

N. R.G. 14581/2018

TRIBUNALE ORDINARIO di FIRENZE

Sezione Protezione Internazionale CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Luca Minniti

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA EX ART. 702 ter C.P.C.

nella causa civile di **I grado** iscritta al n. r.g. **14581/2018** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso il difensore avv.
[REDACTED]

Parte_2 (C.F. *C.F._2*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso il difensore avv.
[REDACTED]

ATTORI

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv.
[REDACTED] elettivamente domiciliato in [REDACTED]
[REDACTED] presso il difensore avv. [REDACTED]

Controparte_2 (C.F. *C.F._3*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso il
difensore avv. [REDACTED]

CONVENUTI

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

La controversia ha ad oggetto la domanda di risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale vantato iure proprio e iure successionis da **Per_1**, deceduta nel corso del giudizio, **Parte_2** e **Parte_1**, subito quali eredi e quali prossimi congiunti, madre fratello e sorella del signor **Persona_2** deceduto nel decorso post operatorio dell'intervento di laringectomia parziale ricostruttiva associata a svuotamento linfonodale laterocervicale bilaterale eseguito in data 7.5.2015 presso **[REDACTED]** di Empoli. I ricorrenti attribuiscono al nosocomio la errata scelta di sottoporre il paziente a questo intervento.

Il presente procedimento è stato anticipato dall'accertamento tecnico preventivo esperito ai sensi dell'art. 696 bis cpc secondo la previsione dell'art. 8 della legge 24/2017 all'esito del quale i CCTTUU (dott. **Per_3** medico legale, dott. **Per_4** specialista in otorinolaringoiatria, dopo approfondito esame, svolto nel pieno contraddittorio tra le parti depositavano approfondita ed analitica relazione tecnica nella quale in sintesi si afferma:

Quanto alle condizioni di partenza :

- 1) che il paziente **Persona_2** era un soggetto 50enne, iperteso, affetto da un disturbo dell'area schizofrenica che si era manifestato già all'età di 18 anni, per il quale era seguito da tempo presso un servizio di Igiene Mentale e per cui assumeva trattamento con **Org_1**, **Org_2**, **Org_3**, **Org_4**, **Org_5** e **Org_6**
- 2) che il paziente era forte fumatore (oltre 40 sigarette al giorno) e dalla metà del 2014 lamentava difficoltà alla deglutizione e sensazione di corpo estraneo faringeo.
- 3) che gli accertamenti eseguiti nei primi mesi del 2015 rivelarono la presenza di una neoformazione di tipo ulcerativo a carattere maligno a livello della faccia laringea dell'epiglottide per la quale fu successivamente posta diagnosi di "Carcinoma a cellule squamose scarsamente differenziato (G3) infiltrante gli stromi dell'epiglottide ed esteso a 3 linfonodi laterocervicali destri di II livello, 2 linfonodi laterocervicali destri di III livello ed 1 linfonodo laterocervicale sinistro di III livello ..." con stadiazione TNM definitiva pT1 G3 pN2c Mx LV0 e quindi classificabile come tumore in stadio III

Quanto alle scelte ed alle condotte terapeutiche dei sanitari che:

- 1) in base alle recenti statistiche epidemiologiche i pazienti affetti da un carcinoma laringeo in stadio III hanno un'aspettativa di sopravvivenza dopo trattamento che oscilla fra il 45% ed il 55% a 5 anni

- 2) che il decorso post-operatorio dell'intervento di laringectomia orizzontale sopraglottica allargata all'aritenoidale destra e svuotamento linfonodale latero-cervicale bilaterale eseguito in data 07/05/2015 fu complicato dall'insorgenza di una polmonite sostenuta da germi tipici delle infezioni nosocomiali ed in modo particolare di quelle che colpiscono i soggetti sottoposti a procedure di ventilazione assistita. Dopo prolungati e ripetuti cicli di terapia antibiotica l'infezione esitò in una colonizzazione persistente delle vie aeree da *Pseudomonas aeruginosa*.
- 3) che la morte del paziente è intervenuta a oltre 6 mesi dall'atto chirurgico, dopo un periodo abbastanza lungo di assenza di segni infettivi e quando era in atto la fase di recupero funzionale e riabilitazione deglutitoria.

I Consulenti ne traevano la conclusione per cui il decesso del paziente non potesse essere considerato causalmente riconducibile all'atto chirurgico ed alla complicità infettiva.

In particolare osservavano che “escludere un intervento che permette una qualità della vita nettamente migliore ad un uomo di 49 anni, sulla sola base della presenza di un disturbo psichiatrico non sarebbe stato corretto”.

