REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI ROMA
XIII SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice, dott.ssa Raffaella Vacca, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia iscritta al n. 8896 del registro generale affari civili dell'anno 2016

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*) e *Parte_2* (*C.F._2*), in proprio e n.q. di eredi di *Persona_1* , rappresentate e difese dall'avv. [redacted] giusta procura in calce all'atto di citazione, ed elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted]

ATTRICI

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

E

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] giusta procura in atti;

CONVENUTA

OGGETTO: ***responsabilità sanitaria - risarcimento danni***

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* e *Parte_2*, figlie di *Persona_1*, convenivano in giudizio il *Controparte_1* al fine di sentirne dichiarare la responsabilità nella causazione del decesso della madre e, per l'effetto, ottenerne la condanna al risarcimento di tutti i danni subiti, sia *iure proprio* che *iure hereditatis*.

Le attrici esponevano che:

- in data 7 dicembre 2012, la *Per_1* veniva ricoverata presso [redacted] di Cassino per eseguire un intervento tramite laparotomia, all'esito del quale le veniva diagnosticato "*adenocarcinoma ovarico avanzato*";

- nel marzo 2013, la paziente veniva sottoposta a due cicli di chemioterapia presso l'Unità operativa di oncologia dell' *CP_2* di [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

- in data 14 marzo 2013, la *Per_1* veniva ricoverata presso il Dipartimento di Chirurgia *Org_1* di Roma, con diagnosi di "*carcinosi ovarica diffusa*";

- durante il periodo di ricovero, la paziente veniva sottoposta ai seguenti interventi chirurgici:

a) in data 27 marzo 2013, peritonectomia; resezione colica; spenectomia; colicistectomia;

b) in data 2 aprile 2013, veniva eseguito tampone della ileostomia per candida e Klebsiella, con esito negativo;

c) in data 26 aprile 2013, resezione del colon sinistro e colostomia;

d) il 30 aprile 2013 veniva sottoposta ad un esame per verificare la presenza di Klebsiella, i cui risultati - che giungevano 4 giorni dopo - davano esito positivo e venivano notificati al servizio CIO ed alla direzione sanitaria solo in data 7 maggio 2013;

e) in data 2 maggio 2013, veniva eseguito un intervento di medicazione chirurgica;

f) in data 6 maggio 2013, veniva eseguito un intervento di ciecostomia per la revisione della colostomia.

L'infezione da Klebsiella complicava notevolmente il quadro clinico della *[...] Per_1*, la quale [redacted]

Le attrici sostengono la sussistenza di una grave responsabilità professionale della struttura sanitaria per non aver impedito che la *de cuius* decedesse a causa di un'infezione ospedaliera.

Asseriscono, infatti, che:

- la sequenza causale che ha determinato il decesso della *de cuius* ha una genesi infettiva e nosocomiale;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

- dopo il primo intervento chirurgico, i sanitari avrebbero dovuto trattenere in isolamento la paziente, le cui condizioni cliniche erano già precarie, per preservarla dal rischio di contagio di infezioni, piuttosto che ritrasferirla nel reparto di provenienza, in una stanza condivisa con altri pazienti;

- durante il ricovero della *Per_1*, a causa del propagarsi di alcune infezioni, era stata eseguita una disinfestazione nella stanza degli uomini, che si trovava a circa tre metri dalla stanza della paziente.

I sanitari, dunque, nonostante fossero consapevoli del rischio di contagio di infezioni e delle conseguenze che lo stesso avrebbe avuto per pazienti già affetti da gravi patologie, non avrebbero adottato nessuna precauzione.

Soggiungono che i sanitari avevano prescritto un secondo esame per verificare la presenza della Klebsiella soltanto in data 30 aprile 2013, quindi più di venti giorni dopo il primo esame, nonostante la deiscenza della ferita si fosse già manifestata una settimana dopo il primo intervento e che solo in data 20 maggio 2013, quindi dopo più di due settimane dalla diagnosi di infezione da Klebsiella, la paziente veniva posta in isolamento, dovendosi attendere altri tre giorni per l'allertamento del CIO e della Direzione sanitaria**.**

A sostegno delle loro pretese, le attrici allegavano documentazione medica, le cartelle cliniche e la relazione della dott.ssa *Per_2* dalla quale risulta che "*Le complicanze sopravvenute all'intervento stesso sono costituite piuttosto da una condizione igienico sanitaria inaccettabile che ha notevolmente contribuito al progressivo deterioramento cui è incorsa la paziente e che, in definitiva, ha ampiamente contribuito a condurla a morte in uno stato di setticemia*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

Prima di agire in giudizio, le attrici esperivano il tentativo di mediazione previsto dal D. Lgs. 28/2010, che si concludeva con esito negativo in data 16 giugno 2014.

Si costituiva in giudizio il *Controparte_1* contestando la pretesa avversaria perché infondata in fatto ed in diritto e comunque non provata.

Esponeva in particolare che:

- i sanitari avevano assicurato alla *Per_1* tutta l'assistenza specialistica necessaria e prestavano alla stessa cure adeguate e tempestive e che, pertanto, nessun atto di negligenza, imprudenza ed imperizia era agli stessi ascrivibile;

- lo stato settico della paziente era stato seguito meticolosamente dai sanitari, mediante l'effettuazione di analisi batteriologiche e consulenze infettivologiche, a seguito delle quali veniva somministrata una terapia adeguata a fronteggiare l'infezione;

- contrariamente a quanto affermato dalle attrici, la paziente veniva isolata, dapprima nell'ambito del reparto originario, poi in una stanza singola in un altro reparto;

- la stomia veniva riconfezionata per due volte, in quanto la prima aveva subito dei fenomeni di necrosi da compressione, originariamente rapportabili allo stato di edema diffuso, che coinvolgeva anche lo stesso colon stomizzato, aggravato dallo stato di obesità della paziente e dallo spessore della parete addominale attraverso la quale il colon era stato estrinsecato.

Assumeva, pertanto, l'insussistenza di nesso causale tra il decesso della *Per_1* e la condotta dei sanitari: il decesso si era verificato quale inevitabile conseguenza delle molteplici patologie di cui la *de cuius* soffriva già prima del ricovero presso il Policlinico e che avevano reso necessari gli interventi eseguiti presso la struttura sanitaria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

Tali patologie, oltre agli effetti della chemioterapia, avevano determinato un defedamento generale, a causa del quale la stepsi diveniva resistente alla terapia antibiotica; il tutto ulteriormente complicato dal quadro di CID - Coagulazione intravasale disseminata – che ha condotto a morte la paziente.

Il Giudice ammetteva la CTU medico-legale, nominando quale consulente il dott. *Per_3* *[...]* , il quale giungeva alle seguenti conclusioni:

1. La formulazione delle diagnosi di: "*Adenocarcinoma ovarico sieroso-papillifero diffusamente metastatizzato in peritoneo.* *Controparte_3* *di n.d.d*." è stata corretta e tempestiva.

2. Sono allegati agli atti idonei moduli per il consenso informato (sottoscritti dalla P.), relativi ai trattamenti proposti.

Tali trattamenti appaiono adeguati ed erano, del resto, gli unici praticabili nei rispettivi contesti clinici.

3. Il trattamento prescelto richiedeva una specifica competenza professionale ed i convenuti ne erano in possesso.

4. I trattamenti erano stati eseguiti in conformità con le pratiche medico-chirurgiche correnti.

5. Nel nostro caso - complicato da una infezione del sito chirurgico – sono residuati postumi che NON sono quelli che abitualmente seguono ad un intervento di asportazione di tumore ovarico.

6. Rapporto causale tra l'operato dei sanitari e i postumi: il problema posto è tuttora aperto. A parere del sottoscritto CTU non è, però, accettabile il concetto che nelle infezioni nosocomiali (ICA) ci sia sempre una diretta e automatica responsabilità delle Strutture Sanitarie interessate.

