



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di ASCOLI PICENO

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Enza Foti
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **622/2019** promossa da:

Parte_1 e *Parte_2* rappresentate e difese dall'avv. [REDACTED]

[REDACTED] presso il cui studio sono elettivamente domiciliate giusta procura in atti;

attrici

contro

Controparte_1

[...] – ora *Controparte_2* in persona del legale
rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] [REDACTED] giusta procura in
atti;

convenuta

Controparte_3

Controparte_4

Convenute contumaci

MOTIVI IN FATTO ED IN DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato *Parte_1* e *Parte_2* spiegano di essere
rispettivamente moglie e figlia di *Parte_3* [REDACTED] presso il [REDACTED]
anconetano a seguito di un'infezione contratta nell'ambito ospedaliero non tempestivamente
diagnosticata né efficacemente trattata.

In particolare, *Parte_3* per problemi cardiologici, era sottoposto in data 7.8.2014 ed in data
12.11.2014 a due interventi chirurgici, l'ultimo dei quali di sostituzione valvolare aortica associata alla
correzione della dilatazione aneurismatica dell'aorta ascendente. Era dimesso in data 20.10.2014 e
trasferito presso la *Controparte_4* di Jesi ove, nel corso del predetto ricovero, in data

25.11.2014 veniva rilevata un'infezione da *Staphylococcus epidermidis*. In data 20.12.2014 era dimesso con terapia a domicilio ma, nel mese di aprile 2015 – posto che le condizioni fisiche dello stesso non miglioravano - era nuovamente ricoverato dapprima presso [REDACTED] di San Benedetto del Tronto, poi inviato alla [REDACTED] Controparte_5 e, infine, nuovamente trasportato presso [REDACTED] di San Benedetto del Tronto ove si accertava l' "endocardite batterica su protesi aortica biologica". Il [REDACTED] Parte_3 era nuovamente trasferito presso gli Ospedali [REDACTED] CP_1 di [REDACTED] CP_1 prima presso il reparto di malattie infettive e, poi, presso il reparto di cardiocirurgia. Era nuovamente sottoposto ad intervento chirurgico ma, essendo ormai la malattia in stadio avanzato, [REDACTED]

Pertanto, la moglie e la figlia del [REDACTED] Parte_3 odierne attrici, ritenendo la piena responsabilità dei sanitari che ebbero in cura il congiunto nella causazione dell'evento morte (in particolare, dell'Ospedale di [REDACTED] CP_1 – per l'infezione nosocomiale contratta nel corso dell'intervento del 12.11.2014, per omessa diagnosi e erroneo trattamento dell'infezione –, della [REDACTED] Controparte_6 [...] - per non aver immediatamente diagnosticato l'infezione e per non averla adeguatamente trattata - e della [REDACTED] Controparte_5 - per non aver approntato le cure idonee e necessarie ad evitare il decesso del paziente -) e ritenendo di aver subito importanti danni dalla perdita del congiunto, concludevano chiedendo di *"accertare e dichiarare la responsabilità ai sensi dell'art. 2059, o alternativamente dell'art. 2043 cc o dell'art. 2051 cc, e/o la responsabilità contrattuale, o la responsabilità che verrà ritenuta a seguito di qualificazione della domanda da parte del Giudice, dei convenuti [REDACTED] Controparte_7 e [REDACTED] Controparte_3 per il decesso del signor [REDACTED] Parte_3 per le ragioni dedotte in narrativa, secondo la rispettiva responsabilità individuata all'occorrenza anche in termini percentuali; conseguentemente, condannare gli [REDACTED] [...] Controparte_7 in persona del legale rappresentante pro tempore con sede in [REDACTED] CP_1 [REDACTED] ed il [REDACTED] Controparte_3 - questa ultima con l'espressa intenzione di avvalersi di una eventuale condanna solo in esito al ritorno in bonis - a risarcire i danni tutti subiti dalle signore [REDACTED] Parte_1 e [REDACTED] Parte_2 in proprio e nella qualità di eredi del signor [REDACTED] Parte_3 pagando rispettivamente la somma di euro 358.656,00 in favore della signora [REDACTED] Parte_1 ed euro 374.297,00 in favore della signora [REDACTED] Parte_2 o quelle somme maggiori o minori che verranno ritenute di giustizia, da liquidarsi anche in via equitativa".*

Si costituiva in giudizio l' [REDACTED] Controparte_8 contestando in fatto ed in diritto la ricostruzione dei fatti offerta dall'attrice e, incasellando l'ipotesi di responsabilità che ci occupa nell'alveo della responsabilità extracontrattuale, negava la possibilità che l'infezione potesse essere ricondotta ad un contagio avvenuto nell'alveo del ricovero presso la propria struttura, dotata di protocolli e linee guida sempre aggiornati e molto stringenti; affermava l'assoluta perizia e diligenza

dell'operato dei propri sanitari a carico dei quali non era possibile muovere alcun tipo di rimprovero. Sottolineava, in ogni caso, l'intervento di diverse strutture sanitarie nella vicenda che ci occupa con conseguente esigenza, in caso di accertamento di una qualunque responsabilità sanitaria, di ripartire le rispettive responsabilità. Contestava, in ogni caso, il *quantum* della pretesa risarcitoria, ritenuta eccessiva e non dimostrata e concludeva chiedendo il rigetto della domanda o, comunque, in subordine, la condanna limitatamente alla parte di responsabilità effettivamente attribuibile ai sanitari del ██████████ anconetano.

