



REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE ORDINARIO DI RAVENNA  
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Paolo Gilotta  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. 2217/2018 promossa da:

[REDACTED] entrambi con il  
patrocinio dell'avv. [REDACTED]  
[REDACTED] elettivamente domiciliati presso il difensore  
[REDACTED]

ATTORI

contro

**AZIENDA USL ROMAGNA (C.F. 02483810392), OSPEDALE S.MARIA DELLE CROCI  
OSPEDALE G.B.MORGAGNI, OSPEDALE UMBERTO I**, tutti con il patrocinio dell'avv.  
GAMBERINI ALBERTO, elettivamente domiciliato in Via Baccarini 60 null 48100 Ravenna, presso il  
difensore avv. GAMBERINI ALBERTO

CONVENUTI

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da verbale di udienza di precisazione conclusioni del 27.10.2020. In particolare, l'attore ha concluso riportandosi alle note di trattazione scritta depositate in data 30.09.2020; la convenuta ha concluso come da note di trattazione scritta depositate in data 15.10.2020.

***MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO***

Con atto di citazione, ritualmente notificato, [REDACTED] in proprio e

quali eredi di [REDACTED] convenivano in giudizio l'Azienda USL Romagna (nonché l'Ospedale S. Maria delle Croci, l'Ospedale G.B. Morgagni di Forlì e l'Ospedale Umberto I di Lugo), per ottenerne la condanna al risarcimento del danno *iure proprio* e *iure haereditatis* derivato dall'imperito trattamento sanitario condotto in riguardo di [REDACTED] (rispettivamente, coniuge e padre degli attori) deceduto in data 23.07.2016 con diagnosi di mesotelioma pleurico. Sinteticamente, deducevano che l'operato del personale sanitario che aveva avuto in cura il [REDACTED] tra il 20.09.2013 (data di primo contatto con l'AUSL convenuta) e fino alla data del 1.10.2015 dovesse connotarsi per negligenza e imperizia, in ragione del ritardo con il quale venne resa la diagnosi tumorale, nonché in ragione dell'assenza di un'adeguata informazione e di adeguata sorveglianza sanitaria, trattandosi di paziente esposto ad amianto dal 1969 al 1989 in quanto dipendente di SAROM Raffinerie Spa, IROM Spa e AGIP Petroli Spa; in ragione di ciò chiedevano:

*“Quanto alle domande iure hereditario (risarcimento dei danni subiti dal [REDACTED] con liquidazione in favore degli odierni attori quali eredi legittimi).*

*a.1 Accertare e dichiarare la responsabilità di tutti i convenuti in solido tra di loro, e per gli effetti condannarli al risarcimento di tutti i danni subiti dal [REDACTED] nella misura ritenuta equa di € 1.238.614,00 (ovvero l'importo maggiore o minore che fosse accertato e/o ritenuto equo dal Giudice adito), con liquidazione in favore degli odierni attori nella quota parte di ½ ovvero in subordine, di 1/3 in favore della vedova Sig.ra [REDACTED] e di un ulteriore ½, ovvero in subordine 1/3, in favore del Sig. [REDACTED] in qualità di eredi legittimi, e dunque per l'importo per ognuno degli odierni attori ritenuto equo in €614.312,00, ovvero l'importo maggiore o minore che fosse accertato e/o ritenuto equo dal Giudice adito, in ogni caso con accoglimento di tutte le domande formulate iure hereditario nella premessa in fatto e in diritto dell'atto di citazione che agli effetti si intendono riportate e riscritte;*

*a.2. In subordine, nella non creduta ipotesi di mancato accoglimento della domanda principale, accogliere in via gradata le subordinate:*

*a.2.1. Prima subordinata: accogliere la domanda di risarcimento di tutti i danni per perdita di chance di guarigione e per gli effetti condannare i convenuti, in solido tra di loro, per tutte le causali e i motivi di cui in premessa al risarcimento di tutti i danni per gli stessi importi già richiesti sub I.a delle presenti conclusioni, ovvero per l'importo maggiore o minore che fosse accertato e/o ritenuto equo dal Giudice adito;*

*a.2.2. In ulteriore subordine, nella non creduta ipotesi della domanda principale e della prima subordinata, accogliere in via gradata la domanda risarcitoria formulata a titolo di seconda subordinata, e quindi al risarcimento di tutti i danni subiti dal Sig. [REDACTED] per l'abbreviazione del periodo di sopravvivenza e il peggioramento delle*

condizioni di salute e per ogni altro motivo in fatto e in diritto di cui in premessa, con quantificazione degli importi nei termini di cui al capo I.a. delle presenti conclusioni, ovvero per gli importi maggiori o minori che fossero accertati e/o ritenuti equi dal Giudice adito in corso di causa, sempre con i criteri di cui agli artt. 1226 c.c. e/o 2056 c.c.;

a.2.3. In ulteriore subordine (terza subordinata), accertare e dichiarare l'inadempimento e l'illecito in concorso a carico di tutti i convenuti per i titoli e motivi di cui in premessa e per gli effetti condannare i convenuti, in solido tra di loro, al risarcimento di tutti i danni sofferti dal [REDACTED] per perdita di chance di un più lungo periodo di sopravvivenza e a migliori condizioni di salute, in ragione dell'assenza di diagnosi, terapie e cure per il periodo dal 20.09.2013 all'ottobre 2015, ovvero per il diverso periodo e per i diversi titoli di cui in premessa, e per ogni altro motivo in fatto e in diritto di cui in premessa, con quantificazione degli importi nei termini di cui al capo I.a. delle presenti conclusioni, ovvero per gli importi maggiori o minori che fossero accertati e/o ritenuti equi dal Giudice adito in corso di causa, sempre con i criteri di cui agli artt. 1226 c.c. e/o 2056 c.c.;

a.2.4. In ulteriore subordine (quarta subordinata), nella non creduta ipotesi di rigetto della domanda principale e delle prime tre subordinate e per mero tuziorismo difensivo, si chiede che comunque il Tribunale accolga le domande tutte come formulate da parte attrice nella premessa in fatto e in diritto dell'atto di citazione in ragione della lesione subita dal de cuius al diritto di una migliore qualità della vita ove avesse ricevuto la diagnosi e la stabilizzazione delle sue condizioni di salute fin dal 20.09.2013, e comunque per un periodo anteriore all'ottobre 2015, periodo nel quale vi fu la diagnosi, e per ogni altro motivo in fatto e in diritto di cui in premessa, con quantificazione degli importi nei termini di cui al capo I.a. delle presenti conclusioni, ovvero per gli importi maggiori o minori che fossero accertati e/o ritenuti equi dal Giudice adito in corso di causa, sempre con i criteri di cui agli artt. 1226 c.c. e/o 2056 c.c.;

