TRIBUNALE DI CHIETI

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

in composizione monocratica, in persona del giudice dott. Francesco Turco, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 346 del Ruolo generale affari contenziosi dell'anno 2020

TRA

Pt_1 (C.F.: *C.F._1*), *Parte_2* (C.F.: *C.F._2*, *Parte_3* (C.F.: *C.F._3*), *Parte_4* (C.F.: *C.F._4*) e *t* (C.F.: *C.F._5*), elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che le rappresenta e difende come da procura in atti;

ATTORI

E

Controparte_1 (C.F. e P. I.V.A.: , in persona del legale rappresentante pro-tempore, elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende, come da procura in atti.

CONVENUTA

OGGETTO: responsabilità medica.

CONCLUSIONI: per gli attori: Piaccia all'adito Tribunale di Chieti, contrariis reiectis: -in via principale, preliminare e pregiudiziale, riportandosi il procuratore di parte attrice a tutte le eccezioni , deduzioni e richieste di cui sia all'istanza 10.12.2021, sia al verbale d'udienza del 13.12.2021, sia al verbale d'udienza del 28.02.2022 e sia ai verbali d'udienza del 11.07.2022, del 24.10.2022 e sia alle note di trattazione scritta del 02.12.2022 e sia ai verbali d'udienza del 06.02.2023, del 20.03.2023, del 03.04.2023, del 22.05.2023, del 03.07.2023 ed anche a quelle di cui al presente verbale d'udienza e di cui sopra e da intendersi qui tutte riportate, trascritte e riproposte, chiede , e previa revoca sia dell'ordinanza resa all'udienza del 11.07.2022 ed anche di quella del 12.12.2022: a)dichiararsi la nullità, irregolarità ed invalidità della consulenza tecnica d'ufficio medico-legale espletata dalla Dott.ssa *Persona_1* e dal Dott. *Persona_2* sia nel primo elaborato peritale del 27.09.2021, sia nel secondo elaborato peritale di risposta alle osservazioni delle parti e del 26.11.2021 e sia infine nel loro ultimo elaborato peritale del 23.09.2022, e ciò sia perché gli ausiliari del Giudice non hanno risposto a tutti i quesiti loro sottoposti dal Giudice e neppure a tutte le osservazioni/chiarimenti ai rispettivi elaborati peritali depositati ed inviate dalle parti attrici , sia perché gli stessi hanno allargato il tema d'indagine originariamente loro sottoposto dal Giudice e relativo ad un presunto ed infondato (nel caso di specie) concetto giuridico "stato di necessità" mai invocato da controparte e quindi, anche per vizio cd. di ultrapetizione e sia infine perché detti ausiliari del Giudice non hanno neppure indicato in detti elaborati peritali le linee guida di riferimento ed in violazione dell'art.5 della Legge n.24/2017 cd.Gelli Bianco n.24/2017 e quindi, con conseguente richiesta di rinnovo dell'indagine peritale medico-legale; b) chiede il rinnovo della consulenza tecnica d'ufficio medico-legale con nuovo collegio peritale e sussistendo anche gravi motivi ex

