N. R.G. 18662/2020

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Serena Nicotra

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **18662/2020** promossa da:

Parte_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*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente [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] presso il difensore avv. [redacted]

Controparte_2 (C.F *P.IVA_2*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] con studio in [redacted]

CONVENUTI

CONCLUSIONI: Le parti hanno concluso come da note a trattazione scritta depositate telematicamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

SINTESI DELLE DOMANDE DELLE PARTI

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* , *Parte_2* , *Parte_3* e *Parte_4* *[...]* , nella qualità rispettivamente di moglie e figli del defunto *Persona_1* hanno convenuto in giudizio davanti a questo Tribunale l' *Controparte_1* e l' *Controparte_3* *[...]* (d'ora in avanti *CP_4* per sentire accertare la responsabilità delle convenute per gli errori commessi nelle prestazioni sanitarie rese in favore del paziente che ne avevano cagionato la morte.

Gli attori hanno dedotto che *Persona_1* a seguito della mancata cicatrizzazione della ferita al piede destro cagionata da un trattamento volto a rimuovere le callosità, si era rivolto al centro di vulnologia e del piede diabetico dell'Ospedale di *CP_1* per le cure del caso.

Secondo la prospettazione attorea, le cure prestate dai sanitari dell' *Org_1* di *CP_1* si erano rivelate del tutto inadeguate al punto che il paziente aveva contratto un'infezione nosocomiale di ulcera da Pseudomonas aeurginosa che si era estesa al tessuto osseo sottostante provocando un'osteomielite.

In seguito, *Persona_1* si era rivolto all' *Controparte_3* ove era stato sottoposto, in data 13 ottobre 2014, ad intervento di amputazione transmetarsale V raggio del piede destro, cui aveva fatto seguito un successivo intervento di revisione in data 20 ottobre.

Dopo i controlli, a seguito della comparsa di dolore al metatarso del piede destro, nel mese di dicembre il paziente era stato nuovamente ricoverato presso l'*CP_4*, ove veniva contratta nuova infezione da staphilococcus aureus e si disponeva intervento di amputazione del piede destro in data 15 dicembre.

Successivamente alle dimissioni, avvenute il 23 dicembre, *Persona_1* dopo un episodio delirante acuto verificatosi la sera stessa, [redacted]

Gli attori hanno dedotto che le prestazioni rese dalle strutture convenute erano connotate dalle seguenti criticità: a) i sanitari del centro di vulnologia e piede diabetico dell'Ospedale di *CP_1* all'atto del primo contatto con il paziente, avevano omesso l'esecuzione di un tampone della lesione, per escludere la presenza di un'infezione sottostante che potesse impedire la cicatrizzazione dell'ulcera ed avevano persistito in tale condotta omissiva anche dopo che il paziente era tornato per la seconda visita, nonostante la presenza negli esami ematici di valori molto alti di PCR; b) nei due mesi successivi in cui il paziente era stato visitato presso tale centro, i sanitari avevano omesso di fare eseguire una misurazione della PCR per verificare la risoluzione di infezione e una Rx al piede per verificare l'integrità dell'osso sottostante, ignorando il peggioramento del quadro clinico e non disponendo quegli approfondimenti che avrebbero consentito una diagnosi precoce dell'osteomielite in atto. Inoltre, era stata omessa anche l'esecuzione di uno studio strumentale del circolo arterioso dell'arto inferiore destro, nonostante la nota arteriopatia periferica e le raccomandazioni in tal senso in caso di ulcere del piede diabetico; c) con riferimento ai sanitari di *CP_4* di Milano, era stata omessa, all'atto della prima visita e del primo ricovero, l'esecuzione di tampone dell'ulcera, così come la misurazione di PCR. Inoltre, dopo le dimissioni, era stata prescritta terapia antibiotica per soli 10 giorni a fronte delle 4-8 settimane raccomandate dalle linee guida sull'osteomielite; d) nel corso dei controlli settimanali eseguiti dopo il primo ricovero, non era mai stata misurata la PCR, non era stato eseguito un tampone del moncone infetto prima di iniziare l'antibiotico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

e non era stato disposto un ricovero immediato nonostante la gravità del quadro clinico; e) in occasione del secondo ricovero, dopo il 14 dicembre i sanitari avevano omesso nuove misurazioni della PCR ed avevano proseguito nella somministrazione di terapia con piperamicilina/tazobactam nonostante la sua inefficacia senza richiedere una consulenza infettivologica per impostare la terapia appropriata; f) dopo l'esecuzione dell'intervento di amputazione del piede, i sanitari avevano omesso di fare eseguire gli esami ematici dopo il 20 dicembre pur in presenza di aumento dei GB ed avevano dimesso il paziente dopo solo 4 giorni dall'intervento, con prescrizione antibiotica inadeguata sia quanto a tipo di farmaco, che a dosaggio e a durata.

Gli attori hanno quindi allegato che le citate censurabili condotte del personale delle due strutture sanitarie avevano condotto al decesso del loro congiunto ed hanno quindi richiesto il risarcimento del danno morale soggettivo dagli stessi subito per la perdita del rapporto parentale, del danno biologico iure proprio e del danno patrimoniale per la perdita della contribuzione patrimoniale e delle utilità economiche che il de cuius avrebbe apportato se fosse rimasto in vita, oltre al risarcimento, a titolo ereditario, del danno non patrimoniale biologico e morale subito dal loro congiunto nel periodo compreso tra le prime cure e il decesso.

Si è costituita la convenuta *CP_5* che ha chiesto il rigetto delle domande attoree.

La convenuta ha dedotto la correttezza dell'operato dei sanitari nella cura dell'ulcera plantare presentata da *Persona_1* ed ha in ogni caso contestato la sussistenza del nesso causale tra le condotte ascritte ai sanitari di *CP_5* ed il successivo decesso del paziente.

La convenuta ha poi contestato che la contrazione dell'infezione da pseudomonas aeruginosa sia avvenuta nell'ambito delle visite ambulatoriali cui il paziente era stato sottoposto presso il centro di vulnologia del [redacted] cremonese.

CP_5 ha altresì evidenziato che il piede diabetico rappresenta una delle più gravi complicanze del diabete mellito e che, dato l'alto rischio di ulcerazioni e di infezione delle stesse, la cura di tali patologie si comportava la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, soprattutto in un caso come quello di *Per_1 [...]* in cui il paziente era affetto da rilevanti comorbilità, invocando quindi la applicazione della disciplina di cui all'art. 2236 cod.civ.

La convenuta ha poi contestato la sussistenza della prova dei danni allegati, con particolare riferimento al danno patrimoniale ed al danno biologico iure proprio.

In via riconvenzionale, *CP_5* ha svolto azione di regresso nei confronti di *CP_4* chiedendo l'accertamento della propria quota di responsabilità e la condanna di *CP_4* a restituire a *Controparte_6* le eventuali maggiori somme dalla stessa corrisposte agli attori in eccesso alla quota di sua spettanza.

Si è costituito *CP_4* che ha in primo luogo dedotto l'assenza di profili di responsabilità nelle prestazioni sanitarie rese in favore di *Persona_1* rilevando la diligenza e perizia nelle cure prestate e segnalando che mentre i sanitari avevano correttamente eseguito gli interventi chirurgici e prescritto adeguata terapia farmacologica, il paziente non era stato diligente nel seguire le indicazioni terapeutiche, avendo il paziente interrotto autonomamente la terapia antibiotica prescritta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

La convenuta ha poi contestato le allegazioni attoree in merito alla responsabilità per l'insorgenza della infezione da Stafilococco Aureo Meticillino resistente (MRSA), negando ogni addebito sia in relazione al mancato rispetto dei protocolli di asepsi, sia in relazione alla omissione di prescrizione di adeguata terapia antibiotica.