a.2.5. In ulteriore subordine (quinta subordinata), e ancor di più per mero tuziorismo difensivo, nella non creduta ipotesi il Tribunale dovesse rigettare la domanda principale e delle prime quattro subordinate, in ogni caso accogliere le domande risarcitorie così come formulate da parte attrice nella premessa in fatto e in diritto dell'atto di citazione in ragione della lesione subita dal de cuius al diritto ad essere informato e ad autodeterminarsi in ordine all'effettivo approccio terapeutico, e alla lesione comunque sofferta a titolo di danno morale ed esistenziale in ragione della consapevolezza dell'errore e del ritardo medico nella diagnosi, terapia e cura del mesotelioma e in ogni caso a carico della Azienda USL romagnola il diritto al risarcimento di tutti i danni sofferti per l'errore medico e per violazione dell'obbligo di sorveglianza sanitaria, con quantificazione degli importi nei termini di cui al capo I.a. delle presenti conclusioni, ovvero per gli importi maggiori o minori che fossero accertati e/o ritenuti equi dal Giudice adito in corso di causa, sempre con i criteri di cui agli artt. 1226 c.c. e/o 2056 c.c.;

a.3. In ogni caso, condannare i convenuti, in solido tra di loro, a risarcire i danni sofferti dal de cuius per la violazione delle norme del codice di deontologia medica e/o per violazione degli obblighi di cui agli artt. 33 e 35 del

codice di deontologia medica, ovvero per difetto di informazioni e/o per assenza di consenso informato in danno del paziente e per ogni altro profilo dedotto in premessa, con quantificazione dell'entità dei danni nei termini di cui al capo a.1. delle presenti conclusioni, ovvero l'importo maggiore o minore che fosse accertato e/o ritenuto equo dal Giudice adito, con liquidazione in favore degli odierni attori in quota parte di  $\frac{1}{2}$  ovvero, nel caso di mancata rinuncia della [REDACTED] ad  $\frac{1}{3}$  cadauno, ovvero per l'importo maggiore o minore che fosse accertato e/o ritenuto equo dal Giudice adito, ex art. 1226 c.c. e/o 2056 c.c.;

b) Quanto alle domande iure proprio della Sig.ra [REDACTED].

Condannare parte convenuta a risarcire i danni, patrimoniali per danno emergente e lucro cessante, e non patrimoniali (biologici, morali ed esistenziali), patiti e patienti, sofferti dagli attori iure proprio, in ragione della condotta attiva ed omissiva delle parti convenute, chiamate a rispondere anche dell'operato dei sanitari (responsabilità vicaria) prima di tutto a titolo contrattuale e poi extracontrattuale, nei termini già specificati nella premessa in fatto e in diritto della premessa dell'atto di citazione, che si intende qui integralmente riportata e riscritta e parte integrante delle presenti conclusioni, e con quantificazione di tutti i danni come in premessa, ovvero l'importo maggiore o minore che fosse accertato e/o ritenuto equo dal Giudice adito, ovvero ex artt. 1226 c.c. e/o 2056 c.c.;

c) Si chiede che comunque e in ogni caso, tutte le domande, così come formulate dagli odierni attori, sia iure proprio che iure hereditario, nella su estesa premessa in fatto e in diritto, che agli effetti si intendono integralmente riscritte, trovino integrale accoglimento;

d) Gli attori chiedono che su tutte le somme liquidate a titolo di risarcimento danni siano riconosciute le rivalutazioni e gli interessi legali dal dì del fatto al dì del risarcimento.

Il tutto per le ragioni in fatto e in diritto già specificate nella premessa dell'atto di citazione che si intende qui riscritta e parte integrante delle presenti conclusioni.

Vittoria di spese e compensi di causa da distrarsi, ex art. 93 c.p.c., in favore del sottoscritto procuratori, dichiaratosi antistatario”.

Con comparsa del 20/11/2018, si costituiva l'Azienda AUSL Romagna (nonché l'Ospedale S. Maria delle Croci, l'Ospedale G.B. Morgagni di Forlì e l'Ospedale Umberto I di Lugo), contestando le deduzioni attoree e insistendo per il rigetto della domanda, ovvero, in subordine, per la riduzione delle pretese risarcitorie degli attori.

Istruita la causa mediante CTU medico-legale, affidata al collegio ex art. 15 l. 24/2017 composto dai dott.ri Pieraccini e Lodi, veniva infine fissata udienza di precisazione conclusioni, ad esito della quale la causa veniva trattenuta in decisione con concessione dei termini ex art. 190 c.p.c.;

\*\*\*

1. In fatto, la vicenda clinica che interessò [REDACTED] tra il 2013 e il 2016 può essere sintetizzata riportando il relativo passaggio illustrativo contenuto nella CTU, non oggetto di contestazione alcuna:

“Presso l’Ospedale di Ravenna erano espletati:

- 20.09.2013 Rx torace 2P: “*Non lesioni pleuro-parenchimali a focolaio in atto...*”.

- 01.10.2013 Rx coste di destra “*Non evidenti segni di fratture costali attuali. Stria disventilatoria alla base polmonare destra>>*”

- 26.11.2013 TC Torace con mdc “*...l’indagine non evidenzia alterazioni tonodensitometriche a carico del parenchima polmonare. Assenza di versamenti pleurici. Non si repertano adenopatie in sede ilomediastinica*”; TC addome completo s/c mdc: “*alcune cisti corticali parapieliche del diametro massimo di circa 2 cm, non adenopatie retroperitoneali, non versamento peritoneale...*”.

- 24.07.2014 Rx coste a destra: “*Non apprezzabili focolai di frattura né lesioni ossee focali in atto*”. Rx torace 2P: “*atteggiamento espiratorio con marcata disventilazione in bibasale: non escludibile impegno flogistico in tale sede (> a sx), lieve ispessimento del profilo pleurico mantellare a dx. Non significativi versamenti pleurici.... Non stasi del piccolo circolo. Polmoni a parete. Utile attento controllo evolutivo*”.

- 07.08.2014 Rx torace “*Bilateralmente alle basi rispetto allo studio del 24 luglio si osserva una netta riduzione dei reperti allora segnalati e in particolare attualmente in tali sedi persistono alcune strie x-opache. Ombra cardiaca leggermente ingrandita*”.

- 03.09.2014, visita pneumologica: “*...Nega contatti con TB...Ipertensione arteriosa, dislipidemia. Idrraulico, non fumatore. Allergie note a cibalgina. APR Inviato da MMG. Motivo della visita a fine luglio comparsa di dolore all’emitorace dx, durato 7 gg e trattato con Augmentin + Medrol, dopo raffreddamento documentato in moto. **In seguito, completo benessere.** In terapia con atorvastatina e Zoprazide. EO: buona cenestesi generale, 80 kg x 176 cm. Asintomatico. MV su tutto l’ambito polmonare, non rumori aggiunti. Suono chiaro polmonare, basi mobili. Fremito vocale tattile normotrasmesso*”; presa visione delle immagini radiografiche, si concludeva per “**non evidenza di patologie pleuroparenchimali in atto**”.