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

art.196 cpc stante l'incompletezza, la contraddittorietà, l'illogicità e la non congruità di tutti gli elaborati tecnici d'ufficio depositati e per quanto di ragione per gli attori e che quindi si contestano ed impugnano riportandosi anche a tutte le osservazioni inviate ai ctu ed anche per la risposta dei ctu al quesito n.2 relativo "all'esecuzione del trattamento" poiché vi è stata una tardività nell'esecuzione del secondo intervento chirurgico ed infine anche perché in detti elaborati gli ausiliari del Giudice hanno utilizzato impropriamente ed in modo illogico ed errato il concetto giuridico di "perdita di chance" quando invece non è lecito discorrere di chance perduta perché per costante Giurisprudenza se la condotta colpevole ha cagionato una riduzione della vita del paziente e come nel caso che ci occupa il sanitario sarà chiamato a rispondere dell'evento di danno costituito dalla minore durata dellavita senza che tale danno integri una fattispecie di perdita di chance (Ex multis, Cass.Civ. n.5641/2018 ; Cass.Civ. n.16919/2018) ed infatti i ctu nel secondo elaborato peritale hanno accerta come la grave infezione nosocomiale contratta dal paziente presso il [redacted] di Chieti abbia interferito nella causazione del decesso accelerandola e quindi anticipandola; c) chiede dichiararsi la nullità della testimonianza resa da tutti i testi di parte convenuta escussi nel corso delle udienze e per le ragioni come esposte nei rispettivi verbali d'udienza essendo gli stessi incapaci a testimoniare in quanto portatori di un interesse attuale, concreto e specifico al giudizio; d) ammettersi la prova testimoniale articolata da parte attrice nella seconda memoria 183 cpc del 08.10.2020 e nei restanti capitoli 1,3,11,7,8,13 e 14 non ammessi con l'ordinanza del 12.12.2022 e ciò in quanto rilevante ed ammissibile e con tutti testi ivi indicati; -in via subordinata, e nella denegata e non creduta ipotesi in cui il Giudice respinga tutte le istanze sopra formulate, accertare, riconoscere e dichiarare : A) In via principale, ex art.1218 c.c., la responsabilità contrattuale di tipo professionale medica (e/o cd. da contatto sociale), per colpa dovuta ad imperizia, imprudenza e negligenza, dei sanitari dell' *Controparte_2* *[...]* e sia della *Controparte_3* e che ebbero in cura e prestarono assistenza sanitaria al paziente *Org_1* di cui sopra nel corso della degenza ospedaliera come specificata e giusta cartelle cliniche in atti e quindi, per i fatti così come narrati sia nel libello introduttivo che nella prima memoria 183 cpc e conseguentemente causato sia a tutti gli attori e sia anche allo stesso paziente *Org_1* tutti i danni ingiusti come meglio descritti e specificati nella narrativa dell'atto di citazione ; B) In via meramente subordinata, ex art.2043 c.c., la responsabilità extracontrattuale, per colpa dovuta ad imperizia, imprudenza e negligenza dei sanitari dell' *Controparte_2* *[...]* e sia della stessa *Controparte_3* e che ebbero in cura e prestarono assistenza sanitaria al paziente *Org_1* di cui sopra nel corso della degenza ospedaliera sopra specificata e giusta cartelle cliniche in atti e quindi, per i fatti così come narrati sia nel libello introduttivo che nella presente memoria e conseguentemente causato sia a tutti gli attori e sia anche allo stesso paziente *Org_1* tutti i danni ingiusti come meglio descritti e specificati nella narrativa dell'atto di citazione ; C) per l'effetto, ed anche ex art.1228 c.c , condannare la convenuta *Controparte_4* *[...]* C.F./P.IVA: *P.IVA_1* , in persona del direttore generale e legale rappresentante pro tempore e con sede legale in Chieti [redacted] al risarcimento di tutti i danni subiti sia da tutti gli attori e sia dalla stesso *Org_1* , danni questi come meglio descritti e specificati nella narrativa dell'atto di citazione e ciò a causa delle illecite condotte

Osservatorio ICA Italia

sia dei sanitari dell' *Organizzazione_2* e sia dei medici e dirigenti della *CP_3* convenuta come descritte e quindi, per i fatti così come pure narrati ed accertate nel corso del giudizio, e precisamente : In favore di *Pt_1* *[...]* (coniuge) € 280.000,00 , iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor *[...]* *Org_1* ed in favore di *Pt_1* , quale coniuge di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; -€ 30.000,00 iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di *Pt_1* quale coniuge di *[...]* *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; In favore di *Parte_2* (figlia) : € 280.000,00 , iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor *Org_1* ed in favore di *Parte_2* , , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; -€ 30.000,00 iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di *[...]* *Pt_2* , , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ;In favore di *[...]* *Pt_3* (figlia): -€ 280.000,00 , iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor *[...]* *Org_1* ed in favore di *Parte_3* , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; -€ 30.000,00 iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di *Parte_3* , , quale figlia di *[...]* *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; In favore di *Parte_4* (figlia) : -€ 280.000,00 , iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor *Org_1* ed in favore di *Parte_4* , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ;-€ 30.000,00 iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di *Parte_4* , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; In favore di *Parte_6* (figlia)-€ 280.000,00 , iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.dauccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor *Org_1* ed in favore di *Parte_6* , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; -€ 30.000,00 iure proprio, per risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di *Parte_6* , quale figlia di *Org_1* , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; In favore di *Pt_1* , *Parte_2* , *Parte_3* , *Parte_4* , *Parte_6* , iure hereditatis e pro quota, quali eredi legittimi ed universali del signor *[...]* *Org_1* : -€ 700.000,00, iure hereditatis, per risarcimento del danno non patrimoniale cd. da perdita di chance di sopravvivenza e/o di una più lunga e/o