Nella nostra P. ha certamente avuto una grande importanza, quale primo tra i fattori di rischio delle SSI, le condizioni dell'ospite: va infatti considerato che la P. era fortemente debilitata**,** essendo affetta da un carcinoma diffusamente metastatizzato e quindi anche con difetti delle difese immunitarie.

Per ciò che riguarda l'ambiente dove la P. è stata ricoverata ed operata, rileviamo che sono depositati agli Atti protocolli, verifiche e certificazioni sui controlli ambientali di routine. Tali controlli risultano essere stati applicati puntualmente nelle sale operatorie ed in quelle di degenza della *Controparte_4* anche nel periodo che ci interessa.

Non vi è quindi motivo di ritenere che la *Org* sia dipesa da inadempienze del personale o della Struttura.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

Quanto agli interventi chirurgici alla quale a P. era stata sottoposta, essi erano fortemente demolitivi e quindi sicuramente ad alto rischio di infezione.

Molti dei microrganismi isolati nel nostro caso rientrano fra le specie comunemente responsabili di SSI. Ciò nonostante, e proprio per il fatto che sono state identificate con le colture ben sei diverse specie (Citrobacter braakii, Morganella morganii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii [per lo più saprofiti intestinali] ed uno stafilococco coagulasi-negativo), sorge qualche dubbio sulla provenienza ambientale degli agenti responsabili dell'infezione della ferita chirurgica.

A giudizio del sottoscritto sembra infatti molto più logico pensare che la loro provenienza fosse endogena**,** cioè trasmessa dall'interno dell'organismo della P. ed in particolare dal suo tubo digerente, che è stato sede di deiscenze neoplastiche e di vari, successivi interventi, demolitivi e ricostruttivi.

6. Danno conseguenza: il principale precedente morboso della P. è rappresentato dall'adenocarcinoma ovarico diffusamente metastatizzato che non può non aver influito pesantemente sui postumi.

7. Dalla documentazione agli atti risulta evidente che la P., a causa della neoplasia da cui era affetta e dei trattamenti, oncologici e chirurgici ai quali era stata sottoposta, era già totalmente inabile a qualsiasi attività, lavorativa e non, dal dicembre 2012.

8. I postumi sono consistiti nel decesso della P. e non c'è stata, a giudizio del sottoscritto, una riduzione dell'attesa di vita legata all'infezione del Sito Chirurgico.

9. Le spese sono state sostenute dal SSN.

Presentava osservazioni il consulente delle parti attrici, a cui il CTU replicava confermando le proprie valutazioni:

1- *Perché il CTU non ci argomenta nulla sulla possibilità di una infezione esogena e la esclude a priori?*

RISPOSTA: L'affermazione della non esistenza, agli atti, della prova che dimostri che il decesso della P. è avvenuto per un'infezione nosocomiale (anziché per la documentata, devastante carcinomatosi metastatica diffusa) – prova indispensabile per condannare la parte convenuta - è basata sui seguenti dati, sicuramente accertati:

a) Le infezioni nosocomiali (o SSI) sono abitualmente provocate da un'unica specie microbica significativa.

b) Gli agenti microbici isolati dall' organismo della P. – tranne che per Acinetobacter baumannii, reperito una sola volta e solo dal sangue 10 giorni prima del decesso - NON appartengono alla cosiddetta flora nosocomiale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

c) I 6 ceppi batterici isolati appartengono invece TUTTI alle specie che fanno parte della comune flora batterica intestinale.

d) La P. era portatrice di vaste lesioni carcinomatose e di deiscenze delle ferite, a carico dell'intestino e di altri visceri.

e) Il criterio eziologico, fondamentale vuoi in medicina legale che in infettivologia, ci dice quindi essere di gran lunga più probabile il fatto che la sepsi sia stata provocata da agenti già presenti nel soggetto e poi emersi dalle numerose lesioni.

2) *Non crediamo proprio che decubiti come quelli a noi descritti dalle figlie (e che potranno agevolmente essere appurati in istruttoria) … siano stati davvero così ininfluenti …sui modi e sui tempi del decesso della P.*

RISPOSTA: La presenza di decubiti – fatto, in ogni caso, non particolarmente influente sul problema – NON RISULTA nelle cartelle cliniche agli atti.

3) *Perché non si è provveduto immediatamente a salvaguardare… la P., mettendola in isolamento?*

RISPOSTA: Le misure di isolamento post-intervento adottate dai Curanti appaiono del tutto adeguate alla situazione: una situazione – data anche la diagnosi – che non comportava la necessità di adottare una particolare chemioprofilassi.

4) *Il CTU argomenti sull'eventualità e possibilità di infezioni esogene… ritenendo la sottoscritta che .. le complicanze… si sono instaurate solo a 14 giorni di distanza dall'intervento (presenza di Pseudomonas e di altre 2 specie) ...e non si sa se l'infezione sia mai stata debellata … (effettuata solo 1 emocoltura, negativa), alla quale è poi seguita la contaminazione da Klebsiella pneumoniae… infezioni favorite… dall'indebolimento della P, per la patologia neoplastica e l'intervento chirurgico massivo.*

RISPOSTA: Il sottoscritto CTU si è già espresso – ed ha fornito di ciò le basi scientifiche - sul fatto che, a suo giudizio, le infezioni comparse nella P., in 14° giornata dall'intervento fossero di origine endogena e ribadisce che la prova più lampante di ciò è il dato della molteplicità, nonché del tipo delle specie batteriche isolate.

Concludeva, pertanto, il CTU che:

la causa primaria del decesso della P. è stata un "Adenocarcinoma ovarico sieroso-papillifero diffusamente metastatizzato in peritoneo e probabilmente alla pleura …".

Nel nostro caso - complicato da una infezione del sito chirurgico - sono residuati postumi che non sono quelli che abitualmente seguono ad un intervento di asportazione di tumore ovarico.

Peraltro, per la paziente, nella quale:

• ha certamente avuto un ruolo fondamentale il fattore di rischio legato alle condizioni dell'ospite;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

• sono stati applicati puntualmente nelle sale operatorie e di degenza della *Controparte_4* i controlli ambientali;

il CTU ritiene che l'Infezione Collegata all' Assistenza (ICA) (c.d. nosocomiale) che ha colpito la P. NON sia dipesa da inadempienze del personale o della Struttura.

Il CTU ritiene anche che la provenienza dei germi responsabili di queste infezioni fosse endogena e, cioè, trasmessa dall'interno dell'organismo della P. ed in particolare dal suo tubo digerente. Ciò in quanto si trattava di microrganismi che abitualmente in esso albergano ed il gravissimo adenocarcinoma ovarico metastatizzato in addome e alla pleura, deve aver influito pesantemente sui postumi. Tali postumi sono consistiti nel decesso della P. e non c'è stata, a giudizio del sottoscritto, una riduzione dell'attesa di vita conseguente all'infezione del Sito Chirurgico.

All'esito dell'esame della CTU, il Giudice ammetteva la prova testimoniale articolata da parte attrice.

Il teste *Testimone_1* dichiarava:

(*La sig.ra Per_1 nel periodo di degenza è sempre stata in una stanza del reparto di chirurgia del Controparte_1 insieme ad altri pazienti*) "*Si è vero tranne l'ultimo periodo in cui è stata spostata in un'altra stanza. Conosco la vicenda perché all'epoca dei fatti ero fidanzato con una delle attrici, Parte_2 , per cui all'inizio della degenza andavo di rado, con il tempo mi recavo più spesso per dare il cambio a Pt_2 , la quale viveva praticamente all'interno della stanza della madre, aveva una copertina a fianco al letto della madre, successivamente le è stata fornita una sedia*".