- Dal 20.10.2014 al 29.10.2014 il sig. [REDACTED] veniva ricoverato presso UO Medicina Interna Ospedale di Ravenna. Alla dimissione “*...proveniente da PS, dove era stato inviato per dolore toracico. In anamnesi patologica remota: ipertensione arteriosa recente broncopolmonite. In PS ha eseguito 20.10.14 Rx torace (supino) segni di congestione del circolo polmonare con ectasia ilare, edema interstiziale in perilare bilateralmente e versamento pleurico a destra con ispessimento della scissura interlobare ... ha eseguito 21-10-2014 angio TC polmonare non evidenza di difetti di riempimento dell’albero arterioso polmonare ... **Presenza di versamento pleurico a destra con spessore massimo di 2,5 cm associato ad aspetti disventilativi della base polmonare**; più piccoli addensamenti anche alla base controlaterale. Lieve sfumato ispessimento dell’interstizio alle basi. ...28-10-2014 Rx Torace 2P Sopraelevazione dell’emidiaframma destro con presenza di modico versamento basale omolaterale e con ispessimento pleurico che risale lungo la marginale costale sino in sede apicale. Non versamenti pleurici a sinistra con bande fibrodistelettiche alla base. ... Alla luce di questi dati e delle attuali condizioni cliniche dimettiamo il pz. con diagnosi di: **Broncopolmonite con pleurite metapneumonica; insufficienza cardio-respiratoria in ipertensione arteriosa**”.*

- Dal 03.11 al 08.11.2014 il P. era ricoverato presso la Medicina D’urgenza dell’Ospedale di Ravenna, previo accesso in P.S. Si segnalava accesso in PS il 02.11.2014 per dolore lombare destro con effettuazione di Rx del torace attestante stria fibrodistelettica nella regione basale sinistra in assenza di

lesioni pleuroparenchimali a focolaio in atto e successiva dimissione con diagnosi di lombalgia e terapia farmacologica (ibuprofene). In data 03.11.2014 il P. accedeva in PS per persistenza della sintomatologia dolorosa lombare destra con irradiazione in ipocondrio destro. veniva ripetuto Rx del torace che documentava disomogenei addensamenti polmonari alle basi polmonari, ili congesti, sopraelevazione dell'emidiaframma destro; era effettuato Rx della colonna dorso-lombare che mostrava scoliosi ad ampio raggio con convessità a sinistra e occasionali note di spondilosi marginosomatiche. Il P. era quindi ricoverato con **diagnosi di FBP basale bilaterale con scompenso cardiaco, indicandosi dolore alla base dell'emitorace destro evocato dagli atti respiratori profondi**, MV ridotto alle basi. Il giorno 05.11.2014 era effettuata TC torace s/c mdc che mostrava versamento pleurico in sede dorsobasale destra dello spessore massimo di 3.3 cm e di addensamenti a banda in sede bibasale verosimilmente su base disventilatoria, linfonodo di circa 15 x 7 mm in sede ilare destra e di circa 19 x 11 mm in sede sottocarenale. Era impostata terapia antibiotica e antiinfiammatoria, registrandosi progressivo miglioramento clinico.

Posta diagnosi di "*polmonite a focolai multipli bilaterali con verosimile empiema pleurico destro in miglioramento*", il P. era trasferito il giorno 08.11.2014 presso la Pneumologia di Lugo.

- Dal 08.11.2014 al 25.11.2014 ricovero presso la predetta Pneumologia, con diagnosi di: "*polmonite bilaterale con versamento pleurico destro metapneumonico omolaterale verosimilmente secondario ad infezione da Mycoplasma pneumoniae. Congestione di circolo. TB latente non databile*".

Nel corso del ricovero si segnalava positività per IgM per Mycoplasma con IgG negative, sierologia per Mycoplasma di controllo ancora in corso, positività per Quantiferon. ETG torace (10/11) L'indagine ecografica della parete toracica, eseguita a Paziente seduto, evidenzia pressoché completo riassorbimento del versamento pleurico dx, in particolare residua esile falda anecogena di 1 cm a livello dello sfondato costofrenico posteriore.

In data 10.11.14 controllo Rx torace al controllo con precedente 3/11 u.s. persistono strie di addensamento parenchimale in sede bibasale. Completa detersione del versamento pleurico destro.

Il 21.11.14 effettuava HRTC Torace: "*il controllo odierno (cfr prec TC del 5-11-14) evidenzia miglioramento del quadro TC. Si osserva risoluzione del versamento pleurico destro e netta riduzione di estensione degli addensamenti parenchimali bibasali ove attualmente residuano sottili strie nastriformi ai segmenti basali di entrambi i lobi inferiori e al lobo medio. Non alterazioni tonodensitometriche del restante parenchima polmonare*".

- 20.12.2014 Rx Torace: alle basi bilateralmente ma in particolare a destra si apprezzano delle strie x-opache come da esiti. Ispessimento pleurico ascellare sul profilo di destra compatibile per esiti pleurici.

- 29.12.2014 accesso al PS di Lugo, ove si annotava da alcuni giorni dolore alla spalla destra irradiato all'emitorace omolaterale in sede ascellare. Nel pomeriggio comparsa di brivido scuotente e obnubilamento del sensorio. Quadro Rx sovrapponibile ad indagine analoga del 20.12.2014 eseguita in altra sede, atteggiamento espiratorio degli emitoraci in presenza di note strie fibro-distelettasiche bibasali, ispessimento pleurico marginocostale destro compatibile con esiti pleurici. Diagnosi: **toracoalgia dx in esiti di pleuropolmonite con versamento dx. Dimesso.**

- Dal 04.01 al 08.01.2015 il P. era ricoverato presso la UO Medicina d'Urgenza di Ravenna e quindi trasferito presso UTIC Ravenna per riscontro di TPSV a 225/m' a QRS stretto, resistente ad amiodarone. Rx torace del 04.01.2015 "*Atteggiamento espiratorio degli emitoraci in presenza di note strie fibro-distelettasiche bibasali. Ispessimento pleurico marginocostale destro compatibile con esiti pleurici*".

