

N. R.G. 3231/2018



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PESCARA**

RESPONSABILITA' AQUILIANA E ALTRO CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Rossana Villani
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3231/2018** promossa da:

A.D.C. (C.F. ...), **in proprio e in qualità di genitore** esercente la responsabilità genitoriale sul figlio minore **S.D.C.** nato a ... il ... (C.F. ...); **S.D.C.** (C.F. ...); **G.D.C.**, (C.F. ...) **in proprio e in qualità di genitore** esercente la responsabilità genitoriale sul figlio minore **A.V.F.** (C.F. ...); **I.D.C.** (C.F. ...), **in proprio e in qualità di genitore** esercente la responsabilità genitoriale sulla figlia minore **S.M.** (C.F. ...); **L.D.C.** (C.F. ...); **F.L.S.** (C.F. ...); **N.D.C.** (C.F.); **tutti rappresentati e difesi dall'Avv. E.B.** (C.F. ...), elettivamente domiciliati presso lo studio della stessa sito a ... (...) in via ... n. ... (la quale ha dichiarato di voler ricevere le comunicazioni e le notificazioni al numero di fax ... ovvero all'indirizzo PEC)

ATTORI

Contro

C.C.P.V.S. del Dr. ... S.R.L. (C.F. ...) con sede in ... alla via n. ..., in persona del legale rappresentante pro tempore dott.ssa ..., rappresentata e difesa, dall'**Avv. F.P.** [Cod. Fiscale] con studio in ... Via ..., ..., presso cui ha eletto domicilio

CONVENUTA



Oggetto: risarcimento danni da colpa medica

Conclusioni

Come da note fatte pervenire all'udienza in trattazione scritta del 17/05/2024, all'esito della quale la causa era trattenuta in decisione con concessione dei termini di cui all'art 190 cpc con decorrenza dal primo settembre 2024

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Si discute della domanda risarcitoria proposta dagli attori, quali familiari di F.D.C.

Veniva esposto in citazione che la F.D.C., donna di 80 anni all'epoca dei fatti il 25.11.2015 venne colta da un ictus cerebrale, e ricoverata nell'ospedale civile di

Dopo le cure del caso, il 9.12.2015 venne dimessa e ricoverata nella clinica "S.S." di ... (...). Poiché la paziente non si alimentava e le sue condizioni generali andavano per questa ragione peggiorando, i sanitari decisero – correttamente – di alimentare la paziente per mezzo di una gastrostomia endoscopica percutanea, altrimenti detta "PEG". La Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) consiste nell'applicazione chirurgica di una sonda, la quale collega lo stomaco all'esterno. Il posizionamento della PEG avviene attraverso l'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia.

Dopo due mesi di ricovero nella clinica "S.S." di ..., il 23.3.2016 la paziente venne trasferita, per il prosieguo delle cure, nel "Centro di riabilitazione intensiva residenziale S.A." di Nella residenza "S.A." la paziente continuò ad essere alimentata per il tramite di PEG, imponendole le sue condizioni di salute. La realizzazione di una PEG, tuttavia, creando una via di comunicazione tra gli organi interni e l'esterno, è di per sé una tecnica che espone il paziente al rischio di infezioni, e che perciò richiede una costante sorveglianza della ferita chirurgica, la frequente sostituzione della cannula, il pronto intervento ai primi segni di flogosi. Nella clinica S.A. ciò non avvenne.



La ferita praticata per l'introduzione della PEG cominciò ad infettarsi. Nessuno dei sanitari, tuttavia, se ne avvide, né adottò misure (banali) di disinfezione. L'infezione progredì, ed anche di questo progredire nessuno dei sanitari si avvide.

Quando il propagarsi dell'infezione divenne eclatante, e reso evidente dalla temperatura corporea della paziente (39°), furono i parenti della F.D.C. – e non i sanitari – a decidere di trasferirla con urgenza, a mezzo ambulanza, all'ospedale civile di ..., il 9.5.2016.

Qui i sanitari riscontrarono: -) all'ispezione visiva, una evidente tumefazione nella zona di impianto della PEG, delle dimensioni di cm 10x6; -) all'esame TAC, una vasta infezione dei tessuti molli e gli organi sottostanti il punto di innesto della PEG, estesa per un'area di cm 20x10; -) all'esame TAC, un'ansa intestinale erniata ed intasata attorno al punto di innesto della PEG, con vasto fecaloma.

I sanitari dell'ospedale di ... procedettero dunque senza indugio all'esecuzione di un intervento chirurgico per boccare la necrosi dei tessuti interni, causata dall'infezione. Il chirurgo che eseguì l'intervento descrisse l'area addominale sottostante il punto d'innesto della PEG come segue: "tessuti sottocutanei colliquati, necrotici, commisti a materiale alimentare di tipo caseoso". 2.5. L'intervento di cui sopra, tuttavia, non poté sortire effetti benefici per la paziente.

L'infezione causata dalla PEG era infatti progredita a tal punto da avere interessato anche gli altri organi, l'efficienza respiratoria e l'equilibrio elettrolitico della paziente. Questa reazione "a cascata" determinò la morte della paziente per arresto cardiorespiratorio l'11.6.2016.

L'allegazione di detti i fatti sarebbe idonea a fondare una pronuncia di responsabilità della società "C.C.P.V.S.": ricorrono infatti nel caso di specie sia la colpa dei sanitari che ebbero in cura la sig.ra F.D.C., sia un valido nesso causale tra tale condotta colposa e la morte del paziente.

Sul nesso causale si rileva che la sig.ra F.D.C. è morta a causa del degenerare di una infezione. L'infezione si propagò dal punto di innesto della PEG. L'infezione, quando venne rilevata nell'ospedale di ..., aveva raggiunto le dimensioni di cm 20x10: indice certo che essa era in atto da tempo, e che si sviluppò nel centro di riabilitazione "S.A." (come s'è detto, struttura interna della clinica "C.C.P.V.S.").



Se, dunque, i sanitari della C.C.P.V.S. avessero: (a) rilevato tempestivamente l'infezione; (b) adottato le necessarie misure di contrasto; l'infezione non sarebbe progredita; e se l'infezione non fosse progredita, non si sarebbe verificato lo shock settico e l'arresto cardiorespiratorio che provocarono la morte della paziente. Deve dunque concludersi che la causa "più probabile che non" della morte della paziente, secondo il criterio causale c.d. della preponderanza dell'evidenza, fu dapprima la mancata diagnosi, e poi l'omessa cura della infezione causata dalla PEG.

Sul quantum gli attori rilevavano come sia noto che il danno non patrimoniale patito dai prossimi congiunti di persona deceduta in conseguenza dell'altrui fatto illecito costituisce una categoria di pregiudizio estremamente ampia e composita.

Essa, in particolare, non si identifica con la mera sofferenza o tristezza (usualmente definita "danno morale"), ma comprende ogni e qualsiasi pregiudizio concreto, non suscettibile di valutazione economica, derivato dall'evento luttuoso.

In tal senso si sono definitivamente pronunciate le Sezioni Unite della S.C., stabilendo che nella liquidazione del relativo pregiudizio il giudice dovrà tenere conto di tutte le conseguenze derivate dall'illecito, nessuna esclusa (Cass. sez. un. 11.11.2008 n. 26972).

Tali conseguenze possono dividersi in due grandi categorie: (-) conseguenze communes omnium, e cioè ragionevolmente prevedibili in base a nozioni di comune esperienza per qualunque figlio/figlia o nipote che perda tragicamente la madre o la nonna; (-) conseguenze peculiari al caso di specie. La distinzione rileva perché, secondo l'orientamento assolutamente dominante nella giurisprudenza di merito, delle prime dovrà tenersi conto per la determinazione della misura standard del risarcimento; delle seconde dovrà tenersi conto per la c.d. personalizzazione, e cioè l'adeguamento dei valori monetari risultanti dalla tabella uniforme adottata dal singolo ufficio giudiziario, o comunque dei valori di base prescelti dal giudice nel singolo caso concreto. 5.2. La sig.ra F.D.C. era una persona presente per tutta la famiglia. Era molto attiva e cercava di aiutare al meglio figli e nipoti.



Il suo “compito” era quello di preparare i cibi per tutti, e la domenica, dopo il pranzo trascorso insieme, ognuno portava via con sé le pietanze preparate per tutta la settimana.

F.D.C. sapeva tenere unita tutta la famiglia, organizzando pranzi in tutte le ricorrenze, dai compleanni, agli onomastici, alle festività natalizie e pasquali. Preparava inoltre regalini per tutti, da cose simboliche comprate al mercato, ai “buoni postali” in occasione dei compleanni. I nipoti amavano trascorrere i pomeriggi a casa della nonna anche solo a vedere al televisione o a scambiare chiacchiere.

Tra le prime conseguenze rientrano il dolore e la sofferenza ovviamente inenarrabili provocati dallo strazio di dovere apprendere da terzi della morte di un proprio caro. Questa forma di manifestazione del danno non patrimoniale potrà essere ritenuta provata ovviamente in via presuntiva, ex art. 2727 c.c., noto essendo che la perdita di una persona cara costituisce, secondo l’id quod plerumque accidit, fonte di sofferenza. Il danno in esame andrà liquidato secondo i criteri standard ordinariamente adottati - secondo la più recente giurisprudenza di legittimità - dal Tribunale di Milano (di cui si allega la relativa Tabella allegata sub ...).

Spetterebbe inoltre la personalizzazione del risarcimento. Nel caso di specie, infatti, ricorrerebbero le seguenti circostanze di fatto idonee a giustificare tale personalizzazione.

(A) La durata dell’agonia. La sig.ra F.D.C., ricoverata al S.A. a marzo, decedette a giugno. Tutti gli odierni, durante gli ultimi tre mesi di vita della rispettiva madre e nonna, dovettero affrontare l’angoscia e la disperazione di recarsi ogni giorno in ospedale, sospesi tra la paura e la speranza per la sorte della persona ad essi cara. Questo stato di ansia ed apprensione perenni e continuate costituisce di per sé un fattore di personalizzazione del diritto al risarcimento. Gli odierni attori, infatti, in conseguenza dell’errore commesso dai sanitari provarono: -) dapprima il timore della morte della persona cara; -) quindi il dolore per la morte della persona cara.

