N.R.G. 24164/2016

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI NAPOLI
VIII SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, in persona del Giudice monocratico Dott. Giovanni D'Istria, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al N.R.G. 24164/2016 avente ad oggetto: risarcimento danni da responsabilità professionale degli esercenti la professione medica e vertente

TRA

Parte_1 **C.F.** *C.F._1* [redacted] in proprio e quale genitore dei figli *Persona_1* **C.F.** *C.F._2* [redacted] e *Parte_2* *CodiceFiscale_3* [redacted] tutti agenti in proprio e quali eredi del Sig. *Persona_2* [redacted] e [redacted] rappresentati e difesi, in virtù di mandato a margine all'atto di citazione dall' **AVV.** [redacted] *CodiceFiscale_4* presso i quali elett.te sono domiciliati in Napoli al [redacted], il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni presso il numero di [redacted] o all' indirizzo pec. *Email_1*

ATTORI

CONTRO

Controparte_1 in persona del Direttore Generale, legale rappresentante p.t. Dott. *Controparte_2* , rapp. ta e difesa, in virtù di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

deliberazione di conferimenti incarichi legali [redacted] in calce alla copia notificata dell'atto di citazione, dall'**AVV.** [redacted] *CodiceFiscale_5* , e con lo stesso elett. te domiciliata in Napoli alla [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni o notificazioni relative al presente procedimento al numero di [redacted] ed all'indirizzo di Posta Certificata *Email_2*

CONVENUTA

NONCHE'

DOTT. *Controparte_3* **C.F.** *C.F._6* [redacted] e ivi residente alla [redacted] rapp.to e difeso mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione, dall'**AVV.** [redacted] **C.F.** *C.F._7* presso il cui studio elett. te domicilia in Napoli al [redacted] **,** il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni o notificazioni relative al presente procedimento al numero di [redacted] ed all'indirizzo di posta certificata *Email_3*

CONVENUTO

NONCHE'

DOTT. *CP_4* *CodiceFiscale_8* [redacted] e [redacted] alla [redacted] rapp.to e difeso mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione, dall'**AVV.** [redacted] **C.F.** *C.F._7* presso il cui studio elett.te domicilia in Napoli al [redacted] **,** il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni o notificazioni relative al presente procedimento al numero di [redacted] ed all'indirizzo di posta certificata *Email_3*

CONVENUTO

NONCHE'

Controparte_5 *P.IVA_1* (già *Controparte_6*), con sede legale in [redacted] (UK) in 10° floor [redacted] (Regno Unito), e *Controparte_7* in Milano, [redacted] C.F. *P.IVA_2* P.I. *P.IVA_3* , in persona del legale rappresentante pro tempore Dott.ssa *Controparte_8* , [redacted] il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

[redacted] rappresentata e difesa in forza di procura allegata alla comparsa di costituzione e risposta dagli **Avv.ti** [redacted] **C.F.** *C.F._9* e [redacted] **C.F.** *C.F._10* del Foro di Milano, i quali dichiarano di eleggere domicilio ai fini del presente giudizio presso lo studio dell'avv. [redacted] in Napoli, [redacted] i quali dichiarano di voler ricevere le comunicazioni o notificazioni relative al presente procedimento al numero di [redacted] ed agli indirizzi di posta elettronica certificata:

Email_4 e *Email_5*

TERZA CHIAMATA IN CAUSA

CONCLUSIONI

Come precisate dai procuratori delle parti nelle note di trattazione scritta da intendersi di seguito integralmente trascritte

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Va premesso che la presente sentenza viene redatta senza l'esposizione dello svolgimento del processo, in applicazione del nuovo testo dell'art. 132, comma 2°, n. 4), c.p.c., come modificato dall'art. 45, comma 17°, L. n. 69/2009, la cui immediata operatività anche per i giudizi pendenti in primo grado alla data di entrata in vigore della "novella" (4/7/2009) è espressamente sancita dalle disposizioni transitorie dettate dall'art. 58, comma 2°, L. cit. di conseguenza, i riferimenti specifici alla vicenda processuale in questione saranno limitati ai soli profili rilevanti ai fini della presente decisione.

Cio' posto con atto di citazione gli eredi di *Persona_2* convenivano in giudizio la *CP_9*, il Dott. *Controparte_3* e il Dott. *CP_4* al fine di sentire accogliere le seguenti conclusioni:

"accertare e dichiarare, in via primaria in termini contrattuali, ed, in subordine, in termini extracontrattuali, la responsabilità della convenuta per le ragioni innanzi esposte, e, per l'effetto, condannarla, al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali patiti e patendi dagli istanti come specificati in premessa. In subordine accertare e dichiarare, in via primaria in termini contrattuali, ed, in subordine, intermini extracontrattuali, la responsabilità della convenuta per perdita di chances di salvezza del Sig. Persona_2 ".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