La convenuta ha poi contestato l'an dei danni allegati dagli attori.

In via riconvenzionale la convenuta ha svolto domanda di regresso nei confronti di *Controparte_6* chiedendo l'accertamento delle rispettive quote di responsabilità.

La causa, all'esito dello scambio delle memorie ex art. 183 comma 6 c.p.c., è stata istruita mediante l'espletamento di consulenza medico legale ed è stata quindi rinviata per la precisazione delle conclusioni ed è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni rassegnate dalle parti nelle note a trattazione scritta.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Per comodità espositiva si procederà a suddividere la trattazione delle questioni da affrontare in capi separati.

1. La materia del contendere

In base al contenuto degli atti introduttivi, il *thema decidendum* verte sull'accertamento della dedotta responsabilità delle strutture convenute in relazione alle prestazioni sanitarie rese in favore di *Persona_1* e segnatamente, con riferimento a *CP_5* per quelle rese nel periodo da giugno ad ottobre 2014, nel periodo in cui il *de cuius* era stato seguito presso il centro di vulnologia e del piede diabetico [redacted] cremonese; con riferimento a *CP_4*, per le prestazioni rese da ottobre 2014 a dicembre 2014.

Secondo la prospettazione attorea, le condotte imperite e negligenti ascritte ai sanitari di entrambe le strutture erano state causa diretta del decesso del loro congiunto.

Con riferimento alla natura dell'azione, si osserva che in relazione alla domanda di risarcimento dei danni dei congiunti *iure proprio*, la responsabilità del convenuto è di natura extra contrattuale, non rientrando i congiunti del paziente deceduto tra i terzi protetti dal contratto (cfr. da ultimo Cass.civ., ord. sez. 3-6, 6 luglio 2021, n.21404, Cass.civ. sez. 3, 9 luglio 2020 n.14615).

La azione relativa al risarcimento dei danni subiti dalla paziente e trasmessi *iure hereditatis* agli eredi va invece ricondotta all'ordinaria azione di natura contrattuale nei confronti della struttura sanitaria.

2. La consulenza tecnica

Dall'elaborato redatto dai consulenti tecnici dott. *Persona_2* e dott. *Persona_3* emergono in seguenti dati:

1) *Persona_1* di anni 76 all'epoca dei fatti, era affetto da diabete mellito di tipo II dal settembre del 1998 con neuropatia e vasculopatia correlate, da scompenso cardiaco da severa cardiomiopatia dilatativa post ischemica con disfunzione sistolica ventricolare sinistra, da distiroidismo da amiodarone, comparso dopo coronarografia;
2) nel mese di aprile 2014, dopo un trattamento estetico per la rimozione di una callosità a livello del V metatarso del piede destro, a causa del mancato cicatrizzarsi della ferita, il paziente aveva sviluppato un'ulcera plantare;
3) il 10 giugno 2014 il paziente si era rivolto al centro diabetologico dell'ospedale di *CP_1* per una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

visita, all'esito della quale gli veniva prescritta terapia insulinica; nel referto non veniva riportata l'obiettività della lesione;

4) nel corso della successiva visita del 20 giugno, veniva descritta la presenza di ulcera plantare profonda al piano sottocutaneo, con area di ipercheratosi perilesionale, senza gemizio né altri segni di flogosi. In quell'occasione veniva consigliato al paziente di eseguire medicazioni quotidiane, di utilizzare una calzatura adatta per lo scarico dell'avampiede, di proseguire la terapia antibiotica in corso.

   Inoltre, veniva contestualmente eseguito un prelievo per esami ematochimici, il cui referto era pervenuto il successivo 24 giugno, da cui risultava proteina C reattiva (PCR) 117 mg/L con globuli bianchi (GB) e piastrine (Plt) nella norma, alfadue globuline elevate (17.4%);

5) si è rilevato che, in base a quanto riportato dal diario clinico, in quel momento la ferita non risultava infettata, ed era valutabile nel grado 1 della scala PEDIS (ovvero il sistema di classificazione delle ferite previste dalle correnti linee guida) per assenza di segni di infiammazione;

6) in occasione della terza visita del 27 giugno, la lesione appariva superficializzata, ben detersa, sicchè non venivano presi altri provvedimenti e furono raccomandate medicazioni quotidiane a domicilio;

7) al controllo del 15 luglio l'ulcera plantare del piede destro presentava modesti segni di flogosi perilesionale; veniva eseguito un tampone per esame colturale e fu richiesta una radiografia del piede coinvolto. In base alla obiettività descritta in cartella clinica la ferita era valutabile come affetta da infezione lieve (PEDIS 2);

8) la radiografia del piede non aveva rilevato la presenza di evidente osteomielite ma solo focalità litiche al V metatarso. Il referto della coltura del tampone era risultato positivo per *Staphylococcus epidermidis* meticillino resistente (MRSE), sicchè fu consigliata terapia antibiotica a domicilio con tetraciclina. Secondo i consulenti, quel periodo il quadro clinico era di una infezione lieve del piede diabetico da MRSE.

9) al controllo del 29 luglio la lesione plantare veniva descritta come superficiale e non rivelava la presenza di segni di flogosi perilesionale.

   Si è tuttavia rilevato che in quella sede non venne eseguito un controllo degli indici infiammatori per valutare la eventuale risposta al trattamento con tetracicline che era in corso a domicilio da 8 giorni, e che non è chiaro se fu consigliato di proseguire con la terapia antibiotica a domicilio, dal momento che le uniche prescrizioni riportate sul diario della visita ambulatoriale del 29 luglio riguardavano la prosecuzione delle medicazioni quotidiane con antisettico (Betadine) e l'utilizzo di calzatura di scarico per l'avampiede;

10) al controllo del 7 agosto la lesione veniva descritta come profonda al piano sottocutaneo, sottominata, ben detersa, non erano riportati segni di flogosi perilesionale.

    Anche ai controlli del 3 settembre e dell'11 settembre la lesione era descritta sempre come sottominata ma non presentava segni di flogosi.

    La terapia indicata nel diario riguardava sempre le medicazioni quotidiane a domicilio, senza porre

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

indicazioni riguardo la terapia antibiotica;

11) al controllo del 23 settembre risultò evidente una fistolizzazione della lesione del piede dx che andava dal margine laterale fino alla base del V dito; la ferita fu medicata e zaffata, furono indicate medicazioni quotidiane a domicilio raccomandando di non caricare la lesione; non furono prescritti esami ematici né terapia antibiotica;
12) alla visita del 01 ottobre si rilevava la comparsa di gemizio purulento e di segni di flogosi perilesionale. Fu consigliata terapia antibiotica con tetraciclina (Bassado) 2 cp il primo giorno e poi 1cp/die. Non furono prescritti esami né fu effettuato un tampone per coltura microbica;
13) si è rilevato che in quel momento la lesione era evidentemente infetta e che ciò avrebbe richiesto l'esecuzione di esami ematici per la valutazione degli indici di flogosi e di tamponi colturali per l'accertamento microbiologico, mentre la terapia antibiotica con tetraciclina prescritta dai sanitari era ancora mirata sulla evidenza colturale del primo e unico tampone praticato, risultato positivo per MRSE;
14) in data 9 ottobre il paziente eseguiva una Rx del piede destro presso uno studio di radiologia di sua fiducia e un'altra radiografia presso la struttura ospedaliera dove era seguito: entrambi gli esami mostrarono un quadro di lieve osteomielite. All'esame obiettivo non si evidenziava gemizio dalla lesione alla base del V dito e i segni di flogosi risultavano nettamente ridotti.

