N. R.G. 3079/2014

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di RAVENNA

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessia Vicini
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3079/2014** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. . , el to in [redacted] FORLI'presso il difensore avv. [redacted]

ATTORE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il . [redacted] (*C.F._2*) [redacted] *Controparte_2* (*C.F._3*) [redacted] , elettivamente [redacted] SAN PANCRAZIO DI RUSSIpresso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Giova premettere alla decisione della presente controversia una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, e del personale medico in essa a qualsiasi titolo operante, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Le ipotesi di peggioramento della condizioni di salute possono essere ricomprese nella definizione sintetica di "danno iatrogeno", da intendersi quale "reazione avversa all'organismo, causata da un trattamento o da un procedimento diagnostico, inavvertitamente causata da un medico".

L'attività medica rientra tradizionalmente e concettualmente a pieno titolo nell'ambito delle "professioni intellettuali", alla cui disciplina il codice civile vigente dedica un autonomo capo, il II°, del III° titolo del libro V°, agli artt. 2229 e ss.

Il quadro codicistico, condizionato dal periodo storico di redazione, è plasmato intorno alla figura del "prestatore d'opera intellettuale", e quindi del medico singolarmente operante, a prescindere dalla struttura organizzativa in cui la sua attività viene prestata, ma consente comunque di enucleare le norme ed i principi applicabili alle vicende del moderno rapporto medico-clinico, caratterizzato da una consolidata – e da molti criticata – sostituzione del rapporto medico-paziente con quello struttura sanitaria-utente.

In campo legislativo tale sostituzione è segnalata con palmare evidenza dall'art. 1 della L. 23 dicembre 1978 n.833 che, al fine di dare una forma concreta all'attuazione amministrativa del dettato di cui all'art. 32 della Carta Costituzionale, premesso e ribadito al primo comma il riconoscimento della salute quale "fondamentale diritto dell'individuo", costituiva il servizio sanitario nazionale quale "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione", con ciò significativamente escludendo dal novero dei soggetti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

operanti nel S.S.N., organizzato allora su base territoriale nelle Unità Sanitarie Locali, il medico in sé e per sé considerato.

Tale realtà, favorita naturalmente dalla progressiva specializzazione e spedalizzazione del trattamento sanitario, fa sì che la persona necessitante di trattamento clinico – sia esso diagnostico o terapeutico – si rivolge ed entra a contatto, nella maggioranza dei casi, non con un singolo medico da cui è legato da un rapporto fiduciario, bensì con una struttura clinica, costituita dai mezzi, dalle strutture e dagli uomini organizzati per la fornitura della prestazione richiesta.

La responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata.

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle latu sensu alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha quindi natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 cc all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico nonché ai sensi dell'art. 1228 cc all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato (così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

Non rileva, al riguardo, né la natura del vincolo tra la struttura sanitaria o la casa di cura ed il professionista in quanto l'art. 1228 cc si riferisce agli "ausiliari" senza specificare la natura del rapporto negoziale che giustifica la prestazione professionale fornita dal medico nella struttura sanitaria, né la circostanza che il medico sia il sanitario di fiducia del paziente da lui stesso prescelto. Tale circostanza potrà avere rilievo nel segmento di rapporto che precede o segue la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

degenza nella casa di cura ma non per quanto riguarda le prestazioni rese mediante l'organizzazione aziendale costituita dalla casa di cura o dalla struttura sanitaria (Cass. 23910/2006).

La responsabilità dell'Ente Ospedaliero o della *Pt_2* o della struttura privata nei confronti dei pazienti ricoverati ha natura contrattuale pertanto anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti medici od in genere dei propri ausiliari e tale responsabilità trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (Cass. 4400/04; Cass. 6756/01; Cass. 5329/03).

In particolare quanto concerne le prestazioni di natura sanitaria è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale (Cass Pen. 6.04.2005/16.06.2005 n. 22579)

Pertanto dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata quindi dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.

La responsabilità del medico operante.

Ciò premesso quanto al regime di responsabilità della struttura sanitaria, rimane da chiarire qual è invece la natura della responsabilità del medico operante nell'ambito della medesima struttura.

