**N. R.G. 4213/2020**

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**TRIBUNALE ORDINARIO di ANCONA**

SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Pietro Merletti
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **4213/2020** promossa da:

*Parte_1* (C.F. ), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente il difensore avv.
*Parte_2* (C.F. ), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente il difensore avv.

ATTORE/I

contro

*Controparte_1* (C.F. *P.IVA* ), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente domiciliato in il difensore avv.

CONVENUTO/I

(C.F. ), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.
TERZO CHIAMATO

(C.F. ), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.
INTERVENUTO

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

**Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione**

I figli ed eredi di *Persona_1* hanno preso contro la *CP_1* davanti al Tribunale di Ancona le seguenti conclusioni: accertata la responsabilità dell' *Organizzazione_1* nella causazione dei danni subiti da *Persona_1* e degli odierni attori, condorrai la *CP_1* al risarcimento dei danni in favore degli attori dei danni non patrimoniali tutti da questi subiti, quantificati nella somma ciascuno di euro 407 753, 34, o in via subordinata per perdita di chances. La sera del 31 dicembre 2010 la signora *[...] Per_1* , già sottoposta ad intervento di protesi d'anca e bypass per arteriopatia obliterante alla gamba destra, nonché incorsa in episodi di ictus cerebri, andava incontro a caduta accidentale presso la sua abitazione. Trasportata al pronto soccorso dell'ospedale di era quivi riscontrata una frattura metadiafisaria tibia e perone sinistro. il 1 gennaio 2011 venne ricoverata presso il reparto di



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

ortopedia e traumatologia a [redacted] dove in data 3 gennaio 2011 venne sottoposta ad intervento chirurgico di osteosintesi ed immobilizzazione in valva gessata. A pochi giorni di distanza da tale intervento, la paziente manifestava dispnea, correlata agli addensamenti parenchimali polmonari rilevati ai raggi, manifestava insufficienza renale e positività all'unico indice di flogosi indagato, fibrinogeno. Era somministrata profilassi antibiotica intra operatoria; non venivano somministrati altri antibiotici sino al 7 gennaio 2011 e nulla è dato sapere sulle condizioni della ferita chirurgica in tale periodo.il 9 gennaio 2011 la paziente venne trasferita al reparto di medicina interna sempre a [redacted] dove, di concerto con la prosecuzione delle cure, la paziente manifestava, in aggiunta alla persistente dispnea, tosse stizzosa, broncospasmo, disfagia e febbricola, mentre L'E.O. Rilevava crepiti, sibili, ronchi, riduzione del M V, gemiti respiratori; persistevano inoltre insufficienza renale e positività al fibrinogeno, ipocalcemia, ipoproteinemia. La terapia antibiotica era eliminata in data 15 gennaio 2011 malgrado la persistenza di un quadro clinico strumentale di impegno polmonare. L'arto inferiore nel frattempo era causa di intenso dolore non controllabile farmacologicamente. Il 7 febbraio 2011, in queste condizioni, la paziente era trasferita presso la residenza sanitaria assistita dell'ospedale di [redacted] al ricovero, la paziente versava in condizioni generali ulteriormente scadute; MV ridotto su tutto l'ambito polmonare, crepitii bilaterali e rantoli. La visita dermatologica evidenziava la presenza di una lesione da decubito sovramalleolare esterna al piede sinistro; durante la visita ortopedica di controllo eseguita il 19 febbraio 2011 erano prescritti