Secondo i CCTTUU consapevoli delle difficoltà poste dalla particolare condizione del paziente “i sanitari hanno predisposto un percorso terapeutico e di degenza personalizzato con il posizionamento preventivo di PEG e degenza post-operatoria in ambiente controllato (rianimazione). Tale scelta risulta condivisibile ed adeguata, ancor più alla luce delle specifiche misure adottate per contrastare il maggior rischio infettivo connesso alla prolungata permanenza in Terapia Intensiva. L'esecuzione dell'intervento di LOS allargata alla aritenoidale di destra e svuotamento linfonodale latero-cervicale bilaterale è stata corretta. Le particolari condizioni del paziente e le conseguenti scelte di modifica del percorso assistenziale giustificano pienamente le variazioni del protocollo di profilassi antiinfettiva effettuate dai sanitari [REDACTED] di Empoli rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida del settore. Le speciali misure precauzionali tenute nel post-operatorio (nutrizione attraverso PEG e mantenimento di cannula tracheale cuffiata per lungo periodo) hanno certamente impedito l'insorgenza di una patologia broncopolmonare ab ingestis mentre l'inevitabile lunghezza dell'atto operatorio e la lunga permanenza in reparto di terapia intensiva in ventilazione assistita hanno certamente favorito l'insorgenza di una polmonite nosocomiale, nonostante i germi responsabili della medesima si siano costantemente dimostrati sensibili ai farmaci utilizzati per la profilassi chirurgica e per le successive terapie. La letteratura scientifica è d'altra parte concorde nell'indicare che lo stress chirurgico e lo stress organico post-

operatorio hanno un importante effetto immunodepressore tale da rendere inefficaci o solo parzialmente efficaci farmaci antibiotici potenzialmente attivi sui microorganismi responsabili di focolai settici in vivo. Insorta la complicanza polmonare, il p. è stato costantemente seguito in maniera adeguata, a livello medico, diagnostico ed assistenziale. Le terapie sono sempre state effettuate sulla base di esami strumentali e laboratoristici adeguati e di corretta frequenza. L'evoluzione dell'infezione verso uno stato di colonizzazione stabile delle vie aeree da microorganismi nosocomiali è evento noto e connaturato alle caratteristiche di tali microorganismi e non conseguenza di scelte terapeutiche inadeguate. La scelta di trasferire il p. in centro riabilitativo specializzato è stata corretta e poteva potenzialmente favorire anche un miglioramento del quadro infettivologico e delle condizioni psichiche. La successiva evoluzione della situazione non può essere considerata conseguenza dell'operato dei sanitari dell' **Pt_3** **CP_3** Per quanto riguarda infine l'evento terminale fatale, la causa finale dell'exitus non può essere imputata alla rimozione volontaria della cannula tracheale in quanto negli ultimi giorni il paziente presentava una buona respirazione per via naturale durante il giorno a cannula chiusa, segno di pervietà della laringe ed inoltre, ipotizzando un edema laringeo, il tempo trascorso fra la rimozione della cannula e la crisi dispnoica è stato breve (minuti) mentre in un soggetto portatore di cannula tracheale da 6 mesi si crea una epitelizzazione della stomia, che può ancora chiudersi ma in un tempo relativamente lungo (ore), mentre il soggetto è stato trovato in arresto respiratorio dopo pochi minuti. Si rammenta che negli ultimi giorni di vita il p. aveva mostrato uno scadimento psichico importante, aveva subito almeno una caduta ed aveva rischiato di cadere almeno in una seconda occasione. Le cause di tale deterioramento, così come le cause dell'exitus non sono state indagate e non risultano adeguatamente documentate. Risulta comunque molto più probabile che il p. si sia strappato la cannula a causa dell'insorgere di una crisi respiratoria piuttosto che il contrario".

Al contempo i CCTTUU rilevavano che "tenuto conto delle condizioni del p. si può ritenere che nel caso de quo fosse lecito attendersi, in assenza di complicanze, un periodo di ospedalizzazione di 40 giorni. Tenute a mente tali premesse, considerato che in conseguenza dell'insorgenza della complicanza infettiva polmonare il p. è rimasto complessivamente ricoverato presso l' **CP_4** [...] per 140 giorni e che tale prolungamento del ricovero è diretta conseguenza di una complicanza riconducibile a responsabilità oggettiva della struttura ospedaliera si ritiene che in conseguenza di questa il paziente abbia sofferto di un periodo di inabilità temporanea totale di gg. 100 (giorni cento).