L'art. 3 comma 1° d.l. 158/2012 convertito dalla Legge 189/2012 c.d. Decreto Balduzzi stabilisce che "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 cc. Il giudice anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

Il richiamo effettuato dal legislatore nella norma predetta al modello della responsabilità aquiliana si pone in contrasto con l'univoco orientamento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

interpretativo in materia, che muovendo le mosse da Cass. 589/1999, ricostruisce come contrattuale- seppur non da contratto ma da contatto- la responsabilità del medico (e della struttura sanitaria).
Per tale ragione, conformemente ad altre pronunce di merito (Tribunale Brindisi 18.07.2014; Tribunale Arezzo 14.02.2013, Tribunale Cremona 19.09.2013 e Tribunale Rovereto 19.12.2013), deve ritenersi necessaria una interpretazione costituzionalmente orientata della novella legislativa de qua rispetto al principio di effettività della tutela giurisdizionale di cui all'art. 24 Cost.
Come correttamente rilevato nella pronuncia del Tribunale di Brindisi 18.07.2014 "in primis deve ritenersi che l'inciso "fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 cc" costituisca un'implicito riconoscimento, da parte del legislatore, del fatto che, in tale materia, non è prefigurabile un vincolo inter partes dal quale far discendere le obbligazioni di protezione che si assumono violate. D'altronde, sotto altro profilo, con l'uso della suddetta locuzione con valenza "eccettuativa" il legislatore-il cui intento era quello di regolamentare i soli profili penali- non ha espressamente e univocamente limitato i rimedi risarcitori esperibili, prevedendo, cioè, che a fronte delle suddette condotte, fosse esperibile solo il rimedio aquiliano. L'eventuale adesione, pure paventata in dottrina, ad un modello di responsabilità (quello ex art. 2043 cc) diverso da quello consacrato, in via interpretativa, ovvero quello contrattuale, avrebbe, per contro, richiesto una previsione espressa ed esplicita (del tipo: "il medico risponde solo ex art. 2043 cc") che nel caso di specie appunto difetta. Dunque nonostante la suddetta novella legislativa nulla impedisce all'interprete di ritenere che a fronte di una responsabilità medica- anche per colpa lieve, siano tuttora esperibili l'azione extracontrattuale, da sola, o in alternativa, quella contrattuale da contatto sociale, secondo il generale principio della cumulabilità dei due rimedi, quando venga in rilievo la lesione dei diritti alla persona".
Anche la Suprema Corte si è pronunciata sulla possibile portata innovatrice della legge Balduzzi sul regime della responsabilità civile medica, escludendola.
In una prima decisione del febbraio 2013 la Cassazione (in un obiter dictum) ha affermato che "..la materia della responsabilità civile segue le sue regole

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

consolidate … anche per la c.d. responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale" richiamando quale "punto fermo ai fini della nomofilachia gli arresti delle sentenze delle Sezioni Unite nel novembre 2008.." (Cass. 4030/2013).

In tale sentenza non sono fornite indicazioni interpretative del secondo inciso dell'art. 3 comma 1 L. 189/2012 che invece si rinvengono nella successiva pronuncia della Cassazione del 17.04.2014 n. 8940 così massimata: "l'art. 3 comma 1 del d.l. 158/2012 come modificato dalla legge di conversione n. 189/2012 nel prevedere che" l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde per colpa lieve" fermo restando in tali casi "l'obbligo di cui all'articolo 2043 cc" non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale ma intende solo escludere in tale ambito l'irrilevanza della colpa lieve.

A riguardo pertanto continua questo Giudice ad aderire alla più recente e avveduta giurisprudenza di legittimità e merito, che superando le precedenti ricostruzioni fondate sulla natura aquiliana di tale responsabilità, si è da tempo orientata a favore della natura contrattuale, a ciò indotta dalla ovvia considerazione della irriducibilità della posizione del medico a quella di un qualsiasi altro soggetto giuridico, tenuto unicamente ad astenersi dal ledere l'altrui sfera giuridica.

Il contatto sociale tra medico e paziente, anche nell'ambito ospedaliero, pubblico o privato, non si configurerebbe infatti quale rapporto paritario, tra soggetti portatori di analoghi obblighi e diritti, bensì quale situazione di affidamento del paziente alla posizione di protezione del medico, soggetto esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 n. 1) cod. pen.) a tutela di una bene di elevato rango costituzionale (art. 32 Cost.).

La fonte di tale obbligazione contrattuale di protezione è stata rinvenuta nel "rapporto contrattuale di fatto" nascente tra medico e paziente per effetto del mero "contatto sociale" (Cass. 22.1.1999 n. 589; Cass. 11488/2004; Cass. 19564/04 Cass. 9085/2006; Cass. S.U. 577/2008).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

La responsabilità del medico nei confronti del paziente ha dunque natura contrattuale, sorgente dallo svolgimento di un'attività professionale, che ne connota la disciplina.

