



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI ISERNIA

in composizione monocratica, nella persona della dr.ssa Martina Guenzi,
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa iscritta al n.r.g. 200/2015 e vertente

TRA

Parte_1 , *Parte_2* *Parte_3* tutti rapp.ti e difesi dagli Avv.ti [REDACTED] e

[REDACTED] elettivamente domiciliati c/ lo studio dell'Avv. [REDACTED] in Isernia [REDACTED]
[REDACTED]

ATTORI

E

Controparte_1 in persona del rappresentante p.t. , rapp.ta e difesa dall'Avv. [REDACTED]

[REDACTED] ed elettivamente dom.ta c il suo studio in Capriati a Volturno alla [REDACTED]

CONVENUTA

All'udienza del 25.05.2020 le parti concludevano come da verbale in atti e la causa veniva trattenuta in
decisione con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Parti attrici hanno chiesto di condannare la convenuta, previo accertamento dell'insufficiente qualità delle misure preventive e di controllo delle infezioni, derivante dell'omessa applicazione dei protocolli da parte della struttura sanitaria **CP_1** al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti per effetto del decesso della congiunta **Persona_1**, a seguito di ricovero e intervento presso la summenzionata struttura, e quantificati in € 263.340,00 per **Parte_1** (marito della **Per_1** e € 144.178,65 per ciascuno dei figli **Parte_2** e **Parte_3**, a titolo di danno da perdita parentale, € 778.450,00 complessivi a titolo di danno da perdita della vita subito dalla **Per_1** da trasmettersi iure hereditatis, oltre al qualsiasi altra ulteriore voce di danno.

Hanno invocato la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale dell' **CP_2** convenuta, e, da un punto di vista di fatto, hanno riferito che la **Per_1** in data 05.12.2013, si era ricoverata presso l' **CP_3** odierno convenuto per sottoporsi ad un intervento programmato di rimozione di una recidiva di cisti epidermoide, in buone condizioni di salute o, in ogni caso, non manifestando fattori di aumento di rischio infettivologico. In data 06.12.2013 si era sottoposta, pertanto, all' intervento, a seguito del quale non erano state riscontrate criticità post operatorie. Hanno riferito, poi, che in data 6.12.2013 la **Per_1** come da prassi post operatoria, era entrata in terapia intensiva e, alle ore 15,55, era apparsa "sveglia, cosciente e in respiro spontaneo aria ambiente". Tuttavia, in data 8.12.2013, le condizioni fisiche della **Per_1** erano peggiorate improvvisamente e si erano aggravate giorno dopo giorno, senza un apparente giustificazione, fino al **CP_1** dopo una lunga sofferenza.

Hanno sostenuto, quindi, i congiunti della **Per_1** che la stessa, a seguito dell'intervento effettuato presso la struttura odierna convenuta, e a causa della generica e insufficiente qualità complessiva delle misure preventive e di controllo in atto, aveva contratto un'infezione nosocomiale da *Acinetobacter baumannii* che ne aveva determinato il decesso per insufficienza multiorgano terminale causata da shock settico.

Hanno concluso, quindi, chiedendo l'accertamento della responsabilità della struttura convenuta con conseguente condanna al risarcimento dei danni meglio indicati in premessa oltre interessi e rivalutazione dal giorno del decesso, con condanna alle spese di lite.

La convenuta *Controparte_4* si è costituita opponendosi alla domanda. Eccepiva l'irregolare costituzione in giudizio di parte attrice, la improcedibilità della domanda per essere diretta esclusivamente verso la struttura sanitaria e non verso i medici intervenuti, ledendo in tal modo il loro diritto di difesa. Ha dedotto la nullità della domanda per genericità della stessa. Ha eccepito inoltre la mancanza del nesso di causalità tra condotta ed evento dannoso con conseguente necessità di rigetto della domanda avanzata da parte attrice, anche alla luce della speciale difficoltà dell'intervento cui veniva sottoposta la *Per_1*

La causa è stata istruita con le produzioni documentali, escussione testimoniale e con una CTU.

La domanda è infondata e deve essere rigettata per quanto di seguito di dirà.

Preliminarmente devono essere rigettate le eccezioni preliminari formulate da parte convenuta.