Osservatorio ICA Italia

migliore sopravvivenza subito dal signor Org_1 , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; -€ 100.000,00, iure hereditatis, per risarcimento del danno non patrimoniale, cd.biologico terminale ed anche catastrofale e morale terminale subiti dal signor Org_1 , e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ; -€ 50.000,00, iure hereditatis, per risarcimento del danno da difetto di consenso informato subito dal signor [...] Org_1 e/o alla diversa somma, maggiore o minore, che il Tribunale riterrà di giustizia ed anche in via equitativa ;Il tutto con vittoria di spese e competenze legali professionali del presente giudizio da distrarsi in favore dell'Avv [redacted] che sidichiara procuratore antistatario ;
-in ulteriore subordine , e nella denegata e non creduta ipotesi in cui il Giudice ritenga sussistente nella vicenda per cui giudizio uno stato di necessità ex art.2045 c.c. per le condotte dei sanitari del Organizzazione_3 , si chiede che in favore degli attori venga liquidato, sia iure proprio e/o iure hereditatis in qualità di eredi universali del paziente deceduto Org_1 , una indennità per la cui misura ci si rimette all'equo apprezzamento del Giudice.
Per la convenuta: nel ribadire tutte le proprie difese, così come spiegate nei propri scritti difensivi e nei verbali d'udienza, torna ad impugnare e contestare ogni avversa pretesa, riportandosi alle eccezioni già sollevate e contesta ogni assunto e deduzione per quanto in contrasto con le proprie difese, insistendo per l'accoglimento delle conclusioni rassegnate nella comparsa di costituzione e nelle memorie 183 cpc.
Con riferimento ai chiarimenti del 23.09.2022, resi dai CCTTUU in merito alle osservazioni sollevate da parte attrice, la difesa dell' Controparte_1 torna a contestare solo l'ultimo inciso "interferendo cosi al massimo in termini meramente acceleratori", così come riportato nella pagina n. 9, in quanto del tutto generico e non supportato da valutazioni medico legali nel corpo dell'elaborato peritale di CTU e privo anche di riferimenti scientifici e bibliografici.
Si chiede, pertanto, all'On. Giudice di non voler prendere in considerazione ai fini della decisione la dicitura "interferendo cosi al massimo in termini meramente acceleratori", riportata nella pagina n. 9 dei chiarimenti resi dai CCTTUU nelle note del 23.09.2022.
Inoltre, torna a contestare le risultanze della relazione di CTU nella parte in cui vengono riconosciuti in capo ai sanitari del [redacted] di Chieti "profili di responsabilità professionale limitatamente alla non adeguata profilassi antibiotica effettuata in occasione del secondo intervento (revisione urgente del cavo pleuro-pericardico", per tutte le motivazioni riportate nelle Osservazioni redatte dai Consulenti di parte nominati dall' Controparte_1 ed al cui contenuto ci si riporta integralmente.

RAGIONI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione, ritualmente notificato, le sig.re Pt_1 , Parte_2 , [...] Pt_3 , Parte_4 e Parte_5 , hanno convenuto in giudizio la [...] Controparte_1 al fine di vedersi risarcito il danno, patrimoniale e non patrimoniale, subito per la perdita del congiunto sig. [...] Org_1
Hanno esposto che, in data 18.7.2019, questi veniva trasportato al pronto soccorso dell' Organizzazione_4 per dolore precordiale e dispnea a riposo.
Il paziente, già cardiopatico per precedente intervento di bypass, dopo breve ricovero presso l[redacted] veniva trasferito presso l' CP_2 di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