Conseguenze della natura della responsabilità sull'onere probatorio.

La natura contrattuale della responsabilità del medico e della struttura al cui interno questo opera per errata prestazione sanitaria comporta quanto all'onere probatorio che il paziente, deducente l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario nonché fornire prova del nesso causale esistente tra inadempimento ed evento dannoso, mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

In particolare il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. S.U. 13533/2001; Cass. 16092/2002; Cass. 6395/2004; Cass. 9351/2007; Cass. 22361/2007; Cass. SU 577/2008).

In particolare il riparto dell'onere probatorio segue quindi i criteri fissati in materia contrattuale alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Ove pertanto sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico, per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del contatto) e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato sia esso il sanitario o la struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un'evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. 975/2009).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Natura solidale della responsabilità.

Quando un medesimo danno è provocato da più soggetti anche se per inadempimenti di contratti diversi intercorsi rispettivamente tra ciascuno di essi e il danneggiato tali soggetti devono essere considerati corresponsabili in solido non tanto sulla base dell'estensione alla responsabilità contrattuale della norma dell'art. 2055 cc dettata per la responsabilità extracontrattuale quanto perché sia in tema di responsabilità contrattuale che di responsabilità extracontrattuale "se un unico evento dannoso è imputabile a più persone al fine di ritenere la responsabilità di tutte nell'obbligo risarcitorio, è sufficiente, in base ai principi che regolano il nesso di causalità ed il concorso di più cause efficienti nella produzione dell'evento (dei quali del resto l'art. 2055 cc costituisce un'esplicitazione) che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrli (Cass. Sez. III N. 23919/2006).

Il fatto.

Nel caso oggetto della presente controversia *Parte_1* quale procuratore generale di *Controparte_3* ha convenuto in giudizio *CP_4* *[...]* al fine di sentirla condannare al risarcimento del danno non patrimoniale (quantificato in € 100.000,00) occorsogli in esito al decesso della sorella, *Controparte_5* , a seguito di intervento cardochirurgico eseguito presso la struttura convenuta nel giugno 2004.

Costituitasi in giudizio *Controparte_4* ha contestato in fatto ed in diritto quanto ex adverso dedotto chiedendo il rigetto delle domande attoree.

La causa, istruita mediate acquisizione delle CTU depositate nel giudizio civile RG 4638/07 e del procedimento penale RG 3549/2006, è stata trattenuta in decisione all'udienza del 18.05.2016.

E' risultato, dalla documentazione in atti, come in data 20.04.04 *Controparte_5* si fosse sottoposta ad ecocardiografia presso la *Organizzazione_1* *[...]* e dall'esame fosse emersa una "insufficienza mitralica severa, Floppy valve estrema con prolasso di entrambi i lati; rottura di corde tendinee, doppio prolasso posteriore, ipertensione polmonare lieve, FE (frazione di eiezione) 68%.." .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

In quella sede il sanitario, dott. *Per_1* concludeva con: “Indicazione a chirurgia conservativa sulla valvola mitralica previa coronografia. Profilassi per endocardite infettiva” ed inviava la paziente al cardiochirurgo prof. *Per_2*

E’ quindi emerso come in data 10.06.04 *Controparte_5* fosse stata ricoverata presso *Controparte_4* con diagnosi di “insufficienza mitralica severa con prolasso di entrambi i lati” al fine di essere sottoposta ad intervento chirurgico conservativo della valvola mitralica.

Lo stesso giorno, in esito ad esame coronarografico, emergeva un “importante prolasso valvolare mitralico con insufficienza di grado moderato-severo che disegna un atrio sinistro moderatamente dilatato”.

L’11.06.04, effettuato l’ecocardiogramma color doppler, emergeva una “insufficienza mitralica severa, Floppy valve estrema con prolasso di entrambi i lati. Rottura di corde tendinee prevalentemente a carico del lembo anteriore (paracommisurale anteriore). Doppio prolasso posteriore…Lieve dilatazione ventricolare sinistra (indicizzato sup.cie corp) con lieve ipertrofia asimmetrica …Insufficienza tricuspidalica lieve..”.

Sottoscritto il consenso informato, in data 12.06.2004 veniva eseguito dal prof. *Persona_3* intervento chirurgico di plastica valvolare.

L’intervento veniva eseguito correttamente e nel rispetto dei principi dell’arte medica tant’è che parte attrice non ha sollevato contestazioni circa l’esecuzione dell’intervento cardiochirurgico di plastica valvolare.