Assumevano gli istanti che il decesso del proprio congiunto era stato cagionato dalla responsabilità dei convenuti, in quanto il Sig. *Persona_2* in passato era stato operato di meningioma benigno, in seguito ad un iter clinico – in parte rimasto sconosciuto alle parti e ai CC.TT.UU, e alle diverse infezioni nosocomiali contratte presso la struttura afferente l' *Organizzazione_1* . E che, ferma la natura contrattuale del rapporto tra il paziente poi deceduto e la *Con* la contrazione di tali infezioni fosse imputabile all'imperizia e negligenza del personale sanitario, nonché all'evidente carenza delle necessarie condizioni di asepsi ed igiene dell'ambiente ospedaliero. Domandavano quindi il ristoro dei danni non patrimoniali subiti da perdita del rapporto parentale.

Si costituiva l' *Organizzazione_1* , che contestava l'insorgere della infezione evidenziando il comportamento diligente dei propri sanitari e il rispetto dei protocolli in tema di infezioni. Si costituivano anche i sanitari convenuti e il Dott. *CP_4* chiedeva la chiamata in causa della Compagnia assicuratrice *CP_10*

Dopo la formulazione da parte del Giudice di una proposta ex art. 185 bis cpc – rifiutata dalle parti – e concessi i chiesti termini ex art. 183 6° co. c.p.c. . Depositate le nuove memorie ex art. 183 6° co. c.p.c., con ordinanza fuori udienza il Giudice, sciogliendo la riserva, ammetteva la CTU Medico Legale.

Espletate le operazioni peritali e depositato l'elaborato definitivo previa risposta alle osservazioni dei CC.TT.PP., la parte attrice impugnava la CTU e chiedeva la rinnovazione della consulenza stante la denuncia presentata presso la Procura della Repubblica per falso in perizia. Invero veniva dedotto che i CC.TT.UU. avevano ricostruito l'intera vicenda clinica pregressa del paziente nonostante l'assenza di documentazione medica allegata in atti e sul riferito dei sanitari convenuti che avevano dedotto – ma non allegato – l'esistenza di una patologia oncologica a prognosi infausta quale causa unica del decesso. Il Giudice ritenuta la causa matura per la decisione, rinviava per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 28.11.2022 il Giudice si riservava a sentenza concedendo i termini ex art.190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

Così riassunti i termini della controversia e passando alla disamina della "*res controversa*", la domanda giudiziale è fondata e merita, pertanto, di trovare accoglimento, nei sensi che vengono di seguito precisati.

In primo luogo la domanda è proponibile atteso l'espletamento della procedura di mediazione obbligatoria di cui all'incontro avvenuto in data 14.09.2017 tra gli attori e i convenuti con verbale di esito negativo.

In secondo luogo va disattesa l'eccezione avanzata da parte attrice di nullità della CTU basata sul rilievo, che nelle nomine allegate agli l'*Con* (*Org_2* in gestione di lite) ha provveduto a nominare la dr.ssa *Per_3* – già nominata come CTU –come proprio consulente di parte.

La considerazione di parte attrice che la convenuta non essendosi accorta della nomina dei CC.T.UU. aveva provveduto alla nomina dei propri consulenti in un primo momento, salvo poi, sostituirla nella successiva nomina, giustificando la stessa della Dott.ssa *Persona_4* come mero errore materiale , dalla quale fa poi discendere la conseguenza che la suddetta fosse già a conoscenza del caso per averlo valutato come consulente di parte unitamente al medico legale dell' *Parte_3* Dott. *CP_11* del quale veniva designata, addirittura, come sostituta, per avere un rapporto di lavoro preesistente con *Pt_4* o con il suo assicuratore **,**risultano meramente assertorie e non possono essere esaminate in questa sede , ma soltanto nell'eventuale giudizio penale rappresentando se provate un grave illecito deontologico da parte del CTU che avrebbe accettato l'incarico in palese conflitto d'interessi e d'incompatibilità e potrebbe raffigurare anche gli estremi di un illecito penale .

Ed invero, devono anzitutto essere richiamati gli approdi della giurisprudenza di legittimità in punto di responsabilità professionale sanitaria, deve precisarsi che l'azione, proposta nel caso di specie, va qualificata come azione di responsabilità extracontrattuale proposta *iure proprio* dagli istanti. Come più volte ribadito dalla Suprema Corte, il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art.1372 comma 2 c.c.,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria , rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (cfr. Cass. N. 11320 del 2022, Cass. N.21404 del 2021). Ne consegue che, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della prestazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione di terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art.1372 secondo comma c.c.); pertanto per un verso, non è predicabile un " effetto protettivo " del contratto nei confronti di terzi, per altro verso, non è identificabile una categoria di terzi , (quand'anche legati da vincoli di parentela o di coniugio , con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto ".

Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subito in proprio delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria (impropriamente definiti danni mediati o riflessi), non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro dei loro pregiudizi. Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova.