esami per valutazione degli indici di flogosi ( PCR in particolare ) che non erano effettuati dai sanitari della *Orgà* Al successivo controllo del 12 marzo 2011 era descritta l'infezione della ferita chirurgica a livello della caviglia sinistra, con conseguente dei scienza della ferita chirurgica e secrezione purulenta; il consulente ortopedico consigliava il trasferimento in reparto specialistico. Il 12 marzo 2011 la paziente venne ricoverata presso il reparto di ortopedia dell'ospedale di [redacted] sottoposta a trattamento antibiotico variabile sulla base degli esami colturali sulla ferita chirurgica infetta, trattamento VAC tutti i giorni programmato e mai eseguito, medicazioni.persistevano flogosi, dolore urente intenso, secrezioni a livello della ferita, versamento pleurico, insufficienza renale, ipoproteinemia, ipocalcemia, iperpotassiemia. Il 23 marzo 2011 la paziente era medicata da un medico. Il 26 marzo 2011 la paziente versava già in condizioni critiche; pressione arteriosa irrilevabile, anurica, ipossiemica, scompenso cardiaco, acidosi metabolica scompensata. Il 27 marzo 2011, in condizioni di shock settico, ipossiemica, dispnoica, oligoanurica, la paziente era trasferita in rianimazione, e nonostante la consulenza chirurgica non ponesse indicazione all'intervento, il 31 marzo 2011 era sottoposta ad amputazione all'arto sinistro, moriva il giorno [redacted] gli attori ipotizzavano la sussistenza di un danno di natura iatrogena in capo alla paziente, talmente grave da aver condotto la paziente alla morte; evidenziavano la sussistenza di seria criticità nell'operato dei sanitari che ebbero in cura la paziente. L'accertamento tecnico preventivo consentiva di appurare violazione delle più basilari norme di asepsi, comportamento al quale il consulente tecnico ha ricondotto lo sviluppo in capo alla paziente di due infezioni nosocomiali; nel ritardo diagnostico in cui sono incorsi i sanitari e nell'incongrua gestione delle due infezioni contratte dalla paziente; la sussistenza in capo alla paziente di un danno di natura iatrogena. Chiedevano infine la condanna per lite temeraria ed ingiustificata resistenza della *CP_1* . La *CP_1* si costituisce contestando integralmente l'atto di citazione in quanto completamente infondato sia in fatto che in diritto chiedendone il rigetto con il favore delle spese. Effettivamente la madre degli attori di anni 83 all'epoca degli eventi il 1 gennaio 2011 venne ricoverata presso il reparto di ortopedia e traumatologia dell'ospedale di [redacted] per frattura scomposta metadiafisaria tibia e perone sinistro provocata da una caduta accidentale del giorno precedente presso la sua abitazione, mentre deambulava con girello. Risultava all'anamnesi patologica remota arteriopatia obliterante agli arti inferiori ed intervento di bypass alla gamba destra, episodi di ictus cerebrali e artroprotesi anca bilaterale. il 3 gennaio la paziente venne sottoposta a intervento di riduzione e osteosintesi della frattura scomposta al terzo distale tibia sinistra con chiodo endomidollare e della frattura scomposta del perone della gamba sinistra con filo di Kirschner introdotto per via percutanea. L'intervento non presentò alcuna complicazione. In data 7 gennaio 2011 comparve febbricola e dispnea, per cui si rese necessaria consulenza internistica e la radiografia al torace evidenziò un disomogeneo addensamento parenchimale polmonare medio superiore destro a prevalente componente interstiziale, per cui alla paziente venne somministrata terapia antibiotica. Il 9 gennaio 2011 a causa del persistere della febbricola la paziente venne trasferita nel reparto di