- 08.01.2015 ricovero presso UO Pneumologia Ospedale di Forlì proveniente dall'Ospedale di Ravenna

con diagnosi di “*insufficienza respiratoria acuta su base infettiva complicata da tpsv a qrs stretto. recenti focolai broncopneumonici con pleurite metapneumonica con sospetta tbc latente*”. All’anamnesi è riportato: “*Ex idraulico, fuochista di industria petrolchimica con forno coibentato con amianto, successivamente solo idraulico; remoto fumatore (ha smesso da oltre 30 anni)*”. 08.01.2015 Rx torace: “*atteggiamento espiratorio dei campi polmonari diffusa accentuazione del disegno vascolare con chiazze di addensamento alveolare tra loro confluenti ed aspetto sfumato delle basi come da minimo velamento bilaterale più evidente a sinistra. Il reperto è compatibile con fenomeni di tipo congestizio*”. HRTC torace del 09.01.2015: “*TAC torace con mdc + HR: Confronto con precedente esame TC eseguito in altra sede in data 25.11.14 Non si osservano difetti di riempimento di natura tromboembolica carico delle diramazioni arteriose polmonari valutabili fino ai tratti segmentari-subsegmentari. Comparsa di un modesto versamento pleurico allo sfondato costofrenico bilateralmente, con maggiore evidenza a destra. Marcato incremento dell'estensione dei consolidamenti parenchimali ai lobi inferiori che al controllo odierno coinvolgono la gran parte dei segmenti posteriori della piramide basale ed in modesta quota i segmenti apicali. Multiple strie consolidate subatelettasiche si osservano anche al segmento dorsale del lobo superiore di destra ed in minor misura di sinistra. Presenza di noduli centrolobulari che configurano un tree-in-bud pattern a livello del segmento dorsale e apicale del lobo superiore di destra e al segmento apico dorsale del lobo superiore di sinistra. Alcuni focali infarcimenti mucoidi sono presenti a carico delle diramazioni bronchiali bilateralmente con maggiore evidenza a destra. Ulteriori aree di consolidamento a morfologia nodulare sono presenti al segmento anteriore del lobo superiore destro (i reperti sopradescritti appaiono compatibili in prima istanza con quadro di polmonite organizzativa). Presenza di alcuni linfonodi di dimensioni lievemente aumentate in sede ilo mediastinica, i maggiori in sede sottocarenale (31 x 19 mm), ilare destra (19 x 12 mm) ed in sede paratracheale superiore destra (14 mm). Annotazioni: 1. Netto incremento dell'estensione dei consolidamenti parenchimali bilaterali 2. Modesto tree-in-bud a destra 3. Modico versamento allo sfondato costofrenico bilateralmente*”.

12.01.2015 BAL con biopsie delle mucose: “*Trachea normale. Carena in asse. Entrambi gli emisistemi esplorati fino ai rami subsegmentari non presentano alterazioni fatta eccezione per alcune secrezioni dense e vischiose bilaterali. A livello dei rami del dorsale del lobare inferiore di destra sono presenti piccole neoformazioni biancastre endobronchiali. Si eseguono: - BAL nel dorsale del lobare inferiore di destra - Biopsie mucose delle suddette neoformazioni*”.

16.01.2015 fibrobroncoscopia con biopsie “*Esame eseguito in sedazione con assistenza anestesiológica. Trachea normale. Carena in asse. Entrambi gli emisistemi esplorati fino ai rami subsegmentari non presentano alterazioni fatto eccezione per moderate secrezioni muco-puruloidi a livello del bronco lobare inferiore di dx. Si procede con biopsie polmonari transbronchiali mirate nei rami dorsale del bronco lobare inferiore di dx*”.

In data 19.01.2015 dimesso con diagnosi di “*Insufficienza respiratoria parziale secondaria ad addensamenti polmonari bibasilariferibili a verosimile Organizing Pneumonia, recente episodio di TPSV A QRS stretto*”.

La lettera di dimissione (19.01.2015) segnala tra l'altro: “*BAL: cellule totali 1140 10<sup>6</sup>/l, N 84%, E 1%, L 9%, M 6%. Rx-torace: pressoché completamente regrediti gli addensamenti polmonari bibasilariferibili. Siamo in attesa dell'esito di alcune indagini che verranno consegnate in seguito. 26.1.2015 referto visita pneumologica Dott. Poletti “Polmonite in via di organizzazione criptogenetica (probabilmente innescata da inalazione di materiale gastrico). **Miglioramento clinico evidente**”.*

- Il 27.01.2015 lettera di integrazione della lettera di dimissione con esiti di accertamenti eseguiti durante il ricovero: “*Citologia su BAL: Discreto infiltrato flogistico costituito prevalentemente da granulociti neutrofili con presenza di rari linfociti su fondo ematico. Sono presenti rari macrofagi OIL-RED positivi. **Es. istologico su biopsia polmonare: Parenchima polmonare con lieve fibrosi e con presenza di rare cellule giganti plurinucleate in sede peribronchiolare in corrispondenza di un unico bronchiolo. Concomitano coaguli ematici***”.

- Il giorno 06.03.2015 controllo presso ambulatori UO Pneumologia Ospedale di Forlì: **“Il quadro clinico e radiologico in miglioramento con la terapia steroidea. Oggi torna riferendo netto miglioramento della dispnea da sforzo, ora mMRC 21 Non ha più tosse. OT nei limiti. Sat 98% a riposo. PFR stabili FVC 59%, fev1 58%, dlco 56%. Conclusione = OP (probabilmente indotta da inalazione cronica) in trattamento steroideo in miglioramento clinico-funzionale. Controllo 5/6/2015 ore 10:00 PFR DLco e visita, previo RX TORACE in 2 pr”**.

- 31.03.2015 ricovero presso UO Ortopedia e Traumatologia Ospedale di Forlì in settore seguito dalla Pneumologia: *Diagnosi di ricovero “Addensamento polmonare sinistro”. All’anamnesi recente è segnalato da ieri febbre e dolore toracico in sede basale posteriore bilaterale. Rx torace Diagnosi “addensamento polmonare sinistro”. Confronto con precedente del 19-01-15. Attualmente appare maggiormente definita una banda addensativa in sede basale sinistra su sospetta base flogistica. Si associano strie disventilatorie in sede bibasale. Bozzatura anteriore dell'emidiaframma destro. Velatura pleurogena del seno costo-frenico destro. Non sicuri segni di versamento pleurico a sinistra. Minima accentuazione del disegno ilo-perilare bilaterale su base vascolare.*

All’obiettività segnalato EO: *autonomo nei movimenti, obeso, non rumori aggiunti al torace, non edemi AAll*

In data 02.04.2015 riportato in cartella **“Sto bene. Obiettività toracica negativa. Apiretico. SaO2 96% in aria ambiente. Nel pomeriggio trasferito in degenza ordinaria”**. Trasferito presso UO Pneumologia con dimissione il 4.4.2015 con diagnosi di *“Focolaio broncopneumonico sn in paziente affetto da OP verosimilmente secondaria a inalazione cronica”*, segnalato che *“Programmata visita pneumologica il 23.04.2015 ore 11,00 + rx torace”*.