In applicazione di questi principi, incombeva sugli attori l'onere di fornire la prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità extracontrattuale della struttura, vale a dire il fatto colposo, il pregiudizio che da questo fatto è conseguito al defunto ed il nesso causale tra il fatto colposo ed il danno.

Orbene, i fatti costitutivi della pretesa risarcitoria azionata dagli attori possono ritenersi ampiamente acclarati alla stregua della relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio depositata in Cancelleria in data 30.01.2021 e che ha riconosciuto, in merito all'indagine richiesta dal Magistrato, che:

"Il paziente, dopo la prima diagnosi di patologia etero formativa, veniva operato, a seguito di ricovero urgente in ambito neurochirurgico, senza apparenti complicanze e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

reliquati, ottenendo un intervallo libero da patologia di circa 4 anni. In sede di primo intervento veniva posizionato un drenaggio intraperitoneale del liquor cefalorachidiano, a regolarizzazione dei flussi di drenaggio extracerebrale del medesimo dalla fossa cranica posteriore, potenzialmente compromessi in questo tipo di patologia dai processi riparativi, che possono causare una stenosi da compressione midollare. L'esame istologico portò alla diagnosi di una forma di meningioma ad alto grado proliferativo, associata in letteratura medica ad una probabilità più alta di recidiva; in particolare, nei pazienti affetti da meningioma di alto grado che vadano incontro a recidiva, la probabilità di radicalità del reintervento appare ridotta, il tasso di ulteriore recidiva loco regionale più elevato, e la prognosi quoad vitam a 5 anni dopo la prima recidiva ridotta a circa il 50%. Particolare gravità riveste, peraltro, la patologia, quando affligga la fossa cranica posteriore, dal momento che questa, come sito chirurgico, rappresenta una sede particolarmente difficoltosa ed a rischio di complicanze gravi, come la lesione chirurgica o il malfunzionamento da compressione dei nervi cranici, dall'ottavo al dodicesimo. La disfagia, in particolare, derivante dal malfunzionamento di tale plesso nervoso, compromette sostanzialmente e gravemente le probabilità di sopravvivenza libera da malattia nel medio e lungo termine, poiché si tratta di un deficit difficilmente recuperabile, cui consegue un alto rischio di patologia infettivo-infiammatoria del polmone da introduzione bronchiale di saliva, alimenti e batteri associati al cavo orale ed all'apparato digerente in generale.

Il signor Persona_2 *, dopo 4 anni, presentò la prima recidiva sintomatologica e neuroradiologica del meningioma. La medesima equipe che lo aveva sottoposto al primo intervento accettò di operarlo, previo consenso informato, in un contesto di rischi di complicanza post operatoria consapevolmente accresciuto. I controlli post intervento confermavano la verosimilmente completa exeresi della lesione recidiva, ma documentavano, già ad un mese di distanza, la formazione di una cisti liquorale ipertesa, comprimente il quarto ventricolo cerebrale ed i nervi cranici viciniori, cagionando progressiva disfagia, oltre agli altri sintomi e segni da compressione endocranica. Il paziente, evidentemente, presentò un atteggiamento di non accettazione del problema, poiché abbandonò il ricovero due volte consecutive, dopo aver praticato drenaggi percutanei della cisti liquorale, allontanando in qualche modo*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

la pesante prospettiva di un re-intervento per la riduzione della pressione endocranica. Prospettiva che, inesorabilmente, si impose nel giugno- luglio del 2013, quando egli venne ricoverato per l'ultima parte del suo sfortunato percorso ospedaliero.

Durante tale ricovero, i sanitari procedettero come da linee guida, per quanto attiene alla sequenza delle azioni che devono essere intraprese: introdussero due derivazioni liquorali esterne, una più rostrale, in zona sotto-occipitale, ed una seconda in zona lombare, per meglio modulare il drenaggio del liquor e favorire la chiusura della fistola liquorale che si era aperta in regione sotto-occipitale dopo l'estemporaneo drenaggio seguito da abbandono del ricovero, nella prospettiva di impiantare un nuovo drenaggio intraperitoneale per la normalizzazione della pressione intracranica. Tale cruciale tentativo venne effettuato il 12 luglio del 2013. In una prima fase successiva, tutto sembrò procedere come atteso, ma al primo tentativo di rimozione del drenaggio sotto-occipitale l'ipertensione endocranica ricomparve, associata a febbre. Il sospetto di infezione liquorale venne monitorato da questo momento in modo costante, come documentato dalle colture liquorali disponibili, che risultarono tutte negative, tranne una positiva per Acinetobacter baumannii, patogeno opportunista potenziale contaminante delle derivazioni liquorali esterne, spesso a seguito di trasmissione orizzontale in ambito assistenziale. La terapia venne stabilmente modulata su questo batterio, introducendo la Colistina ad alte dosi, farmaco di vecchia generazione con meccanismo di azione peculiare, con importanti complicanze metaboliche secondarie, specie la severa e perdurante ipopotassemia. Nonostante la persistenza di una colonizzazione multisito da Acinetobacter baumannii, non vi fu però evidenza di infezione liquorale persistente. Il problema dell'ipertensione endocranica non fu peraltro risolto, restando il paziente dipendente dal drenaggio esterno anche dopo la seconda derivazione, e questo dato di fatto pose una prognosi sfavorevole quoad vitam.