Chieti in data 25.7.2019 presso la *Organizzazione_5* con diagnosi di angina stabile e sottoposto ad intervento di bypass il 29.7.2019 e, il giorno successivo, a nuovo intervento di revisione del cavo pleuropericardico.
Il 31.7.2019, a seguito di insufficienza renale, il paziente veniva intubato e sottoposto a dialisi, per essere poi collegato alla ventilazione meccanica il 6.8.2019 e decedere il [redacted]
Nella scheda di dimissione veniva riportata l'infezione da Pseudomonas che aveva causato una polmonite necrotico-emorragica.
Tanto premesso, si dolgono che la causa del decesso sarebbe da ricondurre all'infezione nosocomiale derivata da una errata terapia antibiotica da parte dei sanitari dell'spedale teatino e della lesione del diritto al consenso informato del paziente.
Si è costituita la *Parte_7* insistendo per il rigetto delle avverse domande e contestando, comunque, il quantum richiesto.
Ciò detto, si osserva quanto segue.
Al fine di accertare la responsabilità della convenuta è stata disposta CTU medico legale con la nomina dei dott.ri *Persona_1* e *Persona_2* .
I nominati CTU, con elaborato che si ritiene pienamente condivisibile, in quanto logico, coerente e privo di contraddizioni, hanno preliminarmente ricostruito l'iter sanitario che ha interessato il sig. *Org_1* .
Hanno, successivamente, argomentato che "Il paziente *Org_1* , ricoverato in data 25.07.2019 presso la *Organizzazione_6* del [redacted] di Chieti con diagnosi *"angina a bassa soglia in paziente trattato precedentemente per STEMI inferiore mediante p-PCI di Cdx. Ex fumatore"*, è [redacted] presso la *Organizzazione_5* del medesimo nosocomio con diagnosi di *"aterosclerosi coronarica di arteria coronaria nativa, disturbi della valvola mitrale, emopericardio, insufficienza respiratoria acuta e cronica, insufficienza renale, polmonite da Pseudomonas"*. Nella storia clinica del paziente sono pertanto codificate, dai medesimi sanitari che ebbero in cura il paziente, due complicanze insorte nel corso della degenza che hanno invariabilmente modificato l'evoluzione prognostica delle patologie in atto. Per quanto di evidenza circa l'emopericardio insorto a complicanza dell'intervento di rivascolarizzazione miocardica, consolidata letteratura scientifica attesta che il sanguinamento post-operatorio è una complicanza che si manifesta nel 2-6% degli interventi cardiochirurgici.
Il sanguinamento a sua volta comporta un aumentato rischio di insufficienza renale, di significativo prolungamento della degenza, dello sviluppo di sepsi.
Per quanto concerne l'infezione da Pseudomonas aeruginosa, ad evoluzione settica con insufficienza multiorgano, si osserva come essa per le sue caratteristiche cliniche ed epidemiologiche, può essere certamente definita come una infezione nosocomiale…
Il paziente al momento del ricovero presso il [redacted] di Chieti non manifestava nessun segno clinico e laboratoristico di infezione in atto, considerata la completa negatività degli indici di flogosi e del valore di procalcitonina in fase preoperatoria.
Appare opportuno, anche in questo caso, considerare che la letteratura scientifica evidenzia come i pazienti sottoposti ad interventi cardiochirurgici abbiano una reazione sistemica infiammatoria determinata dal contatto del materiale ematico con il circuito della circolazione extracorporea e con i sistemi di drenaggio: da questa iniziale reazione sistemica i pazienti sviluppano immunosoppressione e quindi sono maggiormente suscettibili ad acquisire infezioni nosocomiali e a sviluppare eventi settici gravi: a ciò si deve aggiungere che l'ischemia post