Alla luce di tutte le circostanze richiamata, il criterio standard di risarcimento adottato dovrebbe essere opportunamente personalizzato, in misura che non potrebbe essere inferiore al 50% per i figli della vittima. Va da sé che le indicazioni che precedono devono ritenersi non limitative della domanda, e non impeditive del potere-dovere del Tribunale di liquidare somme anche maggiori.



Circa il danno non patrimoniale jure haereditario evidenziavano quanto segue. Tra gli odierni attori i cinque figli della vittima, eredi legittimi, hanno acquistato jure haereditario il diritto al risarcimento di altri due diversi danni, richiesti in via subordinata l'uno rispetto all'altro: (a) il danno biologico patito dalla vittima nelle more tra l'errore medico e l'exitus; (b) il danno da perdita di chance di sopravvivenza patito dalla vittima.

Il primo danno è consistito: - sia nella perdita della validità biologica; - sia nella maggiore sofferenza causata dal dolore; - sia nella consapevolezza di essere sul punto di morire. Il danno in esame andrà stimato in via equitativa dall'Ill.mo Tribunale adito, ed il relativo credito risarcitorio andrà diviso tra i congiunti della vittima ex art. 566 c.c.

Nel nostro caso, tenuto conto della gravità della patologia dalla quale la vittima era affetta prima di morire, ma anche della durata della sopravvivenza, viene suggerito che tale danno sia liquidato in misura non inferiore alla metà dell'importo equivalente ad una invalidità biologica del 100%, ragguagliata alla durata della sopravvivenza.

Quanto alla seconda voce, si rilevava che l'eventuale insufficienza di prova sull'esistenza di nesso causale tra la condotta dei sanitari e la morte della paziente non varrebbe di per sé ad escludere l'esistenza d'un valido nesso causale tra la condotta dei sanitari e la perdita delle chances di guarigione del paziente; anzi ne costituirebbe il presupposto.

Tale danno, come noto, costituisce per la S.C. un danno non patrimoniale risarcibile. La Corte di cassazione infatti, ormai da molti anni, considera la chance una componente del patrimonio dell'individuo, la cui perdita costituisce perciò una ordinaria ipotesi di danno emergente. Anche questo tipo di danno non potrebbe che essere liquidato in via equitativa ai sensi dell'articolo 1226 c.c.; ma trattandosi della perdita non già di una mera speranza di incremento patrimoniale, ma della speranza di rimanere in vita, la relativa liquidazione non potrà che essere parametrata in funzione del danno non patrimoniale da morte, ed in rapporto ad esso. Nel caso di specie non potrebbe essere inferiore ad euro 500.000, da dividere tra gli eredi legittimi secondo le previsioni dell'art. 566 c.c., e quindi nella misura di euro 100.000 pro capite.



Sul danno patrimoniale: per le spese necessarie per le esequie della vittima e per gli oneri cimiteriali spetterà al sig. A.D.C., che le ha sostenute, la somma di euro 2.549,00, ovviamente da rivalutarsi con riferimento alla data della spesa (14.07.2016). Veniva inoltre evidenziato che prima dell'introduzione del giudizio, gli attori hanno sostenuto spese per acquisire il parere di un medico legale circa la proponibilità della domanda. Tali spese erano, nella specie, non solo utili, ma addirittura necessarie: nessuno degli odierni attori, infatti, era in grado autonomamente di stabilire quali parti convenire, quali diritti gli spettassero, come andasse quantificato il danno.

Gli attori invocavano anche il danno da ritardato adempimento, sostenendo che a ciascuno dei danneggiati va attribuita una ulteriore somma, a titolo di risarcimento del danno da lucro cessante consistito nel mancato godimento della somma liquidata a titolo di risarcimento, somma che - ove posseduta ex tunc - sarebbe stata presumibilmente investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale importo va determinato equitativamente ex art. 2056 co. I c.c., secondo l'insegnamento della S.C. (cfr. Cass. Sez. Un. 17 febbraio 1995, n. 1712), col metodo seguente: - a base di calcolo va posto non il credito risarcitorio espresso in moneta attuale, ma una somma pari alla media tra l'ammontare del risarcimento devalutato all'epoca in cui è sorto il credito (in base all'indice FOI elaborato dall'Istat), e l'ammontare del risarcimento espresso in moneta attuale; - su tale importo si dovrà applicare un saggio di interessi scelto equitativamente dal giudice, in base alla considerazione che gli attori, se fosse tempestivamente entrata in possesso della somma spettante a titolo di risarcimento, l'avrebbero verosimilmente impiegata (arg. ex art. 2727 c.c.) nelle più comuni forme di investimento accessibili al piccolo risparmiatore (BOT, CCT, obbligazioni). Per quanto attiene la misura del saggio di mora da applicare, gli attori chiedevano che, per il periodo compreso tra il sinistro (7.12.2015) e la notifica dell'atto di citazione, sia ritenuto equo un saggio del 2%, pari al rendimento medio dei titoli di Stato dal 2015 (data del sinistro) ad oggi, secondo l'indice Rendistato calcolato dalla Banca d'Italia.

E' infatti evidente ex art. 2727 c.c. che gli attori, se avessero avuto tempestiva disponibilità della soma dovuta, avrebbero potuto acquistare quanto meno titoli di Stato, che costituiscono la forma di investimento più diffusa e sicura, così come statuito da Cass. sez. un. 14.7.2008 n. 19499.



Dalla notifica dell'atto di citazione in poi, invece, spetterà agli attori, a titolo di mora, il saggio – pur sempre – legale previsto dalla legislazione speciale relativa ai ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, ai sensi dell'art. 1284, comma 4, c.c.

Tale saggio è pari, ai sensi dell'art. 5 d. lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, al tasso di interesse applicato dalla Banca Centrale Europea alle sue più recenti operazioni di rifinanziamento principali, maggiorato di otto punti. Pertanto, poiché attualmente il saggio BCE suddetto è dello 0%, dalla data della domanda saranno dovuti agli attori gli interessi di mora nella misura dell'8%.

Si costituiva la C.C.P.V.S., che, preliminarmente eccepiva il mancato rispetto della condizione di procedibilità di cui all'art. 8 L.24/2017.

Nel merito, rilevava l'inammissibilità e/o l'infondatezza della domanda nei confronti della C.C.P.V.S. del dr. ... s.r.l. in virtù della correttezza ed adeguatezza delle prestazioni sanitarie rese alla sig.ra F.D.C. dal Centro di Riabilitazione e di Specialistica Ambulatoriale S.A.

Evidenziava che uno dei punti fermi della responsabilità sanitaria che la Riforma Gelli- Bianco ha integralmente recepito riguarda la natura contrattuale della responsabilità della Struttura Sanitaria, sia essa pubblica o privata.

A tal proposito l'insegnamento della giurisprudenza, consolidatosi e avallato dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 577/2008 e n. 9556/2002) ricorda che 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"). Conseguenza di ciò è che la struttura è responsabile per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in virtù di detto contratto secondo i criteri sanciti dall'art. 1218 c.c.

Sotto il profilo dell'onere probatorio, il debitore convenuto (quindi la Struttura Sanitaria) deve provare di aver esattamente adempiuto le sue prestazioni ovvero che il danno lamentato da controparte non gli è più imputabile.



Il creditore che agisce per il risarcimento del danno (oppure per la risoluzione del contratto o per l'inadempimento/inesatto adempimento) deve invece dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto e allegare la circostanza dell'inadempimento (ovvero dell'inesattezza dell'adempimento) della controparte che possa in astratto collegarsi eziologicamente all'evento addebitato.

Per allegazione si intende la necessaria e dettagliata descrizione nella domanda introduttiva del giudizio dei fatti, ossia dei profili concreti di colpa medica, posti a fondamento della pretesa. Sull'onere di allegazione la Corte di Cassazione ha chiarito in numerose occasioni come esso preceda l'onere di contestazione (così Cass., Sez. Un., 13 maggio 2004, 11353, in Dir. E Giust., 2004, fasc. 32, 36) poiché, in assenza del primo, il convenuto non è in grado di articolare le proprie difese né di contestare i fatti adottati dall'attore a fondamento della propria pretesa, dovendosi quindi limitare a generiche contestazioni che finiscono per penalizzarlo ai sensi dell'art. 115 c.p.c.

E d'altro canto come hanno statuito le Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 11 gennaio 2008, n. 577 e oggi accolto nella legge 8 marzo 2017 n. 24, grava sul presunto creditore danneggiato la prova di aver subito un danno conseguente alle prestazioni sanitarie ricevute, posto che il paziente danneggiato deve comunque provare il contratto e l'aggravamento della patologia e/o l'insorgenza di un'affezione. Infatti il fatto dannoso previsto e disciplinato nelle sue conseguenze risarcitorie dall'art.1218 c.c. non consiste nell'evento negativo in re ipsa ma nell'evento negativo causato da un inadempimento: "l'inadempimento rilevante [...] non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenersi ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno".

Venendo alla odierna fattispecie, atteso tutto quanto sopra esposto dedotto eccepito e contestato è evidente come parte attrice non abbia assolto a quell'onere minimale imposto al presunto danneggiato dal regime probatorio che caratterizza la materia della responsabilità da inadempimento degli obblighi derivanti dal contratto di assistenza sanitaria in virtù del quale il creditore (paziente) è in ogni caso tenuto alla prova che l'evento sia effettivamente accaduto e



che abbia riportato un danno derivante da fatto colposo e/o doloso degli operatori sanitari. Gli odierni attori muovono infatti delle generiche ed indeterminate censure all'operato dei sanitari del Centro di Riabilitazione S.A. senza mai indicare in cosa concretamente sarebbe consistito il preteso errore o la presunta omissione del personale che ebbe in cura la F.D.C.