(Tutti potevano accedere liberamente senza indossare mascherine, calzari o camici): "*Si è vero, io sono entrato ed uscito senza mai indossare nulla*". (Il personale sanitario, infermieristico e medico, consentivano l'accesso, seppure negli orari stabiliti per le visite, senza alcuna prescrizione): "*Io non ho mai avuto alcuna prescrizione. Preciso che addirittura nell'ultima settimana di degenza ho dormito nella macchina di Pt_2 per starle vicino e mi trattenevo in ospedale fino a mezzanotte, precisamente nella stanza della sig.ra Per_1* ". (La sig.ra *Parte_2* ha dormito accanto alla madre per tutta la degenza): "*Ho già risposto. Preciso che anche quando la sig.ra Per_1 era ricoverata presso* [redacted] *di* [redacted] *accudiva la madre trattenendosi la notte*". (La sig.ra *Per_1* era collocata all'interno della stanza come le altre pazienti e tutti potevano avvicinarla): "*Si è vero, tranne gli ultimi giorni, quando è stata spostata, non ricordo se due o tre giorni prima. In quell'occasione aiutai Pt_2 a portare gli effetti personali alla madre. Ricordo che non portammo tutto e ci dissero i sanitari di tornare dopo e in quell'occasione trovammo la stanza della camerata chiusa e tutti i pazienti fuori sulle lettighe in quanto i sanitari stavano facendo interventi all'interno della stanza*". (Soltanto qualche giorno prima di morire la sig.ra *Per_1* veniva trasportata in una stanza isolata): "*Si è vero*". (Nel reparto in cui era degente la sig.ra *Per_1* un paziente maschio aveva contratto la Klebsiella): "*Si venivamo a sapere questa cosa, di un paziente che poi morì*". (All'obitorio del *Controparte_1* il giorno [redacted] vi erano i familiari dell'uomo ricoverato nello stesso reparto della sig.ra *Per_1* , anch'egli deceduto): "*Si è vero*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

La teste *Testimone_2* dichiarava:

(*La sig.ra* *Per_1* *nel periodo di degenza è sempre stata in una stanza del reparto di chirurgia del* *Controparte_1* *insieme ad altri pazienti*): "*Si è vero. Io andavo a trovarla,* *Pt_2* *mi disse che la madre era ricoverata per un tumore. Siccome io sono a Roma e lei non è di Roma, la aiutavo per quello che potevo*". (Tutti potevano accedere liberamente senza indossare mascherine, calzari o camici): "*Si è vero, io non ho mai indossato nulla*". (Il personale sanitario, infermieristico e medico, consentivano l'accesso, seppure negli orari stabiliti per le visite, senza alcuna prescrizione): "*Lì si poteva entrare sempre. Avevo chiesto a* *Pt_2* *quando poter andare e poi andavo ed entravo in qualunque orario, anche la sera perché lì si poteva entrare tranquillamente. L'orario di visita c'era ma si poteva entrare tranquillamente*". (La sig.ra *Parte_2* ha dormito accanto alla madre per tutta la degenza): "*Purtroppo si, nell'angolo attaccato al letto della madre c'era una coperta di* *Pt_2* *, non c'era una poltrona ma* *Pt_2* *dormiva per terra. Io non potevo ospitarla perché avevo una famiglia numerosa, ma* *Pt_2* *mi diceva mia madre ha bisogno di me presente accanto*". (La sig.ra *Per_1* era collocata all'interno della stanza come le altre pazienti e tutti potevano avvicinarla): "*Si è vero*". (Soltanto qualche giorno prima di morire la sig.ra *Per_1* veniva trasportata in una stanza isolata): "*Si ricordo un giorno all'improvviso venimmo a conoscenza che un uomo aveva avuto una infezione e spostarono la madre un paio di giorni prima che morisse*". (Nel reparto in cui era degente la sig.ra *Per_1* un paziente maschio aveva contratto la Klebsiella): "*Non so di quale infezione si trattasse, ma ricordo che mi stupii che ci fosse un uomo nel reparto*". (All'obitorio del *Controparte_1* il giorno [redacted] vi erano i familiari dell'uomo ricoverato nello stesso reparto della sig.ra *Per_1* , anch'egli deceduto): "*Non so rispondere perché non ricordo.* *Per_4* *da* *Pt_2* *che morì quell'uomo, ma io non andai all'obitorio*".

All'udienza del 4 aprile 2019, veniva escusso un altro teste di parte attrice, *Tes_3* , la quale dichiarava:

(*la sig.ra* *Per_1* *nel periodo di degenza è sempre stata in una stanza del reparto di chirurgia del* *Controparte_1* *insieme ad altri pazienti*) "*Si è vero. Lo so perché nello stesso periodo e nella stessa stanza era ricoverata anche mia madre,* *Controparte_5* ". (Tutti potevano accedere liberamente senza indossare mascherine, calzari o camici): "*Si è vero. Posso affermarlo perché ero sempre con mia madre ivi ricoverata*". (Il personale sanitario, infermieristico e medico, consentivano l'accesso, seppure negli orari stabiliti per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

le visite, senza alcuna prescrizione): "*Si, negli orari di visita e qualche volta fuori orario*". (La sig.ra *Parte_2* ha dormito accanto alla madre per tutta la degenza): "*Si*". (La sig.ra *Per_1* era collocata all'interno della stanza come le altre pazienti e tutti potevano avvicinarla): "*Si è vero*". (Soltanto qualche giorno prima di morire la sig.ra *Per_1* veniva trasportata in una stanza isolata): "*Si un paio di giorni prima. Fui io la prima a reclamare per le condizioni in cui versava la sig.ra Per_1* ". ADR: "*Anche mia madre ebbe un'infezione quando è stata ricoverata. Mia madre si è spenta a seguito delle complicanze post-operatorie*". (Nel reparto in cui era degente la sig.ra *Per_1* un paziente maschio aveva contratto la Klebsiella): "*Si, è vero*". ADR: "*Non so se mia madre ha contratto lo stesso batterio, ma so che fu sottoposta a terapia antibiotica*". ADR: "*I pazienti maschi e femmine erano in stanze diverse, ma sullo stesso corridoio*". (All'obitorio del *CP_1* *[...]* il giorno [redacted] vi erano i familiari dell'uomo ricoverato nello stesso reparto della sig.ra *Per_1* , anch'egli deceduto): "*Si, li ho visti quando sono andata a far visita al feretro della sig.ra Per_1 . Nel reparto, dopo un po', si diventa una famiglia*".

Terminata l'escussione dei testimoni, il Giudice rinviava la causa per la precisazione delle conclusioni.

In considerazione delle osservazioni formulate da parte attrice alla ctu, il G.I. disponeva la rinnovazione della consulenza, nominando lo specialista in Malattie Infettive, dott. *[...]* *Persona_5* e il dott. *Persona_6* specialista in Igiene e Medicina Preventiva nonché in Medicina Legale e della Assicurazioni. che giungevano alle seguenti conclusioni:

1- Possiamo considerare l'infezione da Acinetobacter baumannii e quella da Klebsiella pneumoniae certamente di origine nosocomiale; l'origine nosocomiale dell'infezione da Pseudomonas aeruginosa è possibile anche se non certa. Così come nosocomiale va considerata l'infezione da Stafilococco coagulasi negativo.

Inoltre, si è verificata un'infezione iatrogena della ferita chirurgica (di tipo superficiale) dovuta a contaminazione della breccia da parte dei germi isolati nel liquido addominale, che però ha svolto **un ruolo secondario** nella vicenda.

2- I fatti sono anteriori alle norme relative alle misure previste dal "Piano Annuale per le ICA" secondo anche la Determinazione n. G04112 del 1 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: «Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" e il Decreto_del Commissario ad Acta n. U00563 del 24 novembre 2015 Regione Lazio recante:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

"Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CRCCICA) e costituzione del Gruppo di Approfondimentol Tecnico per le *Org* ", per cui queste regole non sono di per se' applicabili.