    In base a tali esami, se da un lato, sembrava esservi stata una discreta risposta al trattamento antibiotico effettuato per la riduzione dei segni di flogosi a livello locale, dall'altro veniva documentata una estensione della infezione dai tessuti molli alle strutture ossee più vicine;
15) venendo alla valutazione della condotta dei sanitari dell'ospedale di *CP_1* si è preliminarmente riepilogata la definizione di piede diabetico e le modalità di gestione delle ferite nei portatori di tale condizione secondo le linee guida e le buone pratiche cliniche;
16) al riguardo si è rilevato che il piede diabetico è quella condizione di infezione e ulcerazione con distruzione di tessuti profondi associata ad anomalie neurologiche e a vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori. Nei portatori di tale condizione, la maggior parte delle infezioni insorgono in seguito ad un trauma in un'area sede di precedenti ulcerazioni provocate dalla neuropatia periferica, affezione quest' ultima che, insieme con la vascolopatia periferica, rappresenta il più importante fattore di rischio per le infezioni e che è presente in più della metà dei pazienti con ferite infette dei piedi;
17) ogni ferita del piede nel paziente diabetico comporta la possibilità di una sovrainfezione, in quanto le ferite che non vanno incontro a guarigione rappresentano la porta d' ingresso dei microrganismi patogeni; tali infezioni possono diffondersi ai tessuti più profondi, compreso il tessuto osseo.

    In ragione della complessità della malattia e della potenzialità di un aggravamento rapido, la valutazione clinica deve essere tempestiva, accurata e ripetuta.

    Vanno in particolare accuratamente ricercati i segni sistemici di infezione, vanno valutati i marcatori sierologici di infezione sistemica (GB, VES, PCR, procalcitonina); riveste inoltre molta importanza la valutazione della vascolarizzazione periferica e dell'eventuale coinvolgimento del tessuto osseo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

18) si è evidenziato come nell'ambito del trattamento di tale patologia risulti fondamentale la valutazione della ferita.

In particolare, il punto cruciale è la valutazione della profondità della ferita e il coinvolgimento dei tessuti del piede coinvolti; a tal fine è necessario sottoporre a debriding (ovvero a rimozione del tessuto morto) ogni area necrotica o callosa, revisionare con cura la ferita alla ricerca di recessi ascessualizzati, corpi estranei, coinvolgimento osseo; documentare la dimensione e la profondità della ferita, il grado della cellulite e la qualità e la quantità delle secrezioni; in caso di sospetto di necrosi profonda richiedere una immediata valutazione chirurgica da parte di personale esperto.

Occorre poi praticare tamponi per esami colturali soprattutto in pazienti con infezioni gravi, i tamponi devono essere praticati dopo curettage della ferita, cioè dopo che la ferita sia stata pulita e sottoposta a accurato *debridement.*

Secondo le linee guida per tutte le infezioni severe e per le infezioni moderate è raccomandato il trattamento chirurgico urgente, nelle infezioni lievi si potrà proseguire con terapia antibiotica per lungo tempo (6-8 settimane);

19) in relazione al comportamento dei sanitari del centro cremonese, si è osservato che nel primo controllo ambulatoriale, a fronte del fatto che nel verbale della visita ambulatoriale non veniva descritto alcun segno di infezione a carico della lesione ulcerativa, non era raccomandato dalle linee guida della *Org–* l'esecuzione di un tampone per esame colturale, in quanto tale esame, in presenza di lesioni apparentemente non infettate, potrebbe evidenziare una flora endogena saprofitica non necessariamente patogena e falsare quindi la diagnosi.

Anche l'avere effettuato una medicazione accurata della ferita, aver raccomandato le medicazioni giornaliere a domicilio e aver fissato un appuntamento abbastanza ravvicinato per una visita di controllo può essere considerato corretto considerando che la lesione non risultava infettata (PEDIS grado 1);

20) si è invece ritenuto criticabile l'aver mantenuto, da parte degli specialisti diabetologi, il trattamento antibiotico empirico, peraltro mai specificato, impostato dal MMG perché anche questa pratica, specialmente se non si è a conoscenza del tipo di antibiotico usato e del dosaggio raccomandato, può dar luogo ad apparenti miglioramenti della infiammazione negli strati più superficiali della cute e del sottocute senza però riuscire a controllare l' estensione della infezione negli strati più profondi del derma e/o nelle strutture ossee limitrofe ;

21) in occasione del secondo controllo ambulatoriale, le criticità rilevate hanno riguardato il fatto che, anche se la lesione veniva ancora descritta ben detersa, i sanitari non hanno tenuto conto dei valori elevati degli indici infiammatori (PCR, alfadueglobuline), dato questo che avrebbe dovuto suggerire sia un approfondimento clinico per la ricerca di eventuali segni locali e sistemici di infezione sia l'esecuzione di un tampone per esame colturale;

22) con riferimento alla gestione del paziente a partire da metà luglio 2014, quando la lesione presentava caratteristiche di infezione lieve (PEDIS 2), si è ritenuta corretta la scelta di eseguire una rx del piede,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

che risultò negativa per focolai osteomielitici, così come del tampone per coltura microbica che risultò positivo per MRSE, nonché la scelta del trattamento antibiotico a domicilio;

23) si è, invece, ritenuto censurabile l'omesso controllo, nei due mesi successivi, dei valori della PCR e l'omessa esecuzione di un controllo rx per verificare l'integrità dell'osso sottostante.

In particolare, il controllo periodico dei valori della PCR sarebbe stato opportuno al fine di verificare la risposta al trattamento di un processo infettivo. L'esecuzione di rx avrebbe consentito il controllo dell'integrità delle strutture ossee della regione, dato il rischio, concreto e più volte ricordato, di coinvolgimento delle stesse nel processo infettivo;

24) a fronte del peggioramento del quadro clinico registratosi nel controllo del 23 settembre, i sanitari non hanno proceduto ad eseguire un tampone né una radiografia del piede né a richiedere esami ematici con indici infiammatori.

Anche in tal caso si è in presenza di una condotta censurabile in quanto andava senz'altro eseguito un controllo laboratoristico e radiografico, dato che il quadro infettivo era più conclamato e bisognava avere una conferma della eziologia batterica, della efficacia del trattamento antibiotico messo in atto, della assenza di focolai ossei.

Al riguardo si è rilevato che tale peggioramento clinico aveva fatto seguito ad un periodo di netto miglioramento della lesione, testimoniato dalle uniche immagini fornite relative al 3 settembre in cui la ferita appariva detersa e che ciò avrebbe dovuto far sospettare una ulteriore sovrapposizione batterica, richiedente quindi l'accertamento microbiologico al fine di adottare la giusta terapia;

25) gli esami ematici per il controllo degli indici infiammatori furono eseguiti in ritardo rispetto al riscontro obiettivo di aggravamento del quadro infettivo locale, essendo stati disposti solo il 30 settembre; inoltre a fronte dell'aumento della PCR i medici si erano limitati a prescrivere terapia antibiotica ancora con doxicilina, senza disporre tampone, il che non ha consentito di discriminare tra una persistenza di infezione tra MRSE e una sovrainfezione da altri agenti microbici, come invece fu in seguito chiarito.

26) si è poi rilevato che, a fronte dell'esito del la radiografia del piede destro eseguita il 9 ottobre, evidenziante lesioni di natura verosimilmente osteomielitica, i sanitari non hanno ritenuto opportuno disporre un ricovero urgente del paziente per un miglior inquadramento diagnostico e terapeutico. Al contrario, secondo il giudizio dei consulenti, sarebbe stato opportuno, anche in considerazione delle numerose altre patologie che l'ammalato presentava, disporre un ricovero ospedaliero per ulteriori, più approfonditi, esami strumentali (TC e/o RM);

27) con riferimento all'iter clinico successivo, si è rilevato che il 10 ottobre 2014, il paziente veniva visitato per la prima volta nell' ambulatorio del centro per la cura del Piede Diabetico del servizio di Chirurgia generale dell' *Organizzazione_3* di Milano, dove si era presentato per il peggioramento della lesione e per dolore pressoché continuo.