L'atto introduttivo, secondo la convenuta, sarebbe infatti caratterizzato da meri postulati apodittici e petizioni di principio circa il fatto che la "ferita praticata per l'introduzione della PEG cominciò ad infettarsi" "nessuno dei sanitari, tuttavia, se ne avvide, né adottò misure (banali) di disinfezione" "l'infezione progredì ed anche di questo progredire nessuno dei sanitari se ne avvide", senza offrire a supporto alcuna valida argomentazione medica o giuridica dimostrativa di detti assunti. Risulta dunque insussistente il nesso causale tra il decesso della sig.ra F.D.C. e le prestazioni mediche ad ella rese, sia per l'adeguatezza di tutte le prestazioni sanitarie offerte alla sig.ra F.D.C. sia per l'assenza di danni riferibili ai servizi sanitari resi alla stessa dal Centro di Riabilitazione S.A.

La convenuta, inoltre, ricostruiva la vicenda nei seguenti termini.

La paziente veniva ricoverata presso il Centro S.A. in data 23.03.2016 previa autorizzazione UVM richiesta dai famigliari per difficoltà nella gestione a domicilio. Come si evince dall'anamnesi remota presente in cartella clinica la F.D.C. era affetta da numerose e gravi comorbilità: in particolare nel 2009 aveva avuto un episodio di fibrillazione atriale parossistica in portatrice di ipertiroidismo (gozzo multinodulare) e malattia ateromastica dei TSA. Il 25.11.2015 veniva colpita da infarto cerebrale emisferico sinistro successivo ad occlusione tratto M1 della arteria cerebrale media di sinistra a genesi cardioembolica, trattato presso l'Ospedale Civile di ...

Dall'11.12.2015 veniva ricoverata presso il Centro di Riabilitazione "S.S." di ... dove in data 8.03.2016 veniva posizionata la PEG. Successivamente al ricovero avvenuto il 23.03.2016 presso il Centro S.A. e precisamente in data 5.05.2016 veniva segnalata in cartella infermieristica e in cartella medica presenza di piccola perdita ematica dalla PEG e veniva disposta l'osservazione degli eventi e il monitoraggio dei parametri. Nello stesso giorno in cartella infermieristica si riporta l'assenza di sanguinamenti peristomali. Come risulta dal diario infermieristico e riabilitativo redatto nei giorni immediatamente successivi, la paziente riusciva a riposare, la PA presentava valori regolari (90/60), gli esami emocromo e PCR erano in miglioramento e venivano riprogrammati per il giorno 11.05.2016.



La paziente inoltre effettuava le sedute riabilitative mattutine e pomeridiane. In data 8.05.2016 i famigliari presenti in struttura per l'addestramento/supervisione non riferivano alcuna criticità agli operatori. Il 9.05.2016 durante la notte, precisamente alle ore 03.00, la paziente presentava un episodio febbrile per il quale veniva visitata dal medico presente in struttura e le veniva somministrata Tachipirina 1000. Alle ore 8.00 dello stesso giorno la paziente si presentava apiretica con PA 120/70, saturazione 96% Fc80: si disponeva osservazione e si informavano i famigliari sull'opportunità di inserire una copertura antibiotica qualora fosse persistita l'iperpiressia. Alle ore 15.00 la paziente presentava un peggioramento del quadro clinico che induceva gli operatori ad allertare il 118. Alle ore 16.30 il medico del 118 dopo aver visitato la paziente e parlato con i famigliari decideva di non trasportare la sig.ra F.D.C. in ospedale e di continuare la terapia in corso (cfr. referto 118). Alle 17.20 persisteva ipotensione (PA 60/40) la paziente era apiretica, la saturazione 95%, era migliorata la vigilanza, il medico disponeva di non alimentare la paziente mediante PEG e di infondere Eofusin 500 e veniva dimezzato il dosaggio del diuretico previsto. Alle ore 22.40 contattato nuovamente il 118 si provvedeva al trasferimento della presso l'Ospedale di

Fin dal momento dell'ingresso nel Centro S.A., come riportato anche nella lettera di trasferimento del Centro S.S., la sig.ra F.D.C. aveva presentato numerosi episodi di vomito legati all'assunzione di Ipstyl 90 mg che hanno richiesto vari esami volti a valutare il corretto funzionamento intestinale e della PEG che non hanno mai evidenziato raccolte e/o versamenti addominali o peripeg. Dalla cartella clinica allegata si evince poi quanto fosse complesso il quadro clinico della sig.ra F.D.C. con numerosi episodi di grave scompenso cardiaco ed ipotensione e frequenti episodi di inalazioni di alimenti che hanno richiesto il posizionamento della PEG a ridosso della dimissione e il grave distiroidismo che ha richiesto l'inserimento in terapia di un farmaco con numerosi effetti collaterali (IPSTYL 90 mg). Gli operatori del Centro S.A. hanno condiviso con i famigliari tutto il progetto riabilitativo della sig.ra F.D.C., il cui obiettivo era finalizzato a facilitare il rientro a domicilio della paziente.



Veniva pertanto segnalato agli odierni attori la predetta instabilità del quadro clinico della sig.ra F.D.C. (disorientata, afasica globale e con deficit cognitivo comportamentale grave) prospettando la necessità di supervisione notturna e diurna della stessa, mediante l'adozione di presidi idonei a prevenire atti quali cadute dal letto, spostamento di Cv o della PEG.

Ulteriormente rilevava che il Centro S.A. dispone di procedure interne per la gestione delle CT e delle PEG (cfr. all. ...). Le raccomandazioni indicate nelle suddette linee guida per la manutenzione delle CT e delle PEG vengono eseguite di routine dagli infermieri sebbene non vengano annotate quotidianamente in cartella, mentre viene puntualmente riportata l'eventuale alterazione rilevata durante le quotidiane operazioni di ispezione o pulizia della PEG (cfr. quanto accaduto e riportato in cartella il 5/5/2017 per la presenza "piccola perdita ematica della PEG"). In particolare le Linee guida per la sanificazione e sterilizzazione degli ambienti e della strumentazione in uso al Centro S.A. prevedono che la pulizia quotidiana delle camere di degenza venga effettuata da personale di ditta esterna dedicata a questo servizio con particolare riguardo ai pavimenti, agli arredi e ai sanitari. La pulizia del letto e del comodino del paziente viene effettuata quotidianamente dal personale OTA/OSS (riordino e pulizia con preparati a base di cloro). Al fine del rispetto delle norme igienico-sanitarie sono eseguite procedure per la pulizia, il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione di tutti gli strumenti in uso. Per quanto riguarda la gestione della PEG si specificava che nella procedura dedicata è stabilito che tutte le mattine l'infermiere addetto ispeziona la PEG, lava con fisiologica, asciuga, verifica se vi sono variazioni sulle tacchette millimetriche (posizione corretta circa 3.8-4); una volta la settimana ruota il blumberg per evitare decubiti. Viene richiesto un controllo medico ogni qualvolta vi sia un sospetto spostamento, arrossamento, tumefazione. Il materiale utilizzato nella medicazione è sterile monouso. Il Centro di Riabilitazione S.A. è poi dotato del CIO (Comitato infezioni Ospedaliere), come raccomandato dalla normativa vigente in materia, il cui piano di attività è documentato in apposita procedura interna. Si precisava che le finalità del CIO consistono nella sorveglianza delle infezioni ospedaliere per singola unità operativa, la sorveglianza e la prevenzione delle multiresistenze batteriche, il controllo e la revisione delle procedure associate alla prevenzione del rischio di infezione ospedaliere, la proposta di organizzazione di corsi ECM



inerenti la formazione del personale addetto all'assistenza. Infine si rappresentava che presso il centro S.A vengono effettuati a cadenza regolare nel rispetto della normativa vigente gli esami microbiologici e i controlli di sterilità. Discende tutto quanto sopra esposto che tutte le cure più idonee e tutte le prestazioni sanitarie e assistenziali più corrette furono rese alla sig.ra F.D.C. dal Centro S.A. e pertanto risulta evidente che le domande svolte dagli attori siano del tutto prive di fondamento.

Inoltre - sempre per quanto asserito dalla convenuta - il rigetto delle domande risarcitorie proposte sia iure proprio che iure hereditatis dagli stessi formulate risultano altresì inammissibili anche per non aver provato gli istanti di possedere la legittimazione attiva per poterle avanzare.

Con particolare riferimento alle posizioni dei minori S.D.C., A.V.F. e S.M. si rilevava l'inammissibilità e/o improcedibilità dell'azione svolta in nome e per conto degli stessi rispettivamente dal sig. A.D.C., dalla sig.ra G.D.C. e dalla sig.ra I.D.C. sia per il mancato esercizio da parte di entrambi i genitori dell'azione nel corrente giudizio, sia a norma dell'art. 320, III comma, c.c. per mancata autorizzazione del Giudice Tutelare con conseguente nullità della procura alle liti. Ne consegue che in relazione alla posizione dei predetti minori S.D.C., A.V.F. e S.M. l'azione è improcedibile in quanto sarebbe dovuta essere esercitata da entrambi i genitori congiuntamente e non da uno solo con evidenti conseguenze anche sulla procura alle liti che risulta per i motivi appena esposti pacificamente invalida e/o nulla.

In ogni caso poi, sempre in relazione ai suddetti minori non risulta che il genitore costituito in giudizio abbia ottenuto l'autorizzazione del Giudice Tutelare a proporre il presente giudizio a norma dell'art. 320, III comma c.c. secondo il quale i genitori non possono compiere atti eccedenti la ordinaria amministrazione né promuovere, transigere o compromettere in arbitri giudizi relativi a tali atti, se non per necessità o utilità evidente del figlio dopo autorizzazione del giudice tutelare. Le domande proposte con il presente giudizio nell'interesse dei minori S.D.C., A.V.F. e S.M. eccedono pacificamente l'ordinaria amministrazione dell'esercente la responsabilità genitoriale e pertanto se ne eccipisce la mancanza di capacità giuridica ad agire non risultando in atti l'autorizzazione da parte del Giudice Tutelare.



Fermo tutto quanto appena eccepito, si osservava in ogni caso che la richiesta di parte attrice prende le mosse dalle sole conclusioni formulate nella consulenza medico-legale prodotta da parte ricorrente a firma del dott. C.D.O. Tuttavia, come è noto, la consulenza tecnica di parte è pacificamente considerata un atto difensivo con medesima valenza processuale: “le consulenze di parte, pur inerendo all’istruzione probatoria, non costituiscono mezzi di prova ma semplici allegazioni difensive a contenuto tecnico, prive di autonomo valore probatorio” (Corte Costituzionale n. 124/1995). Ma in ogni caso, pur volendo prescindere da considerazioni circa il valore probatorio e la funzione processuale della stessa, la predetta consulenza non tiene nel debito conto tanto le pregresse condizioni della paziente.