Osservatorio ICA Italia

perfusionale nella chirurgia cardiaca comporta il rilascio di citochine proinfiammatorie che amplificano ulteriormente la risposta infiammatoria sistemica.
Ulteriore fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di sepsi postoperatoria è rappresentato dall'utilizzo degli emoderivati.
Appare quindi evidente che il paziente *Org_1* oltre ad aver contratto un'infezione nosocomiale con localizzazione sistemica (emocoltura positiva, lavaggio broncoalveolare positivo, catetere vascolare positivo), presentava molteplici fattori di rischio per lo sviluppo di una sepsi severa.
Tra le strategie di prevenzione, oltre a quelle strutturali e assistenziali, appare di fondamentale importanza l'utilizzo di una corretta antibioticoprofilassi.
In occasione del primo intervento subito dal paziente, codificato come intervento pulito, viene prescritta dai sanitari della *Organizzazione_6* la somministrazione di cefazolina, una cefalosporina di prima generazione largamente
utilizzata secondo le indicazioni della letteratura scientifica.
La somministrazione di tale molecola prosegue anche nelle ore successive al primo intervento fino all'invio del paziente in sala operatoria per l'intervento di revisione della ferita chirurgica.
In tale contesto, considerando gli elementi disponibili nella documentazione sanitaria in atti, il paziente *Parte_8* sviluppa la sepsi severa da P.aeruginosa che avrà decorso progressivo e ingravescente.
In riferimento agli ulteriori contributi della letteratura scientifica, la somministrazione di cefazolina non appare adeguata sia per la scelta del tempo di somministrazione (entro 30 minuti dall'intervento) sia per la scelta della molecola.
Le citate meta-analisi, effettuate su trial clinici di ampie dimensioni, hanno infatti evidenziato che nei soggetti ad elevato rischio di infezioni, come il paziente *Org_1* ***, l'utilizzo di cefalosporine di seconda e terza generazione comporta una significativa diminuzione degli eventi infettivi post-chirurgici.***
…Dopo il riscontro dello sviluppo di una sepsi severa, i sanitari che ebbero in cura il paziente *Org_1* hanno prescritto l'effettuazione degli esami microbiologici (risultati positivi dopo 48 hr per P. aeruginosa) e, dopo una prima antibioticoterapia empirica con piperacillina/tazobactam e vancomicina, la medesima viene adeguata alle risultanze dell'antibiogramma con la prescrizione di meropenem al dosaggio adeguato per i valori di funzionalità renale.
L'approccio terapeutico alle batteriemie indotte da P. aeruginosa necessita di opportune valutazioni cliniche e microbiologiche in ordine alla scelta delle opzioni terapeutiche disponibili: secondo recenti evidenze di letteratura Pseudomonas spp. rappresenta circa il 4% delle batteriemie nosocomiali, con aumentato rischio di mortalità rispetto ai pazienti con altre batteriemie da Gram negativi e S. aureus.
Occorre inoltre considerare che il paziente presentava sia una grave insufficienza renale in trattamento con emofiltrazione continua sia una severa ipoalbuminemia che hanno evidentemente alterato la farmacocinetica del meropenem, molecola pur adeguata peril trattamento dell'infezione da P. aeruginosa in relazione all'antibiogramma disponibile e alle indicazioni in scheda tecnica.

Osservatorio ICA Italia
Associazione Italiana

Lo stesso monitoraggio della procalcitonina evidenzia comunque risposta clinica con significativo decremento dei valori (procalcitonina: 29.1 in data 05/08, 13.8 in data 10/08, 8.31 in data 13/08).
I successivi esami microbiologici pongono indicazione alla modifica della antibioticoterapia dapprima con l'associazione di gentamicina e poi con l'utilizzo del ceftazidime/avibactam, che tuttavia considerata l'eziologia multifattoriale della sepsi severa sviluppata dal paziente Parte_8 , la molteplicità dei siti di colonizzazione del germe, la farmacocinetica sfavorevole e la grave compromissione
cardiocircolatoria anche attestata dai sanitari della terapia intensiva cardiochirugica, non riescono a determinare un outcome clinico favorevole della patologia infettiva.
Orbene sul piano medico legale si può pertanto affermare come il [redacted] Parte_8 [redacted] per una "insufficienza multiorgano in paziente con polmonite necrotica emorragica insorta su ipertensione polmonare di grado severo e pregressi infarti miocardici biventricolari" cos. come risulta dal referto dell'esame autoptico eseguito in sede di riscontro diagnostico.
Dall'attenta disamina della vicenda sanitaria oggetto di valutazione si può ragionevolmente affermare come il decesso sarebbe comunque intervenuto pur in assenza delle complicanze post-chirurgiche (emopericardio, polmonite da P. aeroginosa) alla luce delle complesse e precarie condizioni di salute del paziente e del non eludibile rischio peri-operatorio insito negli interventi cardiochirurgici come quello eseguito presso il [redacted] di Chieti.
Ulteriore elemento di persuasione in tal senso deriva dalle coesistenti comorbilità (ipertensione polmonare di grado severo e pregressi infarti miocardici biventricolari) riscontrate a carico del medesimo organo-funzionale cardiocircolatorio che hanno certamente assunto un determinate e indubbio ruolo causale.
Allo stesso tempo tuttavia è stato possibile evidenziare talune criticità nell'operato dei sanitari della Controparte_3 con particolare riferimento alla gestione della profilassi delle infezioni nosocomiali cos. come dettagliatamente illustrato nelle predette considerazioni specialistiche.
Ci riferiamo alla scelta dell'utilizzo di una cefalosporina di prima generazione nella fase pre-operatoria del secondo intervento, non adeguata al caso di specie sia per il tempo di somministrazione sia per la scelta della molecola la quale, come noto, lascia imprudentemente scoperta la finestra dei germi Gram-negativi.
Ed in vero la revisione della letteratura di merito evidenzia come una antibioticoprofilassi con molecole a spettro ampliato verso i batteri Gram-negativi comporta un apprezzabile ridotto rischio di complicanze post-chirurgiche. Viene inoltre evidenziato che nei pazienti ad elevato rischio di infezione post-chirurgica, come nel caso in esame, l'utilizzo di cefalosporine di seconda e terza generazione comporta una significativa diminuzione degli eventi infettivi post-chirurgici e di conseguenza un migliore out-come clinico.
Nel caso in esame è pertanto ragionevole ritenere come l'insorgenza della infezione nosocomiale da P.aeruginosa sia stata favorita dalla non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

