ad intervento di asportazione di adenoma paratiroideo a sede mediastinica, a livello del corno timico .." Ha spiegato la consulente ".. Sono usualmente presenti 4 paratiroidi; 2 superiori e 2 inferiori. Le superiori sono pressoché costantemente situate dietro i poli superiori dei lobi della tiroide o vicino alla cartilagine cricoidea; le inferiori sono per lo più situate in prossimità del polo inferiore della tiroide. Le paratiroidi possono trovarsi, con una certa frequenza, in sedi ectopiche, tra tiroide ed esofago, nella guaina carotidea, dietro la vena anonima, nel mediastino e, più comunemente, nel polo superiore del timo .. Le paratiroidi secernono il paratormone, che è il principale fattore che determina il metabolismo del calcio, cooperando con la calcitonina e la vitamina D .. Proprio perché il paratormone tende ad innalzare il livello di calcio nel sangue, riassorbendolo dal tessuto osseo, l'effetto della ipersecrezione di paratormone .. sugli organi bersaglio comporta l'insorgenza di osteoporosi ed accumulo di precipitati di calcio a livello renale, con formazione di calcoli.

L'iperparatiroidismo può essere primitivo, ovvero derivare da una anomala secrezione, come nel caso della signora Be., oppure secondario ad uno stimolo ipocalcémico cronico. Le possibilità di studio "per immagini" delle paratiroidi sono condizionate dalle piccole dimensioni delle ghiandole normali e dalla esistenza nella popolazione di molte condizioni di slargamene patologici ..".

Ciò premesso, secondo la Ctu "... La diagnostica radioisotopica (scintigrafia selettiva in forma differenziale nella tiroide e nelle paratiroidi) resta comunque il riferimento cardinale, consentendo con una certa accuratezza l'individuazione di adenomi paratiroidi e si dimostra utile sussidio diagnostico in fase pre- e postoperatoria. Anche se non esistono radiofarmaci specifici per il tessuto paratiroidico, con alcuni artifici è possibile ottenere una valida immagine delle ghiandole. A tale scopo si utilizzano due traccianti: il MIBI (metossiisobutilisonitrile) .. ed il TC99m, che viene captato dalla sola tiroide; dalla sottrazione digitale dell'immagine della tiroide marcata con tecnezio da quella globale marcata col MIBI si ottiene l'immagine di captazione relativa alle sole paratiroidi.

Verificata la condizione di iperparatiroidismo, il 14/12/2006 con vn 15-75, calcemia totale ai limiti di norma (con aumento del calcio ionizzato e litiasi urinaria), ed effettuata la scintigrafia TC99M-MIBI in data 10 gennaio 2007, con evidenza di area di ipercaptazione con possibile significato di adenoma paratiroidico sito caudalmente alla tiroide, a sinistra, alla signora (OMISSIS) fu correttamente proposto l'intervento chirurgico di paratiroidectomia. Lo studio pre-intervento prevedeva anche l'effettuazione di studio ecografico effettuato all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma in data 22 febbraio 2007, che mostrava la presenza di un micronodulo ecogeno di circa 2-3 mm al polo superiore del lobo sinistro, senza altre immagini riferibili a tessuto paratiroidico.

Si rileva, quindi, una discordanza tra l'esito della scintigrafia, che individuava un nodulo in posizione caudale alla tiroide, e non a livello della tiroide, e quello dell'ecografia, che non visualizzava alcuna nodularità riferibile alla paratiroidi, ma solo linfonodi di carattere reattivo (e quindi con caratteristiche che non consentivano di confonderli con la paratiroidi).

La dr. (OMISSIS) indica, infine (fol. 15) le criticità nell'operato dei sanitari, "... il fatto che la paratiroidi fosse ectopica, doveva già essere sospettata dalle immagini scintigrafiche e dalla discrepanza di risultati (assenza di nodulazioni descritte all'ecografia) e avrebbe dovuto, quindi, indurre ad effettuare degli accertamenti preliminari (ripetizione di ecografia mirata, TC o RM di collo e mediastino) per la valutazione delle paratiroidi mediastiniche, in occasione di interventi sulle paratiroidi ectopiche o non chiaramente identificate preoperatoriamente.