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

medicina [redacted] di [redacted] Gli accertamenti di laboratorio evidenziarono anemia macrocistica e leucocitosi neutrofila, alterazioni delle funzionalità renali. Durante la degenza in medicina, la paziente presenta frequenti episodi di riacutizzazione di flogosi bronchiali e un peggioramento della disfagia per esiti da ictus, e dunque già presente a domicilio, secondari fenomeni di Ab-ingestis, per cui venne sospesa l'alimentazione orale e iniziava quella parenterale. Il trattamento effettuato con terapia antibiotica e diuretica risolvevano la sintomatologia ed anche il controllo in sala gessi in data 20 gennaio 2011 per la rimozione dei punti di sutura e visita ortopedica e in data 7 febbraio 2011 non segnalavano nel lesioni flogosi cutanee, per cui la paziente venne dimessa per essere trasferita presso la residenza sanitaria assistita di [redacted] non essendoci le condizioni per inviare l'anziana paziente al domicilio. al momento della dimissione, la paziente presentò un soddisfacente compenso emodinamico, la risoluzione della sintomatologia respiratoria e della polmonite ed un miglioramento della funzionalità renale. Al successivo controllo in sala gessi, in data 12 marzo 2011, la paziente presentò dei scienza della ferita chirurgica, in sede della caviglia. Le lesioni cutanee da decubito, anche calcaneare, con sovrapposizioni batteriche documentate dall'antibiogramma, che dava esito appositi attività per stafilococco aureo, comportavano la necessità di un nuovo ricovero in ortopedia per la terapia antibiotica e medicazioni quotidiane della ferita a seguito di curretage. In data 27 marzo 2011, nonostante le cure e le terapie mediche appropriatamente prestate, le condizioni cliniche generali del paziente si aggravarono per cui venne trasferita al reparto di rianimazione. La mattina del 28 marzo 2011, visto l'aggravarsi della insufficienza respiratoria, i medici decisero per la situazione e la intubazione oro tracheale, per cui la paziente venne messa in ventilazione meccanica.nei giorni successivi la paziente venne trattata secondo i protocolli per lo stato di shock settico, venne sottoposta a trasfusione, somministrazione di diuretici ad alte dosi, infusioni di ammine per sostenere il circolo, antibiotici mirati ad ampio spettro. La consulenza ortopedica del giorno 30 marzo 2011, pose l'indicazione dell'amputazione dell'arto per gangrena secca. Venne poi portata nel reparto in rianimazione, con i parametri vitali in miglioramento. In data [redacted] a seguito di peggioramento delle condizioni generali, oligoanuria e acidosi metabolica scompensata, la paziente decedeva. La prova del nesso di causalità non può riposare sulla consulenza di parte attrice. Non si ravvisano nella fattispecie quegli elementi che possono configurare una responsabilità per infezione non so commerciale, dovendosi invece ricondurre la fattispecie alla naturale evoluzione delle condizioni di salute della paziente, già compromesse alla data dell'intervento chirurgico di riduzione e osteosintesi della frattura scomposta della tibia e perone della gamba sinistra.la paziente, ottantatreenne all'epoca dei fatti, non era in buone condizioni di salute per pregressi episodi di ictus cerebrale, arteriopatia obliterante agli arti inferiori, intervento di bypass alla gamba destra, disfagia per esiti di ictus. Anche le complicazioni respiratorie per la polmonite erano presi stenti, come risulta dagli accertamenti radiografici tempestivamente eseguiti in data 7 gennaio 2011. Nel quadro clinico già compromesso, si rese necessario l'intervento di riduzione della frattura scomposta della paziente, caduta accidentalmente in casa mentre deambular con l'ausilio di un girello. I fatti depongono dunque non già per un'infezione nosocomiale, quanto piuttosto per le complicanze prevedibili ma non prevenibili di un intervento chirurgico a seguito di caduta di un paziente anziano in condizioni di salute già compromesse, per cui è verosimile ipotizzare una contaminazione cutanea tardiva di lesioni cutanee; abrasioni, decubiti in paziente con disturbi circolatori agli arti inferiori a ferita chirurgica e con notevoli difficoltà di movimentazione attiva e passiva che predispone a decubiti ed a soluzioni di continuità dell'epidermide con esposizione secondaria ad agenti infettivi esterni frequentemente presenti sulla cute indipendentemente dall'ambiente ospedaliero, come lo stafilococco aureo che è un saprofita piuttosto comune della pelle. La terapia TIA obliterante ed il precedente intervento di bypass alla gamba destra depongono altresì per una naturale evoluzione della patologia verso l'amputazione; quindi nessuna responsabilità è ravvisabile in capo all'ente ospedaliero, in quanto tutto il personale medico che ha assistito la paziente ha operato in maniera corretta, nel pieno rispetto di tutte le procedure necessarie al caso di specie ed adoperando tutte le accortezze necessarie, in relazione alla patologia della paziente. la stessa consulenza tecnica di ufficio ammette che sono il 30% delle infezioni ospedaliere in sorte, secondo gli studi effettuati, sono prevedibili, con conseguente abbassamento dei costi e miglioramento del servizio sanitario. il consulente riconosce che le infezioni ospedaliere sono complicazioni prevedibili, ma non completamente prevenibili, se non nella misura del 30%, il che ha sicuramente valenza in ordine alla condotta dei sanitari. Il consulente conclude che pur