Nessuno si costituiva per i fallimenti convenuti.

Il procedimento era istruito mediante prove orali e, espletata una CTU medico legale, all'udienza del 20.1.2023 – poi sostituita con il deposito di note scritte ex art. 127 ter c.p.c. - era trattenuta in decisione sulle conclusioni in quella sede precisate dalle parti, con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. nella loro massima estensione.

In quella sede parte attrice così precisava chiedendo di *“accertare e dichiarare la responsabilità ai sensi dell'art. 2059, o alternativamente dell'art. 2043 cc o dell'art. 2051 cc, e/o la responsabilità contrattuale, o la responsabilità che verrà ritenuta a seguito di qualificazione della domanda da parte del Giudice, dei convenuti l'*

Controparte_9

[...] - ora Controparte_2 -, del [...]

Controparte_3, del Controparte_4, in solido tra

loro, per il decesso del signor Parte_3 per le ragioni dedotte in narrativa, secondo la rispettiva responsabilità individuata all'occorrenza anche in termini percentuali; - conseguentemente, condannare gli Controparte_9 - ora [...]

Controparte_2 - in persona del legale rappresentante pro tempore, il

Controparte_10 il Controparte_4 -

in solido tra loro, a risarcire i danni tutti subiti dalle signore Parte_1 e Parte_2 in proprio e nella qualità di eredi del signor Parte_3 pagando rispettivamente la somma di euro 358.656,00 in favore della signora Parte_1 ed euro 374.297,00 in favore della signora

Parte_2 o quelle somme maggiori o minori che verranno ritenute di giustizia, da liquidarsi anche in via equitativa, per le ragioni dedotte in narrativa, oltre il danno morale anche da c.d. personalizzazione che il Tribunale vorrà liquidare, anche in via equitativa. Oltre le spese legali sostenute per la Mediazione obbligatoria pari ad euro 5.870,00 o quella somma che verrà ritenuta di giustizia, anche in via equitativa, oltre le spese vive sostenute per l'avvio della mediazione pari ad euro 128,85, oltre le spese sostenute per le relazioni medico legali ed ulteriori spese mediche; oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dall'evento morte al soddisfo. Oltre le spese di lite, compenso di lite,

spese forfettarie ed accessori di legge per il presente giudizio e le spese per i consulenti medici legali nominati di ufficio”.

Parte convenuta, dal canto suo, precisava le conclusioni chiedendo di *“dichiarare inammissibile, improponibile, irricevibile, improcedibile, comunque infondata, ogni domanda e pretesa delle Sigg.re*

Parte_1 ed Parte_4 ed ogni loro pretesa e richiesta anche istruttoria e quindi respingerle, comunque con qualsiasi statuizione; in ogni caso: dichiarare inammissibili comunque infondate e quindi respingere, comunque con qualsiasi statuizione, ogni e qualsiasi domanda e pretesa delle Sigg.re Parte_1 ed Parte_4 nei confronti dell’ [...]

Controparte_11, ora denominata [...]

Controparte_2, in persona del legale rappresentante p.t., che va dichiarata esente da ogni e qualsiasi responsabilità; in via del tutto subordinata (salvo gravame) nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda e delle pretese di parte attrice, in ogni caso ricondotte nei limiti del giusto e dell’equo, limitare e circoscrivere la condanna dell’ [...]

Controparte_12, ora denominata [...]

Controparte_13 a favore delle parti attrici, nei limiti del grado-quota di colpa-responsabilità, eventualmente accertata ed imputabile al personale medico-sanitario dell’ [...]

Controparte_14, ora denominata Controparte_2 e di quest’ultima”

Ciò posto, va preliminarmente delimitato l’alveo soggettivo del presente procedimento.

In sede di atto di citazione, parte attrice dichiarava *“tenuto conto delle procedure concorsuali in atto, viene evocato in giudizio il fallimento Controparte_4 nei cui confronti, però, non vengono proposte domande giudiziali e non viene svolta nessuna conclusione”*. E ciò è tanto vero che le conclusioni precisate dalla parte attrice, in quella sede, non avanzavano alcuna pretesa nei confronti del Controparte_4.

Tuttavia, in sede di udienza di precisazione delle conclusioni, parte attrice chiedeva la condanna solidale *anche* della Controparte_4, del tutto irritualmente, in violazione del contraddittorio e dei principi che presiedono il diritto processual-civilistico.

Ne discende che la domanda di condanna avanzata in sede di precisazione delle conclusioni nei confronti del Controparte_4 andrà dichiarata inammissibile per le ragioni di cui sopra (oltre che per la preclusione, in capo a quest’ufficio, di procedere all’accertamento della responsabilità ed alla condanna del fallimento, in violazione delle regole che presiedono la procedura fallimentare e, *in primis*, della *par condicio creditorum*).