Secondo il giudizio dei CTU, al momento della prima visita i sanitari di *CP_4* hanno valutato correttamente la lesione come affetta da *infezione moderata* (PEDIS 3), hanno correttamente posto la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

indicazione a intervento chirurgico urgente di amputazione del V raggio.

Si è poi rilevato che i sanitari avviarono una terapia antibiotica empirica senza tuttavia aver effettuato un tampone per esame colturale, pur evidenziando che, nonostante tale mancanza, la terapia antibiotica empirica si rivelò poi adeguata alla sensibilità antibiotica del batterio isolato a seguito dell'esame della coltura dei tessuti molli eseguiti dopo il primo intervento di amputazione del 15 ottobre (Pseudomoniae aeruginosa);

28) l'intervento di amputazione fu eseguito in terza giornata di ricovero dopo opportuna preparazione del paziente, la revisione dell'atto operatorio fu effettuata dopo 7 giorni con riscontro di esiti soddisfacenti e assenza di complicanze infettive.

Alla dimissione fu opportunamente consigliato di proseguire un trattamento antibiotico a domicilio con *CP_7* per os a dosaggio standard adeguato, cui l'isolato batterico aveva mostrato ottima sensibilità;

29) con riferimento alla genesi della infezione da Ps. aeruginosa, secondo i consulenti il contagio avvenne verosimilmente o durante le medicazioni effettuate nell'ospedale di *CP_1* o durante le stesse manovre di medicazione effettuate a domicilio;

30) il postoperatorio fu privo di criticità fino ai primi di dicembre, quando si rese evidente una ulteriore compromissione infettiva della lesione. Il paziente fu nuovamente ricoverato e i sanitari decisero di avviare una terapia antibiotica empirica con *Pt_5* .

Il paziente è stato quindi sottoposto ad una prima revisione chirurgica con la previsione di un intervento di sbrigliamento e toilette di focolaio, ma che, avendo evidenziato un flemmone abbastanza diffuso, ha poi comportato la amputazione del piede. Secondo il giudizio dei consulenti, l'intervento di amputazione, ritenuta la procedura fondamentale a prevenire ulteriori gravi conseguenze, è stato rapidamente e magistralmente eseguito;

31) l'esame colturale di un campione prelevato durante tale secondo intervento è risultato positivo per MRSA.

I sanitari non hanno modificato la terapia antibiotica in corso, considerando il batterio solo un contaminante per la mancanza di segni bioumorali di infezione molto elevati e per la assoluta e costante apiressia.

Secondo il giudizio dei consulenti, le caratteristiche del germe lo identificano come batterio tipicamente "ospedaliero" e quindi non solo resistente ai più comuni antibiotici ma anche molto virulento, responsabile della infezione della lesione, verosimilmente trasmesso durante il precedente ricovero presso la citata struttura, configurando così una tipica infezione nosocomiale.

E' stata ritenuta parimenti censurabile la scelta del tipo di terapia ed il dosaggio, oltre che la prescrizione di assunzione a domicilio, in quanto poco efficaci ai fini del controllo dell'eventuale persistenza di un focolaio di infezione da MRSA;

32) sotto il profilo dell'incidenza causale delle singole condotte colpose riscontrate, si è rilevato che le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

manchevolezze nell'operato dei sanitari dell' *Controparte_8* hanno, di fatto, determinato un inadeguato trattamento della lesione che, progredendo nella sua evoluzione, nel concreto, ha comportato il ricorso ad un intervento chirurgico radicale di amputazione del piede. E' poi sussistente un profilo di responsabilità in capo alla struttura *CP_9* per essersi resa di fatto, con elevato grado di probabilità logica e credibilità razionale, responsabile dell'infezione ospedaliera contratta in seguito alla gestione del paziente da parte dei sanitari dell'ospedale di *CP_1* infezione che ha poi determinato il progredire del quadro clinico ed il conseguente necessario ricorso all'intervento chirurgico di amputazione del piede.

Al riguardo si è rilevato che, nella complessa evoluzione degli eventi, se è vero che l'infezione nosocomiale contratta presso *CP_4* ha di fatto determinato il ricorso all'intervento di amputazione del piede, è pur vero che il ricovero presso la suddetta struttura si rendeva necessario in conseguenza della rilevata gestione censurabile del paziente presso l'ospedale di *CP_1* e che, ove la gestione presso l'ospedale di *CP_1* avesse risposto alla dovuta diligenza e prudenza, con elevata probabilità non si sarebbe dovuti ricorrere al ricovero ospedaliero presso la struttura *CP_4* e quindi alla subentrata complicanza infettiva;

33) quanto al danno conseguente alle mancanze rilevate, si è rilevato che, ove si voglia considerare in valida continuità "fenomenica" la censura mossa in capo ai sanitari dell'ospedale di *CP_1* con la avvenuta e necessaria amputazione del piede, il conseguente danno biologico potrebbe prospettarsi nella seguente misura: periodo di inabilità temporanea assoluta pari a giorni 26 (ventisei), un periodo di inabilità temporanea parziale al 75% pari a giorni 60 (sessanta), un periodo di inabilità temporanea parziale al 50% pari ad altrettanti giorni 60 (sessanta). I postumi di natura permanente, consistenti negli esiti della amputazione (di "Chopart") del piede destro, hanno comportato una menomazione dell'integrità psico-fisica del soggetto valutabile nella misura del 35%, in base alle comuni e condivise guide di utilizzo per la valutazione del danno biologico permanente;

34) con riferimento alle cause del decesso, i consulenti hanno rilevato la difficoltà di pronunciarsi su tale aspetto, in quanto in assenza del riscontro autoptico e di una documentazione medica più completa di quella disponibile, non si è ritenuto possibile stabilire, anche in termini meramente approssimativi, l'effettiva responsabilità della infezione da MRSA. Al riguardo si è osservato che il paziente era affetto da diabete mellito di tipo II dal settembre del 1998 con neuropatia e vasculopatia correlate, insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco, severa cardiomiopatia dilatativa post-ischemica, disfunzione sistolica ventricolare sinistra, distiroidismo da amiodarone, con pregresso by-pass aorto-coronarico e pregresso episodio di EPA e che questo lungo corteo di gravi patologie, soprattutto cardiovascolari, può di per sé essere alla base di un evento acuto sistemico che ha provocato il decesso del paziente;

35) si è sottolineato che durante la degenza, oltre a non essere stata mai riportata febbre non furono mai evidenziati segni clinici sistemici suggestivi di compromissione sistemica di tipo settico. Va invece sottolineato come poco prima della dimissione, il 23 dicembre, il paziente fu ancora rivalutato dal

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

cardiologo che sottolineava il rischio potenziale di gravi aritmie tanto da raccomandare l'invio tempestivo in PS per valutare l'eventuale impianto di PM in caso di comparsa di aritmie a domicilio.

All'esito della trasmissione delle osservazioni dei CTP, i consulenti hanno confermato le conclusioni esposte nella bozza della relazione.

Tuttavia, in relazione al tema del nesso causale tra l'accertata infezione da MRSA, non adeguatamente trattata, e il decesso del paziente, alla luce delle considerazioni dei consulenti di parte attrice sulla potenziale responsabilità sia della anemizzazione, sia dello stato settico, in quanto suffragate da convincenti dati della letteratura, i CTU hanno ribadito di non poter affermare tale nesso in maniera assoluta, mancando di fatto ogni documentazione medica sulle condizioni del paziente a domicilio eventualmente avvaloranti una franca situazione clinica di shock settico, ma hanno affermato che è possibile semplicemente ipotizzare un nesso causale tra infezione e morte del paziente.