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

emergendo elementi di censura nell'operato dei sanitari, viste le condizioni comunque scadute del paziente, non appare sostenibile in termini di certezza che una diagnosi più tempestiva ed un trattamento più congruo avrebbe evitato il decesso, anche se avrebbe comunque in termini di elevata probabilità procrastinato la morte. pertanto l'unica conseguenza della condotta dei sanitari e la probabile anticipazione del decesso, senza alcuna specificazione della minore durata della vita. Pertanto, contesta anche la quantificazione dei danni operata dagli attori, e la lite temeraria, ritenendo infondate le pretese attore. Condotta istruttoria con prova per testi, e rifiutata una proposta conciliativa del giudice,le parti precisavano le conclusioni, e concessi i termini per le memorie conclusionali la causa veniva spedita a sentenza e trattenuta in decisione.Secondo quanto afferma il consulente tecnico di parte, nella sintesi che ne fa il Consulente tecnico di ufficio, la vicenda è riassumibile nella complicazione infettiva della ferita chirurgica in una paziente anziana che, sebbene portatrice di esiti di patologie croniche, al momento dell'infortunio stava deambulando in casa. La frattura biossea di gamba sinistra si era realizzata senza soluzione di continuità dei tessuti superficiali e cutanei – l'infezione da stafilococco aureo ( M R s A) è avvenuta, come tipicamente accade, a causa di un'infezione nosocomiale, veicolata con ogni evenienza dalle manovre degli strumenti chirurgici. L'infezione in sede locale è evoluta nel mentre la parte era bendata e medicata, per la gran parte del tempo senza suscitare l'interesse dei sanitari che di volta in volta si sono succeduti nella cura della paziente. Anche allorché la paziente ha manifestato complicanze polmonari di tipo evidentemente settico, il trattamento specifico antibiotico è stato condotto empiricamente, (non coltura del broncoaspirato) e solo per pochi giorni (glazidim dal 7 al 15 febbraio) . La stessa monitorizzazione degli indici di flogosi non è stata effettuata (non si ritiene di poter qualificare in tal senso il dosaggio del fibrinogeno) . È evidente che in tale situazione l'attenzione dei sanitari è stata richiamata solo allorché la situazione locale era ormai in condizioni drammatiche (esposizione degli strumenti di sintesi e delle stesse ossa). Non già di gangrena secca si tratta bensì di gangrena umida che ha portato alla necrosi dei tessuti dell'intero arto inferiore in breve tempo ; la signora è deceduta per uno shock settico conseguente ad un'infezione nosocomiale ascrivibile in prima istanza alla mancata osservanza delle norme di asepsi e alla mancata adozione delle misure diagnostico terapeutiche (si pensi alla più volte programmata e mai eseguita VAC ) che avrebbero evidentemente cambiato la storia naturale e risparmiato la vita alla paziente. Viceversa per il direttore unità operativa di Anestesia e rianimazione terapia antalgica dell *CP_2* di [redacted] l'intervento non ebbe complicazioni, la gangrena era secca, gli esami colturali sulla ferita eseguiti, e la paziente fu presa in carico dal reparto quando lo shock settico era in atto. Fu trasfusa e le furono somministrati diuretici ad alte dosi. La relazione dell'unità operativa di medicina interna , ove fu trasferita il 9 gennaio 2011 per comparsa di dispnea a riposo, febbricola e riscontro all 'esame radiografico di un disomogeneo addensamento parenchimale in sede media superiore destra, a prevalente componente interstiziale, compatibile con lesione flogistica in atto e segni diffusi di ispessimento dell'interstizio polmonare . Il 7 febbraio 2011 la paziente venne dimessa da Medicina e trasferita alla *Orga* con la seguente diagnosi: polmonite destra; cardiopatia arteriosclerotica complicata da scompenso cardiaco congestizio; frattura scomposta di tibia e perone di sinistra, sottoposta a condizione chirurgica di osteosintesi; disfagia in esiti di ictus cerebri; arteriopatia obliterante degli arti inferiori. All'ingresso nella unità operativa di medicina, il 9 gennaio 2011, all'esame obiettivo la paziente si presentava vigile, parzialmente orientata e collaborante e l'obiettività polmonare confermava quanto evidenziato dall'esame radiologico del torace; crepitazioni basali bilaterali prevalenti a destra, con l'elettrocardiogramma si evidenziavano anomalie della ripolarizzazione ventricolare del tipo sovraccarico sistolico Vsx Durante la degenza peggioramento della deglutizione, difficoltà già presente prima del ricovero, e frequenti episodi di riacutizzazione di flogosi bronchiale, secondari a fenomeni di ab- ingestis, per cui fu sospesa l'alimentazione orale ed iniziata quella parenterale. Con la terapia antibiotica iniziata il 7 Gennaio e sospesa il 19 gennaio 2011 ( ceflazidima 2. Gr e [redacted] al dì) e la terapia diuretica Risoluzione della sintomatologia e miglioramento del quadro clinico laboratoristico e radiologico.in data 20 gennaio consulenza ortopedica con rimozione dei punti di sutura.non è stata segnalata la presenza né di lesioni né di flogosi cutanee. Al 7 febbraio 2011 è stata trasferita alla [redacted] di [redacted] Al momento della dimissione dall'unità operativa di medicina presentava un soddisfacente compenso emodinamico ( BNP 69) , la risoluzione della sintomatologia respiratoria e della polmonite, il miglioramento della funzionalità renale, proseguivano i disturbi della deglutizione e quindi proseguiva