Quanto al diritto al risarcimento iure proprio, veniva rammentato il principio di diritto affermato dai Supremi Giudici secondo cui “ai prossimi congiunti di persona che sia deceduto o abbia subito, a causa di fatto illecito costituente reato, lesioni personali, spetta il risarcimento del danno morale concretamente accertato.” Nel caso che ne occupa, in riferimento all’enunciato danno morale sofferto dagli odierni attori non appaiono provate le eventuali sofferenze in concreto sopportate da costoro, nessuno di loro peraltro più convivente con la sig.ra F.D.C. da numerosissimi anni, per il venir meno del rapporto parentale, non avendo fornito la difesa di parte attrice la prova del concreto rapporto affettivo esistente tra ciascun attore e la defunta sig.ra F.D.C.

Quanto poi al presunto “danno biologico terminale e/o catastrofe”, ferma in ogni caso l’inammissibilità della relativa domanda per non aver dimostrato la titolarità del diritto e dell’azione, si osserva che lo stesso, detto anche “danno da lucida agonia”, consiste nella sofferenza morale provata in attesa della propria morte ed è ritenuto risarcibile dalla giurisprudenza in quanto idoneo a compensare la sofferenza patita dalla presunta vittima dal momento della lesione al momento della morte. La sua risarcibilità e la sua conseguente trasmissibilità iure hereditatis sono collegate alla prova che la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente, circostanza quest’ultima non sussistente nel caso della sig.ra F.D.C. alla luce del gravissimo e complicatissimo quadro clinico della paziente. In difetto di tale consapevolezza, pertanto, non è nemmeno concepibile l’esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni.



Parimenti, si chiedeva il rigetto della richiesta di refusione delle spese funerarie, attesa l'insussistenza del rapporto causale tra le stesse e le prestazioni sanitarie rese dal Centro di Riabilitazione S.A.

Per la denegata e non creduta ipotesi di accertamento della fondatezza della domanda di parte attrice, veniva altresì evidenziato che, come ormai noto, l'art.7 della Legge n. 24/2017 ha introdotto l'importante regola di giudizio secondo la quale "Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590 sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge". Stabilisce dunque la norma del riportato art. 7 che il Giudice debba tenere debitamente conto della condotta ossequiosa delle LG e BP ai fini della determinazione della misura del risarcimento e della liquidazione del danno da responsabilità civile verso il paziente. In altre parole, l'osservanza dei protocolli avvalorati presso la Comunità Scientifica deve incidere sul quantum del risarcimento all'eventuale paziente danneggiato.

Ne consegue che nel caso che ne occupa, poiché il Concludente Centro S. A. e i Suoi Sanitari hanno ottemperato con scrupolo e diligenza in ossequio alle Linee Guida validate all'epoca del fatto dalla Comunità Scientifica, il Giudicante non potrà non valutare detta condotta al momento della eventuale quantificazione del danno nei confronti degli odierni attori, contenendolo nella misura minima.

Ed ancora, si argomentava circa il dedotto danno da perdita di chance, rilevando, anzitutto che anche la domanda relativa al danno da perdita di chances di guarigione e/o di sopravvivenza risulta inammissibile non avendo gli odierni attori provato la propria legittimazione attiva a svolgere la stessa. Si osservava poi che la Suprema Corte di Cassazione con la sentenza n. 21619 del 16 ottobre 2007 ha ritenuto come la perdita di chances, che si attesta tout court sul versante della mera possibilità di conseguimento di un diverso risultato terapeutico, va concepita non come mancato conseguimento di un risultato soltanto possibile bensì come sacrificio della possibilità di conseguirlo.



Con specifico riferimento al settore della responsabilità medica poi, nella ormai storica sentenza 4 marzo 2004, n. 4400 i Giudici di Legittimità hanno affermato che “la chance è una entità economicamente e giuridicamente valutabile, la cui perdita produce un danno attuale e risarcibile qualora si accerti che la sua concreta utilizzazione avrebbe reso anche solo possibile il conseguimento di un determinato vantaggio” (cfr. Conforme Cass. 19 maggio 2008 n. 23846 ed altre). Il Supremo Collegio ha in sostanza aderito alla tesi secondo cui la perdita di chances, la cui esistenza va comunque provata, è intesa come possibilità mera di conseguire un vantaggio e ha precisato che la “percentuale di probabilità” rileva soltanto ai fini della quantificazione, nel senso che ove essa sia scarsamente significativa potrà concludersi che il “valore della perdita è nullo” e dunque il risarcimento è pari a zero. Uno degli ultimi arresti della Suprema Corte di Cassazione in materia si è avuto con la sentenza n.7195/2014. Con tale importantissima pronuncia è stata ribadita la validità dell'orientamento attualmente seguito e tutto quanto già statuito nelle pronunce, anche in questa sede menzionate, sulla natura delle chances e sul giudizio di liquidazione del danno da perdita della stessa. E' stato infatti confermato il principio che era stato già elaborato ed utilizzato in Cass. 14 giugno 2011, n. 12961 che aveva osservato come all'esito della disposta CTU la condotta (erronea) dei medici è risultata “indifferente sul piano eziologico”.

In tema di onere probatorio circa l'esistenza della chance ovvero della mera possibilità del conseguimento di un diverso risultato terapeutico, anche la più attenta giurisprudenza di merito (Trib. Piacenza, sent.11.01.2011,n. 11) richiamando quella di Legittimità più accreditata si è pronunciata nel senso che : “Il risarcimento da lesione di chance, intesa come concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene, presuppone l'onere di provare, sia pure presuntivamente o secondo un calcolo di probabilità, la realizzazione in concreto di alcuni presupposti per il raggiungimento del risultato sperato e impedito dalla condotta illecita della quale il danno risarcibile dev'essere conseguenza diretta e immediata” (Cass. Sez. Un. n. 1850/2009, Cass. n. 23846/2008, Cass. n. 21544/2008, Cass. n. 16877/2008, Cass. n. 21014/2007, Cass. n. 17176/2007, Cass. n. 14820/2007, Cass. n. 12243/2007, Cass. n. 10840/2007).



Con la pronuncia n.7195/2014 la Corte di Cassazione ha altresì confermato che l'accertamento della sussistenza del nesso causale tra condotta illecita e chance perduta va effettuato in ogni caso in base al criterio "del più probabile che non": si potrà dunque affermare che il medico ha fatto perdere una chance di guarigione al paziente se, ove fosse stata tenuta la condotta alternativa corretta, il paziente avrebbe avuto più possibilità che non di sfruttare la chance.

Nel caso che ne occupa priva di pregio giuridico risulta dunque la richiesta di controparte consistente nella domanda rivolta al giudice in via subordinata di valutare, qualora "l'Ill.mo Tribunale adito dovesse ritenere insussistente un valido nesso causale tra le omissioni sopra descritte (omessa diagnosi e mancata cura dell'infezione) e la morte della paziente" la sussistenza del danno per la perdita di chance di guarigione e/o di sopravvivenza.

Alla luce di tutto quanto esposto sarà in ogni caso onere di parte attrice fornire la prova del nesso causale tra la pretesa condotta inadempiente del medico e la perdita dell'opportunità favorevole del paziente in virtù della regola di giudizio del più probabile che non. Del tutto inammissibile risulta infine la richiesta di quantificazione del predetto presunto danno da perdita di chance in via equitativa. A tal proposito si rammenta che la liquidazione in via equitativa "è un potere discrezionale conferito ai giudici e l'esercizio di tale potere dà luogo a un giudizio di diritto caratterizzato dalla c.d. equità giudiziale correttiva od integrativa, che presuppone che sia provata l'esistenza di danni risarcibili, nonché che risulti obiettivamente impossibile o particolarmente difficile, per la parte interessata, provare il danno nel suo preciso ammontare. Non è possibile in tal modo surrogare il mancato accertamento della prova della responsabilità del debitore o la mancata individuazione della prova del danno nella sua esistenza" (Cass, Sez. II Civile, 18 giugno 2015, n. 17752).

Si contestava infine la richiesta congiunta di rivalutazione monetaria ed interessi legali.

In definitiva la convenuta concludeva nei seguenti termini: in rito in via preliminare, dichiarare inammissibile e/o improcedibile l'odierno procedimento per tutti i motivi esposti in narrativa; - Nel merito in via principale, rigettare l'avversa pretesa e tutte le domande proposte dagli odierni attori nei confronti della C.C.P.V.S. del dr. s.r.l. perché infondate in fatto e in diritto per l'adeguatezza e correttezza di tutte le prestazioni sanitarie di cui è stata destinataria la sig.ra F.D.C. e



per l'effetto dichiarare inesistente qualsivoglia obbligo risarcitorio della C.C.P.V.S. del dr. s.r.l. non essendo il decesso della sig.ra F.D.C. in alcun modo riconducibile alle prestazioni rese dalla Centro S.A.; nel merito, in via subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi di accertamento di una responsabilità della C.C.P.V.S. del dr. s.r.l. per il decesso della Sig.ra F.D.C. dichiarare la C.C.P.V.S. del dr. s.r.l. tenuta all'eventuale obbligo risarcitorio nei confronti della Clinica assicurata limitatamente alla porzione di eventuale concausa e responsabilità della sola C.C.P.V.S. del dr. s.r.l. accertando l'eventuale quota di responsabilità e il grado della colpa dei Sanitari coinvolti al fine di consentire le azioni di rivalsa e/o regresso e/o risarcitorie tutte. Con vittoria di spese, diritti e onorari di giudizi.