Passando, sempre al fine di delimitare l'ambito soggettivo del presente procedimento, all'analisi della domanda di condanna del Controparte_3 *“con l'espressa intenzione di avvalersi di una eventuale condanna solo in esito al ritorno in bonis”*, anche tale domanda, per come formulata, andrà dichiarata inammissibile.

Questo giudice ben conosce il principio, ormai pacifico nella giurisprudenza di merito e di legittimità, in base al quale nel caso di fallimento del debitore, la domanda di condanna formulata nell'ambito di un giudizio ordinario non è improcedibile qualora il creditore dichiari espressamente di voler utilizzare la sentenza, emessa nel giudizio ordinario, dopo la chiusura del fallimento, per agire esecutivamente nei confronti del debitore ritornato "in bonis" (cfr. ex plurimis Cass. Sez. 1, Sentenza n. 28481 del 22/12/2005; conf. Cass. 23/3/2004 n. 5727).

Tale principio, tuttavia, va coordinato con il necessario *interesse ad agire* ex art. 100 c.p.c. che, come noto, deve sussistere ogni qual volta ci si rivolga all'autorità giudiziaria.

Come noto, l'interesse ad agire previsto dall'art. 100 cpc, è l'interesse al conseguimento di un'utilità o di un vantaggio non ottenibile senza l'intervento del giudice. Tale interesse deve essere personale - nel senso che il risultato vantaggioso deve riguardare direttamente il soggetto che agisce - attuale - nel senso che deve sussistere al momento in cui si propone la domanda - ed infine, concreto - ovvero deve essere valutato con riferimento ad un pregiudizio concretamente verificatosi ai danni del soggetto che esercita l'azione.

Esso, pertanto, non si identifica in un mero interesse astratto, futuro ed incerto bensì consiste nell'ottenere un risultato utile giuridicamente apprezzabile.

Alla luce delle predette precisazioni si comprende, dunque, come l'attore, al fine di ottenere una pronuncia di condanna del fallimento *per l'eventualità che ritorni in bonis* debba prospettare l'esistenza di una situazione specifica in base alla quale la pronuncia giurisdizionale risulti indispensabile per eliminare un pregiudizio (Cass. sez. III, Sentenza n. 8845 del 13/04/2007). Grava sull'attore, pertanto, un onere di (quantomeno) concreta allegazione, che può dirsi assolto non già attraverso il ricorso a mere formule di stile, bensì quando vengano dedotti elementi dai quali evincersi la sussistenza di una concreta *“possibilità di ottenere un risultato utile non essendo il processo utilizzabile in previsione di esigenze soltanto astratte”* (Cass. Sez. 5 Sentenza n. 7676 del 16/05/2012).

Ne discende che le parti attrici del presente giudizio avevano l'onere di allegare gli elementi da cui poter desumere la loro concreta possibilità di potere *in futuro* agire nei confronti del debitore tornato *in bonis*. Qualora, come nel caso in questione, l'impresa fallita sia una società di capitali, detta eventualità è configurabile solo a seguito della revoca della sentenza dichiarativa del fallimento all'esito del reclamo ex art. 18 L. Fall., ovvero nelle ipotesi di cui all'art. 118 nn. 1 e 2 L. Fall. (mancata

proposizione di domande di insinuazione al passivo o integrale soddisfazione dei crediti ammessi), atteso che tutti gli ulteriori casi di chiusura del fallimento determinano la cancellazione della società dal registro delle imprese ex art. 118 co. 2 L. Fall.

Ebbene, nel caso che ci occupa, le parti attrici non hanno neppure vagamente allegato la pendenza di un giudizio di impugnazione avverso la sentenza dichiarativa di fallimento, né che non vi siano state domande di insinuazione al passivo del fallimento, né, ancora, che dalla liquidazione dell'attivo sia ragionevole e/o probabile l'integrale soddisfazione dei creditori ammessi (Tribunale di Milano Sentenza n. 13014/2017 pubbl. il 27/12/2017).

Pertanto, in carenza di un'allegazione puntuale e concreta sui punti suddetti, l'ipotesi che la società fallita torni in bonis risulta meramente teorica e astratta. In siffatta situazione, appare chiaro che, insistere nella domanda di condanna nei confronti della società fallita, collide con i principi del giusto processo e del divieto di abuso degli strumenti processuali, derivanti dall'art. 111 co. 1 Cost. (così Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7078 del 09/04/2015). Tra i cardini del giusto processo vi è infatti quello dell'interesse concreto alla decisione. Nella giurisprudenza di legittimità si è affermata come condizione necessaria la presenza di un *“concreto interesse delle parti stesse ad agire, a contraddire o ad opporsi per realizzare in pieno il proprio diritto di difesa sancito dall'art. 24 Cost.”* ed altresì che *“la tutela del diritto di azione va temperata, per esplicita od anche implicita disposizione di legge, con le regole di correttezza e buona fede, nonché con i principi del giusto processo e della durata ragionevole dei giudizi ex art. 111 Cost. e 6 CEDU”* (Cass. Sez. 3, 4228 del 03/03/2015 citata da Tribunale di Milano Sentenza n. 13014/2017 pubbl. il 27/12/2017).