Nei giorni successivi il quadro clinico fu pertanto caratterizzato e dominato progressivamente da due fenomeni patologici di infausto rilievo. In primo luogo, un quadro neurologico di sopore, con associato deficit stenico diffuso, purtroppo non regredito, stando alle costanti note in atti, sino all'exitus, nonostante ogni provvedimento di terapia medica, come la terapia steroidea e quella con

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

acetazolamide , volta a ridurre l'edema e l'ipertensione endocranica; questa situazione verosimilmente contribuì, come indicato dalla letteratura più recente, all'instaurarsi uno stato di anergia immune, cagionante un decorso sfavorevole delle infezioni ed un incremento delle colonizzazioni batteriche. In secondo luogo, in relazione alla persistente disfagia, occorse il progressivo instaurarsi di una polmonite ab ingestis, ben documentata dalla sequenza degli esami radiografici in atti, complicata da sepsi da Klebsiella pneumoniae ESBL, con documentata positività emocolturale, a verosimile partenza polmonare. Tutti gli altri isolamenti batterici da tampone rettale e broncoaspirato, ovvero Klebsiella pneumoniae KPC, Stenotrofomonas maltophilia e Acinetobacter baumannii non hanno mai presentato un corrispettivo microbiologico emocolturale, e vanno pertanto considerati, come già in precedenza accennato, ceppi colonizzanti il tratto bronchiale e soprattutto intestinale di un paziente progressivamente defedato, anergico e sottoposto ad una pressione antibiotica necessaria e costante. La sepsi da Klebsiella pneumoniae ESBL e la polmonite ab ingestis furono la causa del peggioramento, sino al franco shock settico, che nella giornata del 4 ottobre 2013 portarono i sanitari del CP_12 *a trasferire il paziente presso la Rianimazione del* [redacted]

Qui il paziente fu intubato, come necessario dai dati clinici e parametrici in atti, tracheostomizzato dopo qualche giorno, sottoposto a nutrizione parenterale come opportuno per l'ipoalbuminemia. La terapia medica non fu invece modificata, essendo stata avviata da pochi giorni; questa lentamente portò al miglioramento del quadro polmonare ed alla negativizzazione delle emocolture, nonostante la notevole tossicità metabolica già descritta.

Tali miglioramenti non valsero, però, a prevenire l'exitus, occorso per il concorso della persistenza del danno neurologico (ipertensione endocranica e compressione midollare), il defedamento da protratto allettamento ed iponutrizione, come desumibile dalla gravissima ipoalbuminemia documentata all'ingresso in Rianimazione al [redacted] *ed il concorso della sepsi da Klebsiella pneumoniae ESBL, peraltro lentamente responsiva alla terapia scelta dall'infettivologo e pressoché risolta all'exitus.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

Si può pertanto concludere, in estrema sintesi, che il signor Persona_2 *, per il persistente danno neurologico da ipertensione endocranica, nonostante ogni tentativo di intervento, sviluppò una inevitabile suscettibilità alle infezioni, in particolare una predisposizione alle polmoniti ab ingestis; nel decorso clinico, il defedamento ed il persistere del danno neurologico concorsero a favorire un decorso torpido delle infezioni, e la pressione antibiotica protratta determinò un progressivo aumento dei germi patogeni multiresistenti colonizzatori di multipli siti di microbiota.*

Alla luce della disamina prima, e della ricostruzione poi dei fatti suesposte, può essere approcciata a questo punto la più ragionevole risposta ai quesiti posti:

"1) … innanzitutto in ordine alla tipologia di ricovero ospedaliero al quale il "de cuius" sig. Persona_2 *era sottoposto, durante il periodo 28 agosto 2013 – 4 ottobre 2013, presso la convenuta struttura sanitaria pubblica [* […] Controparte_13 […] *, chiarendo, in particolare, il grado di difficoltà delle prestazioni assistenziali (medico – diagnostiche) fornite e specificando altresì se ciascuna di esse possa definirsi o meno come di particolare semplicità ed a carattere routinario;*

Da quanto sopra esposto si può concludere che le pratiche diagnostiche e chirurgiche assistenziali della fase antecedente al 28 agosto 2013, ovvero sino al posizionamento dell'ultima derivazione liquorale intraperitoneale, siano state di difficile esecuzione, e corrette anche se non associate ad un esito favorevole, ovvero la effettiva correzione della ipertensione endocranica del paziente.