- 23.04.2015 Rx Torace Osp Forlì *“sostanzialmente sovrapponibile [al controllo del 31.03.15] si conferma banda addensativa in sede basale sinistra su sospetta base flogistica. Si associano strie disventilatorie in sede bibasale. ... Sovrapponibile l’ispessimento pleurico lungo la marginocostale a destra. Non sicuri segni di versamento pleurico a sinistra”*. In pari data, a visita pneumologica c/o Ospedale di Forlì si segnalava non evidenza di recidiva di OP suggerendo rivalutazione dopo ripetizione di TCHR del torace e prove funzionali con spirometria e DLCO ed esami con PCR; si suggeriva riduzione dello steroide.

- 07.05.2015 TC Torace Ospedale di Forlì *“Ridotto il versamento pleurico allo sfondato costofrenico bilateralmente. Ridotti nettamente i multipli consolidamenti parenchimali ai lobi inferiori e che al controllo odierno si apprezzano reliquare a sinistra in area consolidata di circa 31 mm x 19 mm al lobo superiore poco*

*cranialmente alla scissura ed in estese diffuse aree di “ground glass” che coinvolgono la gran parte dei segmenti posteriori dei lobi inferiori ... Permangono a destra, ma meno evidenti, i multipli noduli centrolobulari che configurano un “tree-inbud pattern” a livello del segmento dorsale e apicale del lobo superiore di destra in particolare in sede subpleurica...”*. Seguiva referto finale di DH dell’Ospedale di Forlì con diagnosi di *“OP relata a inalazione cronica, in fase di remissione, impegno interstiziale imputabile a fenomeni congestizi”*. Si prescrivevano suggerimenti terapeutici e ulteriori controlli.

- 05.06.2015 visita pneumologica Ospedale di Forlì: *“Dispnea da sforzo non tosse non toracoalgie, non febbre ... conclusioni: stabilità clinico-funzionale”*

- In data 26.07.2015 accesso in P.S. per febbre e dolore toracico in sede basale posteriore bilaterale dal giorno precedente. Era effettuato Rx torace: *“...affastellamento della trama in sede bibasale specie a sinistra ove tende a configurare in retrocardiaca disomogeneo addensamento parenchimale. Banda di addensamento parenchimale in sovrasale destra ove si apprezza sopraelevazione dell'emidiaframma. Ipoespanso il seno costo-frenico laterale destro...”*, Diagnosi addensamento polmonare sinistro. Successivo ricovero presso la



Traumatologia su posto letto pneumologico.

28.07.2015 TCAR Torace *“al controllo odierno si apprezza comparsa di versamento pleurico con aspetto loculato in sede medio basale a destra, cui si associa atelettasia dei segmenti posteriori del lobo inferiore omolateralmente. Concomita area di consolidazione parenchimale con aspetto psuedonodulare in sede subpleurica al segmento superiore del lobo inferiore a destra limitrofo alla scissura...”*

- Dal 30.07.2015 al 08.08.2015 ricovero presso UO Pneumologia Ospedale Forlì, dimesso con diagnosi di *“Addensamento broncopneumonico basale dx associato a versamento pleurico omolaterale in recente diagnosi di OP, diabete mellito”*. Durante la degenza praticata terapia antibiotica ad ampio spettro con regressione della piressia e della toracoalgia, Rx torace 3.8.15 mostra riduzione del versamento pleurico destro, con migliore espansione del parenchima polmonare limitrofo.

- 27.08.2015 visita pneumologica urgente: *attuali condizioni cliniche soggettive soddisfacenti, sempre apiressia, riferita moderata toracoalgia al campo superiore destro posteriormente che si accentua con la digitopressione, ulteriormente ridotto l'addensamento pleuro parenchimale basale destro all'Rx del torace, buona ventilazione bilateralmente, non rumori aggiunti, SA 98% in aa; si suggeriva prosecuzione della terapia in atto e controllo presso ambulatorio interstiziopatie entro la fine dell'anno previa TCHR. “Al controllo clinico radiologico del 28.08.2015 quadro migliorato”*.

- 16.09.2015 ricovero presso DH UO Pneumologia Ospedale Forlì.

- Il 25.09.2015 si annotava persistente toracoalgia peggiorata negli ultimi giorni e si programmava TC PET, poi espletata il 01.10.2015 (quesito: toracoalgia destra + versamento pleurico recidivato in paziente esposto all'amianto): *“diffuso incremento metabolico in corrispondenza di plurimi ispessimenti pleurici di dx, con reperti più evidenti al III inferiore. Tali reperti (SUVmax = 5.85), sospetti per lesioni di natura eteroplastica, necessitano di tipizzazione. Null'altro da segnalare a carico dei rimanenti distretti corporei esaminati”*.

Dal 02.10.2015 fino al 14.10.2015, il paziente è stato ricoverato presso la UO DI Pneumologia dell'Ospedale di Forlì. Nella lettera di dimissioni ivi rilasciata si legge testualmente: *“diagnosi di: Ispessimenti pleurico a destra in corso di definizione istologica PET positivi in paziente esposto all'amianto. Dati clinici: Paziente di 76 anni, antico modesto fumatore, esposto all'amianto”*.

- 18.10.2015, dalla riletture dei preparati riferiti ad EE n. 12563/15, effettuata dalla SC di Anatomia e Istologia Patologica di Modena: *“Le biopsie mostrano inequivocabilmente una proliferazione neoplastica mesoteliale con infiltrazione dei tessuti molli. Si tratta quindi di un mesotelioma che presenta una componente maggioritaria di tipo sarcomatoide a cellule fusate ed una minore quota con aspetto epitelioide. **I reperti sono quindi diagnostici per un mesotelioma maligno bifasico della pleura. Conclusione: Frammenti di tessuto pleurico e polmonare con mesotelioma maligno bifasico”***

- In data 19.10.2015, l'esame istologico di prelievo pleurico (viscerale, parietale/parete) endoscopico multiplo, presso l'uo di Anatomia Patologica e Citodiagnostica dell'azienda Sanitaria locale della Romagna, eseguito per sospetto mesotelioma, deponeva per: *“Mesotelioma pleurico bifasico. Esame istologico: A-B) Frammenti di mesotelioma sarcomatoide ed epitelioide infiltrante (mesotelioma bifasico). Si segnala che la quota sarcomatoide è nettamente prevalente. Le cellule neoplastiche sono risultate positive alle indagini immunoistochimiche con citocheratina 5-6, citocheratina 8, debolmente e focalmente con WT1 e negative con TIF1. Non evidenza di corpi ferruginosi dell'asbesto anche con colorazione istochimica Pearls”*.

- 30.10.2015 gli oncologi dell'IRST di Meldola suggerivano ciclo di chemioterapia e successivi controlli.

- 08.11.2015 - 14.11.2015, il [REDACTED] è stato ricoverato presso la UOC Medicina Interna

dell'Ospedale di Ravenna. 10.11.2015 TCAR torace: *"diffuso ispessimento pleurico a destra di aspetto nodulare in corrispondenza del campo medio in sede mantellare, in dorso-basale e a livello scissurale. In particolare, in corrispondenza del lobo superiore di destra si rileva lesione focale di circa 3x2 cm che determina lisi dell'arco medico posteriore della V costa. ... Millimetrico ispessimento anche della pleura parietale di sinistra specie in sede dorsale al campo inferiore"*.