Dopo la regolare instaurazione del contraddittorio, la concessione del termine di cui all'art 183 cpc, depositate dalle parti le relative memorie, con ordinanza dell'88/5/2029, il Giudice all'epoca assegnatario del procedimento, con riferimento alle eccezioni preliminari sollevate dalla convenuta, rilevava che "l'azione per il risarcimento del danno, che mira alla reintegrazione del patrimonio leso dal fatto dannoso e quindi alla realizzazione, in concreto, di un vantaggio, è atto di ordinaria amministrazione; con la conseguenza che, se il danno sia stato subito da un minore, il genitore esercente la patria potestà può promuoverla senza autorizzazione del giudice tutelare" (Cass. civ., Sez. III, 19 aprile 1974, n. 1079; conforme a Cass. civ., Sez. III, 30 marzo 1968, n. 1008; altre conformi, tra le quali Cass. civ., Sez. III, 15 dicembre 1980, n. 65032, che quindi aggiunge che il suo esercizio "può perciò essere compiuto disgiuntamente da ciascun genitore, ai sensi dell'art 320 cod civ."); che con riferimento alla materia del contendere, relativa dunque a risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria ex art. 5 D.Lgs. 4 marzo 2010, n. 28, occorreva invece rilevare la fondatezza dell'eccezione di mancato esperimento del preventivo tentativo di mediazione di cui al D.Lgs. per cui invitava le parti a procedere alla mediazione, assegnando il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda e rinviando il procedimento ad altra udienza.

Esperito inutilmente tentativo di mediazione, presso un organismo accreditato ai sensi dell'art. 4 D.Lgs. 28/2010, la causa perveniva in decisione.



MOTIVI DELLA DECISIONE

Ai fini della decisione appare indispensabile riportare i punti salienti della ctu

...Copia Cartella Clinica del ricovero presso la NEUROLOGIA del PO di ... relativa al ricovero dal 25.11.2015 al 09.12.2015 per "Emiparesi Dx". In essa si reperta "ingresso ore 21,57 a mezzo 118 per "Disturbo del circolo cerebrale, pz soporosa all'accesso al PS accompagnata dal 118 dal PS di ... (pg 85-86/86 CC Verbale PS) Emiparesi dx, riferita caduta non testimoniata oggi alle ore 17,30- APR Cronica tiroidite Pz, scoagulata in terapia attuale con XARELTO 15 mg, ZANTIPRIDE 30 LOBIVON 5mg REXTAT 40 mg, LANZOPRAZOLO ENTACT 10 mg. CODICE ROSSO. Ricovero in Neurologia ore 23,35.

Lettera di dimissione del 09.12.15 con diagnosi di: "Infarto cerebrale emisferico sinistro successivo ad occlusione del tratto M1 di arteria cerebrale media sinistra a genesi cardioembolica"...

- 1' Copia Cartella Clinica del ricovero presso il "S.S.". In essa si reperta: - All'ingresso in data 11.12.2015 Anamnesi: Vedova, vive sola. Istruzione V Elementare. Pensionata, casalinga. Padre deceduto a 60 anni per IMA, Madre deceduta a 82 anni, cardiopatica. Quartogenita, una sorella deceduta a 83 aa per Cirrosi Epatica, una sorella di 82 aa tiroidectomizzata, un fratello di 83 aa cardiopatico. Ha 5 figli sani.

...OBIETTIVITA' INGRESSO: Sistema Nervoso: vigile, Emiplegia Dx, afasia, disfagia. Attualmente la Pz è vigile, allettata, responsiva ma con severo disturbo della comprensione verbale anche per ordini semplici e produzione verbale assente, ad eccezione di una stereotipia iterativa, priva di efficacia comunicativa, emessa con voce disartica e voce disforica, per grave afasia globale. Aprassia bucco-facciale ed ideomotoria. Paresi del VII di tipo centrale...Severamente disfagica si alimenta con NE per SNG. Respira autonomamente per vie naturali. Il controllo del tronco è assente...Quadro motorio di doppia severa paresi con plegia degli AA di Dx e tono muscolare flaccido, e paresi a Sn dove il deficit di forza è valutabile in F4 all'AS e F3 all'AI....Apparato sfinterico incontinente (CV a dimora e pannolone). La Pz è completamente dipendente nelle ADL.



...VALUTAZIONE FISIATRICA in uscita del 22.3.2016: "Attualmente la Pz è vigile, responsiva, afasica, con disturbo della comprensione verbale e produzione verbale assente, ad eccezione di una stereotipia iterativa, priva di efficacia comunicativa. Aprassia bucco- facciale ed ideomotoria, emessa con voce disartica e voce disforica, per grave afasia globale. Aprassia bucco-facciale ed ideomotoria. Paresi del VII di tipo centrale...Severamente disfagica si alimenta per PEG con NE. Respira autonomamente per vie naturali. Il controllo del tronco è assente...Quadro motorio di doppia severa paresi con plegia degli AA di Dx e tono muscolare flaccido, e paresi a Sn dove il deficit di forza è valutabile in F4 all'AS e F3 all'AI....Apparato sfinterico incontinente. La Pz è completamente dipendente nelle ADL.

....

3 - Copia Cartella Clinica del Centro di Riabilitazione S.A., relativa al ricovero dal 23.3.2016 al 09.5.2016 per: Emiplegia Dx. In dimissione peggiorato. In essa si reperta:

- Obiettività del 23.3.2016: Digerente: co normointroflessa, addome globoso per adipe; presenza di bottone gastrostomico; trattabile, non dolente alla palpazione superficiale e profonda; Normotimpanismo enterocolico; Peristalsi presente e valida. Fegato non debordante..Murphy negativo. Milza non palpabile... (Ciò documenta normalità dei reperti addominali e del bottone gastrostomico all'ingresso Nota CCTTUU). - Scheda riabilitativa: Il tempo intercorso dall'evento, la scarsa ripresa funzionale depongono per scarsa prognosi riabilitativa. Il quadro clinico instabile...si informano i figli sulla opportunità di un addestramento per la gestione domiciliare della disabilità. Si segnala instabilità del quadro clinico cardiologico aggravato da difficile gestione degli ormoni tiroidei. Pz apparentemente non collaborante, afasia globale e forte declino cognitivo, Pz vivente sola in casa su due piani (Conferma della condizione di gravità Nota CCTTUU).

Dal Diario Clinico: - 25.3 Nel pomeriggio episodio di vomito, con conati e emissione di saliva, si posiziona sacca a caduta dalla PEG ristagno 100cc. Si sospende vitto per nuovo episodio di ristagno 100cc nella sacca. - 26.3 presenta conati di vomito...-27.3 Ore 10: vomito alimentare in corso di nutrizione. Si sospende, si posiziona sondino a caduta con residuo scarso. In osservazione. NB Pz in trattamento con IPSTYL. Si predisporre alimentazione con pompa a 80ml/h. PEG funzionante. -28.3 Ore 12: vomito alimentare in corso di nutrizione.



Si posiziona sacca a caduta con residuo scarso. Ore 15 si esegue clistere evacuativo con esito +++. *Si somministra 1 SF 500cc .. - 2.4 Rx Addome negativo. Non più episodi di vomito alimentare ma presenza di...di muco. Già in terapia con gastroprotettore. - 12.4 Alvo diarroico da circa 5 gg. Modifica la Tp.. - 15.4 Si richiede urinocoltura. - 18.4 Questa notte episodio di vomito appena posizionata la sonda.. - 5.5 Poco collaborante. Prosegue esercizi per aumentare controllo del tronco ed addestramenti ai trasferimenti che attualmente avvengono con sollevatori. Prosegue FKT. Ore 12,30 Piccole perdite ematiche dalla PEG, in monitoraggio. Unica annotazione sulla PEG, nessuna sulla stomia, nel corso dell'intera degenza presso la Rianimazione del S.A. (Nota dei CCTTUU) a fronte delle Linee Guida sia sulle stomie che sulla PEG, esistenti all'epoca che nelle raccomandazioni rilevano, necessità di monitoraggio quotidiano della cute peristomica, volta a prevenire iniziali segni di infiammazione/infezione ad evitare rischio di colonizzazioni batteriche spesso multiresistenti (Nota dei CCTTUU)*

...Ore 23,10 viene trasferita. - Lettera di trasferimento da S. Agnese del 09.5.2016 attestante: "degente dal 23.3.2016 per Esiti ictus cerebrale emisferico sinistro del 25.11.2015. In data odierna ha presentato alle ore 15,00 episodio di marcata ipotensione associata a desaturazione non regredita dopo somministrazione di FLEBOCORTID 1gr e EUFOSIN 500cc. Attualmente Pz soporosa...

...- Copia Cartella Clinica del Centro di Rianimazione del PO di Atri Teramo, relativa al ricovero dal 10.5.2016 al 11.6.2016 per: Deceduta per Shock settico da fascite necrotizzante....

Le evidenze del 118 di tumefazione della regione epigastrica, della obiettività in ingresso con evidenza di ascesso per 7-8 cm in peristomia (diario infermieristico in ingresso), della TC Addome sopracitata, confermate dai rilievi intraoperatori, che a breve andremo a rilevare, tenuto anche conto delle dimensioni descritte dalla TAC, evidentemente impongono il ritenere presente da qualche tempo (giorni) la progressione infiammatoria/infezione della stomia (Nota CCTTUU). Ciò che comporta criticità omissiva nella gestione della PEG e nella evoluzione della infezione sopravvenuta, tramite la stomia e sottostimata dai sanitari della Riabilitazione del S.A., come documentato dai successivi rilievi microbiologici, prontamente messi in atto dai Sanitari del PO e della Rianimazione di Atri (Nota dei CCTTUU), come in prosieguo rileveremo.



....