Dopo il 28 agosto, la prognosi del paziente quoad vitam era segnata da tale insuccesso. La frammentaria documentazione clinica, per quanto disponibile, attentamente analizzata, anche alla luce delle note disponibili nel ricovero successivo presso l' Org_3 *, permette di concludere che il paziente sviluppò uno stato di anergia, in parte relazionabile alla persistente ipertensione endocranica, in parte alla iponutrizione documentata, che favorirono lo sviluppo di una sepsi da Klebsiella pneumoniae ESBL, germe multiresistente a possibile trasmissione nosocomiale, come supportato dalla letteratura mondiale e locale del 2013. Il trattamento di questa condizione non fu di particolare semplicità, anzi fu complesso; il supporto*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

dell'infettivologo e il trasferimento presso la rianimazione del Org_3 *migliorarono in qualche modo molti parametri, pur senza riuscire a modificare l'esito.*

2) Verifichino, quindi, i Consulenti Tecnici d'Ufficio, in base alla situazione patologica preesistente desumibile dalla documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro e non oltre il termine perentorio già sopra indicato (situazione patologica che gli ausiliari provvederanno altresì a descrivere in maniera dettagliata e specifica), nonché alla luce delle deduzioni di parte e anche in base a quanto emergente dalla letteratura medico - scientifica dell'epoca nonché alla stregua delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale dell'epoca (anno 2013), se ciascuna delle prestazioni assistenziali (di tipo medico – diagnostico) suddette sia stata in concreto, quella adeguata alla patologia riscontrata a carico del "de cuius" sig. Persona_2 *in base agli ordinari criteri della diligenza professionale propri di una struttura sanitaria pubblica dotata di un reparto di terapia intensiva;*

Non vi è modo di valutare, in relazione a questo punto, se furono poste in essere tutte le cautele per prevenire una trasmissione di germi nosocomiali, perché manca una porzione molto corposa della cartella clinica del lungo ricovero al CP_12 *. Attribuibili, di conseguenza, ad una questionabile diligenza nella gestione appaiono: il manifestarsi di uno pneumotorace sinistro, che complicò forse il decorso clinico nella fase del trasferimento al* Org_3 *, relazionabile ai sette tentativi inefficaci di incannulazione della succlavia sinistra documentati dal medico accettante al* Org_3 *in obiettività di ingresso; un possibile ritardato ricorso alla nutrizione parenterale, associabile ai livelli molto bassi di albumina plasmatica raggiunti, in larga misura comunque relazionabili all'induzione metabolica indotta nel paziente dal lungo decorso clinico.*

3) Verifichino, quindi, i Consulenti Tecnici d'Ufficio, se ciascuna di tali prestazioni e prescrizioni sia stata in concreto attuata ed impartita correttamente, in base alle regole dell'ordinaria diligenza professionale propria una struttura sanitaria pubblica dotata di un reparto di terapia intensiva, tenendo conto della letteratura medico scientifica nazionale ed internazionale, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate presso la comunità scientifica nazionale ed internazionale dell'epoca delle stesse (anno 2013)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

e, in caso contrario, specifichino dettagliatamente quali siano state le attività non corrette e quali sarebbero state quelle alternative da eseguirsi. In particolare, provvedano i Consulenti Tecnici d'Ufficio a verificare – se del caso anche mediante l'indicazione della sussistenza di indici sintomatici valevoli a rivelarla, anche in termini di mera probabilità – l'esistenza della violazione delle "leges artis" specificamente allegate e descritte nelle pagg. da 8 a 12 dell'atto di citazione introduttivo del presente giudizio e relative all'osservanza delle raccomandazioni e protocolli valevoli a scongiurare il rischio di insorgenza di infezioni nosocomiali a carico del "de cuius" sig. Persona_2

Poste tutte le premesse di contesto più volte richiamate, in assenza di adeguata documentazione clinica non è possibile valutare il grado di accuratezza e diligenza con cui durante la degenza del Signor Persona_2 *i sanitari del* CP_12 *abbiano posto in essere tutte le accortezze e tutti i presidi raccomandati dalle correnti linee guida per la prevenzione delle infezioni nosocomiali, ed in particolare*

1. della Klebsiella pneumoniae ESBL, germe per cui la persistenza sulle superfici da contatto è ben documentata;

2. dell'Acinetobacter baumannii XDR, che in una rilevante frazione dei pazienti degenti in Rianimazione causa colonizzazioni multisito, associate però a patologia clinicamente solo in una modesta frazione dei casi (2-10%).