Abbiamo tuttavia esposto come fossero già in vigore una serie di norme precedenti che dettavano condotte finalizzate alla prevenzione e alla terapia delle Infezioni nosocomiali. Non ci risulta, dalla documentazione presentata, che le procedure descritte fossero effettivamente e costantemente applicate; abbiamo riscontrato una serie di osservazioni critiche riportate nella relazione interna del *CP_1* indicanti chiaramente probabili manchevolezze gestionali. La struttura convenuta allo stato attuale ha prodotto soltanto delle Istruzioni operative sulla gestione della ferita chirurgica datate anno 2008 con implementazioni. **La documentazione va quindi considerata insufficiente a considerare dimostrata l'attuazione di una concreta prevenzione delle infezioni nosocomiali, che appare invece insufficiente**. Tale aspetto è ulteriormente confermato dall' anomalo succedersi di plurime infezioni polimicrobiche per lo più tipicamente nosocomiali.

3**-** Non risulta effettuato, all'ingresso, un corretto screening adeguato alle condizioni del paziente.

4- La formulazione della **diagnosi di ingresso è stata corretta** per quanto attiene la patologia neoplastica. Per quanto riguarda invece l'infezione il sospetto **diagnostico appare formulato in ritardo**.

La documentazione evidenzia netti ritardi nell'effettuazione delle indagini microbiologiche e nella trasmissione dei risultati.

Si verifica perciò un ritardo per le richieste di accertamenti diagnostici e, ancora di più, per la segnalazione dei referti patologici e conseguenti iniziative terapeutiche.

5- **C'è stato un significativo ritardo sia nella gestione delle indagini cliniche strumentali e conseguentemente per l'impostazione delle terapie antiinfettive, non legati a difficoltà interpretative ma a problemi organizzativi**.

6- Il trattamento farmacologico successivo alla diagnosi, appare corretto e in linea con gli standard dell'epoca; **le misure per l'isolamento e per l'individuazione della fonte infettiva invece non appaiono adeguati.**

7- **Il trattamento antibiotico poteva ritenersi astrattamente adeguato ma i ritardi già sottolineati e la presenza contemporanea di diverse specie batteriche contaminanti e multiresistenti l'hanno reso sostanzialmente inefficace**.

8- Era richiesta una specifica competenza; questa era certamente in possesso dei sanitari del Policlinico.

9- **Il trattamento antinfettivo presenta manchevolezze in rapporto all'osservanza delle linee-guida e alle buone pratiche, soprattutto sotto l'aspetto della tempestività e completezza**.

10- **Le cause della difettosa esecuzione sono state costituite inizialmente dall'inadeguata prassi di prevenzione e asepsi**, cui è seguita una infezione addominale e della ferita chirurgica che ha costretto a reinterventi e ha favorita la diffusione anche di germi intestinali endogeni, **il tutto gestito con ritardo negli accertamenti e nei conseguenti adeguamenti terapeutici.**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

11- I postumi derivati sono stati più gravi di quanto sarebbero collegabili ad un trattamento correttamente e tempestivamente applicato in quanto gravati da infezioni multiple e successiva sepsi, che ha poi condotto al decesso.

12- **In base ad un criterio probabilistico esiste un verosimile (molto probabile) rapporto causale tra le inadeguate misure preventive e curative intraprese dalla struttura, i ritardi diagnostici negli accertamenti e il decesso della paziente. Va specificato che il decesso sarebbe stato ugualmente inevitabile a seguito della grave malattia neoplastica primitiva, già ampiamente diffusa, tuttavia senza la sepsi da infezione nosocomiale la sopravvivenza sarebbe stata con ogni probabilità prolungata di un periodo non specificabile, compreso ipoteticamente tra i 6 e i 12 mesi.**

Con ordinanza del 27 novembre 2021, il Giudice formulava una proposta conciliativa nei seguenti termini: "*pagamento a carico di parte convenuta della somma complessiva di euro 130.000,00 per ciascun attore iure proprio, con esclusione della componente iure hereditatis, oltre euro 20.000,00 ed oneri di legge a titolo di contributo spese processuali e di ctu*".

Parte convenuta nelle proprie note dichiarava di non aderire alla proposta conciliativa, riconoscendo come unico danno risarcibile la perdita anticipata della vita e del rapporto parentale, da liquidarsi in via equitativa.

All'udienza del 18 marzo 2022, il Giudice tratteneva la causa in decisione, concedendo i termini *ex* art. 190 c.p.c.

A seguito delle c.d. sentenze di San Martino delle Sezioni Unite Civili (nn. 26972, 26973, 26974, 26975 dell'11.11.2008), il danno biologico, quale lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.), va ricondotto nell'alveo del danno non patrimoniale di cui all'art.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

2059 c.c. e ha una portata tendenzialmente omnicomprensiva, confermata dalla definizione normativa adottata dal D.Lgs. 209/2005, recante il Codice delle assicurazioni private (il cui art. 139 statuisce che *"per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito"*), suscettibile di essere adottata in via generale, anche in campi diversi da quelli propri delle *sedes materiae* in cui è stata dettata, avendo il legislatore recepito sul punto i risultati, ormai generalmente acquisiti e condivisi, di una lunga elaborazione dottrinale e giurisprudenziale.

Nella nozione di danno biologico sono quindi ricompresi i pregiudizi attinenti ai profili dinamico-relazionali della vita del soggetto danneggiato nonché ogni aspetto concernente la sofferenza morale, non necessariamente transeunte, conseguente all'evento lesivo, risarcibile – ex art. 185 c.p. – allorché tale evento configuri (come nella specie) un illecito penale (nel caso in esame, il reato di omicidio colposo) e ciò anche nell'ipotesi in cui, in sede civile, la colpa dell'autore del fatto risulti da una presunzione di legge e, ricorrendo la colpa, il fatto sarebbe qualificabile come reato: cfr. *Corte Cost. n. 233/2003; Cass. civ. nn. 7281, 7282 e 7283 del 2003*.

Ebbene, la giurisprudenza di legittimità ha riconosciuto la risarcibilità della lesione della salute del danneggiato, il quale sia deceduto a seguito dei danni subiti in conseguenza dell'evento lesivo, trattandosi in tal caso di danno terminale biologico, purchè tra l'evento dannoso e la morte sia intercorso un apprezzabile lasso di tempo necessario al consolidamento del pregiudizio all'integrità psico-fisica e all'insorgenza del diritto della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

vittima al suo risarcimento, trasmissibile *iure hereditatis* agli eredi (*vds. Cass.Civ., sez.III, n.870/2008*).

Quanto al danno parentale, definito come danno (conseguenza) non patrimoniale *iure proprio* dei congiunti della vittima, secondo la Suprema Corte esso si concreta nello sconvolgimento dell'esistenza rilevato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita conseguenti al decesso del congiunto, rappresentato dal "…*vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità nei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratelli, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti*" (Cass.10107/11). Per converso, *resta radicalmente esclusa la configurabilità di tale danno quando dall'evento conseguano meri disagi, fastidi, disappunti, ansie, ovvero la perdita delle abitudini o dei riti propri della quotidianità della vita* (Cass. 16992/15; Cass. 2228/12); *non potendo, inoltre, considerarsi esistente in re ipsa (ossia per il solo fatto dell'esistenza in sé del vincolo parentale), ma richiedendo, invece, l'allegazione (e la verificazione) precisa e circostanziata dello sconvolgimento di vita patito e delle sue specifiche e concrete estrinsecazioni, non potendo invero risolversi in mere enunciazioni di carattere del tutto generico e astratto, eventuale ed ipotetico*" (Cass. 22585/13; Cass. 16255/12).

Le pretese risarcitorie proposte iure proprio dai congiunti, che con la struttura e con i medici non sono legati da vincoli contrattuali, devono essere valutate nell'ambito della responsabilità extracontrattuale.