Ne discende che, anche la domanda avanzata nei confronti del Controparte_3 andrà dichiarata inammissibile.

Sempre in ordine alle questioni preliminari sollevate dalle parti va ribadito – e meglio specificato –, anche in questa sede, la superfluità della richiesta di chiamare i CCTTUU a chiarimenti per aspetti asseritamente non definiti.

Superfluità che discende dalla completezza delle indagini espletate dagli ausiliari del giudice che, sulla base della documentazione in atti, richiamando la letteratura medica sul punto e conducendo un ragionamento logico-motivazionale del tutto privo di vizi logici e/o giuridici, hanno fornito al Tribunale le risposte ai quesiti assegnati con lucida chiarezza.

In altri termini, si ritiene che, nel pieno rispetto del contraddittorio, i CCTTUU nominati abbiano assolto in maniera completa al proprio incarico portando all'attenzione del Giudice, *perito peritorum*, tutti gli elementi necessari e sufficienti per giungere alla decisione della fattispecie.

Per tali ragioni, dunque, questo giudice intende fare proprie le conclusioni del collegio peritale, ponendole a fondamento della presente decisione.

Chiariti tali aspetti e passando al merito della controversia diviene necessario, prima di ogni analisi, inquadrare giuridicamente la responsabilità della struttura sanitaria convenuta per il danno subito dai parenti della vittima di un denunciato comportamento di *malasanità*.

L'ospedale di CP_1 è stato convenuto in giudizio dai parenti di Parte_3, oggi deceduto - in base alla prospettazione attoria - a causa del comportamento colposo dei sanitari che, presso il ██████████ anconetano, hanno avuto in cura il loro congiunto.

Chiedono, come visto, il risarcimento del danno per perdita del rapporto parentale, domanda che va correttamente inquadrata nell'alveo della responsabilità extracontrattuale, trattandosi di azione proposta dai congiunti *iure proprio*. Come di recente ricordato dalla Suprema Corte di Cassazione, *il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perchè, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372 c.c., comma 2, con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (da ultimo, Cass. n. 11320 del 2022; v. anche Cass. n. 21404 del 2021). Ne consegue che, poichè l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della obbligazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione dei terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di ospedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art. 1372 c.c., comma 2); pertanto, per un verso, non è predicabile un "effetto protettivo" del contratto nei confronti di terzi, per altro verso, non è identificabile una categoria di terzi (quand'anche legati da vincoli rilevanti, di parentela o di coniugio, con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto"* (così, di recente Cassazione n.6386 del 03.03.2023).

È chiaro che ciò non si traduce nella preclusione, per i prossimi congiunti del creditore della prestazione (Parte_3) che abbiano subito *in proprio* delle conseguenze pregiudizievoli, quale *ulteriore conseguenza* dell'inadempimento della struttura sanitaria, di agire in giudizio per ottenere il ristoro di tali pregiudizi. Tuttavia, il predetto inadempimento, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed “*essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova*” (Cassazione n.6386 del 03.03.2023 cit.).

Da ciò discende che incomberà sulle attrici l'onere di fornire la prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità extracontrattuale della struttura, ossia il fatto colposo (la contrazione dell'infezione nel corso del ricovero ospedaliero e il non aver provveduto a diagnosticare ed a trattare in tempo l'infezione), il pregiudizio che da questo fatto è conseguito alla defunta e il nesso causale tra il fatto colposo e il danno (ossia il decesso).

Sulla base di tali premesse, analizzando partitamente i singoli elementi portati all'attenzione dello scrivente giudice da parte delle attrici, *“si può incontrovertibilmente affermare”* come pure sostengono i CCTTUU *“che l'infezione da Staphylococcus epidermidis venne contratta nel corso della degenza, protrattasi dall'8 al 20 novembre 2014, presso gli Controparte_7 di CP_1 ove il paziente in data 12/11/14 venne sottoposto ad intervento cardiocirurgico in elezione di sostituzione valvolare aortica con protesi biologica, sostituzione aorta ascendente con protesi vascolare, rivascolarizzazione miocardica mediante singolo bypass aortocoronarico, con anastomosi diretta di vena safena su ramo discendente posteriore, in circolazione extracorporea a 36°C ed arresto cardioplegico”* (così relazione CTU pag. 45).

È stato accertato – o, comunque, non è stata fornita alcuna prova contraria del fatto - che prima del ricovero dell'8 novembre 2014 il Parte_3 non avesse in atto alcuna infezione da Staphylococcus epidermidis e che lo stesso, a distanza di pochi giorni dalla dimissione e del trasferimento presso la Controparte_4 risultasse positivo al batterio (si legge nella CCTTUU *“referto microbiologico: 24/11/14 n 2 emocolture (data emissione 29/11/14): periferica sinistra Staphylococcus epidermidis Sensibile ad amicacina, amoxiclavulanico, cefepime, ceftriaxone, piperacillina; periferica destra, referto 13/12 negativa), 15/12/14 n 3 emocolture (emessa 29/12/14): periferica sinistra Staphylococcus epidermidis sensibile ad ac fusidico, chinupristina/dalfopristin, cotrimossazolo, fosfomicina, linezolid, monociclina, nitrofurantoina, teicoplanina, tetraciclina, vancomicina; periferica destra (emesso 5/01/15) negativo”*, pag. 23).