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

con la nutrizione parenterale. Dalla redazione clinica redatta dai medici dell'equipe dell'unità ospedaliera ortopedia e traumatologia dell'ospedale di [redacted] si apprende che il primo gennaio 2011 si ebbe il ricovero con diagnosi di frattura scomposta terzo distale gamba sinistra.all'ingresso in reparto veniva posizionata trazione trans scheletrica al calcagno dell'arto inferiore sinistro. All'anamnesi patologica remota si segnalava: arteriopatia obliterante agli arti inferiori ed intervento di bypass alla gamba destra, intervento di artroprotesi anca bilaterale; episodi di ictus cerebrale. All'anamnesi patologica prossima: caduta accidentale in casa, deambulazione con girello. Il 3 gennaio 2011 fu sottoposta, previa somministrazione pre operatoria di *Org_3* 2 g come profilassi antibiotica, ad intervento chirurgico di riduzione ed osteosintesi della frattura al terzo distale tibia sinistra con chiodo endomidollare e della frattura scomposta del perone della gamba sinistra con filo di *Org_4* introdotto per via percutanea. Il 4 gennaio fu sottoposta al controllo radiografico post operatorio. Si mendicavano le ferite chirurgiche al ginocchio sinistro e gli accessi percutanei per le viti del chiodo ed il filo, si confezionava quindi valva gessata a stivaletto sinistro. Il 7 gennaio 2011 comparsa di febbricola e dispnea per cui eseguiva consulenza interni stica e raggi al torace refertati: disomogeneo addensamento parenchimale polmonare medio superiore destro a prevalente componente interstiziale compatibile con lesione flogistica in atto. In considerazione della febbricola, del dispnea e del quadro radiografico su consiglio dell'internista si somministrava alla paziente terapia antibiotica con *Org_5* 2GRX 2/die. Il 9 gennaio 2011 per il persistere di febbricola ed in virtù del quadro radiografico polmonare la paziente era trasferita in medicina per proseguimento delle cure e si prenotavano i successivi controlli ortopedici.il 20 gennaio 2011 fu valutata in sala gessi: medicazione e rimozione punti: va bene. Torna il 14 febbraio 2011 ore 8:00 in sala gessi per raggi, gamba sinistra e visita ortopedica. Il 7 febbraio 2011 fu dimessa dal reparto di medicina per risoluzione della sintomatologia con diagnosi di polmonite destra in frattura scomposta di tibia e perone sinistro sottoposta ad intervento di osteosintesi, scompenso cardiaco in cardiopatia aterosclerotica, disfagia in esiti di ictus cerebrale, arteriopatia obliterante agli arti inferiori. Nella lettera di dimissione si rilevava quale problema associato riscontrato durante la degenza, peggioramento della disfagia già presente a domicilio per cui la paziente veniva alimentata attraverso nutrizione parenterale. Il 12 marzo 2011 visitata in sala gessi si rilevava dei scienza ferita chirurgica regione mediale e laterale caviglia sinistra con esternalizzazione della testa della vite malleolare immobilizzata e del filo peroneale. Presenza di secrezione purulenta e tessuto fibroso regione laterale caviglia sinistra.si esegue tampone della ferita per antibiogramma, curretage delle ferite, rimozione della vite malleolare e del filo. Medicazione. Posizionata valva gessata. Ricovero in ortopedia. L'esame culturale dava esito positivo per stafilococco aureo e si somministrava quindi terapia antibiotica come suggerito dall'antibiogramma. Dal 13 marzo 2011 al 23 marzo 2011 la paziente proseguiva la terapia medica antibiotica, con medicazioni quotidiane della sofferenza cutanea alla caviglia, piede sinistro valutando se fosse il caso di eseguire la VAC terapia in rapporto al decorso clinico della lesione. Il 24 marzo 2011 consulenza dermatologica con diagnosi di varie lesioni da pressione piede sinistro con consiglio terapeutico di medicazione con *Org_6* da eseguire e scaricato mia del tallone sinistro che veniva programmata, che non è stato possibile seguire per il deteriorarsi delle condizioni cliniche generali della paziente. Il 27 marzo 2011 e trasferimento in rianimazione per l'aggravarsi delle condizioni cliniche generali nonostante le terapie mediche.il 30 marzo 2011 chiari segni di ischemia dell'arto inferiore sinistro, arto oramai da indicazione di amputazione. il 30 marzo 2011 consulenza del chirurgo che rilevava gangrena secca arto inferiore sinistro con esposizione ossea e date le condizioni generali non si pone indicazione all'intervento di amputazione. 31 marzo 2011 sottoposta ad intervento chirurgico di amputazione di coscia sinistra per gangrena secca alla gamba sinistra [redacted] decesso da quanto descritto si evince che la paziente ha lasciato il reparto di ortopedia il 7 gennaio 2011 con ferite chirurgiche asciutte ed in ordine e che alla ulteriore medicazione del 20 gennaio 2011 si presentavano guarite. Al rientro in ortopedia presentava lesioni cutanee da decubito anche calcaneare con sovrapposizione batterica documentata dagli esami eseguiti al momento del ricovero e trattata poi con in base all'antibiogramma, per cui è verosimile ipotizzare una contaminazione cutanea tardiva di lesioni cutanee. Il nursing e la medicazione delle ferite e dei decubiti sono stati eseguiti regolarmente monitorandone l'andamento con assiduità ed avvalendosi anche della consulenza del dermatologo. Se si fossero verificate le condizioni tissutali per applicare la VAC terapia la avrebbero installata tempestivamente, trattandosi di un presidio che ortopedia utilizza