I giudici di legittimità, invero, hanno chiarito che: *"il diritto che i congiunti vantano, autonomamente sebbene in via riflessa, ad essere risarciti dalla medesima struttura dei*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

danni direttamente subiti a causa dell'esito infausto dell'operazione cui è stato sottoposto il danneggiato principale, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale" (cfr. Cass. civile sezione III n.5590/2015, n.6914/2012, n.2366/2018 e da ultimo Cass. n.14258/20 ("*il risarcimento per la perdita parentale subita dagli eredi … è inequivocabilmente riconducibile all'art.2043*). Né appare configurabile la peculiare figura di incerto fondamento normativo del contratto con effetti protettivi per i terzi, applicato in giurisprudenza con particolare riferimento al nascituro, subordinatamente alla nascita, ed al padre per errori medici relativi alla gestante.

Ed invero, a partire dalla nota sentenza 1° luglio 2002, n. 9556, la giurisprudenza ha elaborato l'orientamento alla stregua del quale il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di «spedalità» o di «assistenza sanitaria») che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti — con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13 aprile 2007, n. 8826) — e che ha ad oggetto l'obbligo di quest'ultima di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero, ecc.).

Si tratta di un contratto a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi di eventuali complicazioni o

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

emergenze (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

La responsabilità contrattuale della struttura sanitaria disegnata dalla Cassazione appare estendersi persino al di là di quanto potrebbe essere strettamente implicato dal riferimento all'art. 1218 c.c. e dal rapporto contrattuale particolare. Si parla, infatti, in via generale di inadempimento rispetto a tutte le obbligazioni che si configurano o potrebbero configurarsi in capo alla struttura sanitaria. Tale inadempimento può assumere confini molto ampi, giungendo a comprendere disfunzioni dell'organizzazione che di per sé non investono il rapporto terapeutico. Insomma, ci si attende che l'ospedale "*dia sicurezza di uno standard organizzativo tollerabile corrispondente a quello che il paziente di buona fede può ragionevolmente attendersi e ragionevolmente prevedere*".

Una simile concezione del danno (e della responsabilità per tutti i comportamenti che si discostano dal modello ideale di diligenza) sembra dimenticare la dimensione della soggettività ed introdurre una figura di inadempimento dai confini tanto labili da travalicare in quella della responsabilità extracontrattuale.

Proprio per tali ragioni, il sintagma "contatto sociale" e l'istituto cui allude costituiscono un modello descrittivo del solo rapporto tra medico/struttura sanitaria e paziente (cioè tra il soggetto obbligato dall'ordinamento a tutelare la salute e il soggetto che si affida, il cui comportamento è considerato socialmente come accettazione), in quanto permette di riconoscere in tale rapporto un contenuto obbligatorio. Fuori da quest'ambito (che già propone una lettura sbilanciata a sfavore di una delle parti) non può esservi responsabilità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

contrattuale. Il modello, pertanto, non può applicarsi ai soggetti estranei al rapporto in questione.

Ricondotta la responsabilità della struttura sanitaria e dei sanitari nei confronti dei terzi nell'alveo degli artt. 2043 e 2049 c.c., occorre verificare se Parte attrice abbia dato prova dell'imperita esecuzione dell'intervento chirurgico eseguito in data 27.3.2013 e della negligente assistenza nella fase post operatoria, senza che nel caso in esame possano trovare applicazione, quanto alla distribuzione dell'onere probatorio, in ordine al danno jure proprio, le regole dettate dall'art. 1218 cod. civ., secondo cui grava sul medico la prova del proprio corretto adempimento ovvero della non imputabilità a sé dell'esito infausto o ancora dell'insussistenza del nesso causale tra la propria prestazione e il danno lamentato.

La ricostruzione del fatto è sostanzialmente condivisa dalle parti nei suoi snodi essenziali:

- *Persona_1*, affetta da adenocarcinoma ovarico, sieroso-papillifero, diffusamente metastatizzato in peritoneo, sottoposta a due cicli di chemioterapia presso il *Org_3* dell'*Org_4* di [redacted] in data 27.2.2013 veniva sottoposta presso il *Controparte_1* ad interventi di isteroannessiectomia bilaterale + resezione rettocolica secondo *CP_6* + peritonectomia pelvica e delle fosse iliache, linfoadenectomia iliacotturatoria bilaterale, omentectomia, splenectomia, colecistectomia, resezione del legamento rotondo e falciforme, resezione ombelico, colonstomia, chemioterapia ipertermica intraperitoneale;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

-in date 2.4.2013, 11.4.2013, 12.4.2013, 22.4.2013, 5.5.2013, 15.5.2013, 19.5.2013 venivano disposte consulenze infettivologiche;

-in data 5.4.2013 coltura liquido addominale (citrobacter braakii, morganella morganii e pseudomonas aeruginosa), il 30.4.2013 tre emocolture liquido addominale (klebsiella pneumoniae KPC panresistente) il 5.5.2013 coltura materiale addominale (klebsiella pneumoniae panresistente), i 10 e 11.5.2013 colture da ferita addominale (klebsiella pneumoniae e per Pseudomonas aeruginosa), il 13.5.2013 tre emocoluture positive per Acinotobacter multiresistente ed il 19.5.20132 si registrava stato settico da Acinotobacter, Klebsiella, Pseudomonas, focolaio polmonare destro, segni di CID con sanguinamento endoluminale e parietale, piastrinopenia;

-il [redacted] si constatava il decesso .

La quaestio decidendi non si incentra sulla correttezza della diagnosi formulata di Adenocarcinoma ovarico sieroso-papillifero diffusamente metastatizzato in peritoneo, pleurite essudativa Sn di n.d.d né sul trattamento prescelto e sulla sua esecuzione, bensì sulla corretta gestione del postoperatorio, ossia sulla tempestiva diagnosi del processo infettivo e sulla efficace reazione terapeutica.

In ordine alla mancata prevenzione dell'infezione nosocomiale occorre, innanzitutto, premettere che le infezioni correlate all'assistenza (ICA) si definiscono come infezioni che insorgono nel corso di un ricovero ospedaliero o in un luogo di cura e assistenza, non presenti né clinicamente, né in incubazione, al momento del ricovero stesso oppure si manifestano dopo la dimissione, pur essendo causalmente riferibili per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al ricovero stesso (tale nozione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

è riportata dall'O.M.S. in *Prevention of hospital-acquired infections – A practical guide, 2nd ed.* 2002); che le infezioni correlate all'assistenza sono uno dei più importanti eventi avversi in sanità e si stima che a livello europeo esse siano responsabili di circa 37.000 decessi all'anno (*Per_7* 2014) dei quali non meno di 4.000 in Italia (cfr. pag. nr. 11 della CTU); che le infezioni del sito chirurgico rappresentano una complicanza temibile, anche se evitabile, di qualunque procedura chirurgica e malgrado gli sforzi dedicati alla loro prevenzione continuano ad essere relativamente frequenti; che l'accettazione di un degente presso una struttura ospedaliera comporta l'assunzione di una prestazione strumentale e accessoria - rispetto a quella principale di somministrazione delle cure mediche, necessarie a fronteggiare la patologia del ricoverato - avente ad oggetto la salvaguardia della sua incolumità fisica e patrimoniale quantomeno dalle forme più gravi di aggressione, tra le quali certamente rientra la protezione dal rischio infettivo.

L'infezione nosocomiale costituisce, però, una complicanza sempre possibile, pur in presenza di procedura chirurgica corretta, di profilassi antibiotica adeguata e di assoluta correttezza dell'attività di sterilizzazione e prevenzione; e, infatti, possono intervenire infezioni nosocomiali non addebitabili all'ospedale, per essere esse prevedibili ma non sempre prevenibili (soprattutto nel caso di pazienti ad elevato rischio, quale era *Per_1 [...]*).