adeguata profilassi e, pur non avendo assunto la dignità di una vera e propria causa/concausa nel determinismo del decesso, ha senza dubbio peggiorato la prognosi clinica delle coesistenti infermità interferendo sull'aspettativa di vita del paziente.
Si può pertanto concludere a favore di una riduzione delle chance di sopravvivenza che, alla luce delle precarie condizioni di salute del paziente e delle coesistenti comorbilità a carico degli organi-funzionali vitali (cardiocircolatorio e respiratorio), può essere ragionevolmente stimata quantitativamente in termini di lieve-modesta entità, tenuto conto del dati emergenti dalla letteratura scientifica di merito."
Con le integrazioni depositate i giorni 1.12.2021 e 30.9.2022 i CTU hanno così argomentato:
"***Si precisa come la infezione nosocomiale contratta dal paziente sia stata successiva allo sviluppo della insufficienza multiorgano da ipoperfusione persistente (come sopra descritto in riscontro alla prima osservazione) e che il paziente aveva ulteriormente sviluppato un quadro clinico di dilatazione biventricolare (ecocardiogramma del 20/08) che ha determinato una ipertensione polmonare di grado severo, come riscontrato in sede autoptica. L'infezione nosocomiale si è pertanto instaurata su un quadro sistemico già gravemente compromesso, già evoluto in insufficienza multiorgano e pertanto, sul piano medico legale, non è in grado di assumere una valenza causale prevalente o esclusiva nella eziopatogenesi del decesso del paziente che si sarebbe comunque verificato***".
Ancora, "***Tale assunto non corrisponde al vero in quanto, lo si ribadisce, il paziente prima di contrarre l'infezione nosocomiale aveva già sviluppato una insufficienza multiorgano determinata dalla ipovolemia da sanguinamento del cavo pleuropericardico e contestuale immunoparalisi da stress-chirurgico" e "Si precisa, oltre a quanto sopra argomentato, come l'infezione nosocomiale in verità sia stata tempestivamente diagnostica ed adeguatamente trattata in quanto il marcatore di sepsi (procalcitonina) dal 30/07 al 21/08 ha presentato un progressivo decremento progressivo da 30,7 ng/ml a 5,92 ng/ml in risposta al trattamento nonostante il coesistente quadro di insufficienza renale cronica che condizionava il dosaggio della terapia antibiotica. In tal senso, pertanto, il quadro settico era in via di risoluzione e di conseguenza non può aver assunto una effettiva dignità causale nel determinismo del decesso***".
"***Si ribadisce come non sussista danno biologico terminale avendo già dimostrato la limitata rilevanza causale della infezione nosocomiale ai fini del prolungamento della degenza e della eziopatogenesi del decesso a cagione del grave quadro di insufficienza multiorgano secondario ad ipovolemia da sanguinamento pleuro-pericardico e dilatazione biventricolare cardiaca con conseguente ipertensione polmonare ed exitus".***
"Nel caso di specie pertanto la condotta omissiva posta in essere dai sanitari del [redacted] di Chieti (omessa profilassi antibiotica in occasione del II intervento chirurgico eseguito in regime di urgenza su una complicanza secondaria al I intervento) si è concretizzata nell'ambito di complesse circostanze operative in cui ci si trovava ad intervenire a causa del sanguinamento pericardico che rendeva necessario un intervento

immediato, in regime di urgenza ed in termini salvifici. In tal caso pertanto la criticità evocata dalla parte attrice (infezione nosocomiale) è insorta su di una condizione menomativa già irrimediabilmente compromessa (insufficienza multiorgano secondaria a sanguinamento pericardico e perdurante ipovolemia) perdendo così di effettiva valenza causale nel determinismo del decesso, anche alla luce della tempestiva ed adeguata gestione della stessa da parte dei sanitari del [redacted] di Chieti documentata dal decremento dei marcatori di sepsi, interferendo così al massimo in termini meramente acceleratori".