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI A questo punto, concluso l'esame critico della documentazione ritualmente prodotta in Atti, giova esporre l'epicrisi medico-legale che la fu Sig.ra F.D.C. presentava al momento del ricovero presso il Centro di Riabilitazione "S.A." il 23.3.2016, così sintetizzabile: *Emiplegia Destra (Doppia severa paresi con plegia AA di Dx e paresi a Sn con deficit F4 a AS e F3 a AI) in esiti di recente Infarto cerebrale emisferico sinistro successivo ad occlusione del tratto M1 di arteria cerebrale media sinistra a genesi cardioembolica con impianto PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea: EO 23.3.16: Digerente: co normointroflessa, addome globoso per adipe; presenza di bottone gastrostomico; trattabile, non dolente alla palpazione superficiale e profonda;) in Paziente con esiti di Appendicectomia, Colectomia, Artroprotesi ginocchio Dx nel 2011 e ginocchio Sn nel 2013. Cataratta bilaterale. Ipertensione arteriosa. Fibrillazione Atriale Cronica. Fratture costali nel 2011 e Frattura spalla sn nel 2012 a seguito di cadute da episodi sincopali dal 2010 (Trauma cranico commotivo), Distiroidismo (trattata con Tapazole...testTRH per escludere (dd tra TSHoma e Sindrome da resistenza agli ormoni tiroidei) e con episodi ricorrenti di Fibrillazione Atriale, con episodio sincopale e trauma cranico commotivo nel 2010, successivi episodi sincopali con fratture costali nel 2011 e frattura spalla sn nel 2012. FA Cronica, che, da circa un anno è in terapia con XARELTO 15mg e LOBIVON 5mg. Dislipidemia. Pz completamente dipendente nelle ADL.*

(VALUTAZIONE FISIATRICA in Uscita del 22.3.2016 (Centro Riabilitazione S.S.: "Attualmente la Pz è vigile, responsiva, afasica, con disturbo della comprensione verbale e produzione verbale assente, ad eccezione di una stereotipia iterativa, priva di efficacia comunicativa. Aprassia buccofacciale ed ideo-motoria, emessa con voce disartica e voce disforica, per grave afasia globale. Aprassia buccofacciale ed ideo- motoria. Paresi del VII di tipo centrale...Severamente disfagica si alimenta per PEG con NE. Respira autonomamente per vie naturali. Il controllo del tronco è assente...Quadro motorio di doppia severa paresi con plegia degli AA di Dx e tono muscolare flaccido, e paresi a Sn dove il deficit di forza è valutabile in F4 all'AS e F3 all'AI....Apparato sfinterico incontinente. La Pz è completamente dipendente nelle ADL).



Ciò posto e condiviso con i CCTTPP, su istanza dei CTP di parte Convenuta abbiamo proceduto a riesame della documentazione inerente il ricovero presso il “S.S. Riabilitazione” dall’ingresso in data 11.12.2015 alla dimissione il 23.3.2015, allorchè venne trasferita al “Centro di Riabilitazione S.A.”, alla ricerca ed approfondimento, come richiestoci, delle sopravvenute patologie respiratorie. Così riportiamo quanto segue: Nel corso delle degenza esegue ripetuti controlli Rx Torace che sotto riportiamo, che evidenziano intercorso episodio bronco pneumonico, risoltosi con terapia ed in costanza di apiressia, come rilevabile dal diario clinico che subito a seguire verrà parimenti riprodotto (Nota CCTTUU)....

....Riassumendo in breve, il caso si riferisce ad una paziente di 80 anni, ad elevatissimo rischio per co-patologie pregresse (ipertiroidismo, F.A., infarto cerebrale con esiti severi di deambulazione, impossibilità di alimentazione per os, afasia, incapacità di rapporti con l’esterno, ecc.), trattata il giorno 8 marzo 2016 con confezione di PEG per alimentazione enterale dopo l’infarto cerebrale. La paziente, a distanza di poco tempo dal confezionamento della PEG, mentre era ricoverata presso il Centro di riabilitazione intensiva residenziale S.A., di Scerne di Pineto (23 marzo 2016-9 maggio 2016), sviluppò una grave infezione parietale proprio nella sede della PEG, che comportò il trasferimento d’urgenza all’ospedale di ... e costrinse i chirurghi di quel nosocomio ad un reintervento di toilette (il chirurgo che operò la paziente parla di estesa fascite necrotizzante), risultato inutile, in quanto l’infezione condusse all’exitus, sopraggiunto in data 11 giugno 2016, mentre la paziente era ricoverata in rianimazione. La causa del decesso è chiara (shock settico), anche se probabilmente favorita dall’età avanzata e soprattutto dalle gravi condizioni generali in cui la paziente versava, per via delle pregresse patologie e degli esiti dell’infarto cerebrale. Parliamo infatti di una paziente minata dal recente episodio infartuale cerebrale, che aveva compromesso gravemente non solo le sue capacità motorie e alimentari, ma la sua stessa vita di relazione e la capacità di riferire al personale cui era affidata eventuali sintomi o problematiche di ordine generale o locale. Altrettanto documentate sono l’infezione peristomale dei tessuti addominali, come pure l’entità della flogosi, che è ben descritta non solo dal chirurgo che eseguì il tentativo di toilette, ma dalla stessa TC preoperatoria: nel referto TC si parla infatti di una raccolta parietale di oltre 20 x 7,5 cm.



In chirurgia è risaputo che qualsiasi stomia può andare incontro ad infezione e proprio per tale motivo, in particolare nel primo periodo dopo il suo confezionamento, ogni stomia (sia essa a livello gastrico, digiunale o del colon) necessita di controlli periodici, direi quasi quotidiani da parte del personale preposto. Ciò è tanto più vero se la stomia è stata approntata da poco tempo e non si è ancora solidarizzata con la parete, se il paziente non è autosufficiente e se si tratta di una gastrostomia, in quanto il contenuto corrosivo del succo gastrico può rallentare i processi di solidarizzazione tra parete dello stomaco e parete addominale. In letteratura esistono molteplici documenti sulla gestione infermieristica della PEG e sulle Linee Guida da seguire in questi casi (solo ad esempio si cita il documento “Linea Guida sulla Gestione Infermieristica della PEG/PEJ in Pazienti Adulti” dell’Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia, del giugno 2016). In tutte le Linee Guida sull’argomento si sottolineano in particolare non solo la necessità di una gestione quotidiana (rimuovere con attenzione la vecchia medicazione, evitare di trazionare la sonda, pulire la cute attorno alla sonda con garze sterili e disinfettanti non alcolici), ma anche - una volta alla settimana - di ruotare con cura il sondino della gastrostomia verso destra e sinistra e, nel caso si sentano delle trazioni, sganciare il bloccaggio del fermo e ripristinare la distanza corretta. Tutte le infiammazioni peristomali vanno tempestivamente segnalate in cartella e al medico; in caso di infezione è indicato l’utilizzo di una scala di valutazione della gravità di infezione (es. Jain Score) e occorre approntare misure tempestive, come medicazioni con antisettici, tamponi microbiologici per guidare l’uso degli antibiotici, eventuale precoce toilette chirurgica, quando necessaria. Il Centro di riabilitazione intensiva residenziale S.A. riferisce di disporre di proprie Linee Guida per la gestione della PEG e la necessità di una gestione accorta e quotidiana della PEG è citata anche nella relazione dei responsabili del Centro. I responsabili del Centro affermano che la PEG della sig.ra F.D.C. è stata controllata quotidianamente e sostengono che nel diario infermieristico non sono state annotate problematiche a carico della PEG, in quanto è regola comune del personale preposto annotare le problematiche solo quando esse siano presenti. A conferma di ciò ricordano come in diario sia stata riportata una piccola perdita ematica occorsa a livello della PEG in data 5 maggio 2016.



È tuttavia verosimile ipotizzare che tali attenti controlli quotidiani non siano stati eseguiti con la dovuta accortezza, in quanto, al momento del ricovero presso l'ospedale di ..., l'infezione era così estesa da non potersi essere sviluppata immediatamente prima del trasferimento. In alternativa è verosimile ipotizzare che l'infezione sia stata inizialmente sottovalutata. Tutto ciò ha comportato il progredire dell'infezione e dello stato settico, con un tardivo ricorso alla toilette chirurgica, che probabilmente, se tempestivo, avrebbe modificato il decorso clinico, conclusosi con il decesso della paziente per infezione....

*... La causa della morte è da ricondursi alla sepsi su addome acuto a partenza da infezione intra e peristomale da *Enterobacter cloacae ssp cloacae*, *Candida albicans* quindi progressive colonizzazioni da *Staphylococcus Aureus*, *S.Epidermidis*, e multi organo da *Serratia marcescens*, *Klebsiella Pneumoniae* e *Acinobacter Baumannii*. Le infezioni correlate all'assistenza (i.c.a.) rappresentano uno degli eventi avversi più frequenti dell'assistenza sanitaria...*

*...le linee guida OMS sono focalizzate sulla prevenzione ed infezione da crab (*Acinetobacter baumannii* resistenti ai carbapenemi) e altri batteri resistenti ai carbapenemi (*Pseudomonas aeruginosa*). Il g.d.g. (gruppo per lo sviluppo di linee guida) ha formulato otto raccomandazioni utilizzando l'approccio grade (classificazione delle raccomandazioni- sviluppo e – valutazione). Le otto raccomandazioni sono da applicare a tutte le strutture sanitarie per la prevenzione ed il controllo della trasmissione e infezione da crab e altri batteri. Sintesi delle raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo di *Acinetobacter baumannii* ed altri enterobatteri: 1) Prima raccomandazione: igiene delle mani, precauzioni da contatto, isolamento del paziente in stanza singola, pulizia dell' ambiente 2) Seconda raccomandazione : implementazione delle buone pratiche per l'igiene delle mani 3) Terza raccomandazione: monitoraggio clinico di segni e sintomi di infezione e l'effettuazione di esami microbiologici di coltura per assicurare una accurata e tempestiva diagnosi di crab 4) Quarta raccomandazione: precauzioni da contatto (cioè' utilizzo di dispositivi monouso o dedicati per la cura dei pazienti) 5) Quinta raccomandazione: isolamento del paziente in stanza singola 6) Sesta raccomandazione: igiene ambientale 7) Settima raccomandazione: colture di sorveglianza ambientale 8) Ottava raccomandazione: monitoraggio e feedback degli interventi di ipc: componente chiave di tutti i programmi formativi sull' ipc.*



Tale breve notazione al fine di sottolineare la causa unica ed esclusiva dell'exitus da sepsi che, visti i ceppi rilevati, la stessa avrebbe avuto probabilmente lo stesso esito anche in soggetto esente da preesistenze, stanti le evidenze delle Linee Guida Ministeriali sottoriportate....

....Tale indice di mortalità equivale alla pressochè certezza dell'exitus ad esse ascrivibile, stante la presenza di entrambi i ceppi nel caso di interesse, anche in persona esente da preesistenze.