Sulla base di tale esito dell'accertamento medico legale il giudice nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. ha formulato una ipotesi di conciliazione della controversia che muoveva dall'addebito della

responsabilità per il solo pregiudizio relativo alla inabilità per 100 giorni conseguente al processo infettivo di origine nosocomiale.

Nel decreto contenente la proposta si legge :

Pagamento da parte dell' Controparte_1 ai ricorrenti:

- della somma di € 9.800= a titolo di danno non patrimoniale iure hereditatis;
- delle spese del procedimento ex art. 696bis nella misura di € 2.000 oltre 15% spese generali, IVA e CAP come per legge

Pagamento da parte dell' CP_1 CP_1 della metà delle spese di CTU come quantificate dal giudice con decreto di liquidazione in data 12.04.2018, l'altra metà a carico dei ricorrenti in solido.

Rimborso da parte dei ricorrenti in solido delle spese del procedimento ex art. 696bis al resistente Controparte_2 nella misura di € 2.000 oltre 15% spese generali, IVA e CAP come per legge.

La proposta poggiava sul presupposto che fosse corretta, chiara e puntuale la relazione dei CTU in punto di esclusione del nesso causale tra infezione ed evento letale dovendosi applicare l'onere della prova secondo la regola di recente confermata dalla Cassazione con sentenza n. 18392/2017 ; che fosse corretta, chiara e puntuale la relazione in ordine alla correttezza della altre condotte sanitarie ed in particolare con riferimento alla scelta di intervento chirurgico messo in atto; che fosse corretta ritenuta chiara e puntuale la relazione in ordine al nesso causale tra infezione nosocomiale e inabilità temporanea del paziente considerato che la struttura non ha soddisfatto l'onere probatorio su di essa gravante con riferimento alla condotta di protezione del paziente dalla infezione nosocomiale contratta (Cfr Corte di Cassazione Sez. Terza Civ. -Sent. del 07.06.2011, n. 12274).

La proposta veniva accettata dai ricorrenti ma non dalla struttura , ragion per cui veniva instaurato ai sensi dell'art. 702 bis c.p.c. il procedimento di merito, con rito sommario , nell'atto introduttivo del quale i ricorrenti confermavano le conclusioni originarie sull'assunto risultato smentito dalla CTU del nesso di causa tra condotta sanitaria e decesso.

I convenuti si costituivano negando responsabilità e nesso di causa .

In luogo della madre nel frattempo deceduta succedevano nell'azione i già costituiti fratello e sorella del defunto.

La causa veniva tenuta in decisione alla udienza del 9.7.2019 nelle forme del rito sommario.

Il giudice osserva che la chiarissima relazione dei CCTTUU (medico legale e specialista) ha preso puntualmente in considerazione delle particolari condizioni del signor **Persona_2** ed il suo quadro clinico come sottoposto ad un consulto multidisciplinare **Orga** (“Gruppo Oncologico Multidisciplinare” costituito da più specialisti esperti) tenutosi in data 22.4.2015 nel quale veniva valutata una duplice opzione terapeutica: chirurgia parziale (conservativa) oppure trattamento radioterapico. Informato dell’*iter* e delle possibili complicanze, delle alternative il paziente ha firmato un consenso chirurgico dettagliato in una specifica riunione cui avevano presenziato anche i familiari diretti i quali sottoscrivevano per “*presa visione*” il relativo modulo, dopo che i sanitari presenti avevano soddisfatto le richieste di chiarimento dei congiunti.

Sul punto i CCTTUU sono inequivoci: *“la peculiare situazione neuropsichiatrica del paziente, non interdetto né dichiarato incapace di intendere e volere ma, allo stesso tempo non pienamente capace di valutare in piena autonomia le complesse implicazioni poste dalla terapia chirurgica conservativa e dalla successiva fase riabilitativa furono correttamente considerate dai sanitari dell’ **Controparte_4** che, a seguito di un consulto oncologico multidisciplinare decisero di proporre al paziente due opzioni terapeutiche (laringectomia sovracricoidea o sovraglottica o trattamento chemio-radio-terapico), suggerendo che la scelta fosse presa dal paziente con il supporto dei familiari, che certamente avevano maggiore capacità di valutare le implicazioni organizzative del caso poste dalle due soluzioni”*.

All’esito dell’intervento si scelse poi , in considerazione della peculiarità psichiatrica del caso, il decorso post-operatorio avrebbe usufruito di un percorso *ad hoc* in terapia intensiva, invece del normale decorso in reparto di degenza chirurgica. *“Nella convinzione che il maggior livello di sorveglianza costante che caratterizza un reparto di terapia intensiva avrebbe impedito il verificarsi di incidenti conseguenti alla labile condizione psichica del paziente”*, come scrivono i CCTTUU.