Ne consegue, in conclusione, che i CTU, con le relazioni integrative:

1) Confermano che vi è stata una condotta omissiva dei sanitari, consistente in omessa profilassi antibiotica in occasione del secondo intervento chirurgico;
2) Evidenziano che il secondo intervento si è svolto in regime di urgenza nell'ambito di complesse circostanze operative in cui ci si trovava ad intervenire a causa del sanguinamento pericardico che rendeva necessario un intervento immediato;
3) Accertano che l'infezione nosocomiale è stata tempestivamente diagnostica ed adeguatamente trattata in quanto il marcatore di sepsi (procalcitonina) dal 30/07 al 21/08 ha presentato un progressivo decremento progressivo da 30,7 ng/ml a 5,92 ng/ml in risposta al trattamento nonostante il coesistente quadro di insufficienza renale cronica che condizionava il dosaggio della terapia antibiotica. In tal senso, pertanto, il quadro settico era in via di risoluzione e di conseguenza non può aver assunto una effettiva dignità causale nel determinismo del decesso;
4) Dichiarano che l'infezione nosocomiale contratta dal paziente sia stata successiva allo sviluppo della insufficienza multiorgano da ipoperfusione persistente (come sopra descritto in riscontro alla prima osservazione) e che il paziente aveva ulteriormente sviluppato un quadro clinico di dilatazione biventricolare (ecocardiogramma del 20/08) che ha determinato una ipertensione polmonare di grado severo, come riscontrato in sede autoptica. L'infezione nosocomiale si è pertanto instaurata su un quadro sistemico già gravemente compromesso, già evoluto in insufficienza multiorgano e pertanto, sul piano medico legale, non è in grado di assumere una valenza causale prevalente o esclusiva nella eziopatogenesi del decesso del paziente che si sarebbe comunque verificato;
5) Espongono che l'infezione potrebbe aver avuto una limitata rilevanza causale ai fini del prolungamento della degenza e della eziopatogenesi del decesso a cagione del grave quadro di insufficienza multiorgano secondario ad ipovolemia da sanguinamento pleuro-pericardico e dilatazione biventricolare cardiaca con conseguente ipertensione polmonare ed exitus.

Quindi, in conclusione, accertato che l'errore medico (peraltro verificatosi in condizioni di urgenza) ha cagionato unicamente l'anticipazione certa dell'exitus, non può che trovare applicazione quanto stabilito da Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 26851 del 19/09/2023 per la quale "In tema di responsabilità sanitaria, ove sia accertato, secondo i comuni criteri eziologici, che l'errore medico abbia anticipato o anticiperà la morte del paziente, sarà risarcibile al paziente stesso o, ove la morte sia intervenuta in momento antecedente all'introduzione della lite, agli eredi "iure hereditario", solo il danno biologico differenziale determinato dalla peggiore qualità della vita effettivamente vissuta e il danno morale da lucida

Osservatorio ICA Italia

consapevolezza della anticipazione della propria morte, eventualmente predicabile se esistente e soltanto a far data dall'altrettanto eventuale acquisizione di tale consapevolezza in vita; ove, invece, vi sia incertezza sulle conseguenze "quoad vitam" dell'errore medico, il paziente, o i suoi eredi "iure hereditario", potranno pretendere il risarcimento del danno da perdita delle "chance" di sopravvivenza, ricorrendone i consueti presupposti di serietà, apprezzabilità, concretezza e riferibilità eziologica certa della perdita di quella "chance" alla condotta in rilievo. In nessun caso sarà risarcibile "iure hereditario" un danno da "perdita anticipata della vita", risarcibile soltanto "iure proprio" ai congiunti quale pregiudizio da minor tempo vissuto dal congiunto".