- 17.11.2015 - 24.11.2015, nuovo ricovero presso UOC Medicina Interna dell'Ospedale di Ravenna, diagnosi: *"verosimile epatopatia da farmaci in mesotelioma trattato con chemioterapia in paziente recentemente ricoverato per tachibrillazione atriale sottoposta a cardioversione elettrica e affetto da ipertensione arteriosa, cardiopatia ipertensiva, diabete mellito tipo 2, ipercolesterolemia, intolleranza a optalidon e morfina"*.

- 26.11.2015 gli oncologi di Meldola indicavano discrete condizioni generali, suggerendo prosecuzione di Alinta in monoterapia stante la tossicità riportata dopo il primo ciclo, fino a normalizzazione delle transaminasi.

- 16.12.2015 - 21.12.2015 ricovero presso UO Malattie Infettive dell'Ospedale di Ravenna: *"Dispnea da Polmonite a focolai multipli in Paziente affetto da Mesotelioma recentemente sottoposto a CHT, Diabete mellito ID, ipertensione arteriosa, pregressa TPVS, tremore essenziale"*.

- 25.12.2015 - 05.01.2016, ricovero presso la UO di Pneumologia dell'Ospedale di Forlì con diagnosi: *"Polmonite da pneumococco in paziente in chemioterapia per mesotelioma pleurico destro bifasico"*.

- 20.01.2016 a controllo oncologico si suggeriva sospensione della terapia di prima linea stante le condizioni cliniche (dolore emitorace destro a livello scapolare, astenia, appetito conservato), dell'esito della PET (16.01.2016, aumento di estensione e gradiente metabolico in corrispondenza dei noti e multipli ispessimenti pleurici di destra, area focale di ipercaptazione a carico del soma di D12 compatibile in prima ipotesi con secondarismo) e delle tossicità riportate. Si consigliavano ulteriori accertamenti, terapie e controlli.

- 05.02.2016 controllo oncologico: si annotava negatività della RM encefalo del 21.01.2016 e non evidenza di chiare lesioni secondarie ossee alla colonna dorsale, suggerendo chemioterapia.

- In data 24.02.2016, il ██████████ è stato sottoposto a visita oncologica presso Humanitas. I sanitari rilevano: *"...Esposizione professionale all'asbesto. Allergia a Optalidon e Cibalgina. Ex fumatore (stop da molti anni). APR negativa. In luglio 2014 episodi bronco pneumonici, con iniziale evidenza di ispessimenti pleurici."*

- Il 07.03.2016 era effettuata visita radioterapica presso Humanitas, suggerendosi terapia a scopo antalgico a livello delle lesioni della V costa a destra.

- 23.03.2016 visita antalgica durante la quale si segnalava radioterapia in corso e dolore meglio controllato negli ultimi giorni.

- 06.04.2016 visita oncologica c/o Humanitas: lieve miglioramento del quadro respiratorio, dolore toracico in incremento non bene controllato dalla terapia antalgica in corso, radioterapia conclusa il 25 marzo; si suggerivano controlli.

- 11.05.2016: visita oncologica c/o Humanitas: dolore toracico destro lievemente attenuato, accentuazione di crisi simil epilettiformi, già presenti nei mesi scorsi, TC del 18.04.2016 con progressione epatica con nodulo singolo e comparsa di nodulo polmonare al LSS. Si suggeriva terapia di seconda linea.

- 19.05.2016 - 01.06.2016 ricovero presso la UO di Oncologia dell'Ospedale di Ravenna, diagnosi di

dimissione: “mesotelioma pleurico avanzato in trattamento chemioterapico”

- 09.06.2016 accesso presso PS Ospedale di Ravenna: “Anamnesi: in tratt per mesotelioma pleurico dx con secondarismi epatici e ossei, viene per dolore toracico e malessere”, quindi trasferito presso UOC Oncologia Ospedale Ravenna, dimesso in data 16.06.2016, con diagnosi: “mesotelioma pleurico con localizzazioni epatiche e ossee”.

- In data [REDACTED] il [REDACTED] è deceduto.”

1.2. Relativamente a tale *excursus*, le deduzioni attoree denunziano il ritardo di circa (e almeno) un anno della diagnosi tumorale; in particolare, secondo il medico legale di parte e le osservazioni da questi presentate alla perizia, la mancata diagnosi si realizzava “non solo nelle fasi iniziali quando per la specificità sindromica la diagnosi è difficoltosa, ma [...] anche in presenza di un quadro sintomatologico persistente e di segni strumentali evidenti e caratteristici.”

Sotto tale ultima angolatura prospettica, il CTU conferma come, nell’ambito dei trattamenti e ricoveri subiti dal [REDACTED] dall’ottobre 2014 le risultanze strumentali e, in specie gli esiti dell’angio TC del 21.10.2014, rilevassero un minimo ispessimento pleurico; tale rilievo, dall’analisi condotta dai periti sulle radiografie in atti, costituisce la prima manifestazione osservabile compatibile in astratto con la diagnosi di mesotelioma pleurico (vd, referto del 3.09.2014 “non evidenza di patologie pleuroparenchimali in atto”), e pertanto non è possibile retrodatare a momenti anteriori la dedotta omissione colpevole (salve le considerazioni più avanti svolte in merito agli obblighi di sorveglianza). Come pure riconosciuto da parte attrice, il tipo tumorale in discorso è, infatti, tristemente caratterizzato da sintomatologia aspecifica ad esordio subacuto, tale quindi da non dare immediate evidenze cliniche della sua insorgenza.

Al punto che la risultanza dell’ispessimento pleurico non può comunque reputarsi bastevole a indiziare con sufficiente grado di univocità l’insorgenza della patologia e, quindi, a radicare un giudizio di responsabilità del personale sanitario a vario titolo coinvolto nel trattamento del *de cuius*, e ciò in quanto i pregressi episodi flogistici che avevano interessato il [REDACTED] nei mesi precedenti al 21.10.2014 ben potevano determinare esiti di minimo ispessimento pleurico e quindi giustificare, in prospettiva *ex ante*, la formulazione di un’ipotesi diagnostica fondata sulla correlazione tra quest’ultimo e le infezioni bronchiali.

A tal ultimo proposito, valga la pena ribadire le repliche dei periti alle osservazioni del CTP di parte attrice, richiamate da quest’ultima in sede di precisazione conclusioni e incentrate sulla critica del rilievo indiziario dato dai periti alla responsabilità del [REDACTED] al trattamento farmacologico somministrato anteriormente e posteriormente al 21.10.2014.