A fronte delle doglianze espresse, sul punto, dal CTP della parte convenuta, i consulenti nominati dal Tribunale, in maniera puntuale, sottolineavano infatti di aver espresso certezza in ordine alla contrazione dell'infezione in un tempo successivo alla dimissione dall'Ospedale di CP_1 *“stante la tempistica di diagnosi dell'infezione, che risulta essere incongrua con un ingresso del germe in tempi successivi al 20 novembre allorché il paziente veniva trasferito dagli O.R. di CP_1 a CP_4”* di Jesi. Inoltre, sempre nell'ambito della identificazione dell'epoca d'insorgenza dell'infezione, va rilevato come in data 15 novembre” - ossia a dire il giorno dopo il delicato intervento chirurgico effettuato dagli OR di CP_1 – *“il paziente presentava febbre, per cui veniva instaurata terapia con ciprofloxacina; a seguito del trattamento vi era remissione della febbre ma non degli indici di flogosi,*

come comprovato dal fatto che la PCR era pari a 110 mg/l in data 19 novembre. In tempi successivi all'arrivo presso la casa di cura “ CP_4 ”, il 20 novembre, non erano poste in essere prestazioni sanitarie potenzialmente idonee a causare l'accesso del germe nel flusso ematico, per cui si ribadisce esservi convergenza univoca dei dati a disposizione per un'infezione contratta nel corso della degenza presso gli O.R. di CP_1 (così CTU pag. 78).

Continuavano i consulenti affermando che “per quanto attiene la via di accesso del germe, i CT di parte prospettano un'infezione endogena e quindi colonizzazione della valvola per via ematogena; non risulta però che il Parte_3 all'epoca presentasse foci infettivi a livello gengivale o in altri siti corporei; foci che inoltre avrebbero dovuto dar evidenza di se con alterazioni degli indici di flogosi i quali, per contro, risultavano normali al momento dell'accesso presso gli OR di CP_1 .

*Ciò chiarito ed entrando nel vivo della complessa materia delle infezioni nosocomiali, si è detto (Cass. sez. III, 23/02/2021, n. 4864) che - in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione – la struttura avrebbe dovuto provare “1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa *fattispecie* non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. sez. III, 15/06/2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. “probabilità prevalente” - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare” (Cassazione n.6386 del 03.03.2023 cit.).*

Trasponendo tali principi al caso che ci occupa, alla luce dell'istruttoria espletata non può dirsi che la struttura sanitaria – per il solo fatto di aver adottato dei protocolli e delle linee guida al fine di prevenire infezioni del tipo di quella concretamente verificatasi – abbia assolto al proprio onere probatorio.

Ed infatti, sarebbe stato necessario dimostrare che, in quello specifico caso, i protocolli e le linee guida furono scrupolosamente applicati e seguiti dagli operatori sanitari coinvolti.

Sempre in punto di danno evento, non sono emerse, invece, responsabilità *ulteriori* in capo alla struttura sanitaria doric.

Sul punto, affermano i CCTTUU che *“non si rilevano comportamenti erronei per quanto attiene l’esecuzione dell’atto chirurgico e/o il successivo percorso diagnostico/terapeutico posto in essere presso gli Ospedali CP_1 di CP_1”*.

Innanzitutto, infatti, l’intervento chirurgico del 12.11.2014 – quantomai opportuno in un paziente con le problematiche del sig. Parte_3 – risulta eseguito correttamente così come risulta che i sanitari abbiano correttamente approcciato al periodo post-operatorio. Si legge nella CTU che *“il paziente praticava in profilassi 4 fiale di Cefazolina da1g, ai tempi 0, 6, 12 e 18 h postoperatorie. In terza giornata, ovvero in data 15 novembre, il paziente veniva sottoposto ad esame emoculturale per febbre, con doppio brodo di emocoltura, poi refertato a 6 giorni come negativo; alla comparsa della febbre veniva instaurata terapia con ciprofloxacina 400 mg endovena 2 volte al giorno. Il decorso appariva del tutto regolare, senza evidenti complicanze per quanto desumibile in atti, i drenaggi venivano regolarmente rimossi in 4° e 5° giornata, l’Rx torace del 13 novembre dimostrava un affastellamento polmonare basale sinistro, come da atelettasia e addensamento, che però i controlli dei giorni successivi documentavano in progressiva risoluzione. Negli ultimi 2 giorni di degenza - 18 e 19 novembre – il paziente era apiretico, appariva in buone condizioni, per cui, con programma di riabilitazione ben definito, e con una PCR di 110 mg/l in data 19 novembre”*.