Corretta e coerente appare la valutazione dei CCTTUU che ritengono priva di responsabilità la condotta dei sanitari dell’ **Controparte_4** che di fronte alla diagnosi di carcinoma laringeo , considerate le opzioni terapeutiche della radioterapia e della chirurgia, da una parte hanno escluso la radioterapia per gli effetti collaterali che mettono a dura prova i pazienti – a maggior ragione quelli affetti da patologie psichiche – che spesso rifiutano di proseguire la terapia. Dall’altra di fronte alla possibilità due opzioni chirurgiche: la conservativa con mantenimento delle funzioni faringolaringee (fonazione/deglutizione) e la demolitiva radicale con abolizione della voce

fisiologica e stoma tracheale a permanenza, hanno scelto la prima . Ciò alla luce anche della giovane età del paziente, in osservanza delle “Linee guida sul cancro della laringe” della [...]

Organizzazione_8 secondo le quali *“la scelta terapeutica deve dipendere da fattori legati al tumore, ma anche da fattori dipendenti dal paziente (età, sesso, patologia concomitante)”*.

Dunque , fermo il fatto che non vi è nessuna prova, neppure presuntiva che possa connettere causalmente il decesso alla scelta chirurgica, in ogni caso tale scelta deve ritenersi corretta.

Merita separata considerazione invece il profilo relativo alla contrazione del virus che ha costretto ad una maggiore e prolungata ospedalizzazione (con 100 giorni di inabilità totale), secondo la stima dei CTU.

La struttura ha contestato la proposta conciliativa sul punto negando la propria responsabilità.

Nella relazione sul punto si legge: “Una considerazione specifica deve essere fatta in merito alle scelte dei sanitari dell’ Controparte_4 in materia di profilassi anti-infettiva. Infatti stando ai suggerimenti contenuti nelle linee guida del settore l’intervento che venne eseguito deve essere classificato come intervento “pulito-contaminato”, cioè in quel gruppo di interventi chirurgici per i quali viene raccomandata la semplice profilassi antibiotica perioperatoria, da somministrarsi a dose piena entro i 60 minuti che precedono l’incisione chirurgica e da ripetersi eventualmente in corso di intervento qualora la durata dell’intervento superi l’emivita nel siero del farmaco somministrato. Le stesse linee guida indicano altresì che per questo tipo di interventi *“Le cefalosporine di III e IV generazione, i monobattami, i carbapenemi, la **piperacillina/tazobactam non sono raccomandati a scopo profilattico**. È preferibile riservare tali antibiotici, efficaci sui patogeni multiresistenti, agli usi terapeutici.”* In realtà, nel caso di specie l’intervento chirurgico veniva eseguito sotto copertura con 4.5g di Pt_4 (Piperacillina/Tazobactam) somministrata 30 minuti prima dell’inizio dell’atto operatorio, e proseguita successivamente ogni 8 ore in associazione a Org_9 500mg ogni 6 ore. Sebbene tale scelta possa apparire a prima vista criticabile, un’attenta considerazione delle peculiarità del caso ne fa comprendere le giustificazioni. Infatti, le linee guida sono sviluppate tenendo conto del normale iter degli interventi e delle caratteristiche medie dei pazienti trattati. Infatti, le stesse linee guida cui si faceva riferimento dianzi, precisano che *“La profilassi antibiotica deve essere limitata al periodo perioperatorio e la somministrazione deve avvenire immediatamente prima dell’inizio dell’intervento. ... La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio non è giustificata. L’estensione della profilassi alle prime 24 ore del postoperatorio può essere giustificata in situazioni cliniche definite quando l’indice di rischio di infezioni postoperatorie è alto. Qualsiasi decisione di prolungare la profilassi oltre la durata*