Si è in particolare ritenuto di potere riconsiderare la parziale responsabilità dello stato settico sulle condizioni generali di un paziente di per sé molto fragile, stato che avrebbe certamente contribuito, in concorso con verosimili altri elementi, all'exitus, pur precisando che tali considerazioni andrebbero valutate ed interpretate solo in un'ottica "generale", in quanto formulate in assenza di elementi concreti comprovanti la causa identificata ovvero identificabile con verosimiglianza, del decesso.

3. La valutazione della consulenza tecnica

Ritiene il giudicante di condividere le conclusioni della consulenza tecnica in quanto frutto dell'accurata valutazione di tutti i dati emergenti dai documenti clinici prodotti, fondate sulla applicazione di criteri tecnici esenti da censure, motivate in modo esaustivo.

Sulla scorta delle risultanze della relazione peritale ed in base ai rilievi di seguito esposti, risulta raggiunta la prova degli elementi costituitivi dell'illecito contrattuale ed extra contrattuale ascritto ai convenuti nei limiti di seguito esposti.

3.1. La condotta colposa e di inesatto adempimento

In primo luogo, si rileva che, in base alle citate risultanze della relazione peritale, risultano configurabili una serie di condotte colpose addebitabili ai sanitari dell' *Controparte_8* durante il periodo di gestione del paziente nel corso delle varie visite eseguite presso l'ambulatorio del *Organizzazione_4* e cura del piede diabetico.

In particolare, a carico dei citati sanitari si rilevano le seguenti omissioni: a) in occasione della seconda visita ambulatoriale, non avere tenuto conto dei valori elevati degli indici infiammatori (PCR, alfadueglobuline), e non avere prescritto l'esecuzione dei doverosi approfondimenti clinici per la ricerca di eventuali segni locali e sistemici di infezione, nonché l'esecuzione di un tampone per esame colturale; b) nel corso dei controlli eseguiti nell'arco temporale da luglio a settembre 2014, non avere controllato i valori della PCR, al fine di verificare la risposta al trattamento antibiotico prescritto, e non avere disposto un controllo con rx del piede per verificare l'integrità dell'osso sottostante, da ritenersi doveroso in considerazione dell'alto rischio di coinvolgimento delle strutture ossee nel processo infettivo; c) in relazione al controllo eseguito il 23 settembre, non avere proceduto ad

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

eseguire un tampone, né una radiografia del piede, né a richiedere esami ematici con indici infiammatori, nonostante il verificarsi di un peggioramento delle condizioni del piede e la presenza di quadro infettivo conclamato, il che avrebbe reso necessario una verifica sul tipo di batterio responsabile dell'infezione per avere conferma sull'efficacia del trattamento antibiotico messo in atto e della assenza di focolai ossei; d) in seguito all'esito degli esami ematici disposti al controllo del 30 settembre, non avere disposto il tampone a fronte dell'aumento della PCR, così da non consentire di accertare se vi fosse la persistenza della infezione da MRSE o la presenza di una infezione da altri agenti microbici (come poi verificato), ed avere quindi continuato a prescrivere la terapia antibiotica con doxicilina, senza le necessarie verifiche sull'appropriatezza del farmaco; e) a seguito dell'esito del la radiografia del piede destro eseguita il 9 ottobre, evidenziante lesioni di natura verosimilmente osteomielitica, non avere proceduto al ricovero urgente del paziente per un miglior inquadramento diagnostico e terapeutico ed in considerazione delle numerose altre patologie di cui lo stesso era portatore.

Non è invece possibile ritenere provato che l'infezione da Pseudomoniae Aeruginosa, poi diagnosticata nel corso del ricovero presso *CP_4*, sia stata contratta durante le visite eseguite dal paziente presso [redacted] cremonese.

Invero gli stessi consulenti hanno ritenuto verosimile che tale contagio possa essere avvenuto o durante le medicazioni eseguite presso il nosocomio o durante le medicazioni eseguite al domicilio del paziente (cfr. pag. 22 dell'elaborato).

In sede di risposta alle osservazioni dei CTP della convenuta, i consulenti hanno confermato che l'agente patogeno ha natura ubiquitaria, rilevando come il primo sospetto sia quello di una contaminazione durante le manovre in un ambiente nosocomiale.

Tuttavia, se si considera la natura del batterio, che non ha genesi esclusivamente nosocomiale, il fatto che in quella fase il paziente veniva sottoposto a medicazioni sia presso il centro di vulnologia, sia a domicilio, non vi sono elementi obiettivi che consentano di attribuire, secondo un giudizio di elevata probabilità, il contagio alle prestazioni rese dalla convenuta.

In secondo luogo, si ravvisano anche una serie di condotte colpose in capo ai sanitari della convenuta *CP_4*.

Si tratta in particolare delle seguenti omissioni: a) non avere proceduto ad eseguire un tampone all'atto della prima visita, al fine di verificare l'agente patogeno responsabile dell'infezione; b) non avere proceduto a modificare la terapia antibiotica in corso dopo l'accertamento, a seguito del secondo intervento, della positività del paziente al MRSA; c) non avere prescritto, all'atto delle dimissioni, la corretta terapia, sia quanto a tipologia di farmaco che a dosaggio, al fine del controllo della citata infezione.

Inoltre, vi sono evidenze deponenti per la trasmissione del batterio MSRA nel corso delle prestazioni sanitarie rese da tale struttura.

Al riguardo, come evidenziato dai CTU, si è in presenza di un batterio tipicamente ospedaliero, il che porta a ritenere poco probabile che il contagio sia avvenuto a domicilio, presupponendo un contatto stretto con uno o più portatori cronici, evenienza questa che si verifica molto più di frequente in ambienti ospedalieri o ambulatoriali.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

Inoltre, i consulenti hanno escluso che vi siano segni fenotipici deponenti in modo certo per iscrivere il batterio nella categoria del cosiddetto CA-MRSA (*community acquired MRSA*) responsabile dei contagi che si verificano in ambienti comunitari non ospedalieri (cfr. pag. 43 della relazione peritale).

Le osservazioni svolte dai CTP delle convenute ed i rilievi difensivi svolti dalle parti non si ritengono idonee ad inficiare le conclusioni raggiunte dai CTU, avendo i consulenti risposto in modo puntuale ed esaustivo a tutte le obiezioni e le critiche di natura tecnica svolte nelle note dei rispettivi consulenti di parte.

3.2. Il nesso causale tra la condotta e l'evento di danno

Sia in tema di responsabilità contrattuale del sanitario, sia in tema di responsabilità extra contrattuale, l'onere della prova del nesso di causalità tra la condotta del debitore e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie grava sempre sul danneggiato.

Nel caso della responsabilità contrattuale della struttura, come rilevato dalla Corte di Cassazione, "*ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione*" (Cass.civ., sez. 3, 11 novembre 2019 n. 28992).

Nel secondo caso, secondo le regole generali, grava sul danneggiato sia l'onere della prova della concreta condotta colposa ascrivibile al sanitario, sia della riconducibilità dell'evento dannoso, in base ai principi sulla causalità omissiva, al mancato adempimento di una condotta obbligatoria in concreto esigibile.

Con riferimento alla specifica vicenda oggetto del giudizio, in base alle risultanze istruttorie vengono in rilievo vari temi di indagine e segnatamente : 1) se sia stata raggiunta la prova della sussistenza del nesso di causalità tra le condotte imperite e negligenti ascritta alle convenute e l'evento dannoso; 2) quale sia l'evento dannoso ascrivibile sul piano causale al fatto illecito, e cioè se le condotte omissive riscontrate abbiano comportato solo l'aggravarsi del quadro infettivo del paziente che ha portato agli interventi di amputazione parziale e totale del piede o siano state altresì responsabili del successivo decesso del paziente; 3) se, a fronte di plurime e diverse condotte colpose ascritte ai sanitari delle due strutture convenute, si sia in presenza di un concorso di cause che ha condotto all'evento dannoso accertato o se taluno dei fattori causali in rilievo abbia efficacia eziologica assorbente.