A fronte di tale quadro, posto che fino alla dimissione del 20 novembre 2014 non vi era alcuna evidenza dell’infezione da Staphylococcus epidermidis, non risulta censurabile in questa sede - sulla base di un ragionamento da condurre necessariamente *ex ante* – la decisione di trasferire il paziente (non al proprio domicilio ma) presso l’Istituto riabilitativo CP_4”, per la prosecuzione della cura e della riabilitazione, con indicazione a proseguire terapia antibiotica con Ciprofloxacina 400 mg 2 volte al giorno che, seppur *ex post* inadeguata a fronte della (successivamente) accertata infezione da Staphylococcus epidermidis, appariva (sempre in un ottica *ex ante*) adeguata alla data del 20 novembre 2014, stante l’assenza di evidenze che, alla data della dimissione, potessero indurre a ritenere la sussistenza di un’infezione in atto.

Pertanto, posto che può dirsi che l’infezione da Staphylococcus epidermidis è stata contratta nel corso dell’intervento della degenza del paziente presso gli OR di CP_1 non sono emerse – o, comunque, parte attrice non ha dimostrato, come invece era suo onere – *ulteriori* azioni o omissioni colpevoli in capo ai sanitari della struttura ospedaliera convenuta.

Dimostrato il danno evento (contrazione dell’infezione nosocomiale), come anticipato – in applicazione dei principi che regolamentano la responsabilità extracontrattuale – sarebbe stato onere della parte

attrice dimostrare in base alla regola del “*più probabile che non*” che proprio a causa dell’infezione il paziente è deceduto.

Tale prova, tuttavia, non è stata fornita, essendo (anzi) emerso nel corso dell’istruttoria che nella catena causale tra la contrazione dell’infezione e il decesso si inserì il comportamento colposo dei sanitari della **Controparte_4** che, nonostante tutte le evidenze del caso, non diagnosticarono ed adeguatamente trattarono la malattia al fine di evitarne l’aggravamento.

Posto che, come visto, alcuna censura può essere mossa ai sanitari del **[REDACTED]** anconetano in ordine alle scelte post-operatorie, anche in relazione alla decisione di trasferire il paziente presso la struttura riabilitativa **CP_4**, occorre ora valutare se l’evento morte possa essere causalmente collegato in via diretta ed immediata all’infezione secondo il modello di ricostruzione del nesso causale fondato sul giudizio di probabilità logica, o del più probabile che non, da utilizzare al fine di verificare la sussistenza del nesso causale tra antecedente logico ed evento di danno.

Alla stregua di tale criterio, occorre verificare, sulla base di un ragionamento ipotetico di natura controfattuale, la rilevanza eziologica dell’omissione, per cui occorre stabilire se il comportamento doveroso che la struttura avrebbe dovuto tenere (evitare infezioni ospedaliere) sarebbe stato in grado di impedire o meno l’evento lesivo, secondo un criterio appunto probabilistico e tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità - giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa), ma soprattutto all’ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica). (v. Cass. n. 21530 del 2021).

Anche sul punto, in base al modello extracontrattuale della responsabilità che ci occupa, l’onere probatorio gravava sulle parti attrici.

E tuttavia, ad avviso di questo giudice, se certamente l’aver contratto l’infezione ha costituito il presupposto della lunga catena eziologica che, a distanza di un anno, ha condotto alla morte del paziente, non possono essere disconosciute, in questa sede le condotte successive dei sanitari della **[...]**

Controparte_4 che, come ampiamente illustrato dai CCTTUU nell’alveo della propria relazione e come emergente da tutta la documentazione clinica in atti, hanno portato al decesso del **Parte_3**

Innanzitutto, vi è da dire, come non vi sia alcuna evidenza, in atti (né parte attrice ha dimostrato, come invece era suo onere) che, a fronte di un’infezione contratta da *Staphylococcus epidermidis* in un soggetto nelle medesime condizioni del **Parte_3** l’evento morte è da ritenersi (se non certo) ma *più probabile che non*.

Anzi, dalla attenta lettura della relazione dei CCTTUU si evince che, se i sanitari di CP_4 avessero tempestivamente diagnosticato e, soprattutto, adeguatamente trattato l'infezione, la stessa avrebbe potuto essere efficacemente curata.

Si legge, in particolare, nella parte della relazione dei consulenti dedicata alla storia clinica del Parte_3 che, a seguito del trasferimento presso CP_4, *“durante il ricovero il paziente presentava, in data 25 novembre, sotto terapia con Org_1, un episodio di iperpiressia, con riscontro di urinocoltura positiva per un ceppo di Klebsiella pneumoniae con profilo di sensibilità antimicrobica severamente compromesso, ed un'emocoltura positiva per Staphylococcus epidermidis”*.

Già il 25 novembre, dunque, i sanitari di CP_4 avevano contezza dell'infezione in atto.