stabilita dalla linea guida locale dovrebbe essere motivata in cartella clinica.”. Nel caso di specie il decorso post-operatorio era programmato in un ambiente a più alto rischio infettivo (la terapia intensiva) e le caratteristiche del paziente (patologia psichiatrica e forte tabagismo) costituivano un ulteriore fattore di rischio. La successiva documentazione attesta che l’atto chirurgico in sé fu valido ed efficace, l’assistenza clinica post-operatoria fu attenta (si evidenzia in particolare il mantenimento della ventilazione assistita con cannula cuffiata per impedire il passaggio di contaminanti orali nell’albero bronco-polmonare e la nutrizione mediante PEG). Nonostante tali attenzioni e nonostante la prolungata profilassi antibiotica, successivamente insorgeva complicanza broncopneumonica con addensamento dei parenchimi polmonari e deterioramento degli scambi gassosi. Si è trattato con ogni evidenza di una polmonite nosocomiale post-chirurgica sostenuta da tipici microorganismi circolanti nell’ambiente ospedaliero (*Serratia marcescens* e *Pseudomonas aeruginosa*) che tenuto conto della natura dell’intervento e dei successivi reperti analitici microbiologici deve essere considerata quale complicanza prevedibile (su base statistica-epidemiologica) ma non prevenibile al di là delle misure che concretamente furono messe in atto presso l’ **Controparte_4**. Infatti, il ceppo di *Pseudomonas aeruginosa* isolato inizialmente e poi successivamente nel corso di recidivanti episodi broncopneumonici e quindi anche in fasi di remissione dalle vie respiratorie del p. è sempre rimasto sensibile all’associazione Piperacillina-Tazobactam utilizzata a dose piena nella profilassi perioperatoria e nel primo periodo post-chirurgico. La diversa profilassi non può quindi essere ritenuta responsabile né dell’insorgenza di un’infezione da germe non sensibile né della selezione di popolazioni resistenti causa di colonizzazione persistente e quindi, in ultima analisi non può in alcun modo essere messa in relazione causale con il successivo decesso del p. Vero è che i vari episodi di acutizzazione sono stati tutti affrontati in maniera adeguata e con remissione dei sintomi di infezione permettendo di avviare, pur tardivamente, la fase riabilitativa deglutitoria. In esito ad una riacutizzazione infettiva (fine luglio 2015), successiva ad un periodo di buone condizioni e recupero funzionale, si registrava anche un peggioramento dello stato psichico del p. che si presentava scarsamente collaborante, depresso, disorientato e a tratti agitato e violento”.

Le osservazioni dei CCTTUU sul punto sono corrette e condivise da questo giudice escludono che la terapia antibiotica non fosse stata correttamente somministrata ma non escludono affatto la responsabilità della struttura per la contaminazione infettiva avvenuta nell’ambiente ospedaliero evidentemente non protetto adeguatamente.

In questo senso persiste la responsabilità della struttura ospedaliera ma non quella del dott. Leopardi.

Ne consegue che la domanda deve ritenersi in gran parte infondata (con le relative conseguenze in punto di addebito delle spese legali) e solo in parte meritevole di accoglimento in punto di risarcimento del danno da inabilità temporanea per il prolungamento della degenza ospedaliera con inabilità totale per 100 giorni.

Il danno , secondo le tabelle dell'Osservatorio sulla giustizia civile di Milano deve perciò esser liquidato in € 9.800,00 (danno non patrimoniale iure hereditatis) in favore di tutti i creditori in solido pro quota ereditaria. Oltre interessi al tasso legale, sulla stessa somma, dalla data delle dimissioni alla data della pubblicazione della sentenza. Con riparto del costo della CTU al 50% tra ricorrenti e struttura sanitaria. E con compensazione parziale delle spese di lite (per la quota del 50%) anche alla luce del fatto che dopo l'esito dell'accertamento tecnico preventivo i ricorrenti hanno proposto la domanda nei termini precedenti, smentiti dalla CTU.

P.Q.M.

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

- accoglie in parte la domanda e per l'effetto condanna l' *Controparte_1* [...] a risarcire il danno non patrimoniale corrispondendo a *Parte_1* ed *Parte_2* il complessivo importo di € 9.800,00 in favore di tutti i creditori in solido, pro quota ereditaria; oltre interessi al tasso legale, sulla stessa somma, dalla data delle dimissioni alla data della pubblicazione della sentenza;
- addebita il costo della CTU al 50% tra ricorrenti e struttura sanitaria;
- dichiara la compensazione parziale del 50% delle spese di lite di entrambi i procedimenti tra ricorrenti e struttura sanitaria e per il residuo condanna l' *Controparte_1* [...] a rimborsare a *Parte_1* ed *Parte_2* il 50% delle spese di lite, quota che si liquida in € 3.000,00 per compensi , € 843 e 286 per spese di iscrizione a ruolo, oltre i.v.a., c.p.a. e 15 % per spese generali;
- rigetta la domanda proposta nei confronti del dott. *Controparte_2* e per l'effetto condanna *Parte_1* ed *Parte_2* a rimborsare in suo favore le spese di lite di entrambi i procedimenti, che si liquidano complessivamente in € 3.000,00 per compensi, oltre i.v.a., c.p.a. e 15 % per spese generali;

Firenze, 1 agosto 2019

Il Giudice

dott. Luca Minniti