Quanto alla lesione del contraddittorio ex art 102 c.p.c., per non essere l'azione diretta anche nei confronti dei sanitari intervenuti e ritenuti responsabili del fatto dannoso si rileva che, in tema di responsabilità medica, non sussiste un'ipotesi di litisconsorzio necessario tra struttura sanitaria e medico, trattandosi di un'ipotesi di solidarietà passiva a mente della quale il paziente può indistintamente agire nei confronti dell'uno o dell'altro soggetto al fine di pretenderne, per l'intero, il risarcimento del danno (Cfr. ex multis Cass. Sez. 3, Sentenza n. 8413 del 10/04/2014 secondo cui "Nel processo a pluralità di parti, instaurato da un paziente per far valere la responsabilità solidale di una casa di cura e del sanitario operante presso di essa, non ricorre un'ipotesi di litisconsorzio necessario passivo, in quanto l'attore, avendo diritto di pretendere da ciascun condebitore il pagamento dell'intera somma dovuta a titolo di risarcimento dei danni subiti, instaura nei loro confronti cause scindibili, sicché - in applicazione dei principi vevoli per l'obbligazione solidale passiva - la notifica della

sentenza che sia stata eseguita ad istanza della parte attrice nei confronti di uno solo dei convenuti segna esclusivamente nei riguardi dello stesso l'inizio del termine breve ex art. 325 cod. proc. civ.”).

Quanto alla presunta nullità della citazione deve rilevarsi che la domanda proposta in giudizio da parte attrice questa è pacificamente basata sul titolo contrattuale, essendo stato formulato espresso riferimento a tale profilo già nell'atto di citazione ed avendo parti attrici compiutamente individuato l'evento lesivo per il quale si è chiesto il risarcimento del danno. Ciò comporta l'infondatezza della eccezione di nullità della citazione, formulata sul presupposto della incomprensibilità del titolo posto a base della domanda.

Venendo al merito della domanda, come detto, è stata espletata prova testimoniale con riferimento al rispetto dei protocolli volti ad evitare la diffusione di infezioni ospedaliere, da parte dei sanitari intervenuti sulla paziente nella fase post operatoria.

Nello specifico i testi escussi hanno riferito che, nelle occasioni di visita alla paziente, i sanitari avevano indossato giacche sopra i camici, che numerose persone avevano accesso alla sala, alla luce del numero dei ricoverati e che non erano state fatte indossare mascherine chirurgiche ai visitatori (Cfr testimonianza *Testimone_1* – verbale udienza del 03.03.2016). La teste *Testimone_2* ha inoltre precisato che, nell'unica occasione in cui si era recata in visita alla *Per_1* aveva notato che qualcuno presente in sala non aveva indosso le protezioni tipiche (cuffia, camice e copri scarpe).

Orbene, ciò che deve quindi essere analizzato è se, in occasione del ricovero della *Per_1* e della sua degenza post operatoria in terapia intensiva, siano stati applicati, da parte della struttura sanitaria, i protocolli effettivamente vigenti al momento dei fatti (Cfr doc. 1 – dichiarazione direttore sanitario [REDACTED] doc. 2 - report verifiche per certificazione ISO anni 2012, 2013 e 2014; doc. 3 – certificazioni ISO; doc. 5 e 6 – procedure di prevenzione infezioni e distribuzione).

Detto quesito è stato sottoposto, tra gli altri, alla valutazione del consulente nominato dal Giudice precedente titolare del procedimento.

Si ritiene utile, prima di affrontare la soluzione della questione relativa alla effettiva applicazione dei protocolli di prevenzione, dare conto dei risultati cui è pervenuto il CTU, il quale ha ricostruito l'intervento sanitario a partire dall'anamnesi e avvalendosi di due diversi pareri pro veritate da parte di due specialisti in neurochirurgia.

La c.t.u. ha evidenziato che la paziente *Persona_1* di 69 anni al momento del decesso, avesse dei precedenti medici rilevanti ai fini dell'indagine relativa al caso de quo e, con riferimento all'anamnesi prossima, ha riferito che ““operata nel '96” per paraganglioma glomo carotideo destro. Paziente a noi già nota sottoposta ad intervento di asportazione di epidermoide del cavo di Meckel sinistro nel 2005. Eseguiti seriati controlli nel tempo con cadenza annuale che mostravano sostanziale stabilità del quadro fino al 2010 quando la RM encefalo mostrava lieve incremento volumetrico del tessuto patologico a livello del seno cavernoso di sinistra con estensione alla cisterna pre pontina di sinistra. In assenza di correlato clinico proseguiva i controlli radiologici nel tempo. Da circa 1 anno riferisce nuova insorgenza di ipoestesia/addormentamento all'emivolto sinistro. Una RM encefalo m.d.c. (21/10/13) mostra ulteriore modesto incremento dimensionale del tessuto patologico localizzato a livello del seno cavernoso di sinistra che si estende sulla cisterna laterale pontina di sinistra con ulteriore lieve incremento dell'“effetto massa sulle strutture pontine. Invariato il restante reperto. Riferisce episodi simil critici da circa 3 anni caratterizzati da contrazioni involontarie precedute da sensazione ascendente ed arresto del linguaggio. La paziente riferisce di essere stata sottoposta ad accertamenti (registrazione EEG) presso il reparto di Neurologia (policlinico XXXXXXXXXX che escludeva una genesi epilettica di tali episodi. Tali „crisi“ si verificherebbero in concomitanza di situazioni stressanti e si accompagnano a stato di ansia”.”