E’ peraltro emerso dalla cartella clinica come durante l’intervento si fosse resa necessaria una “fasciotomia decompressiva” all’arto superiore sinistro non preventivamente programmata.

La paziente, terminato l’intervento chirurgico, veniva quindi trasferita in reparto Terapia Intensiva e sottoposta a trattamento antibiotico.

Successivamente, dimessa dalla terapia intensiva, veniva inviata presso l’Unità Operativa di Riabilitazione cardiologica post cardiochirurgia di *CP_4* *[…]* .

A far data dal 20.0.04 le condizioni della *CP_5* cominciavano a risultare alterate da stato febbrile.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

La paziente, tra il 20.06.04 ed il 30.06.04, veniva sottoposta a vari esami (prelievo per emocultura, TAC all'encefalo, TAC al torace, eco trans-esofageo, risonanza magnetica cerebrale) i quali accertavano la presenza di una endocardite mitralica da Stafilococco Aureo.

Venivano quindi adottate terapie antibiotiche e, stante l'aggravarsi delle situazione neurologica e delle condizioni generali della paziente, la stessa veniva nuovamente trasferita nell'Unità di Terapia Intensiva dove, entrata in coma, [redacted] per "endocardite mitralica, stato settico con embolia cerebrale settica, emorragia cerebrale, asistolia".

La difesa attorea ha contestato, pertanto, in questa sede le carenze igienico-sanitarie nella struttura convenuta tali da avere determinato l'insorgere, durante l'intervento o nella fase post-operatoria, della infezione da stafilococco rivelatasi poi letale per la congiunta nonché la condotta negligente ed imperita dei medici intervenuti rispetto alla prevenzione, diagnosi e cura adottate al fine di risolvere la manifestata complicanza.

Parte attrice ha rilevato come la compagnia assicurativa della struttura convenuta, *CP_6*, avesse già provveduto, riconoscendo sostanzialmente la responsabilità di *Controparte_4*, a risarcire il danno non patrimoniale subito dal marito, dai figli e fratelli di *Controparte_5* in ragione del suo decesso omettendo di risarcire unicamente il fratello prediletto *Controparte_3*, [redacted]

Ha chiesto, quindi, in questa sede parte attrice la condanna della convenuta al risarcimento del patito danno non patrimoniale.