4) Accertino, infine, i Consulenti Tecnici d'Ufficio, in caso di risposta positiva al quesito che precede, se le suddette violazioni delle "leges artis", ove concretamente accertate a carico della convenuta struttura sanitaria pubblica [[…] Controparte_14 *, siano state o meno, in tutto o in parte, causa dell'insorgenza, a carico del "de cuius" sig.* Persona_2 *della situazione clinica di grave shock settico che ebbe a determinarne il* [redacted] *.*

In merito all'ultimo quesito, la risposta finale è pertanto ragionevolmente la seguente, articolatamente posta:

1. Il paziente Persona_2 *era divenuto gravemente predisposto a sviluppare infezioni polmonari da disfagia associata alla ipertensione endocranica, ed aveva sviluppato nella fase del ricovero sino al 28 agosto uno stato di anergia da*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

ipercatabolismo ed ipertensione endocranica, tale che anche batteri sensibili a tutti gli antibiotici avrebbero potuto cagionare infezioni severe e verosimilmente subentranti, stante la irreversibilità del danno neurologico nell'immediato.

2. La polmonite ab ingestis e la conseguente sepsi da Klebsiella pneumoniae ESBL furono sicuramente nosocomiali, in quanto contratte durante la degenza in Ospedale, e probabilmente relazionabili ad una trasmissione nosocomiale del germe, al pari dell'Acinetobacter parallelamente documentato su liquor nella prima fase del ricovero, vista la durata della degenza ed il richiamato stato anergico favorente l'instaurarsi di colonizzazioni a seguito di trasmissione orizzontale.

3. Il fatto che la sepsi sia stata da un germe multiresistente ha condizionato la durata e, in qualche misura, l'efficacia della terapia instaurata, gravata da alta tossicità metabolica.

4. Il decorso protratto della complicanza infettiva da Klebsiella multiresistente ha modificato negativamente la prognosi del paziente, ma in misura modesta, essendo egli comunque predisposto allo sviluppo di infezioni, anche a carattere severo, dalla disfagia, dal danno neurologico globale e dall'anergia a genesi neurogena dall'esame della documentazione clinica è evidente.

Gli istanti hanno, pertanto, certamente fornito la prova del titolo, in forza del quale essi hanno esercitato l'azione risarcitoria nei confronti della struttura sanitaria convenuta. In particolare, il Sig. *Persona_2* è stato ricoverato presso il P.O. afferente alla *Con CP_9*, ed anche se la momento del ricovero aveva una storia sanitaria complessa, a seguito di infezioni sicuramente di natura nosocomiale decedeva, nonostante la somministrazione di terapia antibiotica.

A fronte di questo corredo probatorio risulta raggiunta la prova del nesso causale, infatti laddove i CC.TT.UU hanno affermato che il decorso protratto della complicanza infettiva da *Klebsiella* multiresistente ha modificato negativamente la prognosi del paziente, ma in misura modesta, hanno eseguito un ragionamento ipotetico di natura controfattuale, infatti per verificare la rilevanza eziologica dell'omissione, occorreva stabilire se il comportamento doveroso che la struttura avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado d'impedire o meno l'evento lesivo , secondo un criterio probabilistico e tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

irripetibile singolarità, giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa) come hanno fatto i Consulenti , ma soprattutto all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto(cd. probabilità logica) (cfr. Cass. N.21530 del 2021).

Da ciò discende, che se è ben vero che la prova del nesso causale tra il comportamento dei sanitari e l'evento dannoso deve essere fornita da chi agisce per il risarcimento dei danni (Cass. N.18392 del 2017, Cass. N. 26700 del 2018, Cass. N.27606 e 28991 del 2019) essa deve essere fornita in termini probabilistici, e non di assoluta certezza.

Inoltre il giudizio controfattuale non può limitarsi al solo comportamento dei sanitari, ma deve considerare il dato obiettivo, della contrazione della infezione in ambito nosocomiale, ed occorre utilizzare non il criterio della certezza causa effetto, ma quello di ricostruzione del nesso causale fondato sul giudizio di probabilità logica, o del più probabile che non.

Pertanto, occorre concentrarsi sulla verifica non solo del comportamento dei singoli sanitari, ma occorre considerare nella sua rilevanza la circostanza decisiva che il defunto avesse contratto l'infezione all'interno dell'Ospedale durante il suo ricovero.

Infatti nel caso di specie possiamo senz'altro fornire risposta positiva al quesito se la condotta degli ausiliari della convenuta sia stata conforme alle *"leges artis"* ed alla diligenza dell`*" homo eiusdem generis et condicionis"* sussiste invece l'elevata "probabilità logica" che una più attenta condotta della struttura in tema gestione delle infezioni nosocomiali , durante il ricovero, avrebbe evitato l'evento lesivo, verificatosi a carico del *de cuius.*

In particolare, in tema di infezioni nosocomiali secondo l'insegnamento della Suprema Corte" si può affermare che (Cass.sez. III 23/0272021, n. 4864) *" 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 condizione patologica(o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabiile dell'impossibilità della esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

provare :1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di avere applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un ipotesi di responsabilità oggettiva(Cass. Sez. IIII 15/0672020 , n.11599) , mentre ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano tra l'altro ,il criterio temporale – e cioè il numero dei giorni trascorsi in ospedale- il criterio topografico - l'insorgenza dell'infezione nel sito interessato ed infine- il criterio clinico - che ,in ragione della specificità dell'infezione, avrebbe dovuto permettere di verificare , in ragione della specificità dell'infezione, quali tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare .

A fronte quindi della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero, la convenuta *Pt_5* non ha fornito la dimostrazione di avere adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle Infezioni Ospedaliere – attesa l'irregolare tenuta della cartella clinica anche al fine di fornire ai CC.TT.UU. la documentazione necessaria – al fine di soddisfare gli oneri probatori gravanti su di essa , ed in particolare :

a) L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
b) L'indicazione della modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
c) L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami,
d) Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;
e) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
f) La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;
g) L'attivazione di un sistema di sorveglianza e notifica;
h) L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;
i) Le procedure di controllo degli infortuni e della malattia del personale e le profilassi vaccinali;
j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;
k) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni- sentinella;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

m) L'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Appurata quindi la responsabilità della struttura sanitaria, non avendo essa ottemperato all'onere probatorio che le incombeva, in assenza di mancanza di responsabilità specifica degli operatori sanitari citati in giudizio, ritiene questo Tribunale di rigettare la domanda proposta nei confronti del dr. *Controparte_3* ed il dr. *CP_4* , in quanto nessun addebito può essere mosso nel caso di specie ai singoli sanitari , vertendosi in tema di danni da infezione nosocomiale, essendovi solo la responsabilità in capo alla sola convenuta azienda ospedaliera**.**

Accertata la responsabilità della struttura sanitaria la domanda va accolta soltanto sotto il profilo della perdita di chances.

Premesso che, in ogni caso, il diritto leso è pur sempre quello alla salute, sia pur nelle sue rispettive, differenti dimensioni, la risarcibilità della perdita di chance non si pone in alcun modo come conseguenza di una insufficiente relazione causale con il danno, ma come incertezza eventistica conseguente al previo accertamento di quel nesso con la condotta omissiva.

A quanto sinora esposto consegue che, provato il nesso causale secondo le ordinarie regole civilistiche, rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze, il risarcimento di quel danno sarà dovuto integralmente. Sul medesimo piano d'indagine, che si estende dal nesso al danno, ove quest'ultimo venisse morfologicamente identificato, in una dimensione di insuperabile incertezza, con una possibilità perduta, tale possibilità integra gli estremi della chance, la cui risarcibilità consente (come scelta, *hic et nunc*, di politica del diritto, condivisa, peraltro, anche dalla giurisprudenza di altri Paesi di Common e di Civil law) di temperare equitativamente il criterio risarcitorio del cd. *all or nothing*, senza per questo essere destinata ad incidere sui criteri di causalità, nè ad integrarne il necessario livello probatorio.

Sul piano funzionale, chance patrimoniale e chance non patrimoniale partecipano della stessa natura. La diversità morfologica tra chance patrimoniale e chance non patrimoniale da responsabilità sanitaria va individuata nella diversità della situazione preesistente: - Preesistenza negativa (chance non patrimoniale); - Preesistenza positiva

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

(chance patrimoniale). Tale preesistenza postula, nella chance patrimoniale, una situazione positiva (titoli, professionalità, curricula, esperienze pregresse, attitudini specifiche ecc.); in quella non patrimoniale, una situazione di salute (già) patologica (i.e. "negativa"). Entrambe le forme di chance presuppongono: una condotta colpevole dell'agente; -un evento di danno (la lesione di un diritto); un nesso di causalità tra la condotta e l'evento; una o più conseguenze dannose risarcibili, patrimoniali e non; un nesso di causalità tra l'evento e le conseguenze dannose.

Infine la liquidazione del danno correlato ad una perdita di chance propriamente intesa non può che essere effettuata in via equitativa, con una valutazione commisurata alla peculiarità del caso concreto, che tenga conto delle caratteristiche della possibilità perduta e del suo grado di apprezzabilità, serietà e consistenza, mentre va sicuramente escluso il ricorso – anche mediato – ai criteri tabellari in uso per la liquidazione del danno da invalidità permanente o da inabilità temporanea che, pur attenendo a danno non patrimoniali, presuppongono la sussistenza di pregiudizi incompatibili con quello derivante da perdita di chance, pertanto sulla base delle suesposte considerazioni stimasi equo , tenuto conto dell'età della vittima primaria , delle sue precarie condizioni di salute, e della presenza di altre patologie liquidare l'importo in favore di *Parte_1* in proprio di **€ 80.000,00 (Euro Ottantamila/00)** e l'importo in favore di *Parte_1* quale genitore di **€ 80.000,00 (Euro Ottantamila/00)** per ciascuno figli *Persona_1* e *Parte_2* **,** importo riconosciuto agli stessi quali congiunti di *Persona_2* [redacted] e [redacted]

Nella liquidazione del danno cagionato da illecito aquiliano, in caso di ritardo nell'adempimento, tuttavia, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma dì denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario ; tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

anno per anno, ovvero in base ad un indice dì rivalutazione medio (cfr., in tal senso ed "ex multis", Cass. civ., sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. civ., sez. III, 10 marzo 2000, n. 2796).