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

abitualmente quando se ne presenta la specifica indicazione.la profilassi antibiotica è stata regolarmente eseguita e la terapia antibiotica è sempre stata somministrata in base agli esami colturali + a.b.g.a dosaggi appropriati. Il Ctu ritiene corretta la fase di cure ricevute in ortopedia. Non essendo stata la frattura biossea di tibia e perone esposta, ovvero non avendo lesionato i tessuti molli circostanti fino a determinare la fuoriuscita delle ossa stesse, non è prevista dalle linee guida l'antibioticoterapia . Tale terapia invece è stata correttamente posta in essere in acuto in sala operatoria tramite infusione di fiale di *Org_3* a, il cui principio attivo è in grado di contrastare infezioni dell'apparato respiratorio, genito-urinario, infezioni ostetrico ginecologica, cutanee dei tessuti molli, otorinolaringoiatrica, oftalmologiche, gastroenterologiche, epatobiliari, osteo-articolari, appendicite, peritonite, setticemie, endocarditi; procedura antibiotica eseguita in quanto i tessuti aperti per procedere all'intervento chirurgico sono stati sottoposti a batteri esterni compresi quelli saprofiti cutanei dello stesso soggetto operando.Nel post operatorio la terapia antibiotica è stata richiesta a seguito di comparsa di dispnea e di riscontro radiografico e obiettivo di verosimile processo flogistico polmonare in atto. La scelta dell'antibiotico era corretta ma avrebbe richiesto un esame colturale del bronco aspirato. La seconda fase riguarda il ricovero presso l'unità operativa di medicina interna dal 9 gennaio 2011 al 7 febbraio 2011. nel caso concreto si è realizzata un'infezione non so con miele sia a carico del polmone che della gamba trattata chirurgicamente. Per le infezioni ospedaliere devono essere prese misure adeguate per trattare le persone ricoverate e per prevenire la diffusione tra il personale che fornisce assistenza e cura. Nonostante l'elevato impatto, sia sociale che economico dovute alle infezioni ospedalieri, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurne gli effetti sono invece ancora piuttosto disomogenei da paese a paese a livello nazionale, anche se negli ultimi anni sono stati messi appunto e implementati numerosi programmi. Gli studi effettuati indicano che è possibile prevenire solo il 30% delle infezioni ospedaliere in sorte, con conseguente abbassamento dei costi e miglioramento del servizio sanitario.incidendo significativamente sui costi sanitari e prolungando le degenze ospedaliere dei pazienti, le infezioni ospedaliere finiscono con l'influenzare notevolmente la capacità dei presidi ospedalieri di garantire il ricovero ad altri pazienti. Le fonti di microrganismi che possono dare luogo ad infezioni ospedaliere sono numerose; le strutture stesse, i sistemi di ventilazione e areazione, i flussi d'acqua, il trattamento dei tessuti e dei campioni di laboratorio, l'igiene del personale e dell'ambiente, le pratiche chirurgiche e gli ausili invasivi, l'uso scorretto di antibiotici che possono generare resistenze. Nel caso concreto si tratta di un'infezione contratta in ambiente ospedaliero, sia la polmonite, sia l'infezione all'arto inferiore, gli elementi a disposizione non permettono con precisione di definire quale infezione si sia realizzata prima. Pur essendo la profilassi operatoria regolare, non risulta eseguita una terapia mirata con esame colturale a carico del polmone, ne appare individuabile con precisione il momento in cui si manifestò l'infezione all'arto inferiore, diagnosi da ritenersi comunque tardiva visto lo Stato infettivo diffuso alla gamba del 12 marzo 2011. Pur non essendo individuabile la precisa causa dell'infezione, nella gestione della complicanza infettiva emergono elementi di censura sia per l'infezione polmonare che per quella all'arto ove è da ritenersi pressoché certo quantomeno nella residenza sanitaria assistita, un ritardo diagnostico nell'individuazione dell'infezione. Va tuttavia precisato che, pur emergendo elementi di censura nell'operato dei sanitari, viste le condizioni comunque scadute della paziente, non appare sostenibile in termini di certezza che una diagnosi più tempestiva ed un trattamento più congruo avrebbe evitato il decesso, anche