Non può dunque predicarsi una responsabilità del nosocomio fondata su un inaccettabile principio di responsabilità oggettiva; non possono porsi a carico dell'ospedale anche i casi di infezioni non evitabili, pur in presenza di una condotta immune da censure per quanto riguarda la sanificazione; anche nei casi di infezione nosocomiale si devono applicare gli stessi principi che regolano in generale la materia della responsabilità medica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

In definitiva, in presenza di un'infezione nosocomiale, la responsabilità della struttura sanitaria non può essere ritenuta oggettiva e nemmeno presunta.

Con specifico riferimento all'onere della prova, deve rilevarsi che, qualora si tratti di responsabilità contrattuale, una volta accertato che il paziente abbia contratto una infezione nosocomiale, non vi può essere alcun dubbio che incomba sulla struttura ospedaliera l'onere di provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta e consapevole sanificazione, al fine di evitare la contaminazione dei pazienti ad opera dei batteri c.d. nosocomiali; che, in tal caso, spetta, infatti, alla struttura sanitaria offrire la prova liberatoria e, cioè, dimostrare che il danno subito dal paziente si sia verificato per causa a sé non imputabile. (cfr., da ultimo, Cass. Civ., sez. III; sentenza n. 28991 e Cass, Civ, sez. III, sentenza nr. 28989 del 2019); in particolare, una volta accertata la sussistenza del nesso causale, spetta alla struttura ospedaliera l'onere di dimostrare di avere diligentemente operato, sia sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, sia sotto il profilo del trattamento terapeutico prescritto e somministrato al paziente dal personale medico, successivamente alla contrazione dell'infezione.

Nel caso in cui, come nel caso di specie, si agisca in giudizio invocando una responsabilità aquiliana, in base ai principi generali, spetta agli attori-danneggiati dimostrare, anche in via presuntiva, la negligenza e la colpa dei convenuti-danneggianti.

L'onere della prova costituisce regola residuale di giudizio grazie alla quale la mancanza, in seno alle risultanze istruttorie, di elementi idonei all'accertamento, anche in via presuntiva, della sussistenza o insussistenza del diritto in contestazione determina la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

soccombenza della parte onerata della dimostrazione rispettivamente dei relativi fatti costitutivi o di quelli modificativi o estintivi.

Orbene, nel caso in esame le attrici deducono come inadempimento qualificato della struttura sanitaria l'omessa predisposizione e adozione – in occasione del (delicato) intervento chirurgico e del successivo ricovero del paziente in terapia intensiva - tutte le doverose misure necessarie a prevenire e ridurre al minimo il rischio di infezioni nosocomiali; in particolare, secondo la tesi di parte attrice, la struttura convenuta non era dotata di presidi igienici sanitari adeguati; il personale non indossava l'apposito vestiario asettico; in occasione delle visite, non era mai stato fornito ai familiari nessun indumento di protezione (né calzari né mascherine né camice); nel reparto limitrofo a quello della *[...]* *Per_1* si era già manifestato un caso di Klebsiella; i lavabi e i bagni potevano essere utilizzati anche dai parenti in visita. Hanno, inoltre, dedotto, il ritardo diagnostico della Klebsiella (30 aprile, ossia 24 giorni dopo il precedente esame) ed il tardivo isolamento della paziente avvenuto soltanto il 20.5.2013, cioè 16 giorni dopo la diagnosi di infezione da Klebsiella.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il punto di partenza non può che essere rappresentato dalla c.t.u., onde accertare, innanzitutto, le cause del decesso.

Orbene, le conclusioni cui è pervenuto il c.t.u., dott. *Per_3* (la cui consulenza non è stata annullata, bensì rinnovata per non aver fornito gli ulteriori chiarimenti richiesti dal G.I. in base alle osservazioni critiche di parte attrice), consistono nel ritenere causa primaria della morte della *Per_1* l'adenocarcinoma ovarico sieroso-papillifero diffusamente metastatizzato in peritoneo e probabilmente alla pleura …". complicato da una infezione del sito chirurgico, senza il riconoscimento di inadempienze

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

da parte del personale e della Struttura, ritenendo endogena la provenienza dei germi responsabili delle infezioni e, cioè, trasmessa dall'interno dell'organismo della paziente ed in particolare dal suo tubo digerente attraverso la ferita chirurgica (e ciò in ragione della identificazione di ben sei diverse specie di responsabili di SSI: Citrobacter braakii, Morganella morganii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, per lo più saprofiti intestinali, ed uno stafilococco coagulasi-negativo).

Secondo il dott. *Per_3* le infezioni nosocomiali (SSI) sono abitualmente provocate da un'unica specie microbica significativa. Gli agenti microbici isolati dall' organismo della *[...]* *Per_1*, invece, tranne che per Acinetobacter baumannii, reperito una sola volta e solo dal sangue 10 giorni prima del decesso - NON appartengono alla cosiddetta flora nosocomiale. I 6 ceppi batterici isolati apparterrebbero tutti alle specie che fanno parte della comune flora batterica intestinale, da ciò derivandone che la sepsi sia stata causata da agenti già presenti nel soggetto e poi emersi dalle numerose lesioni.

I cc.tt.uu. dott.ri *Persona_5* e *Persona_6* le cui conclusioni sul punto appaiono coerenti, condivisibili ed esaustive, al contrario, hanno affermato che all'ingresso della *Per_1* al Policlinico non erano presenti segni o sintomi di infezioni in atto o in incubazione. Lo stato immunitario era già parzialmente compromesso a causa della patologia neoplastica e della sua chemioterapia, ma le deiscenze e le infezioni della ferita hanno avuto un peso secondario in quanto l'evento fondamentale è rappresentato dall'instaurarsi di una infezione da germi nosocomiali che hanno condotto all'exitus.

L'infezione da Acinetobacter baumannnnii (isolato in tre emocolture prelevate nello stesso giorno) e quella da Klebsiella pneumoniae (isolata più volte ed in date diverse da liquido addominale e due volte dal tampone della ferita chirurgica) sono certamente di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

origine nosocomiale, mentre quella da Pseudomonas aeruginosa lo è con elevata probabilità, così come nosocomiale va considerata l'infezione da Stafilococco coagulasi negativo (isolato per tre volte da sangue e una volta da CVC). Inoltre, anche l'addensamento in sede paracardiaca dx rilevato il 3.5.2013 va considerato processo polmonitico di origine nosocomiale.

L'origine dell'infezione nosocomiale non può che configurare una responsabilità per omessa vigilanza e controllo ossia per difetto di organizzazione, derivante da mancata diligenza circa le necessarie procedure preventive.

In tal senso i cc.tt.uu. *Per_5* e *Per_6* hanno richiamato la relazione del Direttore epidemiologico del Policlinico, prof. *Per_8*, secondo cui: "

La paziente ha effettuato un tempone rettale in UTI risultato negativo pertanto è possibile ipotizzare che la paziente sia stata colonizzata da KPC durante il ricovero nel Dipartimento di Tecnologie Chirurgiche e Day Surgery della I Clinica chirurgica. Non è possibile sapere se la colonizzazione primaria sia stata nel tratto gastrointestinale oppure direttamente in corrispondenza dei drenaggi chirurgici perche' durante la degenza in chirurgia non sono stati effettuati ulteriori tamponi rettali… Il quadro clinico della paziente risultava compatibile con quello di una sepsi severa policrobica da KPC, P. Aeruginosa, A. *Per_9* Un drastico peggioramento e' stato verosimilmente causato dall' acquisizione dell' infezione da KPC (sepsi da CVC correlata e infezione della ferita chirurgica) con caratteri di multiantibiotico resistenza ". Nelle conclusioni finali viene riportato "… Il personale sanitario è stato formato per la prevenzione della trasmissione delle ICA … Tuttavia è possibile che tali manovre non siano state attuate prima della diagnosi di infezione da germe alert. Il punto critico è rappresentato dal fatto che alcuni pazienti vascolari e di chirurgia plastica con interventi puliti/contaminati hanno soggiornato nelle stesse stanze dei degenti con interventi contaminati/sporchi e con drenaggi aperti. E' possibile ipotizzare che il paziente possa essere già stato colonizzato/infetto prima dell' isolamento microbiologico…".