Orbene come sopra già rilevato qualora parte attrice deduca- come nel caso de quo- l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario o della struttura mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Il paziente deve provare in particolare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esisti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile.
Ciò posto in termini generali, si osserva come nel caso de quo parte attrice abbia assolto al proprio onere probatorio.
Risulta infatti in primo luogo pacifica in causa l'esistenza del contratto da contatto intercorso tra *Controparte_5* e la struttura convenuta nonché con i sanitari presso la medesima operanti in quanto ammesso dalla stessa difesa di *CP_4* *[...]* .
In secondo luogo parte attrice risulta avere specificamente allegato l'inadempimento della struttura e dei sanitari operanti cui causalmente imputare il decesso della propria congiunta.
In particolare come sopra rilevato la difesa attorea ha contestato la sussistenza di carenze igienico-sanitarie nella struttura convenuta tali da avere determinato l'insorgere, durante l'intervento o nella fase post-operatoria, della infezione da stafilococco rivelatasi poi letale per la congiunta nonché la condotta negligente ed imperita dei medici intervenuti rispetto alla prevenzione, diagnosi e cura adottate al fine di risolvere la manifestata complicanza.
La CTU redatta nell'ambito del giudizio civile RG 4638/07 instaurato dal marito, figli e fratelli della defunta avverso *Parte_3* ed i sanitari operanti per gi identici fatti oggetto di causa e pertanto pienamente utilizzabile nell'ambito del presente procedimento (a differenza della perizia redatta dal dott. *Per_4* su incarico del PM nel corso del procedimento penale Rg 3549/06 fondata sui diversi presupposti che disciplinano nesso di causalità ed imputazione soggettiva in ambito penalistico) ha accertato in capo ai sanitari di *Controparte_4* in fase post-operatoria una imperita condotta omissiva rilevante ai fini della responsabilità contrattuale.
Il CTU sostanzialmente ha escluso che l'omessa profilassi antibiotica in occasione della coronarografia-ventricolografia del 10.06.2004 e l'intervento non previsto di fasciotomia decompressiva all'arto superiore sinistro possano essere state causa dell'infezione poi insorta in fase post-operatoria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Il CTU ha invece rilevato una imperita condotta omissiva rilevante dei sanitari nelle terapie adottate per debellare dopo l'intervento la manifestata complicanza.
Il CTU ha affermato che "l'endocardite rappresenta una delle complicanze note e possibili di un intervento di cardiochirurgia e che lo Stafilococco aureo è uno degli agenti eziologici più frequenti.".
Il perito ha osservato che lo Stafilococco rilevato nella paziente in questione "aveva una sensibilità per gli antibiotici piuttosto ristretta, dunque, poteva essere del tipo ospedaliero.
Il CTU ha precisato che "le infezioni ospedaliere rappresentano un problema molto grave, ineliminabile, nonostante le migliori misure di protezione. Peraltro, tutte le sale chirurgiche hanno sistemi di sterilizzazione adeguati, apparecchiature che riducono la presenza di batteri, e procedure operatorie sterili. Nonostante ciò la presenza di bassi livelli di batteri è inevitabile anche se si applicano al meglio le regole di prevenzione. Indagini speciali vengono praticate solo allorchè la frequenza delle infezioni nella sala operatoria è superiore a quella abituale per interventi, operatori e sale operatorie di quel tipo, o si verifichi un cluster di infezioni nella stessa sala operatoria durante una seduta per alcuni interventi. Solo in questi casi è obbligatorio condurre indagini per appurare se si siano verificati comportamenti non adeguati da parte degli operatori in senso complessivo, o relativamente a qualche manovra inappropriata che possa aver determinato la contaminazione ambientale, degli strumenti e del soggetto operato. Tali indagini sono, pertanto, indicate e necessarie solo se si verificano casi superiori alla media nota, in ambienti analoghi, per gli stessi interventi".
Il CTU a riguardo ha concluso che "alla luce di quanto sappiamo sotto questo profilo non sembrano emergere censure nei confronti della CP_1 ove fu praticato l'intervento chirurgico".
Quanto invece alla profilassi terapia antibiotica prescritta alla paziente nella fase post-operatoria il CTU ha osservato quanto segue.
Dopo avere rilevato l'assenza di profilassi antibiotica in sede di coronografia effettuata il 10.06 (peraltro non raccomandata dalle linee guida e da pochi praticata) il perito ha osservato che: "…la profilassi antibiotica con Totacef

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

(Cefazolina Na) si può dire che è iniziata all'induzione anestesiologica come da prassi abituale. La profilassi antibiotica è, in particolare, diretta verso la prevenzione della frequente endocardite postoperatoria da Stafilococco. Nel caso della Sig.ra CP_5 viene continuata fino al 15 giugno con 3 dosi al giorno; la profilassi si protrae infatti anche dopo l'intervento cardochirurgico e la fasciotomia, divenendo una sorta di profilassi-terapia (dell'infezione cardiaca e/o della ferita fasciotomica)".

Il CTU ha precisato che "..l'endocardite da S. aureus post-cardiochirurgica è l'infezione che si manifesta anche in assenza di porte d'ingresso individuabili o individuate".

Ha osservato il perito che solo alle 12.00 del 20.06 (5 giorni dopo la sospensione del Org_2 veniva rilevata una punta febbrile di 38,7° C con lieve disorientamento ed amnesia degli eventi recenti.

La terapia antibiotica con Modivid 1 gr. al mattino e Targosid 200 mg. X 2 aveva inizio il giorno successivo 21.06, quando la temperatura saliva a 40.3° C.

Il CTU ha precisato a riguardo quanto alla somministrazione di Org_3 che "… nel nostro caso si tratta di un dosaggio scarso e, comunque, insoddisfacente se diretto alla cura dell'endocardite e del tutto inutile se si fosse sospettata anche una infezione meningo-encefalica, la quale, tuttavia stante i sintomi riportati in cartella clinica sembrerebbe non essersi ancora delineata (ed anche neppure sospettabile)".

Il CTU ha aggiunto che è raccomandato associare al Targosid (teicoplanina) "un altro appropriato antibiotico battericida nelle infezioni che richiedono la massima attività battericida (endocardite stafilococcica) e nelle situazioni in cui non si può escludere la presenza di una componente Gram-negativa…nelle endocarditi viene raccomandato un periodo terapeutico di almeno tre settimane".