Ha precisato, quindi, che la stessa si era già sottoposta ad un primo intervento per la rimozione di cisti epidermoide al cavo di *Pt_4* svolto con successo presso la *CP_1* e, preliminarmente all'intervento programmato in data 06.12.2013, precisava che la *Per_1* si era sottoposta a visita pneumologica presso il *Organizzazione_1* di Roma ove le era stata fornita consulenza relativa

all'intervento con le seguenti risultanze "1) consulenza pneumologica : "Non controindicazioni assolute all'intervento chirurgico programmato. Si segnala un aumentato rischio di complicanze respiratorie nel post operatorio per la presenza di patologia polmonare (BPCO di grado marcato) con insufficienza respiratoria in O2 terapia nelle ore notturne. Si consiglia prosecuzione della terapia inalatoria in corso (con aerosol), controllo EGA nel preoperatorio ed eventuale ciclo di FKT respiratoria nel post operatorio". 2) esame spirometrico rilevante : "sindrome disfunzionale di tipo ostruttivo di grado marcato"; 3) esame emogasanalitico rilevante : "Ipossiemia da alterazioni degli scambi intrapolmonari dei gas. Equilibrio acido basico nei limiti"."

Sempre all'esito della visita svolta presso il **Organizzazione_1** in data 19.11.2013, le era stata prescritta ossigeno terapia domiciliare, in quanto risultante affetta da "insufficienza respiratoria cronica, presenta ipossiemia (desaturazione ossiemoglobinica) nelle ore diurne, ipossiemia (desaturazione ossiemoglobinica) nelle ore notturne".

Al momento del ricovero, la **Per_1** presentava "difficoltà nella deambulazione (deambulazione autonoma, possibile ma difficoltosa in tandem), disfagia, deviazione della lingua protrusa a destra, impossibile la protrusione completa, marcata ipotrofia del massetere sinistro, ipoestesia II e III branca V n.c. sinistro. Anestesia I branca sx. In Romberg oscillazioni multi direzionali".

Ora, con riferimento alla tipologia di intervento effettuato nonché alla sua esecuzione, la c.t.u. ne ha affermato la assoluta correttezza. Ciò anche, e soprattutto, alla luce delle consulenze rilasciate dal Prof.

Per_2 , ordinario di Neurochirurgia dell' **Organizzazione_2** di Catanzaro, e dal dott. **Per_3** [...], specialista neurochirurgo, i quali hanno confermato la bontà della tecnica impiegata nell'esecuzione dell'intervento precisando, inoltre, che l'intervento non si poteva ritenere di semplice o routinaria esecuzione.

Di conseguenza, considerato corretto l'intervento eseguito sulla paziente, alla luce dell'ars medica e, quindi, delle tecniche effettivamente impiegate nonché delle modalità di esecuzione dell'intervento

stesso, il CTU si è soffermato sull'infezione contratta dalla *Per_1* in occasione del suo ricovero presso la *CP_1* di Pozzilli.

Ha precisato, in tal senso, che “il decesso della paziente sia da ascrivere al sovrapporsi di complicanze infettive, di tipo respiratorio e sistemico. Le infezioni che la signora *Per_1* contrasse in degenza sono, per dinamica temporale e per loro peculiare etiologia, da ricondursi a patogeni tipicamente ospedalieri. Nella fattispecie fu rilevato, precipuamente, una positività all’ *Persona_4* in ben 4 esami batteriologici di broncoaspirato oltre che una positività per *Klebsiella pneumoniae* XDR da emocoltura da vena periferica. I predetti agenti patogeni riconoscono una tipica eziogenesi ospedaliera.”.

Il CTU ha quindi ritenuto, pacificamente, che tale infezione multiorgano avesse natura ospedaliera, e che l'infezione contratta dalla paziente doveva essere considerata causa diretta del decesso della *Per_1*.