Detta relazione, secondo i c.t.u., pur mettendo in luce le difficoltà di prevenzione delle ICA e la possibile inevitabilità delle stesse, non tralascia di segnalare alcune importanti lacune assistenziali del nosocomio all' epoca dei fatti che non possono essere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

ignorate: il paziente ha riportato infezioni nosocomiali da multipli agenti microbici con conseguente sepsi finale e decesso, connesse a probabili lacune organizzative e assistenziali. Il succedersi e sovrapporsi delle diverse specie batteriche ha reso complessa e inefficace la gestione terapeutica: non risulta effettuato all'ingresso un corretto screening adeguato alle condizioni della paziente, le indagini microbiologiche e la trasmissione dei risultati sono state effettuate con ritardo e, conseguentemente, l'impostazione delle terapie antiinfettive non è stata tempestiva e ciò indipendentemente dalla astratta adeguatezza del trattamento antibiotico.

Le conclusioni del prof. *Per_8*, poi, appaiono in linea con quanto emerso all'esito della istruttoria, avendo i testi *Tes_1* e *Tes_2* evidenziato gravi deficit nelle procedure di prevenzione delle infezioni: omessi controlli dei visitatori, mancato uso da parte dei sanitari dell'apposito vestiario asettico, utilizzazione promiscua dei lavabi e bagni, etc.

L'inadeguata prassi di prevenzione e asepsi, cui è seguita una infezione addominale e della ferita chirurgica che ha costretto a reinterventi ha, dunque, favorito la diffusione anche di germi intestinali endogeni (il tutto gestito con ritardi negli accertamenti e nei conseguenti adeguamenti terapeutici) conducendo al decesso.

Sul punto, si deve registrare l'ormai pacifico principio secondo cui «*in tema di responsabilità civile, qualora la produzione di un evento dannoso possa apparire riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla pregressa situazione patologica del danneggiato (la quale non sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale), il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, primo comma,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

c.c.), l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi) onde ascrivere all'autore della condotta, responsabile "tout court" sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito, come tale da reputarsi la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario» (così, da ultimo, in motivazione Cassazione sez. III, 4.11.2020 n. 24471; Sez. III n. 15991 del 21.7.2011; Sez. III n. 30521 del 22.11.2019).

In applicazione di questa regola non è rilevante il gradiente di incidenza della condotta umana rispetto alle concause naturali; anche una percentuale di incidenza minima è sufficiente per ritenere la responsabilità del danneggiante alla condizione che – probabilisticamente – si possa individuare un nesso causale con l'evento di cui si discute. A questo riguardo, quindi, un ruolo del tutto chiaro è svolto dal giudizio controfattuale che opera sulla regola del "*più probabile che non*" intesa come la probabilità, positiva o negativa, che, alla luce degli elementi del caso concreto, l'omissione della condotta umana dedotta come danneggiante (**negligente gestione dei protocolli concernenti la**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

prevenzione e la gestione delle infezioni nosocomiali e gestione tardiva dell'infezione) potesse evitare il rischio specifico del danno effettivamente verificatosi (così Cassazione sez. III n. 7760 del 08/04/2020, m. 657597 – 01). Quindi, in materia di rapporto di causalità nella responsabilità civile, in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica sulla quale incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, hic et nunc, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, poiché una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile. Ne consegue che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo "con-causale" di un fattore naturale (quale che esso sia), non è ammesso, sul piano giuridico, affidarsi ad un ragionamento probatorio "semplificato", tale da condurre "ipso facto" ad un frazionamento delle responsabilità in via equitativa, con relativo ridimensionamento del "quantum" risarcitorio» (Cassazione sez. III n. 30521 del 22/11/2019, m. 655971 - 02).

L'applicazione di quest'ultimo principio pretende, quindi, che sia certa la derivazione della morte del paziente dalle condotte colpose sopra ricordate, anche se esse sono risultate concorrenti con le comorbillità naturali che hanno reso ampiamente fragili e precarie le condizioni di salute della *Per_1*. Ossia è dato fare applicazione di questi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

principi solo se - come annota Cassazione sez. III, n. 28986/2019 – *«…la preesistenza della patologia costituisce una concausa naturale dell'evento di danno ed il concorso del fatto dell'uomo con la concausa naturale rende quest'ultima giuridicamente irrilevante in virtù del precetto dell'equivalenza causale dettato dall'art. 41 c.p. come ripetutamente affermato da questa Corte: Sez. 3 -, ordinanza n. 30922 del 22/12/2017, Rv. 647123 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 24204 del 13/11/2014, Rv. 633497 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 9528 del 12/06/2012, Rv. 622956 - 01; oltre che la già ricordata Sez. 3, Sentenza n. 15991 del 21/07/2011, Rv. 618882 - 01)*».

Si deve, poi, considerare che è da tempo pacifico il principio secondo cui «*in tema di responsabilità medico-chirurgica, la ricorrenza di un fattore naturale può costituire causa esclusiva dell'evento pregiudizievole ove il danneggiante provi che lo stesso derivi da una circostanza a sé non imputabile*» (Cassazione sez. III n. 12516 del 17/06/2016,m. 640260 - 01), ma occorre ricordare che questo principio ha un complemento nell'ipotesi in cui <u>la causa della lesione resti ignota.</u>

Nel caso in esame non v'è dubbio che la causa del decesso sia ascrivibile alla sepsi: a fronte di una situazione di grave deterioramento organico, l'infezione nosocomiale, una inadeguata sorveglianza ed una tardiva terapia delle infezioni hanno reso la *[…] Per_1* più vulnerabile alle infezioni, in tal modo innescandosi quella sequenza letale che ne ha determinato il decesso.

I cc.tt.uu. hanno anche chiarito che il decesso sarebbe stato comunque inevitabile a causa della grave malattia neoplastica primitiva, già ampiamente diffusa. Tuttavia, senza la sepsi da infezione nosocomiale la sopravvivenza sarebbe stata con ogni probabilità prolungata di un periodo non specificabile, compreso ipoteticamente tra i 6 ed i 12 mesi.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

Detta conclusione non può che incidere nella determinazione de danno da perdita parentale.

In proposito si rammenta che laddove la condotta dei sanitaria abbia *cagionato non la morte del paziente (che si sarebbe comunque verificata) bensì una significativa riduzione della durata della sua vita ed una peggiore qualità della stessa per tutta la sua minor durata, la struttura sarà chiamata a rispondere dell'evento di danno costituito dalla minor durata della vita e dalla sua peggior qualità, senza che tale danno integri una fattispecie di perdita di chance – senza, cioè, che l'equivoco lessicale costituito dal sintagma "possibilità di un vita più lunga e di qualità migliore" incida sulla qualificazione dell'evento, caratterizzato non dalla "possibilità di un risultato migliore", bensì dalla certezza (o rilevante probabilità) di aver vissuto meno a lungo, patendo maggiori sofferenze fisiche e spirituali.*

Occorre, pertanto, determinare la misura del danno risarcibile, tenendo conto di quanto sopra detto.

Orbene, gli attori hanno agito "in proprio" per il ristoro del danno morale e biologico patito in conseguenza della vicenda per cui è causa nonché del danno loro derivato dalla perdita del rapporto parentale con la madre, per la privazione, non solo materiale, ma anche del "rapporto personale con la vittima primaria nel suo essenziale aspetto affettivo e di assistenza morale (cura, amore), cui ciascun componente del nucleo familiare ha diritto nei confronti dell'altro".