se avrebbe comunque in termini di elevata probabilità procrastinato la morte. Tenuto conto dell'iter clinico esaminato e di quanto rilevabile in letteratura il consulente tecnico a ritenuto che la paziente a riportato durante i ricoveri a partire dal 1 gennaio 2011 infezioni di natura iatrogena, sia a livello polmonare che a livello dell'arto operato.emergono elementi di censura nella gestione della complicanza polmonare e, soprattutto, di quella a carico dell'arto inferiore che possono aver concorso alla realizzazione del decesso, in un paziente comunque compromesso.pur emergendo elementi di censura nell'operato dei sanitari, viste le condizioni comunque scadute della paziente, non appare sostenibile in termini di certezza che una diagnosi più tempestiva ed un trattamento più congruo avrebbe evitato il decesso, anche se avrebbe comunque in termini di elevata probabilità procrastinato la morte. Insegna Cassazione, con sentenza 16900/23, che In tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico). Nel caso di specie, non vi sono evidenze per affermare che le complicazioni della polmonite fossero preesistenti, in quanto i rx sono compatibili con l'infezione insorta dopo l'operazione; era un elemento essenziale, su cui la *CP_1* non ha chiesto nessun accertamento peritale; se ne parla in comparsa conclusionale, mentre in comparsa di costituzione e risposta ci si limita a far presente che solo il 30% delle infezioni ospedaliere sono realmente prevenibili; giusto, ma la *CP_1* nulla ha depositato, pur ben sapendo quale fosse il thema decidendum, in merito a quanto concretamente fatto dalle strutture ospedaliere interessate- *CP_2* di [redacted] *Org_7* , per prevenire almeno il prevedibile, secondo le linee guida vigenti. Non contesta quindi la origine ospedaliera della infezione, mentre in comparsa conclusionale afferma che incontrovertibilmente dalla rx si evince che l'infezione polmonare fosse preesistente; per cui non si è indagato su questo punto chiave della causa, in quanto nulla ha dedotto nei termini la *CP_1* Per la verità, nessuna delle relazioni acquisite dalle strutture ospedaliere nemmeno si spinge a ipotizzare come probabile una preesistenza della infezione polmonare. Nella seconda memoria chiaramente afferma la *CP_1* avendo già richiesto parte attrice l'acquisizione della Ctu del dott. *Per_2* si può giungere alla definizione della causa. Si chiede pertanto la fissazione dell'udienza di precisazione delle conclusioni. Il che implica che la infezione non è contestato, nelle scansioni processuali, che sia stata contratta in ospedale; quindi il dubbio sollevato in comparsa conclusionale, oltre che essere tardivo, è stato posto in modo da non porre il Giudice in condizione di chiedere a chiarimenti al Ctu, o disponendo una Ctu collegiale, quali fossero state le effettive origini delle infezioni contratte dalla paziente. Come infatti affermato da Cassazione civile , sez. lav. , 16/12/2022 , n. 37027

La decisione di ricorrere o meno ad una consulenza tecnica d'ufficio costituisce un potere discrezionale del giudice, che, tuttavia, è tenuto a motivare adeguatamente il rigetto dell'istanza di ammissione proveniente da una delle parti, dimostrando di poter risolvere, sulla base di corretti criteri, i problemi tecnici connessi alla valutazione degli elementi rilevanti ai fini della decisione, senza potersi limitare a disattendere l'istanza sul presupposto della mancata prova dei fatti che la consulenza avrebbe potuto accertare. Pertanto, nelle controversie che, per il loro contenuto, richiedono si proceda ad un accertamento tecnico, il mancato espletamento, specie a fronte di una domanda di parte, costituisce una grave carenza nell'accertamento dei fatti da parte del giudice di merito, che si traduce in un vizio della motivazione della sentenza. Quindi non può espletarsi nuova CTU a fronte della mancata richiesta di parte interessata, che pare fare acquiescenza per tutto il processo sul dato emerso a seguito della indagine per accertamento tecnico preventivo sulla origine iatrogena della polmonite, che solo con la comparsa conclusionale si adombra essere preesistente al ricovero. Va pertanto accertata la causa che ha condotto al decesso come l'infezione iatrogena non