Il CTU ha precisato che nel presente caso veniva associato al Org_3 una Cefodizima disodica (Modivid) il cui dosaggio però è risultato per il perito esiguo e insoddisfacente per trattare adeguatamente l'endocardite e del tutto inutile, per il mancato superamento da parte del farmaco della barriera emato-encefalica, per curare un'eventuale infezione meningo-encefalica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Il perito ha concluso ritenendo "..di poter affermare che la tipologia dei farmaci era al momento corretta ma non era adeguata la posologia perché a nostro avviso insufficiente. Infatti sarebbe stato più opportuno somministrare i farmaci con il seguente dosaggio: Modivid 2 gr. in SF o glucosata e.v. ogni 8 ore; Targosid 400 mg. B.i.d. x 1-4 gg. poi q.d. o ancora meglio 12 mg/kg q.12 h x 3 dosi e in seguito 12 mg/kg q 24 h".

Il 22.06 veniva ripetuto l'ecocardio ed in esito alle risultanze veniva aumentata la somministrazione di *Org_3* a 400 mg. X 2 ed associata Vancomicina 1 gr. x 2.

Il CTU a riguardo ha osservato come l'associazione dei due farmaci *Org_4* e *Org_3*) fosse stata da evitare mentre sarebbe stato utile aumentare il dosaggio del solo *Org_3* .

In data 23.06 in esito ai risultati delle emoculture e della consulenza infettivologica veniva sospesa la *Org_4* e portata la somministrazione del Targosid a 800 mg in monosomministrazione.

A riguardo il perito ha rilevato come la dose più appropriata di *Org_3* sarebbe stata 600 mg q.12 h x 3 dosi seguita da 12 mg/kg (600 mg) q. 24 h in ragione del peso della paziente.

Il CTU ha inoltre rilevato come in base ai sintomi ed ai risultati degli esami effettuati in data 20.06 fosse sospettabile anche il problema meningo-encefalico ed in considerazione che la Teicoplanina non supera la barriera emato-encefalica stante la dimostrata sensibilità al S. aureus (isolato dall'emocoltura) al cotrimossazolo sarebbe stato opportuno aggiungere alla terapia praticata anche il Bactrim per via endovenosa anziché proseguire con il *Per_5* sospeso solo il 28.06

In data 28.06 a seguito di TC cerebrale si evidenziavano ascessi cerebrali con edema in sede occipitale percui il Movid veniva sospeso, il *Org_3* aumentato a 1000 mg e veniva aggiunto il Merrem 2g. x 3 (dose idonea per il trattamento della meningite e delle infezioni cerebrali) oltre al *Pt_4* 4 mg. X 2.

A questo punto il perito osserva che nel diario clinico appariva una nota: "avvisato dott. *Per_1* er reintervento".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Il reintervento peraltro non veniva eseguito poiché a causa del peggiorare della situazione encefalica tra 29.06-01-07 la CP_5 veniva nuovamente trasferita in Terapia Intensiva dove entrava in coma decedendo in data [redacted]

Quanto ad un eventuale reintervento cardiochirurgico il CTU ha rilevato che lo stesso "avrebbe necessitato della circolazione extracorporea la quale richiede l'eparinizzazione del paziente. Quest'ultimo trattamento è controindicato nei casi in cui il soggetto abbia manifestato un episodio cerebrale acuto, come nel caso della Sig.ra CP_5 dato che il trattamento farmacologico in questione avrebbe comportato un sicuro aggravamento del quadro emorragico. La paziente, inoltre, non presentava uno scompenso cardiaco (che solitamente rappresenta l'indicazione clinica ad intervenire cardochirurgicamente in presenza di una endocardite acuta) e, per di più, le vegetazioni settiche interessavano i lembi valvolari, ma non l'anello sintetico impiantato. Sulla base di tali considerazioni si ritiene che l'intervento di revisione della valvola..era in quel momento" (si fa riferimento al periodo tra il 26 ed il 29 giugno) "non indicato".

In conclusione quindi il CTU ha ritenuto criticabile, tra i vari inadempimenti contestati da parte attrice, unicamente la terapia antibiotica così come adottata dai sanitari nella fase post-operatoria al manifestarsi dei sintomi dell'infezione quando cioè compariva, mantenendosi su livelli elevati, la febbre.