Basterà, infatti, rilevare come i referti laboratoristici evidenziarono *“la positività della ricerca di IgM anti Mycoplasma, il rilievo strumentale di tree-in-bud pattern e il rilievo clinico di organizing pneumonia, quadro che può avere diverse origini, tra le quali quelle infettive e anche da Mycoplasma Pneumoniae, ma che riflette una condizione di flogosi a carico degli spazi alveolari e dei bronchioli, derivante da un danno polmonare”*.

Tale riscontro, unitamente al rilievo della positiva responsività del [REDACTED] alla cura steroidea e antibiotica, non potevano, quindi, che condurre, a seguito della formulazione dell'ipotesi diagnostica sopra divisata, pure alla sua conferma empirica, radicando definitivamente e legittimamente il convincimento, in capo al personale sanitario coinvolto, della correttezza dell'approccio diagnostico assunto e del trattamento terapeutico intrapreso.

Del resto, secondo l'ampia letteratura scientifica riportata dai periti, appare unanime il giudizio di forte difficoltà diagnostica del mesotelioma pleurico, nei suoi vari istotipi (sarcomatoide, bifasico e epiteliale) affidata essenzialmente agli esiti istologici di campioni prelevati sul tessuto polmonare; oltreché della sua proiezione prognostica, tale da lasciare pressoché nulle possibilità di salvezza (vd. perizia p. 35 *“Un recente studio condotto su oltre 4200 soggetti affetti da mesotelioma pleurico ha documentato come la sopravvivenza media in presenza di una diagnosi istologica di mesotelioma di tipo epitelioide era di 14,4 mesi; in presenza di una diagnosi istologica di mesotelioma di tipo bifasico (epitelioide-sarcomatoide) la sopravvivenza è stata di 9,5 mesi e in presenza di una diagnosi istologica di mesotelioma di tipo sarcomatoide la sopravvivenza è stata di 5,3 mesi. Il trattamento chirurgico ha migliorato la sopravvivenza in caso di mesotelioma epitelioide (20,9 mesi) e in parte anche in caso di mesotelioma bifasico (14,5 mesi) ma non in presenza di un mesotelioma sarcomatoide (11,2 mesi)”*).

Sotto il profilo della valutazione della dedotta colpa professionale in capo al personale sanitario operante presso la struttura convenuta, può pertanto concludersi nel senso dell'assenza di profili di negligenza o imperizia nell'approccio diagnostico del [REDACTED], in quanto la complessiva rappresentazione clinica disponibile al momento degli accertamenti condotti nell'autunno del 2014, ancorché caratterizzata da recidivanze susseguitesisi con brevi scarti temporali, era tale da indurre legittimamente verso una diagnosi di tipo infettivo e, comunque, tale da non suggerire la necessità di approfondimenti diagnostici invasivi, quali quelli necessari a rilevare la patologia maligna poi riscontrata.

1.3. Tale conclusione non muta neppure valorizzando il dato relativo all'anamnesi lavorativa del [REDACTED] soggetto professionalmente esposto all'amianto negli anni dal 1969 al 1989.

Secondo l'attore *“la convenuta, Azienda USL Romagna, ha violato l'obbligo di sottoporre il paziente a sorveglianza sanitaria che avrebbe permesso la diagnosi precoce del mesotelioma in un periodo antecedente all'anno*

2013, nel quale il paziente aveva già i sintomi propri del mesotelioma e anche degli ispessimenti pleurici e strie disventilatorie, che a tutti gli effetti dovevano essere configurate come prova biologica della presenza di una neoplasia in atto, e, perciò stesso, con elevata probabilità di guarigione del paziente”.

Si tratta, però, di deduzione tautologica.

L’obbligo di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti all’amianto trova fonte attualmente nell’art. 259 D.lgs. 81/2008 (già art. 29 c. 4 del D.Lgs 277/91, art. 59 *quinquiesdecies* del D.Lgs. n. 257/2006) (“1. I lavoratori addetti alle opere di manutenzione, rimozione dell’amianto o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica delle aree interessate di cui all’articolo 246, prima di essere adibiti allo svolgimento dei suddetti lavori e periodicamente, almeno una volta ogni tre anni, o con periodicità fissata dal medico competente, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria finalizzata anche a verificare la possibilità di indossare dispositivi di protezione respiratoria durante il lavoro. 2. I lavoratori che durante la loro attività sono stati iscritti anche una sola volta nel registro degli esposti di cui all’articolo 243, comma 1, sono sottoposti ad una visita medica all’atto della cessazione del rapporto di lavoro; in tale occasione il medico competente deve fornire al lavoratore le indicazioni relative alle prescrizioni mediche da osservare ed all’opportunità di sottoporsi a successivi accertamenti sanitari. 3. Gli accertamenti sanitari devono comprendere almeno l’anamnesi individuale, l’esame clinico generale ed in particolare del torace, nonché esami della funzione respiratoria. 4. Il medico competente, sulla base dell’evoluzione delle conoscenze scientifiche e dello stato di salute del lavoratore, valuta l’opportunità di effettuare altri esami quali la citologia dell’espettorato, l’esame radiografico del torace o la tomografia assiale computerizzata. Ai fini della valutazione di cui al primo periodo il medico competente privilegia gli esami non invasivi e quelli per i quali è documentata l’efficacia diagnostica.”) il quale detta prescrizioni di tipo cautelare-specifico con finalità preventiva la cui efficacia causale, rispetto al dedotto ritardo diagnostico, deve essere dimostrata da parte dell’attore; e tale dimostrazione non vi è evidentemente stata, essendo restato non provato che, ove tali prescrizioni cautelari fossero state osservate, la patologia sarebbe stata diagnosticata in anticipo rispetto all’ottobre del 2015; e ciò, pur tacendo la circostanza secondo cui, invero, la prescrizione attentiva, nel suo contenuto normativo-tipico, (controlli cadenzati; esami diagnostici) sembra essere stata per vero osservata in tutto il periodo preso in considerazione dalla domanda.

Più precisamente, delle due l’una: o la violazione cautelare che si imputa alla AUSL è indicata come fonte di un illecito autonomo rispetto a quello dedotto *principaliter* (formulabile nel senso che l’omessa sorveglianza sanitaria ha impedito di giungere ad una diagnosi precoce, anche anteriormente al 2013) e allora trattasi di deduzione inammissibile in quanto formulata in via congetturale, completamente

sganciata da elementi di fatto quali, ad es., precedenti e circostanziati episodi toracici tali da indicare il momento di effettiva o presumibile insorgenza della patologia; ovvero, la deduzione si inserisce a rinforzo della già dedotta negligenza professionale, indicando *ad addendum* un parametro cautelare specifico alla cui stregua ulteriormente valutare l'operato dei sanitari. Sotto tale ultima prospettiva, l'unica astrattamente ammissibile, le considerazioni da svolgere si collocano su un duplice piano di analisi.