Ciò avrebbe consentito una adeguata pianificazione dell'intervento, evitando che la esplorazione del mediastino antero-superiore alla ricerca di ghiandole paratiroidi ectopiche effettuato nel corso della procedura chirurgica a Parma, risultasse infruttuosa, vista la sede non facilmente evidenziabile, particolarmente in quanto si trattava di intervento miniminvasivo, quale era stato proposto alla paziente.

Pertanto si ritiene che vi sia stato un inadeguato studio preoperatorio dal quale è conseguita una pianificazione non corretta dell'intervento ed il suo sostanziale fallimento, evidenza che già nel postoperatorio si poteva cogliere dai livelli ematici persistentemente elevati di PTH ..".

In altri termini la colpevole trascuratezza del primo chirurgo ha fatto sì che il primo intervento risultasse non risolutivo e, come visto, nella fattispecie il lamentato danno, è rappresentato proprio dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta - e fornita - la prestazione, protrattasi negli anni fino al 2009.

Visitata l'attrice, nel gennaio 2014, la Ctù ha riconosciuto nel pregiudizio alla salute dell'attrice solo un danno biologico da temporanea "... stante la risoluzione del quadro di iperparatiroidismo attraverso l'intervento di asportazione del dicembre 2009, completamente riuscito.

Il danno biologico temporaneo può essere quantificato in giorni 3 (tre) a totale, riferibili al ricovero ospedaliero per il secondo intervento, risolutivo, in giorni 10 (dieci) di parziale al 75% ed in giorni 10 (dieci) di parziale al 50%, in relazione alla supplementare convalescenza per il secondo intervento, nonché complessivamente a 30 (trenta) mesi di danno biologico temporaneo parziale a minima, al 10%.

In conseguenza, muovendo da una "diaria" di Euro 70,00, possono liquidarsi complessivi Euro 7.380,50 in moneta del 2009. L'attrice chiede ristoro del danno morale/esistenziale patito.

I comportamenti e la sua qualità della vita in generale sono stati descritti dai testimoni.

(OMISSIS), genero dell'attrice, "... conosco la (OMISSIS) dal 1994 e posso confermare che, dopo l'intervento del marzo 2007 la stessa smise di frequentare parenti ed amici e di recarsi al ristorante od al cinema, giustificandosi con il timore di allontanarsi da casa .. andava spesso con sua sorella specie durante l'estate passava diverse settimane via da Reggio Emilia, prima dell'intervento, il motivo era sempre il timore di avere problemi di salute o ricadute e di allontanarsi da casa .. prima dell'intervento amava fare delle passeggiate intorno a casa ora da sola non si allontana mai.. era una persona molto precisa ed aveva a che fare con il pubblico per lavoro era solita frequentare con cadenza settimanale sia il parrucchiere che estetista per la cura della propria persona ora lo fa più di rado .. per problemi fisici non riesce più a mantenere l'ordine in casa, come faceva prima dell'intervento, dal 2008 si avvale di una persona per tali incombenze .."; (OMISSIS) figlia della attrice, ha rammentato "... di fatto ho seguito mia madre durante il "calvario" medico, ha cambiato il suo stile di vita e l'ho accompagnata sia per le visite anche a Milano ed a Pisa ma anche nell'attività quotidiana, essendo affetta da attacchi di panico che le impedivano e le impediscono, anche se la situazione è leggermente migliorata, anche le commissioni più semplici ..".

Orbene, come affermata dalla giurisprudenza di legittimità alla luce della sentenza chiarificatrice n. 26972/2008 pronunciata dalle Sezioni Unite, il danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c., determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica, costituisce una categoria unitaria, comprensiva di ogni pregiudizio subito dalla persona, non esaurendosi nel danno morale soggettivo (consistente nell'ingiusto turbamento dello stato d'animo in conseguenza dell'offesa arrecata), laddove il riferimento ai vari aspetti del pregiudizio diversamente qualificati (danno morale, danno biologico, danno esistenziale, da perdita del rapporto parentale, etc.) risponde ad esigenze meramente descrittive delle possibili configurazioni che il pregiudizio può assumere senza minarne l'essenza ontologicamente unitaria.