Sicuramente, la prima voce di danno (peggiore qualità della vita effettivamente vissuta e danno da lucida agonia) non può essere riconosciuta.

Infatti, in data 30.07.2019, il paziente veniva sottoposto a "revisione urgente del cavo pleuro-pericardico, con cauterizzazione, lavaggio del sito ed emostasi della parete toracica". Il paziente, emodinamicamente instabile e anurico, veniva trasferito presso il reparto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica per "quadro di shock con MOF" (Insufficienza multiorgano).

Il 31.07.2019 le condizioni emodinamiche del paziente, in sedazione profonda e ventilazione meccanica, subivano un repentino peggioramento.

I sanitari, inoltre, riscontravano il mancato svezzamento dalla ventilazione meccanica e, pertanto, previo consenso dei familiari del paziente, eseguivano una tracheostomia percutanea. In data 08.08.2019, il paziente veniva sottoposto ad un

ulteriore esame radiografico di controllo che attestava "una lieve riduzione dei segni

radiologici di edema polmonare e di versamento pleurico".

In data 23.08.2019, il paziente, "tracheostomizzato, ipoteso, ipotermico, anurico e in sedazione superficiale con Midazolam", presentava un quadro clinico di estrema gravità.

Quindi, da un lato, le condizioni di vita non possono ritenersi peggiorate, essendo il paziente rimasto in stato di sedazione (nonostante le prove testimoniali di parte attrice siano di contrario avviso) e non essendo dimostrato che, stante la presenza di grave stato di insufficienza multiorgano, avrebbe avuto una vita migliore.

Dall'altro, proprio tale stato di sedazione, esclude il danno da lucida agonia.

Invece, può riconoscersi il danno per il minor tempo vissuto col congiunto che può liquidarsi, in via equitativa, in € 5.000,00 per ciascuna delle attrici, somma già rivalutata alla data della presente sentenza.

Quanto al consenso informato, il diritto al consenso informato del paziente, in quanto diritto irretrattabile della persona, va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza, rinvenuti a seguito di un intervento concordato e programmato, per il quale sia stato richiesto ed ottenuto il consenso, e tali da porre in gravissimo pericolo la vita della persona (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 10423 del 15/04/2019).

Pertanto, con riferimento al secondo intervento in urgenza, la domanda va rigettata.

Con riferimento al primo intervento, programmato, i CTU hanno evidenziato che, dal punto di vista tecnico, *dalla documentazione sanitaria visionata non emergono vizi di consenso al trattamento sanitario con particolare riferimento all'intervento cardiochirurgico programmato ed eseguito in data 29.07.2021 (bypass aorto-coronarico on-pump [circolazione extracorporea] e di sostituzione della valvola*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

mitrale con protesi meccanica). Essondosi trattato di un intervento programmato e trovandosi il paziente in uno stato di vigilanza e collaborazione si deve necessariamente ritenere che egli abbia potuto fornire un valido e informato consenso al trattamento chirurgico eseguito, così come risulta documentato dall'apposito modulo presente in cartella clinica il quale risulta attuale (datato 25.07.2019), completo (anche per i possibili rischi di infezioni) e regolarmente sottoscritto sia dal paziente che dal medico chirurgo incarico.

Quindi, anche tale doglianza non può essere accolta.

Le spese di lite, stante la sproporzione tra quanto richiesto e quanto riconosciuto possono interamente compensarsi.

Per analoga ragione le spese di CTU, come liquidate con separato provvedimento, vanno poste a carico delle parti nella misura del 50% ciascuna.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda, deduzione o eccezione disattesa, così provvede:

1) condanna l' *Controparte_1* (P. I.V.A.: *P.IVA_1*) al pagamento, in favore di *Pt_1* (C.F.: *C.F._1*), *Parte_2* (C.F.: *C.F._2* , *Parte_3* (C.F.: *C.F._3*), *Parte_4* (C.F.: *C.F._4*) e *Parte_5* (C.F.: *C.F._5*), della somma di € 5.000,00 ciascuna oltre interessi legali dalla data della presente sentenza fino al soddisfo;

1) pone le spese di CTU, come liquidate con separato provvedimento, a carico delle attrici, in solido, nella misura del 50% e della convenuta per il restante 50%
2) compensa le spese di lite.

Così deciso in Chieti il 14.1.2024.

IL GIUDICE
Dott. Francesco Turco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it