Il CTU affermava che, sulla base della storia clinica e del quadro presentato dalla sig.ra CP_5 la terapia più idonea sarebbe stata rappresentata come precisato sopra "prima dell'esecuzione dell'antibiogramma, da Movid 2 gr, in SF o glucosata e,v. ogni 8 ore, Org_3 400 mg. B.i.d. x 1-4 gg. poi q.d. o ancora meglio 12 mg/kg (per circa 50 kg = 600 mg) q 12 h x 3 dosi a partire da almeno il 24.06 e, in seguito, 12 mg/kg (600 mg) q 24 h. Dopo l'esecuzione dell'antibiogramma era opportuno continuare con la Parte_5 (o sostituirla con la Org_4 secondo le vie e le dosi già indicate, insieme al Pt_6 , così come è stato fatto. Al momento in cui era sospettabile il problema meningo-encefalitico in considerazione del fatto che la Teicoplanina non supera la barriera emato-encefalica stante la dimostrata sensibilità dell'S. aureus (isolato dall'emocultura) al cotrimossazolo, sarebbe stato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

opportuno, a nostro avviso, aggiungere alla terapia praticata anche il Bactrim (TMP/SMZ) per via e.v. invece di proseguire con il Per_5 sospeso il 28.06."
Il CTU ha affermato che "l'adeguatezza terapeutica, infatti, è stata raggiunta tardivamente ma ormai troppo tardi per tale aggiustamento antibiotico".
Quanto al nesso causale tra la imperita condotta omissiva posta in essere dai sanitari della struttura convenuta nella fase post-operatoria e l'evento morte della paziente il CTU non ha potuto indicare se un corretto trattamento farmacologico con antibiotici adottato tempestivamente avrebbe determinato un differente e favorevole effetto sulle condizioni di salute della CP_5 secondo il ragionamento contro-fattuale del più probabile che non.
Il CTU a riguardo ha affermato che "è sicuramente difficile dare risposta a tale quesito anche perché la letteratura esaminata non è univoca, in considerazione anche del fatto (ovvio) che vi sono molteplici parametri da considerare, non codificabili nel loro insieme. In ogni caso e in estrema sintesi si può segnalare che secondo la letteratura di settore la mortalità associata all'endocardite resta elevata, dato che circa il 20-30% dei pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia, vanno ugualmente incontro a morte entri i primi anni. Da questo punto di vista, pertanto, in quel momento (giugno 2004) sono state sottratte alla Sig.ra CP_5 discrete ciance di sopravvivenza. A questa prima e orientativa affermazione bisognerebbe aggiungere un'ulteriore annotazione riguardante (se si fossero realizzate dette chance positive) la presumibile durata di sopravvivenza della paziente, qualora fosse stata sottoposta ad adeguata terapia farmacologica. Tuttavia è pressoché impossibile dare una risposta a tale difficile quesito a causa della relativa insufficienza sul punto dei dati della letteratura ed anche per i rilevanti fattori di rischio che la paziente aveva".
La difesa di parte convenuta non ha fornito alcuna prova positiva specifica in ordine al fatto che il risultato anomalo rispetto al convenuto esito dell'intervento e delle cure prestate fosse dipeso da fatto non imputabile alla struttura ed ai sanitari in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta, in conformità alla diligenza dovuta, in relazione alle specifiche circostanze del caso concreto.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Ne' ha fornito prova positiva specifica dell'esecuzione della prestazione in modo diligente ovvero del fatto che il mancato o inesatto adempimento è stato dovuto a causa a sé non imputabile in quanto determinato dal verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza nel caso dovuta (Cass. 17143/2012; Cass. 15993/2011; Cass. 12362/2006; Cass. 22894/2005).

La mancanza di certezza da parte del CTU circa la sussistenza di nesso causale tra la riscontrata imperita condotta omissiva dei sanitari in fase post-operatoria e l'evento morte non esclude la responsabilità della struttura convenuta.

Infatti laddove la causa del danno non venga, quanto alla condotta attiva od omissiva dei sanitari, espressamente esclusa dalla istruttoria espletata ma rimanga ignota "le conseguenze non possono certamente ridondare a scapito del danneggiato (nel caso del paziente) ma gravano sul presunto responsabile che la prova liberatoria non riesca a fornire (nel caso il medesimo e/o la struttura sanitaria), il significato di tale presunzione cogliendosi- come sopra esposto- nel principio di generale favor per il danneggiato, nonché della rilevanza che assume al riguardo il principio della colpa obiettiva, quale violazione della misura dello sforzo in relazione alle circostanze del caso concreto adeguato ad evitare che la prestazione dovuta arrechi danno (anche) a terzi, senza peraltro indulgere a soluzioni radicali, essendo attribuita la possibilità di liberasi dalla responsabilità" (Cass. 3651/2006; Cass. 17143/2012).

La causa dubbia come la causa ignota restano a carico della struttura e/o dei sanitari che non abbiano fornito prova positiva della diligenza nell'adempimento.