Partendo dalle prime due questioni, vanno fatte alcune precisazioni sul criterio da utilizzare per l'accertamento del nesso causale, fondate sull'esame della giurisprudenza della Corte di Cassazione.

E' ormai principio consolidato quello secondo cui, in tema di responsabilità civile, la verifica del nesso causale tra condotta (commissiva e/o omissiva) e fatto dannoso deve compiersi in base alla regola probatoria del "più probabile che non" (Cass., S.U., 11 gennaio 2008, n. 576, Cass.civ. ord. 20 giugno 2019 n. 16581).

Come più volte chiarito dalla stessa Corte di legittimità, l'applicazione di tale criterio non si esaurisce nella verifica del coefficiente di probabilità statistica espresso dalla legge scientifica di copertura, e quindi al mero

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

rilievo della probabilità quantitativa della frequenza di un determinato evento, ma richiede che il giudice ne accerti la validità nel caso concreto, secondo il criterio della probabilità logica, che tiene conto delle circostanze di fatto e dell'evidenza probatoria del singolo caso, valorizzando eventuali altri elementi di conferma e considerando la eventuale esclusione di altre possibili cause alternative.

Inoltre, va precisato che, in tutte le ipotesi in cui venga in rilievo una condotta omissiva, la verifica da compiere si concreta nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto (cfr. da ultimo, Cass.civ., sez. 3, 27 luglio 2021 n. 21530 e Cass.civ., ord. 30 giugno 2021 n. 18584).

Sul punto, la citata pronuncia n. 21530/2021 ha in particolare evidenziato che la affermazione del nesso di causalità materiale non è necessariamente predicabile secondo la preponderanza dell'evidenza legata al criterio del "50% + 1" ma può ricorrere anche in situazioni di probabilità minori, tenuto conto delle acquisizioni probatorie, sia in positivo, che in negativo, ovvero come assenza di fattori alternativi plausibili.

Ciò premesso, alla luce delle risultanze istruttorie, si ritiene che sia raggiunta la prova del nesso causale tra le condotte omissive ascritte ad entrambe le convenute e l'aggravamento delle condizioni di salute del paziente nel periodo di gestione della patologia del piede diabetico, che ha reso necessario l'intervento di amputazione del piede.

Invero, in base a quanto rilevato in sede di consulenza tecnica, le condotte dei sanitari dell' *[...]* *Controparte_10* costituiscono un evidente e rilevante antecedente causale del peggioramento della originaria lesione determinante il ricorso all'intervento radicale di amputazione del piede.

In particolare, le plurime omissioni riscontrate in punto di esecuzione dei necessari approfondimenti clinici e diagnostici (ovvero la prescrizione dei tamponi, degli esami ematici, di ulteriore rx di controllo) hanno determinato un trattamento inadeguato della lesione, che ha quindi inciso sull'estensione del quadro infettivo alla parte ossea e sulla conseguente evoluzione in osteomielite.

Al riguardo si condivide il giudizio dei CTU secondo cui, in assenza delle rilevate omissioni, con alta probabilità non si sarebbe assistito al peggioramento delle condizioni del paziente che ha reso necessario il ricovero presso *CP_4* ad ottobre 2014, l'esecuzione del primo intervento di amputazione del V raggio e, successivamente, l'intervento di amputazione del piede.

Al contempo, il progredire del quadro clinico è stato condizionato anche dalla successiva contrazione dell'infezione da MSRE presso IRCCS.

Sul punto, in condivisione del giudizio espresso dai consulenti tecnici, si ritiene raggiunta la prova del fatto che tale infezione sia stata contratta in ambito ospedaliero e della correlata responsabilità colposa della *CP_11* convenuta.

In via generale, come rilevato dalla Corte di Cassazione in relazione al tema delle infezioni nosocomiali "*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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di avere adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare: 1) di avere 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" (cfr. Cass. civ., sez. 3, 23/02/2021, n.4864, Cass.civ. sez. 3, 22 febbraio 2023 n. 5490 e Cass.civ. sez. 3, 3 marzo 2023 n. 6386).

Nel caso in esame, la natura dell'agente batterico, la cronologia e la sede di insorgenza dell'infezione rendono maggiormente probabile il contagio in sede nosocomiale.

A fronte di ciò, *Org_* non ha dimostrato che l'infezione sia stata contratta per effetto di una causa alla stessa non imputabile, dal momento che, da un lato, non è provata l'adozione di tutte le cautele e le misure di prevenzione dal rischio di contatto del paziente con i ceppi del batterio presenti in ambiente ospedaliero, con conseguente imprevedibilità ed inevitabilità dell'evento; dall'altro lato, non vi sono neppure elementi obiettivi idonei ad attribuire, con un giudizio di elevata probabilità, la diffusione del processo infettivo nell'ambito della permanenza del paziente al proprio domicilio.

Inoltre, come evidenziato nell'elaborato peritale, non sono state fatte indagini volte ad accertare se il paziente fosse stato già infettato prima del ricovero presso *CP_4* e se fosse un portatore cronico di MRSA, ciò che quindi porta a ritenere che la positività accertata nel corso del secondo ricovero presso tale struttura sia conseguenza di un contagio recente.

I rilievi fin qui svolti consentono altresì di escludere che la condotta colposa dei sanitari di *CP_4* abbia efficacia interruttiva del nesso causale innescato dalle condotte precedentemente tenute dai sanitari dell' *Org_1* di *CP_1* dovendosi considerare che le plurime omissioni agli stessi attribuiti avevano già di per sé condizionato negativamente la risoluzione del precedente quadro infettivo derivante dal contagio da *Persona_4 [...]* così da determinare il verificarsi del quadro osteomielitico che ha richiesto l'esecuzione in urgenza del primo intervento di amputazione.

Parimenti, contrariamente a quanto argomentato dai CTP di *CP_4*, non è possibile affermare che il secondo intervento chirurgico di amputazione del piede sia esclusivamente riferibile alla spontanea evoluzione in un paziente portatore di diabete in stato avanzato della prima infezione, avendo al riguardo i CTU osservato come la crescita di MRSA nei campioni raccolti durante l'intervento di imputazione abbia il significato di una infezione e come tale infezione abbia contribuito alla estensione del fenomeno infiammatorio.

Pertanto, è ravvisabile una concorrente responsabilità delle due parti convenute, nella misura che verrà successivamente indicata, nell'aggravamento delle condizioni di salute di *Persona_1*

Venendo al tema del nesso causale tra le condotte illecite sopra individuate e il decesso di *Persona_1* si rileva che le emergenze istruttorie non sono sufficienti ad affermare che la morte del paziente sia con elevata probabilità riconducibile alle riscontrate omissioni dei sanitari.

I consulenti hanno evidenziato l'assenza di documentazione che consenta di stabilire la causa della morte di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

Persona_1 e che le importanti e gravi patologie di cui il paziente era affetto erano di per sé idonee a cagionarne il decesso.

In particolare, i CTU hanno rilevato che il paziente era affetto da diabete mellito di tipo II dal settembre del 1998 con neuropatia e vasculopatia correlate, insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco, severa cardiomiopatia dilatativa post-ischemica, disfunzione sistolica ventricolare sinistra, distiroidismo da amiodarone, con pregresso by-pass aorto-coronarico e pregresso episodio di EPA, e che tale lungo corteo di gravi patologie, soprattutto cardiovascolari, può di per sé essere alla base dell'evento acuto sistemico che ha provocato il decesso del paziente.