*....quanto alla costante sorveglianza della ferita chirurgica determinata dalla Gastrostomia Endoscopica Percutanea praticata presso la clinica S.S. di ...; abbiamo risposto a tale quesito nel corso dell'esame del carteggio clinico constatando, purtroppo l'assoluta assenza di puntuali controlli, nonostante quanto richiamato dalle Linee Guida, almeno per quanto contenuto nel carteggio clinico. **L'assunto che nelle linee Aziendali vi è l'abitudine di riportarle solo in caso di constatazione di positività, ebbene non giova, poiché in nessun caso nel corso dell'intera degenza viene riportata alcuna notazione sulla stomia; Ciò cozza contro l'evidenza clinica e per immagine già richiamate di "Area di necrosi cutanea peri-PEG rilevate il 10.5.16 all'ingresso al PS del PO di ...**, che riproponiamo: "- Prestazione del PS del PO di ... in pari data ingresso ore 23,52 che, annotava dal pomeriggio distensione addominale, il collega dl 118 riferisce vomito fecaloide in ambulanza. Emiplegia Dx, Addome poco trattabile disteso, tumefazione in regione epigastrica sede di PEG. Portatrice di CV. Previa visita, ECG emogas, prelievi ematici, TC Addome ed Rx Torace, pose diagnosi di: Schock settico in infezione parete addominale per cui ricovero nella locale RIANIMAZIONE ore 01,49 Referto TAC Addome del 10.5.16 richiesto dal PS attestante: "A carico della parete addominale anteriore, superiormente alla PEG si osserva aspetto diffusamente disomogeneo dei tessuti molli sottocutanei e la presenza di immagini a densità aerea per un'estensione assiale massima di circa 20cm e longitudinale di circa 10cm in rapporto ad alterazioni di natura flogistica; concomita aspetto tenuamente iperdenso dell'adipe della parete addominale antero-laterale caudalmente all'alterazione descritta. Attorno alla PEG si osserva ansa intestinale erniata ed intasata (duodeno?).. Voluminoso fecaloma...Non versamento nello scavo pelvico.. Avvallamento L1".*



Referto Rx Torace del 10.5.16 richiesto dal PS attestante: “..Seni costo-frenici acuti. Ispessimento interstiziale. Non addensamenti parenchimali...”. - Obiettività ingresso: Pz vigile, a tratti soporosa, non collaborante. Addome dolorabile alla palpazione (edema e rossore circostante la PEG) emiplegia dx, MV diffusamente aspro, toni parafonici aritmici. Portatrice di CV. Dal diario clinico: - 10.5.16 ...Diuresi contratta nonostante stimolazione diuretica. Presenza di flemmone cutaneo si richiede consulenza Gastroenterologica e chirurgica Peristalsi non udibile. Aree di necrosi cutanea peri-PEG. Le evidenze del 118 di tumefazione della regione epigastrica, della obiettività in ingresso con evidenza di ascesso per 7-8 cm in peristomia (diario infermieristico in ingresso), della TC Addome sopracitata, confermate dai rilievi intraoperatori, che a breve andremo a rilevare, tenuto anche conto delle dimensioni descritte dalla TAC, evidentemente impongono il ritenere presente da qualche tempo (giorni) la progressione infiammatoria/infezione della stomia (Nota CCTTUU). Ciò che comporta criticità omissiva nella gestione della PEG e nella evoluzione della infezione sopravvenuta, tramite la stomia e sottostimata dai sanitari della Riabilitazione del S.A., come documentato dai successivi rilievi microbiologici, prontamente messi in atto dai Sanitari del PO e della Rianimazione di ... (Nota dei CCTTUU), come in prosieguo rileveremo. Dalla Cartella Infermieristica: - 10.5.16 Entra ore 2,00 da PS....Pz portatrice di SNG a caduta (fuoriuscita di materiale fecaloide). La Pz è portatrice di PEG, intorno al punto di inserzione per circa 7-8 cm presenta ascesso. Ore 2,30 iniziaEseguiti tamponi ed emocoltura da inviare questa mattina il Lab..... Ore 7,14... previo controllo acoguidato incannulata Giugulare Dx. Consulenza Chirurgica. Ore 13,35 viene condotta in Sala Operatoria per Escarectomia parete addominale prestomia PEG.... Conferma, ove necessitasse, delle condizioni di gravità in ingresso al PS del PO di ... e quindi alla Rianimazione. Proseguiamo con alcuni stralci del Diario anche infermieristico solo per rilevarne la congruità con prescrizioni e annotazioni del diario clinico nel corso della degenza. (Nota CCTTUU).



- INTERVENTO del 10.5.2016 inizio ore 14,00 fine ore 15,00 per FASCITE NECROTIZZANTE DELLA PARETE ADDOMINALE in Pz con PEG. SCHOCK SETTICO. (I Ch TORRETTA, ...: Incisione a losanga ed asportazione di area cutanea necrotica in regione epigastrica. Reperto di fascite necrotizzante: Tessuti sottocutanei colliquato, necrotico commisto a materiale alimentare (reperti di gravità del quadro che fanno propendere per un processo infiammatorio evoluto nel tempo e presente da qualche giorno)..Ampia escarectomia del tessuto necrotico sopra fasciale peristomale. Emostasi accurata. Si deterge con Betadine e soluzione fisiologica..escludendo ..il tramite fistoloso gastrico che risulta ostruito da materiale caseoso denso. Si zaffa la ferita cutanea con n. 6 garze iodoformiche.

... abbiamo documentato che l'exitus è da ricondurre a sopravvenuta sepsi a partenza dalla stomia peri-PEG da colonizzazione multi batterica, in assenza di comprovata sorveglianza della stomia ad opera dei sanitari del Centro S.A.

... ribadiamo qui la non evidenza nel carteggio clinico esibito di puntuali controlli sulla stomia e peri-PEG e conseguenti richieste di esami emoculturali e antibiogramma.

...: **una corretta sorveglianza della stomia e pronti controlli emoculturali con antibiogrammi erano necessari ed indispensabili; qualora instaurati però non siamo in condizione di quantificare con certezza o forte probabilità i tempi di effettiva sopravvivenza.**

Al quesito circa la specificazione se la morte sia sopraggiunta dopo un decorso nel quale il quadro clinico ha configurato menomazione anatomico-funzionale della paziente, questa quantificando secondo i criteri della medicina legale, rispondono i CTUU: **La rilevata sovrainfezione sulla stomia ha determinato la sepsi che, nonostante le cure, ha comportato un peggioramento delle condizioni cliniche già compromesse al 100% per patologie preesistenti per "Quadro motorio di doppia severa paresi con plegia degli AA di Dx e tono muscolare flaccido, e paresi a Sn dove il deficit di forza è valutabile in F4 all'AS e F3 all'AI....Apparato sfinterico incontinente. La Pz è completamente dipendente nelle ADL) (Obiettività ingresso al S.A.)".** **Peggioramento protrattosi nei successivi 34 (trentaquattro) giorni di degenza per l'evoluzione della setticemia presso il PO di ..., sino all'exitus.**



*Ed ancora, al quesito relativo alla specificazione se vi sia stata accelerazione dell'evento morte, in tal caso determinando lo scarto temporale tra la durata della sopravvivenza effettiva e quella della sopravvivenza possibile in caso di terapie ed interventi corretti: **Ribadiamo quanto già al punto 6 e 7 circa la impossibilità di determinare nel caso di specie la sopravvivenza possibile.***

Inoltre i CTU in relazione ai chiarimenti sollecitati dalle parti, così si sono espressi...: *In merito alle Linee Guida Aziendali non risponde al vero che non le abbiamo considerate ma semplicemente abbiamo evidenziato che: "L'assunto che nelle linee Aziendali vi è l'abitudine di riportarle solo in caso di constatazione di positività, ebbene non giova, poiché in nessun caso nel corso dell'intera degenza viene riportata alcuna notazione sulla stomia; Ciò cozza contro l'evidenza clinica e per immagine già richiamate di "Area di necrosi cutanea peri-PEG rilevate il 10.5.16 all'ingresso al PS del PO di*

...Ed ancora: Certamente come ricordato dai CCTPP succitati la fu Sig.ra F.D.C. al momento dell'ingresso presso la "Clinica S.A." e per l'intero periodo di degenza la stessa trovavasi per "Esiti di recente Ictus cerebrale dell'arteria cerebrale media a genesi cardioembolica e per le comorbilità preesistenti in una situazione ben rappresentata dalla obiettività in ingresso del Fisiatra di assoluta Incapacità a volgere gli atti quotidiani della vita in maniera autonoma. "Totalmente dipendente in tutte le ADL" per di più in Pz già rilevata affetta da "demenza senile" segnalata in lettera di dimissione della Riabilitazione "S.S.". "Attualmente vigile, apatica senza iniziativa, con facile distrazione (Verosimile sindrome prefrontale), non esegue ordini semplici neanche su imitazione, facile pianto..".

In merito alle comorbilità preesistenti ricordiamo a noi stessi oltre che ai CTP che, la Sig.ra F.D.C. presentava: Esiti di Appendicectomia, Colecistectomia, Artroprotesi ginocchio Dx nel 2011 e ginocchio Sn nel 2013.



Cataratta bilaterale. Ipertensione arteriosa. Fibrillazione Atriale Cronica. Fratture costali nel 2011 e Frattura spalla sn nel 2012 a seguito di cadute da episodi sincopali dal 2010 (Trauma cranico commotivo), Distiroidismo (trattata con Tapazole...testTRH per escludere (dd tra TSHoma e Sindrome da resistenza agli ormoni tiroidei) e con episodi ricorrenti di Fibrillazione Atriale, .. in Grande Obesa con sindrome delle apnee notturne trattate con CPAP e turbe psichiche iniziali in esito a leucoencefalopatia ipossico-degenerativa (TC Encefalo 25.11.15), cui sono sopravvenute per: recente Infarto cerebrale emisferico sinistro successivo ad occlusione del tratto M1 di arteria cerebrale media sinistra a genesi cardioembolica con impianto PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea): Emiplegia Destra (Doppia severa paresi con plegia AA di Dx e paresi a Sn con deficit F4 a AS e F3 a AI), con Sindrome prefrontale, il controllo del tronco è assente, apparato sfinterico incontinente. La Pz è completamente dipendente nelle ADL. Tale condizione di comprovata assoluta incapacità a svolgere gli atti quotidiani della Vita e della autonomia è stata appunto valutata quale condizione di Invalidità al 100%, come proposto dal compianto Prof. emerito ..., ideologo del Danno alla Salute nei suoi ultimi interventi in cui proponeva che al 100% della persona che perdeva le autonomie, come nel caso di specie, seguisse un residuo di capacità minimali, che nel caso di specie non siamo in grado di meglio documentare per i limiti dei dati in atti e che appunto si ribadisce, essendo state perse tutte le autonomie, quale molto prossima al 100%. Notazione che il giudice terrà nella opportuna considerazione nella sua qualità di Peritum Peritorum.