Infatti la mancanza o insufficienza della prova della irrilevanza causale e dell'impossibilità di evitare l'evento pregiudizievole si traduce in un difetto di prova liberatoria da parte della struttura e/o del sanitario sulla base della ripartizione dell'onere della prova in ambito di responsabilità contrattuale (cfr. Cass. 364/1997).

Ancora si osserva come, secondo l'orientamento assolutamente prevalente in giurisprudenza, l'inquadramento in termini contrattuali della responsabilità sanitaria comporta che, una volta che siano provati dal paziente il rapporto col sanitario e l'entità del danno sofferto e sia stato allegato un inadempimento idoneo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

a costituire causa del danno, compete al medico e/o alla struttura convenuti l'onere di fornire la prova liberatoria (art. 1218 cc) con la conseguenza che la mancanza o l'insufficienza della prova della irrilevanza causale e dell'impossibilità di evitare l'evento pregiudizievole, pur osservando le necessarie norme di cautela, si traduce in un difetto di prova liberatoria (Cass. 17143/2012).

Da ciò deriva che in tutti quei casi in cui è impossibile individuare con certezza la causa, come pure in quelli in cui la causa sia anche solo dubbia, la responsabilità non potrà che ricadere sul medico/ospedale che non ha adempiuto ai propri oneri probatori.

Ciò anche in ragione del principio giuresprudenziale secondo cui vi è maggiore possibilità per il debitore onerato di fornire la prova, in quanto rientrante nella sua sfera di dominio in misura tanto più marcata quanto più l'esecuzione della prestazione consista nell'applicazione di regole tecniche sconosciute al creditore, essendo estranee alla comune esperienza e viceversa proprie del bagaglio del debitore (Cass. 17143/2012).

Il mancato assolvimento dell'onere probatorio da parte del convenuto comportano l'accoglimento della domanda svolta da *Parte_1* quale procuratore generale di *Controparte_3* nei confronti di *Controparte_4* quale responsabile dei fatti oggetto di causa.

Quanto alla liquidazione del danno subito si osserva come tenuto conto delle Tabelle del Tribunale di Milano adottate da questo giudicante, dell'età delle parti, della loro residenza in continenti distinti e della occasionalità della frequentazione personale tra le stesse, a prescindere dai contatti telefonici tra le medesime, deve essere liquidato all'attore a titolo di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale la somma di € 70.000,00, valutati all'attualità.

L'importo risarcitorio, secondo quanto stabilito da Cass. 1712/95, deve essere svalutato alla data del sinistro e sull'importo così quantificato devono essere liquidati, a titolo di risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati sulle somme annualmente rivalutate dalla data del sinistro alla data della pubblicazione della presente decisone.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Sono dovuti inoltre sulla somma così risultante gli interessi legali ex art. 1282 cc decorrenti a far data dalla pubblicazione della presente sentenza sino al saldo.
Nulla deve invece essere liquidato a titolo di danno biologico terminale e danno catastrofale iure successionis chiesto da parte attrice solo con memoria 183/6 n. 1 cpc.
La domanda de qua comporta infatti una inammissibile mutatio libelli e prospetta una pretesa diversa rispetto a quella oggetto dell'atto introduttivo sia rispetto al petitum (risultando diversi sia la natura che i presupposti del pregiudizio rivendicato) che alla causa petendi (in ragione della diversa ragione giuridica sottesa alla domanda).
Considerato l'esito della causa le spese di lite, liquidate come in dispositivo, seguono il principio della soccombenza.

PQM

Il Tribunale di Ravenna definitivamente pronunciando nella causa RG n. 3079/2014 ogni contraria domanda, eccezione, deduzione disattesa così decide:
- accertata la responsabilità di *Controparte_4* in ordine ai fatti oggetto di causa condanna la stessa a risarcire in favore di *Controparte_7* in persona del procuratore generale *Parte_1* la somma di € 70.000,00 già valutata all'attualità a titolo di danno non patrimoniale; su tale importo, svalutato alla data del sinistro ed anno per anno rivalutato sino alla pubblicazione della sentenza sono dovuti, a titolo di risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati; sulla somma così risultante saranno dovuti gli interessi legali ex art. 1282 cc che matureranno dalla data della pubblicazione della presente sentenza sino al saldo effettivo;
- condanna *Controparte_4* a rifondere in favore di parte attrice le spese di lite che liquida in € 13.430,00 per compenso professionale, € 805,70 per spese oltre 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge.

Ravenna 22 settembre 2016

Il Giudice

Dott. Alessia Vicini

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-734