Ha tuttavia precisato che, l'occasionale inosservanza di alcune prescrizioni indicate nei protocolli non potesse essere considerata la causa diretta dell'infezione contratta dalla *Per_1* (Cfr. pag. 49 c.t.u. laddove è possibile leggersi “In relazione ai protocolli di prevenzione, circa le infezioni nosocomiali, il dato documentale rileva che gli stessi sono stati applicati nella quasi totalità dei casi per quello che era da farsi, fatto salvo il rilievo di un omessa sostituzione, settimanale, del circuito di ventilazione ; di occasionale errata gestione degli accessi vascolari e delle linee infusionali. Risulta, altresì, ridotta di frequenza l'attuazione della pulizia del cavo orale, rispetto ai protocolli vigenti in presidio. La sacca delle urine risulta essere poggiata a terra. Anche in questo caso, considerate le condizioni ante intervento della paziente, i predetti protocolli erano meritevoli di attuazione completa. In ogni caso non si ritiene che tale, occasionale, venir meno di completa attuazione dei protocolli di prevenzione possa assurgere a fattore causale ovvero concausale determinante alla genesi dell'insorgenza della grave infezione nosocomiale che, evolutasi in “pejus”, condusse a morte la signora *Per_1*. Tali inosservanze, che il caso di specie necessitava poste in atto in maniera esaustiva e completa, hanno concorso, in quota parte minoritaria (20-25%), all'evoluitività in “pejus” del quadro clinico patologico infettivo e sistemico

generatosi a seguito della comparsa della infezione nosocomiale quale quella della polmonite da *Acinetobacter baumannii*.”)

Le conclusioni del CTU appaiono, tuttavia e ad avviso di questo Giudice, viziate.

Infatti si ritiene utile premettere come la Giurisprudenza, che si condivide, è costante nell'affermare che “In tema di responsabilità sanitaria, il paziente è tenuto a provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia), non essendo sufficiente la semplice allegazione dell'inadempimento del professionista; è, invece, onere della controparte, ove il detto paziente abbia dimostrato tale nesso di causalità materiale, provare o di avere agito con la diligenza richiesta o che il suo inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.” (Cfr. in tal senso Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 26907 del 26/11/2020, Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 28991 del 11/11/2019 o, ancora, Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 24073 del 13/10/).

Infatti “La disomogenea morfologia e la disarmonica funzione del torto civile rispetto al reato impone, nell'analisi della causalità materiale, l'adozione del criterio della probabilità relativa (anche detto criterio del "più probabile che non"), che si delinea in una analisi specifica e puntuale di tutte le risultanze probatorie del singolo processo, nella loro irripetibile unicità, con la conseguenza che la concorrenza di cause di diversa incidenza probabilistica deve essere attentamente valutata e valorizzata in ragione della specificità del caso concreto, senza potersi fare meccanico e semplicistico ricorso alla regola del "50% plus unum” (Cfr. in tal senso Cass. Sez. 3, Sentenza n. 15991 del 21/07/2011).

Con riferimento all'accertamento del nesso causale, ancora, si è precisato come “In tema di responsabilità sanitaria, l'accertamento del nesso causale va condotto attraverso una ricostruzione non atomistica della complessiva condotta omissiva della struttura sanitaria indicata dall'attore come idonea a cagionare l'evento, in modo che il singolo episodio sia considerato e valutato come inserito in una sequenza più ampia e coerente.” (Cfr. in tal senso Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 5487 del 26/02/2019 o

ancora Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018 secondo cui “In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza.”)

Orbene, in applicazione dei summenzionati principi questo Giudice ritiene che la struttura sanitaria non abbia fornito la prova necessaria ai fini dell'esclusione di una sua responsabilità.

Infatti, nel corso del giudizio è stata prodotta la documentazione relativa all'esistenza di specifici protocolli volti alla prevenzione e gestione di infezioni nosocomiali, ma non è stata raggiunta la prova in ordine all'effettiva applicazione di quanto ivi stabilito.

Anzi, in virtù della documentazione in atti (Cfr. cartella clinica) è possibile ritenere confermate le circostanze riferite dai testi escussi nel corso del giudizio, e ciò anche alla luce di quanto dedotto dallo stesso CTU, il quale afferma pacificamente la mancata attuazione, seppur occasionale, di quanto stabilito dai protocolli (e dalla condizione della paziente).

Alla luce di quanto appena affermato, quindi, non può ritenersi che la convenuta abbia fornito adeguata prova relativa all'effettiva applicazione delle regole volte alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, con specifico riferimento al ricovero, e alla successiva degenza in terapia intensiva, della paziente

Persona_1 .