Sulla somma valutata all'attualità, invece, decorreranno gli interessi legali dalla data della presente decisione fino al soddisfo.

Il rigetto della domanda nei confronti di sanitari citati dr. *Controparte_3* ed il dr. *CP_4* rende superfluo l'esame della domanda di garanzia nei confronti della Società Assicuratrice *Controparte_5* .

Le spese di lite seguono la sostanziale soccombenza e si liquidano, come in dispositivo in ragione dell'accolto, in applicazione dei parametri di cui al D.M.55/2014 e successive modificazioni e relativi scaglioni di riferimento (€ 52.000,00 ad € 260.000,00); pari ad € 2.552,00 per la fase di studio della controversia, € 1.628,00 per la fase introduttiva del giudizio , € 5.670,00 per la fase istruttoria e/o di trattazione, € 4.253,00 per la fase decisionale e così per un totale di **€ 14.103,00** , non sussistono altresì gli estremi per concedere l'aumento per la presenza di più parti aventi la stessa posizione processuale ai sensi dell'art. 4 comma 2 del richiamato decreto stante l'identità della posizione giuridica dedotta, oltre rimborso forfettario come per legge , con attribuzione ai difensore antistatario dell'Avv. [redacted] stante la dichiarazione della stessa ex art. 93 c.p.c. ; si evidenzia che nella liquidazione in oggetto sono altresì ricomprese le spese relative all'assistenza legale nella fase d'instaurazione della lite .

Sussistono giusti motivi per la particolarità della fattispecie in esame per la compensazione delle spese tra le parti del giudizio, nei confronti di sanitari citati dr. *Controparte_3* ed il dr. *CP_4* e nei confronti di *Controparte_5* terza chiamata in causa , stante la inesegibilità della individuazione *"ex ante"* di specifici elementi tecnico scientifici, di norma acquisibili solo all'esito dell'istruttoria e dell'espletamento di una C.T.U. , per accertare l'esistenza di profili di responsabilità anche diversi da quelli ipotizzati.

Le spese di C.T.U. liquidate in favore dei Consulenti Tecnici d'Ufficio Dott. *Per_4* *[...]* e Dott. *Persona_5* come liquidate con separato decreto in corso di causa, si pongono in via definitiva a carico della parte convenuta *CP_15* .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* in proprio e quale genitore esercente la potestà parentale sui minori *Persona_1* e *Parte_2* contro *[...]* *Org_1* in persona del del Direttore Generale, legale rappresentante p.t. nonché i Dott. *CP_4* e *CP_3* nonché *Controparte_16*

[...]

- dichiara la responsabilità esclusiva della *Organizzazione_1* in persona del Direttore Generale, legale rappresentante p.t. nella produzione dell'evento dannoso di cui all'atto di citazione per il [redacted] *Persona_2* [redacted] e [redacted]
- condanna, per l'effetto, la *Org_1* in persona del Direttore Generale, legale rappresentante p.t. al pagamento in favore di *Parte_1* in proprio dell'importo di **€ 80.000,00 (Euro Ottantamila/00)** e quale genitore esercente la potestà parentale di **€ 80.000,00 (Euro Ottantamila/00)** per ciascuno figli *[...]* *Persona_1* e *Parte_2* a titolo di risarcimento, per il [redacted] *Persona_2* [redacted] e [redacted]
- condanna la convenuta la *Org_1* in persona del legale rapp. te pro tempore, al pagamento delle spese di giudizio che liquida in favore procuratore anticipatario Avv. [redacted] in complessivi **€ 16.763,45** di cui **€ 14.103,00** per onorari, **€ 545,00** per esborsi ed **€ 2.115,45** per rimborso spese generali del 15%, oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge se dovuti.
- Rigetta la domanda nei confronti dei dr. *Controparte_3* ed il dr. *CP_4* .
- Rigetta la domanda di manleva e garanzia proposta nei confronti di *Controparte_5* *[...]* dal Dott. *CP_4* .
- Compensa le spese di giudizio nei confronti dr. *Controparte_3* ed il dr. *[...]* *CP_4* e di *Controparte_5* .
- Pone definitivamente a carico della convenuta *Organizzazione_1* in persona del legale rapp.te pro tempore le spese di CTU, come liquidate in corso di giudizio con separato decreto.
- Dichiara la presente sentenza provvisoriamente esecutiva.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641

Napoli, 13/07/2023

IL GIUDICE MONOCRATICO

DOTT. GIOVANNI D'ISTRIA

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-641