Ciò posto, costituisce compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio dedotto sul piano non patrimoniale individuando, sulla base delle allegazioni svolte, quali ripercussioni negative si siano in concreto verificate sulla persona che assume la lesione a prescindere dalla denominazione attribuitale.

Su questo assunto si fonda l'affermazione resa dalla citata sentenza a Sezioni Unite secondo cui il danno non patrimoniale, sia che consegua ad una fattispecie di reato, sia che venga determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona secondo una chiave di lettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 cc, costituisce danno-conseguenza, che come tale deve essere allegato e provato al pari del danno patrimoniale, dovendosi consentire all'interprete di valutare se si tratti di un mero turbamento dell'animo secondo l'accezione originaria elaborata a suo tempo dalla giurisprudenza (danno morale soggettivo) ovvero contempi ulteriori degenerazioni patologiche della sofferenza che vadano ad incidere su altri aspetti esistenziali sussumibili in un'ampia gamma di possibili ripercussioni, che vanno dall'alterazione della vita di relazione alla compromissione della dimensione esistenziale, dalla perdita di qualità della vita alla privazione di chances e via dicendo (così di recente Trib. Roma sez. I 6/06/2017 n. 11515).

La mancanza di danno biologico non esclude, quindi e di per sé, la configurabilità del danno morale soggettivo e di quello dinamico-relazionale, quale conseguenza autonoma della lesione (cfr. ad es. CASS. Sez. III, 14/01/2014, n. 531).

In conseguenza, ritiene il Tribunale tenuto conto delle vicissitudini sanitarie che hanno visto coinvolta l'attrice e del peggioramento della sua qualità di vita fra il marzo 2007 ed il dicembre 2009, di liquidare Euro 10.000,00 a titolo di danno morale/esistenziale Euro 10000,00, in moneta dell'epoca.

Le spese, comprese quelle di consulenza, seguono la soccombenza, nella misura in dispositivo. Tenuto conto dell'avvenuta adozione con D.M. 10 marzo 2014 del Regolamento di determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense (ai sensi dell'art. 13, sesto comma, della legge 31.12.2012 n.247), applicabile anche al presente giudizio, stante il disposto dell'art. 28 del cit. DM, essendosi completate le prestazioni professionali in epoca successiva alla sua entrata in vigore (ancorché il rapporto abbia avuto inizio e si sia svolto in epoca precedente - v. CASS. SS.UU. 17406/12) il relativo importo, considerati i criteri indicati dal primo comma dell'art.4 Regol. cit. e del valore della causa, fino ad Euro 26.000 (art.5 Regol. e Tabella A), viene fissato, ai sensi dell'art. 4, comma quinto, Regol.:

- fase di studio, Euro 900,00
- fase introduttiva, Euro 800,00
- fase istruttoria, Euro 1 600,00
- fase decisoria, Euro 1.700,00.

Diritto

P.Q.M.

definitivamente pronunciando ogni diversa od ulteriore istanza, eccezione o deduzione disattesa, così provvede:

a) accoglie, per quanto di ragione, la domanda e, per l'effetto, dichiara tenuta e condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma al 17.380,50, somma da rivalutare annualmente secondo indici Istat dal gennaio 2012 al soddisfo;

b) condanna l'Azienda convenuta al pagamento delle spese del procedimento che liquida, in favore dell'attrice, in Euro 670,00 per esborsi ed Euro 5.000,00 per compenso professionale, oltre rimborso 15%, Iva e Cpa come per legge;

c) pone, in via definitiva a carico della Azienda convenuta le spese della consulenza di ufficio.
Parma, 1 febbraio 2018