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

adeguatamente prevenuta, ed ancor meno adeguatamente curata, fino a sottoporre la paziente alla inutile amputazione della gamba, malgrado le chiare indicazioni contrarie in cartella, ( chiaramente infatti il 30 marzo 2011 si ebbe la consulenza del chirurgo che rilevava gangrena secca arto inferiore sinistro con esposizione ossea e date le condizioni generali non si pone indicazione all'intervento di amputazione.). Per cui, non l'aver fatto subito colture per individuare quale fosse il tipo di antibiotico più indicato, e soprattutto il sicuro ritardo diagnostico nell'individuazione dell'infezione individuato dal Ctu, quanto meno a [redacted] Che la diagnosi tardiva e la cura non adeguata abbiano solo non procrastinato la morte non è influente, ai fini della individuazione della causa che alla morte condusse, che è e resta la infezione di sicura natura iatrogena, nel senso processuale del termine, ossia individuata e non contestata nel corso e con le dovute scansioni processuali. anticipare il decesso di una persona destinata a morire perché afflitta da una patologia, costituisce pur sempre una condotta legata da un nesso di causalità rispetto all'evento morte, ed obbliga chi l'ha tenuta al risarcimento del danno » (negli stessi termini, v. anche Cass. civ., 27 novembre 2012, n. 20996).
Negli stessi termini, v. anche Cass. civ., 10 maggio 2000, n. 5962, secondo la quale « del bene della vita, l'elemento tempo costituisce una componente essenziale, con la conseguenza che ogni fatto imputabile che ne determini l'anticipata cessazione, influenzando un fattore patogenetico già esistente e costituente la causa clinica del decesso, non può considerarsi mera occasione, ma concausa, rompendo quell'equilibrio precario nella salute del soggetto, che, per quanto con prognosi infausta per il futuro, si era generato; quindi, il nesso di causalità va esaminato, secondo i principi della regolarità causale, non solo fra fatto ed evento letale, ma anche tra fatto e accelerazione dell'evento morte ». ( richiamate da Cassazione 8461/19 ).

Al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella. ( cassazione 33305/2021). Per cui, seguendo il criterio delle tabelle di Roma, per *Parte_1*, convivente, dovranno essere liquidati euro 284.394,30, e per *Parte_2*, non convivente, dovranno essere liquidati euro 215.747,40. Entrambi hanno liquidato il danno catastrofale, che deve essere liquidato in euro 40 mila, attesa la inutile sofferenza della amputazione della gamba inflitta alla paziente malgrado la chiara indicazione contraria della consulenza chirurgica; per cui, pro erede, euro 20 mila, e quindi euro 304.394,30 per *Pt_1* ed euro 235.747,40 per *Pt_2* non da agonia prolungata, in quanto presumibilmente le condizioni in cui era la paziente erano tali per cui per la stessa chiara ed inequivocabile sofferenza è stata la perdita dell'arto. Quindi così saranno determinati i risarcimenti, oltre interessi, in misura legale, dalla data della pubblicazione della presente sentenza al saldo effettivo. Non può liquidarsi danno per la responsabilità aggravata, in quanto la giurisprudenza relativa alla responsabilità per infezione iatrogena si è veramente consolidata solo dopo la introduzione del presente giudizio, che deve risalire al 14. Le spese, comprensive delle spese per atp, seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

## P.Q.M.

Accoglie per quanto di ragione le domande di parte attrice e pertanto, verificata la responsabilità di *CP_1* nella causazione dell'evento, condanna la *CP_1* a pagare a *Parte_1* euro 304.394,30, e a *Parte_2* euro 235.747,40, oltre interessi, in misura legale, dalla data della pubblicazione della presente sentenza al saldo effettivo. Condanna *CP_1* al pagamento delle spese in favore degli attori, che liquida in euro 14.598 per compensi, oltre esborsi ed accessori e



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962

rimborso forfettario 15% per il giudizio di cognizione, ed in euro 3846 per l'Atp, oltre rimborsi accessori e rimborso forfettario nella misura del 15%; oltre spese di ctu come liquidate e spese di ctp ( anche ante causam) come fatturate.

Ancona, 21 Luglio 2023. Il giudice Pietro Merletti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-962