Nonostante tale evidenza, *“la terapia antibiotica che veniva adottata di conseguenza era imipenem, al dosaggio di 500 mg 3 volte al giorno, dal 24/11 al 4/12, amikacina 0.5 g 2f in 100 cc NaCl dal 30/11 al 20/12, scelta quest'ultima subottimale alla luce della recente letteratura per lo Staphylococcus epidermidis. Questo ultimo farmaco ha lo Staphylococcus epidermidis nel suo spettro di azione, ma non ha la capacità di penetrazione nel contesto vascolare di quel tipo di vasculopatia sistemica come avrebbero potuto avere altre opzioni antibiotiche disponibili, come teicoplanina, vancomicina e linezolid”*. E, nonostante, nel corso di quel ricovero *“il paziente presentava un episodio di persistente fibrillazione atriale e scompenso cardiaco”* [...] il paziente veniva dimesso in apiressia a fine ricovero, nonostante che fossero ancora in corso le emocolture di controllo prelevate il 29 novembre e che gli indici di flogosi fossero ancora alterati”. Inoltre, risulta che presso CP_4 *“la procalcitonina non veniva controllata in predimissione, come sarebbe stato prudente alla luce della scelta terapeutica effettuata e della mancata refertazione delle emocolture di controllo. Tale prudenza sarebbe stata dovuta. In un paziente con la comorbilità vascolare del sig. Parte_3 con un aneurisma dell'aorta addominale da poco trattato con endoprotesi vascolare ed una recente sostituzione valvolare aortica, associata alla sostituzione dell'aneurisma dell'aorta ascendente, la possibile presenza di uno Staphylococcus epidermidis in circolo assumeva una rilevanza particolarmente rilevante. Lo Staphylococcus epidermidis è infatti un germe coagulasi negativo, quindi molto meno potente sotto il profilo patogenetico rispetto allo Stafilococco aureo, patogeno intrinseco, dotato di notevole invasività vascolare e tissutale. Esso è però capace, in un paziente come il sig. Parte_3 con multiple aree di abnorme adesività endovascolare, di causare infezioni endovascolari subdole e progressive, con produzione di slime, ovvero di un biofilm molto difficilmente penetrabile dagli antibiotici esistenti dopo un consolidamento morfostrutturale, che in genere avviene durante i primi 15-20 giorni dopo la disseminazione endovascolare. Un ritardo di trattamento, in un contesto vascolare come quello sopra delineato, può pertanto cagionare una condizione di mancato contrasto della progressione*

*dell'annidamento endovascolare del patogeno opportunisto, foriero di gravi complicanze come quelle che la storia clinica di questo sfortunato paziente venne poi a documentare” (così si legge in CTU). Tra l'altro, sottolineano i CCTTUU come “in atti non risulta che una terapia adeguata sia stata poi instaurata a favore del sig. **Persona_1** dopo la dimissione, per mancata presa in carico o comunicazione”.*

*Ed è proprio all'atto della dimissione da **CP_4** che “avviene l'elemento critico e condizionante la successiva storia clinica del paziente: prima della dimissione vengono eseguite emocolture di controllo, che documentano dopo circa 15 giorni la persistenza in circolo del medesimo ceppo di Staphylococcus epidermidis. In un paziente di questo tipo, i clinici del reparto di Cardiologia riabilitativa della **Controparte_15** di Jesi avrebbero dovuto richiamare il paziente e implementare con celerità una terapia eradicante di seconda linea con linezolid, teicoplanina o vancomicina; essi avrebbero almeno dovuto sincerarsi della comunicazione di tale isolamento ai medici referenti del paziente, raccomandandone l'immediato ed indifferibile trattamento. Purtroppo tutto ciò non avvenne”.*

A conclusione della predetta analisi, dunque, i consulenti nominati dal Tribunale concludevano affermando che “comportamenti erronei siano identificabili nell'operatività dei sanitari della [...] **Controparte_4**, che non provvidero ad instaurare un adeguato ritrattamento tempestivo della batteriemia persistente da Staphylococcus epidermidis, documentato dalle emocolture di controllo eseguite in predimissione”, comportamento che ha cagionato “la progressione dell'infezione che, non correttamente tempestivamente diagnosticata e trattata, evolveva lentamente sino a causare il decesso del paziente che altrimenti poteva essere evitato” (ctu pag. 46).

Sono gli stessi consulenti del Tribunale, dunque, ad affermare con certezza che l'infezione, correttamente trattata, non avrebbe condotto alla morte con la conseguenza che, ad avviso di questo giudice, l'evento morte non può essere addossato ai sanitari del **[REDACTED]** anconetano.

Come noto, infatti, ai fini della causalità materiale nell'ambito della responsabilità aquiliana la giurisprudenza e la dottrina prevalenti, in applicazione dei principi penalistici, di cui agli artt. 40 e 41 c.p., ritengono che un evento è da considerare causato da un altro se, ferme restando le altre condizioni, il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo (cd. teoria della condicio sine qua non).

Il rigore del principio dell'equivalenza delle cause, posto dall'art. 41 c.p, in base al quale, se la produzione di un evento dannoso è riferibile a più azioni od omissioni, deve riconoscersi ad ognuna di esse efficienza causale, trova il suo temperamento nel principio di causalità efficiente, desumibile dal secondo comma dell'art. 41 c.p., in base al quale l'evento dannoso deve essere attribuito esclusivamente all'autore della condotta sopravvenuta, se questa condotta risulti tale da rendere

irrilevanti le altre cause preesistenti, ponendosi al di fuori delle normali linee di sviluppo della serie causale già in atto (Cass. 19.12.2006, n. 27168; Cass. 8.9.2006, n. 19297; Cass.10.3.2006, n. 5254; Cass. 15.1.1996, n. 268).