Orbene, se è vero che, nel caso in esame, l'elemento cronologico – ovvero il fatto che la morte del paziente sia sopraggiunta a distanza di soli due giorni dalle dimissioni dopo l'intervento di amputazione – è significativamente suggestivo di un collegamento con il lungo iter clinico subito dal paziente per effetto dell'evoluzione del quadro infettivo, è pur vero che gli altri dati desumibili dagli atti non appaiono collimanti con tale ricostruzione.

In particolare, si rileva quanto segue:

a) i documenti clinici disponibili non hanno evidenziato la riconducibilità del decesso ad uno shock settico;
b) il fatto che, all'atto delle dimissioni, fosse presumibilmente ancora attiva l'infezione da MRSA non è sufficiente ai fini di tale diagnosi di morte, considerato che, come emerge dalla cartella clinica, il paziente è rimasto sempre apiretico, fatta eccezione per un leggero rialzo febbrile (37,6) che si era verificato soltanto in data 11 dicembre, e quindi quasi due settimane prima dell'exitus;
c) come evidenziato dai CTU, durante la degenza, oltre all'assenza di febbre, non risultano neppure evidenziati segni clinici suggestivi di una compromissione sistemica di tipo settico;
d) poco prima della dimissione, il 23 dicembre, il paziente era stato rivalutato dal cardiologo che sottolineava il rischio potenziale di gravi aritmie tanto da raccomandare l'invio tempestivo in PS per valutare l'eventuale impianto di PM in caso di comparsa di aritmie a domicilio;
e) in base alle risultanze della cartella clinica, il paziente era stato dimesso il giorno 23 dicembre in discrete condizioni, senza febbre;
f) non sono state rilevate complicanze conseguenti all'intervento di amputazione del paziente, fatta salvo il riscontro di anemizzazione, definita lieve dagli stessi CTU e comunque fronteggiata dall'esecuzione di una trasfusione.

In questo quadro, la mancanza di elementi comprovanti la probabile causa del decesso, unitamente all'assenza di dati avvaloranti il verificarsi di una situazione di shock settico, non consente di affermare che il citato quadro infettivo, pur in astratto suscettibile di incidere negativamente sullo stato di un paziente fragile quale era *Per_1 [...]* sia stato in concreto una probabile concausa del decesso.

4. Il danno risarcibile

4.1. Il danno iure hereditatis

In base a quanto esposto nel paragrafo precedente, tale domanda merita accoglimento.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

I CTU hanno prospettato, come conseguenza delle condotte colpevoli delle strutture sanitarie, una invalidità temporanea assoluta pari a giorni 26 (ventisei), un periodo di inabilità temporanea parziale al 75% pari a giorni 60 (sessanta), un periodo di inabilità temporanea parziale al 50% pari ad altrettanti giorni 60 (sessanta). I postumi di natura permanente, consistenti negli esiti della amputazione (di "Chopart") del piede destro, hanno comportato una menomazione dell'integrità psico-fisica del soggetto valutabile nella misura del 35%, in base alle comuni e condivise guide di utilizzo per la valutazione del danno biologico permanente.

I pregiudizi di natura non patrimoniale a risarcibili sono quelli relativi al cd. danno dinamico relazionale ed il danno da sofferenza.

Con riferimento al primo, in base all'iter di cure e terapie affrontate da *Persona_1* così come descritte nei paragrafi precedenti e nell'elaborato peritale, si deve ritenere che lo stato di inabilità fisico conseguente al primo intervento di amputazione del V raggio del piede e del secondo intervento di amputazione del piede ed a tutti i trattamenti medici eseguiti nei confronti del paziente sempre in regime di ricovero siano conseguenza degli errori medici sopra riscontrati.

Con riferimento al danno da sofferenza, la prova dello stesso può essere fornita, in via presuntiva, attraverso la documentazione medica richiamata, che evidenzia il graduale e netto peggioramento delle condizioni di salute del paziente a partire da settembre, tanto da richiedere due interventi e lo stato di lucidità del paziente.

Pertanto, tale quadro clinico porta a ritenere, in via presuntiva, che *Persona_1* nell'ambito del citato arco temporale abbia subito intense sofferenze legate alla propria condizione di salute.

Per quanto riguarda il danno da invalidità temporanea, va riconosciuto l'importo complessivo di € 9.999,00 (determinato considerando come valore base la somma di € 99,00, comprensiva di danno dinamico relazionale e danno da sofferenza, per ogni giorno di invalidità assoluta, ridotta proporzionalmente per il grado di inabilità riconosciuta, e quindi €2574,00 per i 26 giorni di invalidità al 100%, € 4455,00 per i 60 giorni al 75%, €2970,00 per i 60 giorni al 50%)

Per quanto riguarda il danno permanente, si condivide la valutazione compiuta dal CTU tenuto conto dello stabilizzarsi dei postumi dopo l'intervento di amputazione del piede e considerato che il paziente, seppure per il breve arco di tempo di 10 giorni, ha dovuto convivere con tale rilevante menomazione.

In base a quanto fin qui rilevato sulle cause della morte, ai fini della liquidazione di tale danno occorre fare riferimento alla categoria del cd. "danno biologico da premorienza", che individua il danno alla salute subito dalla vittima qualora la stessa sia deceduta prima della conclusione del giudizio per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito.

In via generale, in tale ipotesi, il danno fatto valere *iure successionis* dagli eredi della vittima non può essere risarcito con gli ordinari criteri tabellari, in quanto il pregiudizio non può essere più parametrato alla durata della vita statisticamente probabile, ma al contrario alla durata effettiva della vita del danneggiato.

Su tale tema si segnala la recente sentenza della Corte di Cassazione n. 41933 del 29.12.2021 che ha affermato il seguente principio: " *qualora la vittima di un danno alla salute sia deceduta, prima della conclusione del giudizio, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, l'ammontare del*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

risarcimento spettante agli eredi del defunto "iure successionis" va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato e non a quella statisticamente probabile, sicché tale danno va liquidato in base al criterio della proporzionalità, cioè assumendo come punto di partenza il risarcimento spettante, a parità di età e di percentuale di invalidità permanente, alla persona offesa che sia rimasta in vita fino al termine del giudizio e diminuendo quella somma in proporzione agli anni di vita residua effettivamente vissuti. (In applicazione del principio, la S.C. ha ritenuto non conforme al criterio dell'equità l'applicazione delle tabelle milanesi sul c.d. danno da premorienza, in quanto basate sull'attribuzione al danno biologico permanente di un valore economico decrescente nel corso del tempo)"

In particolare, la Corte ha ritenuto non rispondente ad equità e non idonea a garantire la uniforme valutazione di casi analoghi, l'applicazione di un criterio che non considera il danno una funzione costante nel tempo, ma che lo valuta come maggiore in prossimità dell'evento per poi decrescere progressivamente fino a stabilizzarsi. In primo luogo, la Corte non ha ritenuto condivisibile tale premessa, evidenziando come il danno biologico permanente consista in una forzata e permanente rinuncia ad una o più attività quotidiane, rispetto alla quale il decorso del tempo non assumerebbe alcuna rilevanza, dal momento che non consentirebbe di recuperare le abilità perdute, influendo semmai sulla sofferenza causata dalla rinuncia.

In secondo luogo, si è rilevato che il confronto tra il sistema di liquidazione del danno biologico da invalidità permanente di cui alle tabelle milanesi, applicabili nel caso di sopravvivenza della vittima fino alla conclusione del giudizio, e quelle del danno da premorienza, porti a risultati iniqui sul piano della liquidazione, dal momento che a parità di durata della vita residua e in caso di uguale invalidità permanente, non corrisponde un risarcimento uguale parametrato al numero di anni di sopravvivenza della vittima.