Nello specifico, non è possibile affermare, mancando in tal senso la prova che incombeva su *CP_1* che l' omessa sostituzione settimanale del circuito di ventilazione, che l' errata gestione occasionale degli accessi vascolari e delle linee infusionali, che la riduzione della pulizia del cavo orale, che il posizionamento in terra della sacca contenente le urine, quindi la mancata completa attuazione dei protocolli, non possa essere considerata causa determinante l'infezione. Né, con

riferimento a questo specifico profilo, il CTU ha fornito adeguata spiegazione limitandosi ad affermare una incidenza causale nella produzione dell'infezione del 20-25%.

Orbene, applicando i summenzionati principi al caso che ci occupa, deve affermarsi la responsabilità della struttura sanitaria convenuta per l'infezione contratta in ambito ospedaliero, alla luce della mancata costante attuazione dei protocolli volti a prevenire le citate infezioni nosocomiali.

Quindi, passando alla valutazione delle conseguenze dannose, devono essere riconosciuti i danni non patrimoniali in capo agli odierni attori per la perdita del congiunto, nonché il danno cd. terminale in capo alla *Per_1* trasmissibile iure hereditatis.

Tali voci di danno, liquidato secondo le tabelle milanesi che meglio rappresentano l'equità del caso concreto e che sono state giudicate estensibili su tutto il territorio nazionale (vd. sent. cass. 12408/2014), rappresenta l'equivalente monetario attuale del bene della vita perduto, ovvero del danno all'integrità fisica e dei danni collaterali sul versante esistenziale, della vita di relazione e morale; tali tabelle infatti, apprezzano in modo omnicomprensivo, tutte le conseguenze che normalmente si associano a quella percentuale di lesione all'integrità fisica, conseguenze sul versante esistenziale, della vita di relazione e della sofferenza subita dal danneggiato, sia in termini di danno morale che di danno psichico contingente.

Quindi, in applicazione delle tabelle di Milano, devono riconoscersi a titolo di danno non patrimoniale per perdita del congiunto € 180.000,00 in favore di *Parte_1* (in quanto coniuge convivente e non separato) € 166.000,00 in favore di *Parte_2* e € 166.000,00 in favore di *Parte_3* (figli non conviventi).

Quindi, previa devalutazione al momento del fatto e previa rivalutazione e applicazione degli interessi legali, l'importo da riconoscere a *Parte_1* è di € 185.113,00; l'importo da riconoscere a ciascuno dei figli *Parte_2* e *Parte_3* è di € 170.715,00.

Con riferimento al danno cd. terminale in favore di *Persona_1*, trasmissibile agli eredi, alla luce del tempo trascorso tra l'evento lesivo e l'evento morte (50 giorni), deve liquidarsi la somma, calcolata all'attualità, di € 50.000,00.

Sugli importi indicati vanno riconosciuti gli interessi legali dalla presente sentenza al soddisfo.

La condanna al pagamento va pronunciata nei confronti della *CP_1*

Venendo alle spese di lite queste seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

Le spese di CTU vanno poste a carico della parte convenuta con condanna alla restituzione, in favore di parte attrice, di quanto avesse eventualmente anticipato a tale titolo.

P.Q.M.

Il Tribunale di Isernia, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da parte attrice, ogni altra domanda od eccezione rigettata, così provvede:

accoglie la domanda proposta da *Parte_2*, *Parte_1* e *Parte_3*, nei confronti di parte convenuta;

per l'effetto condanna l'*Controparte_5* in persona del legale rapp.te pro tempore, al risarcimento del danno in favore di *Parte_1*, per la somma di € 185.113,00 al risarcimento del danno in favore di *Parte_3* per la somma di € 170.715,00 e al risarcimento del danno in favore di *Parte_2* per la somma € 170.715,00, oltre interessi legali dalla presente sentenza fino al soddisfo;

condanna altresì condanna l'*Controparte_5* in persona del legale rapp.te pro tempore, al risarcimento del danno cd. terminale patito da *Persona_1*, da trasmettersi iure hereditatis alle parti attrici, per la somma di € 50.000,00 oltre interessi legali dalla presente sentenza fino al soddisfo;

pone definitivamente a carico di *Controparte_1* in persona del legale rapp.te pro tempore, le spese di CTU e la condanna alla restituzione in favore di parte attrice delle somme che questa avesse anticipato a tale titolo;

condanna *Controparte_1* in persona del legale rapp.te pro tempore, al pagamento delle spese di lite, che liquida in complessivi € 4.000,00 a titolo di compenso ed € 1.700,00 per spese, oltre il 15 % a titolo di rimborso forfettario, IVA e CPA come per legge, da distrarsi in favore di parte attrice.