In primo luogo, come si è detto, il contenuto prescrittivo della normativa risulta, di fatto, essere stato osservato, avendo il personale sanitario sottoposto il ██████████ a svariati esami ed accertamenti, tali però da escludere l'insorgenza della patologia. Sotto tale profilo, la deduzione attorea secondo cui il ██████████ fu sottoposto a "*ben 19 indagini radiologiche, una ecografia del torace, 13 radiografie del torace e 5 TC senza che i sanitari operassero una corretta diagnosi*" può essere perfettamente ribaltata nel senso di rimarcare la conformità dell'operato dei sanitari alle prescrizioni attentive sopra dette.

In secondo luogo, deve effettivamente rilevarsi che tali esami ed accertamenti non appaiono essere stati condotti nel quadro preventivo specificamente individuato per i lavoratori esposti all'amianto, risultando, anzi, il rilievo anamnestico-professionale del ██████████ venuto in luce solo in occasione degli accertamenti istologici del 2015. Allora, potrebbe ridursi il richiamo alla omessa "sorveglianza sanitaria", per come dedotto dall'attore, al mero rilievo di un profilo di colpa medica consistente nell'omissione di idonea e tempestiva indagine anamnestica sulla occupazione lavorativa del ██████████, che avrebbe permesso di acquisire il dato dell'esposizione all'amianto già in occasione dei primi ricoveri nel 2013 e 2014. Però - si ritiene - la deduzione di un tale più circoscritto (e preciso) profilo omissivo, anche ipotizzandone l'ammissibilità in rapporto alle allegazioni sviluppate dagli attori, non consente comunque di addivenire alla formulazione di un giudizio di responsabilità sanitaria.

Infatti, anche ipotizzando la tempestiva acquisizione del dato anamnestico-professionale del ██████████ gli accertamenti dell'autunno 2014, che rilevarono il primo lieve ispessimento pleurico e che astrattamente avrebbero potuto indiziare una diagnosi di mesotelioma, si sarebbero con ogni probabilità arrestati comunque al riscontro clinico della responsività del ██████████ alla terapia antibiotica e steroidea, in accordo agli esiti laboratoristici che avevano permesso di riscontrare i pregressi episodi infettivi a livello polmonare. Del resto, ciò sarebbe avvenuto conformemente alla *ratio* delle prescrizioni cautelari dettate in tema di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti all'amianto, là dove si precisa che, ai fini della valutazione sull'opportunità di svolgere approfondimenti diagnostici, il medico deve optare preferibilmente per accertamenti di tipo non invasivo quali tipicamente sono, invece, quelli istologici

necessari alla diagnosi del mesotelioma.

Difetta, in definitiva, la necessaria caratterizzazione colposa (ex art. 1218 c.c., cfr. Cass. 20812/2018) dell'operato dei sanitari operanti nella struttura convenuta e coinvolti nella vicenda clinica del [REDACTED] ciò che è sufficiente al rigetto integrale delle domande - principali e subordinate - di parte attrice, con assorbimento delle ulteriori questioni di fatto dedotte in citazione, inerenti il piano del nesso di causalità.

1.3. Comunque, anche relativamente a tale piano di indagine, la perizia ha escluso, sulla scorta di ampia letteratura scientifica, la validità dell'assunto attoreo, alla base del proposto ragionamento controfattuale, relativo all'efficacia causale dell'anticipazione diagnostica rispetto all'*exitus* del 23.07.2016, cosicché non è possibile affermare né la sussistenza di un nesso di causa tra la dedotta omissione (non colposa, come detto) e la morte del [REDACTED] (che sarebbe sicuramente comunque intervenuta a causa dell'incurabilità, allo stato delle conoscenze medico-scientifiche, del mesotelioma pleurico; sul punto si rimanda all'ampia documentazione scientifica riportata in perizia), né la sussistenza di un nesso di causa tra la medesima omissione e la pretesa *anticipazione* della morte del [REDACTED] *eventus damni* in concreto non riscontrato dai periti che ipotizzano, anche in caso di diagnosi tumorale resa nell'autunno 2014, una prospettiva di sopravvivenza di circa 21 mesi (luglio 2016, momento effettivo della morte).

E non è superfluo aggiungere, alla luce della così illustrata eziologia del fatto, che non appare sensato discorrere utilmente di *chance*, dal momento che i periti non riconoscono radicalmente la sussistenza di alcuna correlazione causale né con l'evento-morte (o anticipazione della morte; o stabilizzazione; o migliore qualità della vita), né con altri sub-eventi di danno caratterizzati da incertezza probabilistica alla cui stregua operare valutazioni in termini di *chance* perduta. La neutralità eziologica della tempestività della diagnosi, in conclusione, è tale da escludere rilievo ad ognuna delle deduzioni attoree poste a sostegno delle singole domande, anche relativamente al principio di cui a Cass. 2042/2005, essendo evidente che - anche ove si fosse ritenuto necessario un approfondimento diagnostico nell'ottobre 2014, con prelievo istologico, ancorché non prescritto da alcuna fonte cautelare specifica - ciò non avrebbe mutato il corso degli eventi.

1.4. Alla luce di quanto detto, deve poi reputarsi infondata la domanda autonoma di risarcimento fondata sulla violazione degli obblighi informativi prescritti dal Codice di Deontologia Medica, con i conseguenti dedotti pregiudizi morali subiti dal [REDACTED] causa della tardiva rappresentazione delle sue reali condizioni di salute, essendosi appunto stabilito, ad esito del presente accertamento, come non

sia possibile formulare specifici addebiti di colpa in capo al personale sanitario operante presso la struttura convenuta.

1.5. Tali conclusioni, tratte dagli esiti della CTU in forza della sua esaustività, chiarezza espositiva e coerenza logica interna, consentono quindi di giustificare il diniego all'ammissione di ulteriori istanze istruttorie o alla rinnovazione della perizia o, comunque, alla rimessione della causa in istruttoria, essendosi acquisite le informazioni necessarie ed utili ad una compiuta disamina del merito della controversia.

2. Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo, applicandosi quale valore di causa, siccome ritenuto indeterminabile all'atto di iscrizione a ruolo, quello risultante per la causa di scaglione fino a 520.000,00, in ragione della complessità delle questioni trattate (art. 5 ult. co. d.m. 55/2014).

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- Rigetta integralmente tutte le domande, principali e subordinate;
- Condanna le parti attrici [REDACTED] a rimborsare, in solido, alle parti convenute costituite AUSL ROMAGNA, OSPEDALE SANTA MARIA DELLE CROCI, OSPEDALE G.B.MORGAGNI, OSPEDALE UMBERTO I le spese di lite, che si liquidano complessivamente per tutte tali parti in € 21.387,00 per compensi professionali, oltre rimb. forf. spese generali, c.p.a. e IVA come per legge.

Ravenna, 22 febbraio 2021

Il Giudice  
dott. Paolo Gilotta