La Corte ha quindi ritenuto preferibile un sistema di calcolo rispettoso del criterio della proporzionalità, così modulato: individuare come punto di partenza (dividendo) la somma che sarebbe spettata al danneggiato, in considerazione dell'età e della percentuale di invalidità, se fosse rimasto in vita fino al termine del giudizio; rispetto a tale cifra, assumere come divisore gli anni di vita residua secondo le aspettative che derivano dalle tabelle dell'ISTAT; calcolare la cifra dovuta per ogni anno di sopravvivenza, da moltiplicare poi per gli anni di vita effettiva.

Il danno permanente subito da *Persona_1* va quindi applicato facendo applicazione di tale criterio.

Orbene, occorre partire dalla percentuale di invalidità stimata dai CTU, pari al 35% e adottare quale parametro di riferimento per la liquidazione del danno che sarebbe spettato alla parte se fosse stato in vita nel corso del giudizio le tabelle elaborate da questo Tribunale e comunemente adottate per la liquidazione equitativa ex art. 1226 cod.civ. del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psico/fisica (criterio di liquidazione espressamente sancito dalla Suprema Corte – cfr. Cass. civ., III, 7 giugno 2011 n. 12408 e Cass. III, 26 agosto 2018 n.17018, Cass.civ. 6 maggio 2020 n.8532)

Nel caso in esame, le ultime tabelle di Milano, aggiornate al 2021, prevedono, in relazione all'età del danneggiato al momento del fatto (76 anni) la somma di € 158.272,00, comprensiva della quota relativa al danno da sofferenza soggettiva interiore.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

In base agli indici Istat del 2014, l'aspettativa di vita degli uomini dell'epoca era di 80 anni e 2 mesi.

Pertanto, l'importo complessivo del danno non patrimoniale da lesione della salute (comprensivo quindi del danno da sofferenza) va suddiviso per 4 anni, corrispondente al numero di anni residui (considerato che all'epoca dei fatti *Persona_1* aveva compiuto 76 anni).

Si arriva quindi alla somma annuale di €39.568,00, che, rapportata a dieci giorni (corrispondente al periodo di vita di *Persona_1* a decorrere dalla data dell'intervento e fino al decesso), dà luogo al complessivo importo di € 1.099,11.

In assenza di specifiche allegazioni di fatti suscettibili di evidenziare l'esistenza dei presupposti per la personalizzazione di tale danno, si ritiene quindi che il complessivo danno permanente da riconoscere in via ereditaria agli eredi di *Persona_1* vada per l'appunto liquidato nella citata somma

Il danno non patrimoniale subito dal *de cuius* va quindi liquidato nel complessivo importo di €10.098,11.

Tale somma va maggiorata di interessi, al tasso legale, con decorrenza dal fatto (dicembre 2014) da calcolarsi sui singoli scaglioni via via rivalutati previa devalutazione del danno non patrimoniale alla data dell'illecito.

I citati interessi, calcolati sulla somma devalutata pari a € 8.471,57, ammontano all'importo di €633,45.

Si arriva quindi al complessivo credito di €10.731,56

4.2. I danni iure proprio

Gli attori hanno richiesto il risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale e quello biologico subito dai congiunti, nonchè del danno patrimoniale per perdita delle contribuzioni erogate dal *de cuius*.

Come rilevato nel paragrafo 3, l'assenza di sufficiente prova del nesso di causa tra le condotte omissive ascritte ai sanitari delle strutture convenute e il verificarsi della morte di *Persona_1* esclude la risarcibilità di tali voci di danno.

Peraltro, per quanto riguarda il danno biologico iure proprio ed il danno patrimoniale, va comunque evidenziato che le allegazioni svolte sul punto dagli attori sono generiche e non risultano supportate da prove documentali, non essendo stati prodotti né documentazione clinica sulle condizioni di salute delle parti successivamente ai fatti, né documentazione relativa ai redditi percepiti da *Persona_1* il che non consente di valutare, neppure in via approssimativa, l'entità del contributo di cui i familiari potevano beneficiare.

5. Le domande riconvenzionali svolte dalle convenute

Entrambe le parti convenute hanno svolto domanda di accertamento delle rispettive quote di responsabilità e la contestuale domanda di regresso nei confronti dell'altro convenuto.

In base a quanto argomentato, le diverse condotte colpose ascrivibili a ciascuna delle parti convenute sono state causa efficiente del danno subito da *Persona_1*

Ai fini della graduazione delle responsabilità, occorre considerare sia la pluralità degli addebiti mossi ai sanitari [redacted] cremonese - come evidenziato al paragrafo 3.1, dalle lettere a) ad e) – sia la significativa incidenza sull'evoluzione negativa delle condizioni del paziente della censurabile scelta di non eseguire esami di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

approfondimento nelle visite del settembre 2014 e di non procedere ad immediato ricovero in occasione della visita del 9 ottobre.

In particolare, proprio alla lue delle risultanze della CTU è prospettabile che in assenza di tali omissioni si sarebbe potuta evitare la degenerazione del processo infettivo che ha reso necessario il primo intervento di amputazione del V raggio del piede eseguito presso *CP_4*.

In questo quadro, si ritiene quindi che sia maggiore l'incidenza causale sul verificarsi del danno alla salute temporaneo e permanente di *Persona_1* delle condotte di inesatto adempimento dei sanitari dell' *Org_1* di *CP_1* rispetto a quelle ascrivibili ai sanitari di *CP_4* e che, conseguentemente, la responsabilità per l'evento vada ripartita nella misura del 70% a carico di *Controparte_6* e del 30% a carico di *CP_4*.

Ne deriva che, in caso di pagamento dell'intero danno da parte di uno solo dei convenuti, *Controparte_6* dovrà tenere indenne *CP_4* dal 70% della somma versata agli attori in esecuzione della sentenza e *CP_4* dovrà tenere indenne *Controparte_6* dal 30% della somma eventualmente versata da tale azienda agli attori.

6. Le spese del giudizio

Tenuto conto dell'esito del giudizio, le spese di lite vanno poste a carico delle convenute, data la loro prevalente soccombenza, e si liquidano come da dispositivo, con riferimento al valore dell'accolto, ai sensi del DM 147/2022, in applicazione dei valori medi.

Le spese vanno poste a carico di *Controparte_6* nella misura del 70% e a carico di *CP_4* nella misura del 30% ai sensi dell'art. 97 c.p.c.

Nei rapporti tra le convenute, data la soccombenza reciproca, va disposta la compensazione integrale delle spese.

P.Q.M.

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

- condanna l' *Controparte_1* e l' *Controparte_3* in via solidale, al pagamento in favore degli attori *Parte_1* , *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_4* *[...]* , nella qualità rispettivamente di eredi del defunto *Persona_1* della complessiva somma di €10.731,56, oltre ad interessi al tasso legale con decorrenza dalla data di pubblicazione della sentenza al saldo;
- rigetta le ulteriori domande svolte dagli attori nei confronti dei convenuti;
- condanna i convenuti alla rifusione in favore delle parti attrici delle spese del presente giudizio, liquidate in € 545,00 per esborsi, € 5077,00 per compenso professionale, oltre a rimborso spese forfettarie al 15%, Iva e Cpa come per legge ed al rimborso delle spese di CTU, ponendo a carico di *Controparte_6* il 70% di tali spese ed a carico di *CP_4* il 30% di tali spese;
- in parziale accoglimento della domanda di regresso svolta da *Controparte_6* condanna il convenuto *Controparte_3* a tenere indenne *Controparte_6* dal pagamento del 30% delle somme che tale parte dovrà corrispondere agli attori a titolo di danni, interessi e rivalutazione;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231

- in parziale accoglimento della domanda di regresso svolta da *Controparte_3* condanna *Controparte_6* a tenere indenne *Controparte_3* dal pagamento del 70% delle somme che tale parte dovrà corrispondere agli attori a titolo di danni, interessi e rivalutazione;
- compensa tra le parti convenute le spese di lite.

Milano, 4 ottobre 2023

Il Giudice

dott. Serena Nicotra

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-231