Va ricordato che da tempo la Suprema Corte, sulla scorta di un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., secondo la quale nel caso di compromissione di valori della persona di rango costituzionale il diritto al risarcimento del danno non patrimoniale conseguente alla lesione di diritti assoluti della persona

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

ha il suo referente normativo direttamente nella carta costituzionale senza il limite della riserva di legge dell'art. 185 c.p., ha ritenuto risarcibile il danno non patrimoniale prodottosi in capo agli stretti congiunti della vittima primaria, posto che in tal caso il bene attinto dall'illecito trova la sua "copertura" costituzionale negli artt. 2, 29 e 30 Cost. che tutelano l'interesse "*all'integrità degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia, all'inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia" (Cass. 8827 e 8828/03*).

Con riferimento specifico alla risarcibilità del danno patito dai congiunti della vittima deceduta a seguito del fatto illecito altrui e rispetto all'accertamento del nesso causale tra detto danno e il fatto lesivo, gli stessi giudici di legittimità hanno affermato che in tal caso il medesimo fatto lede in pari tempo le situazioni giuridiche dei diversi soggetti legati dal vincolo parentale, in virtù della semplice considerazione per cui la morte causa non solo il massimo danno configurabile in capo al soggetto direttamente attinto, ma anche – e simultaneamente - l'estinzione del rapporto "parentale" con i congiunti, che quindi a loro volta subiscono, immediatamente e direttamente*, la compromissione del loro interesse all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che connota la vita familiare*.

Il danno in questione non coincide con la lesione dell'interesse protetto, ma consiste in una perdita, nella irreversibile privazione di un valore non economico ma personale, costituito dal rapporto personale con il congiunto, nella definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali esse normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare; perdita, privazione e preclusione che costituiscono conseguenza della lesione dell'interesse protetto. Per tale ragione l'onere probatorio grava sul danneggiato e tuttavia anche la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

gravità delle lesioni e l'intensità del legame parentale possono valere come prova presuntiva del pregiudizio (*Cass. 11001/03, 2888/03, 7629/03, 10986/03, 20667/2010*), essendo ammesso a tal fine il ricorso alle presunzioni fondate sul normale atteggiarsi delle relazioni all'interno della famiglia, specie nucleare, non potendo considerarsi quella presuntiva una prova deminuta, subordinata o più debole di quella c.d. diretta o rappresentativa.

Non occorre, dunque, la specifica enunciazione assertiva dei riflessi per così dire ordinari di tale lesione e può farsi ricorso a presunzioni semplici e al notorio quanto alla prova dei profili oggettivi e soggettivi del pregiudizio normalmente insiti nella perdita di un familiare (*Cass. Civ. sez. III, 4253/12, 7272/12*).

Viceversa, rispetto alle conseguenze specifiche ed ulteriori che giustifichino una personalizzazione della liquidazione modulata sulle specifiche, più intense ripercussioni della perdita del congiunto sia in termini di dolore e turbamento soggettivo sia in relazione agli aspetti *latu sensu* esistenziali, occorre la prova del tipo di rapporto esistente con il defunto, della sua intensità, della sua continuità, delle rispettive abitudini di vita, delle ripercussioni della perdita sulle normali attività quotidiane, sulla vita di relazione e lavorativa, sull'esplicazione della personalità del superstite.

Nessuna presunzione può tuttavia essere ammessa rispetto al danno alla salute che i superstiti asseriscano di aver risentito in conseguenza della privazione del rapporto affettivo e solidale con il congiunto, occorrendo, per tale pregiudizio, secondo la definizione offertane dagli artt. 138 e 139 D. Lgs. 209/05, cui è stata riconosciuta portata generale, l'accertamento e la valutazione medico – legali, che ne presuppongono la compiuta allegazione e la dimostrazione attraverso documenti (in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

primis, referti e certificazioni sanitarie) o testimonianze (che tendenzialmente riguarderanno le manifestazioni esteriori, la sintomatologia delle affezioni fisiche o psichiche).

Di un tale pregiudizio gli attori non hanno offerto dimostrazione, posto che i rapporti descritti sono sussumibili nella ordinaria solidarietà familiare, nella unione ed affezione e collaborazione che si esprimono normalmente in un sano ambito familiare.

Alla luce delle superiori considerazioni può, dunque, riconoscersi un danno da perdita parentale che può determinarsi, in via equitativa, tenendo conto dell'età della vittima (64 anni) e delle attrici (40 e 37 anni) in euro 137.293 in favore di ciascuna delle figlie, applicando le tabelle di questo Tribunale con la decurtazione del 50%.

Trattandosi di un credito di valore, esso va rivalutato all'attualità sì da porlo al riparo dal fenomeno inflattivo, ad eccezione della voce relativa alle spese future. Inoltre, occorre tener conto dell'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro nel tempo intercorso tra la lesione e la sua liquidazione per equivalente monetario, danno derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente monetario del bene leso. Pertanto, nei debiti di valore, come quelli di risarcimento da fatto illecito, vanno corrisposti interessi (ad un tasso che, in difetto di specifiche allegazioni circa gli impieghi maggiormente remunerativi cui la somma sarebbe stata destinata ove fosse stata tempestivamente conseguita, può essere individuato in quello legale, tenuto conto della modestia del relativo saggio nel periodo in considerazione), in modo da rimpiazzare il mancato godimento del denaro dovuto.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

Secondo un indirizzo ormai consolidato, tali interessi, cosiddetti compensativi, vanno calcolati non sulla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, ma sulla somma capitale (determinata nel giorno dell'insorgenza del credito) via via rivalutata, conformemente all'insegnamento espresso nella nota pronuncia a sezioni unite della Suprema Corte n. 1712\95 (conformi, tra le tante, *Cass. 3666/96, 8459/96, 2745/97, 492/01; 18445/05*). Nell'effettuare il relativo calcolo, bisogna tener presente che è necessaria una devalutazione nominale delle voci di danno liquidate in valuta attuale sì da rapportarle all'equivalente alla data di insorgenza del danno medesimo e procedere poi alla successiva rivalutazione delle stesse e delle voci espresse in valuta del tempo di insorgenza; gli interessi vanno applicati sulle somme che progressivamente si incrementano per effetto della rivalutazione, con cadenza mensile alla stregua della variazione mensile degli indici ISTAT; gli interessi così ottenuti vanno accantonati e cumulati tra loro senza rivalutazione.

Applicando gli illustrati criteri si perviene alla somma complessiva di €**144.724** per ciascuna delle figlie.

Quanto al danno catastrofale, non può accogliersi la domanda formulata jure hereditatis, non essendo stata fornita prova del danno morale subito dal congiunto nel periodo intercorso tra il ricovero e la morte, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella afflizione, disagio per la prostrazione fisica e psicologica derivante dalle sue precarie condizioni, dalla inevitabile preoccupazione – sofferenza psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'exitus.

Nessuna allegazione, inoltre, in ordine al danno patrimoniale.

Le spese di lite seguono la soccombenza, ai sensi dell'art. 91 cpv c.p.c.: vanno, dunque, poste a carico di Parte convenuta e liquidate nel dispositivo sulla base dei

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

parametri previsti dal D.M. 55 del 2014, applicando i valori dello scaglione di riferimento.

Alla Parte convenuta vanno inoltre poste a carico, in via definitiva, le spese occorse per le espletate CTU.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunziando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione o difesa;

provvedendo sulla domanda proposta da *Parte_1* e *Parte_2*, così provvede:

condanna *Controparte_1* in persona del suo legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di *Parte_1* e *[...]* *Parte_2* della somma di euro **144.724** ciascuna oltre spese di c.t.u;

condanna altresì *Controparte_1* in persona del suo legale rappresentante pro tempore, al pagamento delle spese di lite, liquidate in euro €20.000,00 oltre IVA, CPA, rimborso spese ex art. 2 D.M. 55/2014, nella misura del 15% dei compensi, da distrarsi in favore dell'avv. [redacted]

Così deciso in Roma il 10 giugno 2022

Il Giudice
Raffaella Vacca

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-091