Nel caso che ci occupa, sarebbe stato *normale* che i sanitari di una struttura sanitaria a fronte di un paziente sottoposto ad un delicato intervento chirurgico, inviato dalla struttura pubblica per la degenza e la riabilitazione, a fronte dell'evidenza di un'infezione in atto adottassero ogni misura idonea a scongiurare le conseguenze del tipo di quelle poi effettivamente verificatesi.

Non si trattava, infatti, di risolvere una situazione di difficile valutazione - la diagnosi era chiaramente emersa dai referti degli esami di laboratorio – si trattava, esclusivamente, di adeguare la cura all'infezione riscontrata e, soprattutto, evitare di dimettere, in quelle condizioni, un paziente, lasciando così che l'infezione facesse il suo corso.

A fronte di tali considerazioni, dunque, non può negarsi che il comportamento dei sanitari della [...] CP_15 sia stato così gravemente colposo da interrompere il nesso causale tra il comportamento colposo del [REDACTED] anconetano, all'interno del quale il paziente contrasse l'infezione, e la morte ponendosi quale causa assorbente dell'evento.

Si è detto, infatti, che non è sufficiente una qualsiasi, anche remota, relazione causale per determinare una causalità giuridicamente rilevante, dovendosi, all'interno delle serie causali così determinate, dare rilievo a quelle soltanto che, nel momento in cui si produce l'evento causante non appaiano del tutto inverosimili, ma che si presentino come effetto non del tutto imprevedibile, secondo il principio della c.d. causalità adeguata o quella simile della c.d. regolarità causale (ex multis: Cass. 1.3.2007; n. 4791; Cass. 6.7.2006, n. 15384; Cass. 27.9.2006, n. 21020; Cass. 3.12.2002, n. 17152; Cass. 10.5.2000 n. 5962).

Ed infatti, “*per la teoria della regolarità causale, ampiamente utilizzata anche negli ordinamenti di common law, ciascuno è responsabile soltanto delle conseguenze della sua condotta, attiva o omissiva, che appaiono sufficientemente prevedibili al momento nel quale ha agito, escludendosi in tal modo la responsabilità per tutte le conseguenze assolutamente atipiche o imprevedibili*” (Cassazione Sezioni Unite Civili Sentenza n. 581 dell'11 gennaio 2008).

Tale giudizio di prevedibilità andrà poi condotto *ex ante* ed in *astratto*, con la conseguenza che ciò che rileva è che l'evento sia prevedibile non da parte dell'agente, ma (per così dire) da parte delle regole statistiche e/o scientifiche, dalla quale prevedibilità discende da parte delle stesse un giudizio di non improbabilità dell'evento.

In omaggio a tali principi, dunque, come spiegato, era improbabile, al tempo della contrazione dell'infezione, prevedere che, proprio a causa di quell'infezione, il paziente sarebbe deceduto; così

come appariva imprevedibile – sempre in base alle regole scientifiche – che i sanitari della clinica CP_4 [...] edotti di un’infezione in corso in un soggetto nelle condizioni del Parte_3 adottassero una terapia del tutto inadeguata e poi, a distanza di qualche giorno, lo dimettessero.

D’altro canto, gli stessi CTU affermano che, pur accertato che l’infezione del Parte_3 sia stata contratta presso il [REDACTED] anconetano, *“l’evento morte non si sarebbe verificato, nei tempi e modi con cui si è poi concretizzato, ove l’infezione fosse stata tempestivamente diagnosticata e correttamente trattata dai sanitari della casa di cura “ CP_4 ”* (CTU pag. 72).

Alla luce di quanto sopra, dunque, considerato che, può dirsi accertato che le omissioni colpose dei sanitari di CP_4 *“sono state da sole sufficienti a determinare l’evento”* (ex art. 41 c. II c.p.), il nesso causale tra il comportamento colposo degli O.R. di CP_1 che ha provocato l’infezione da Staphylococcus epidermidis e il decesso può dirsi escluso.

In conclusione, la domanda avanzata nei confronti degli O.R. di CP_1 andrà rigettata.

Per ciò che concerne le spese di lite, in considerazione della complessità e del tecnicismo della vicenda che ha visto coinvolti plurimi interventi colpevoli dei sanitari di diverse strutture, tra loro susseguitesi nel tempo - cosicchè solo all’esito della CTU ed a seguito di un’attenta valutazione di tutti gli elementi di giudizio si è potuto concludere per il rigetto della domanda - si ritiene che tali spese vadano integralmente compensate.

Le spese di CTU, invece, andranno definitivamente poste a carico delle parti attrici, in solido tra loro.

P.Q.M.

Il Tribunale di Ascoli Piceno, in persona del giudice Enza Foti, definitivamente pronunciando sulla causa civile iscritta al 622 del 2019, e vertente tra le parti di cui in epigrafe, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- Dichiarà inammissibili le domande avanzate nei confronti dei fallimenti convenuti;
- Rigetta la domanda nei confronti dell’ Controparte_16
[REDACTED] [...] – ora Controparte_2 ;
- Compensa le spese di lite;
- Pone definitivamente le spese di CTU in capo alle parti attrici, in solido tra loro.

Così è deciso in Ascoli Piceno, 25 aprile 2023

Il Giudice

Enza Foti