Qui ribadiamo unicamente che al momento dell'instaurarsi della sovra infezione, la Sig.ra F.D.C., presentava la perdita di tutte le autonomie psico-fisiche. Con le residue capacità vitali ha affrontate, in progressivo peggioramento, gli ulteriori 34 giorni di vita sino all'exitus sopravvenuto, quale diretta ed esclusiva conseguenza della sovrainfezione rilevata. Pure abbiamo sempre rappresentato che l'exitus è direttamente conseguente alla accertata sopravvenuta infezione, da qui certamente se al CT, C.D.O., piace la locuzione "danno da morte", è appunto quello che abbiamo inteso nelle Conclusioni sui quesiti postici, peraltro non diversamente da quanto dallo stesso sostenuto nella sua relazione valutativa del 02.3.2017, cui si rimanda.



Per quanto attiene la possibile sopravvivenza non possiamo convenire con le ipotesi avanzate dai CTP di parte attrice circa la sopravvivenza equivalente alle tavole di mortalità all'epoca, poiché come ben sanno, le stesse andrebbero decurtate dalle comorbidità presenti sulla persona ed appunto, per quanto in atti, confermiamo di non avere indicazioni in tal senso, se non appunto confermare quanto già in precedenza in risposta ai CTP dei Convenuti che essa può al più indicarsi quale bassa.

A seguito, poi dei chiarimenti sollecitati da ambo le parti processuali che portavano a conferire un incarico integrativo, era depositato ulteriore elaborato.

In particolare si era osservato, da parte attrice che **dall'elaborato peritale risulta che la sepsi ha con certezza determinato il decesso, che in assenza non si sarebbe verificato negli stessi tempi e modi. Il concetto che non si può condividere è assimilare la IP elevata con la questione che la sig.ra F.D.C. fosse destinata a morire.**

Invece, la difesa della parte convenuta C.C.P.V.S. s.r.l., nel richiamare integralmente le note critiche dei propri CCTTPP alla bozza di CTU aveva rilevato che, in un paziente con comorbidità di tale livello e con un ictus cerebri così devastante, come tra l'altro ammesso dagli stessi CCTTU, la condizione totale di invalidità (100%) e l'integrale dipendenza dalle ADL, la malattia non si esaurisce in un mese e, quindi, non si può affermare - come invece fanno i CCTTU a pag. 51 del loro elaborato - che il fatto acuto cerebrale era da considerarsi stabilizzato con gravi esiti permanenti poiché non era affatto stabilizzato ai fini della prognosi, dovendosi di contro prendere atto che le condizioni cliniche e le difese immunitarie della signora erano talmente compromesse dal recente ictus cerebri, da lasciar supporre che, una qualunque infezione, avrebbe molto verosimilmente causato la morte, e ciò indipendentemente dalle azioni messe in atto dai sanitari. Pertanto aveva invocato **chiarimenti sulle effettive possibilità di sopravvivenza della sig.ra F.D.C. al netto dell'infezione e sulla eventuale qualità di detta sopravvivenza.**

Si legge nel supplemento peritale:



*A tali contestazioni a ben guardare abbiamo già risposto, purtuttavia riteniamo precisare che: In merito alle osservazioni di parte Attrice abbiamo esaustivamente risposto a quelle contenute nelle loro note a pg 5 rilevando che **non abbiamo elementi per rispondere neppure con il criterio “del più probabile che non” alla questione circa la possibile sopravvivenza in caso di cure corrette, stante la presenza di poliedriche comorbilità dalla obesità a preesistenze multifattoriali, come già ampiamente documentato ma che riproponiamo:..... Su tali comorbilità non si hanno elementi probatori per corretto inquadramento ai fini della valutazione “più probabile che non” della riduzione della aspettativa di vita che, vista l’età ed il recente esito di Ictus emorragico associata a preesistenze, abbiamo appunto indicato come basso..... Pure abbiamo chiaramente individuato che all’epoca della possibile insorgenza della sovrainfezione, qualora correttamente prestate le cure, la fu F.D.C., trovavasi già in condizioni di grave handicap avendo perse tutte le ADR e con esiti di sindrome pre-frontale. Resta la conferma della causa della morte, dovuta alla sovrainfezione microbica a partenza dalla stomia e peri-stomia. Mentre non abbiamo mai rilevato, contrariamente a quanto sostenuto dai Convenuti in quest’ultima occasione, che l’ictus fosse gravissimo; tant’è che lo stesso si è risolto, senza necessità di interventi chirurgici con le sole terapie mediche. Difatti alla dimissione dalla fase acuta (25.11.15) dalla Neurochirurgia di ..., in data 09.12.15 in miglioramento, erano seguiti il ricovero in data 11.12.15 presso il “S.S. Riabilitazione”, da cui il 23.3.16 trasferitasi al “S.A.” con situazione ictale ormai stabilizzatasi e non modificabile, come descritto da visita Fisiatrica del 22.3 cui si rimanda e del 23.3.16 in cui nella scheda riabilitativa si riporta “Il tempo intercorso dall’evento, la scarsa ripresa funzionale depongono per scarsa prognosi riabilitativa (pg.6/92 ultimo capoverso CC S.A. – in cui peraltro si segnalava informandone i figli instabilità del quadro clinico cardiologico aggravato dalla difficile gestione degli ormoni tiroidei”). **Le perdite delle ADL permangono sino ai periodi successivi e ai rilievi del 05.5 e di infezione peri-stomia del 09.5.2016. Su tali basi evidentemente trascorsi oltre 5 mesi dal fatto acuto, vista la tipologia di danno cerebrale documentato e le cure riabilitative praticate in Atti, si parla appunto di esiti ormai stabilizzati. Risulta pretestuosa la osservazione dei Convenuti di “dovendosi di contro*****



prendere atto che le condizioni cliniche e le difese immunitarie della signora erano talmente compromesse dal recente ictus cerebri, da lasciar supporre che, una qualunque infezione, avrebbe molto verosimilmente causato la morte". A tal proposito basterebbe annotare che comunque non esime i Sanitari dal seguire le terapie e le cure per evitarne le conseguenze peggiori, per quanto possibile, in ossequio alla buona pratica clinica. Anzi, proprio in considerazione degli elevati fattori di rischio, si rendeva opportuna un'attenta -accurata e periodica valutazione della gastrostomia percutanea, per prevenire una eventuale infezione che, come sottolineato dagli stessi legali e CTP, in questa paziente sarebbe potuta risultare fatale. Ciò che, per quanto in precedenza evidenziato, non risulta eseguito dai sanitari della Casa di Cura S.A. in ordine al controllo della stomia. Per concludere, in merito all'aspettativa di Vita, confermando quanto sopra, va qui osservata che parte attrice, cui spetta l'onere probatorio, né nella sua costituzione né nella relazione dei propri consulenti, non ha mai potuto quantificare tale dato, per cui non si capisce tale pervicace richiesta ai CTU che, in ogni caso, neppure possono sovvertire tale onere. Avendo risposto alle osservazioni pervenuteci, in maniera esaustiva, procediamo al deposito della Integrazione alla CTU, confermando integralmente le conclusioni già anticipate in bozza e nella Relazione depositata il 22.1.2022.

Ebbene, il complesso quadro istruttorio che emerge da quanto sopra, va interpretato alla luce dei principi più recenti elaborati dalla giurisprudenza in materia di responsabilità medico/sanitaria.

Anzitutto, è pacifico che il paziente che intende ottenere il risarcimento dei danni asseritamente subiti per responsabilità medica, deve dimostrare il **nesso causale** tra la condotta del sanitario e l'evento dannoso subito. Non è invece tenuto a provare la violazione delle *leges artis* durante l'esecuzione della prestazione sanitaria. Questo onere ricade sulla struttura sanitaria o sul professionista, che devono contestare la domanda di risarcimento dimostrando la correttezza della prestazione o che l'**inadempimento** è dovuto a una causa non imputabile.



In particolare, questo principio è stato ribadito dalla Corte di Cassazione con l'ordinanza 5 marzo 2024, n. 5922, nella quale è stata sottolineata l'importanza della corretta ripartizione dell'onere della prova tra paziente e struttura sanitaria.

In particolare, è stato evidenziato che il paziente non è tenuto a dimostrare l'inadempimento del sanitario, ma solo il nesso causale tra la condotta e il danno subito. Questo implica che **il paziente deve fornire prove sufficienti per dimostrare che il danno è una conseguenza diretta della condotta sanitaria.**

Non è sufficiente, infatti, affermare che vi sia stato un danno, ma è necessario collegarlo chiaramente alla specifica azione o omissione del sanitario.

Una volta che il paziente ha dimostrato il nesso causale, l'onere di provare l'esatto adempimento ricade sulla struttura sanitaria. La struttura deve dimostrare che la prestazione sanitaria è stata eseguita correttamente e in conformità con le *leges artis*, ovvero le regole della buona pratica medica. Se l'inadempimento è imputabile a cause non dipendenti dalla struttura (ad esempio, un evento imprevedibile e inevitabile), la struttura deve fornire prove di tali circostanze per essere esonerata dalla responsabilità.

La Cassazione chiarisce anche la differenza tra nesso causale e inadempimento. Il nesso causale è la relazione tra la condotta del sanitario e il danno subito dal paziente. È un concetto relazionale che identifica l'azione del sanitario come causa diretta del danno. L'inadempimento, invece, si riferisce alla mancata esecuzione o all'errata esecuzione della prestazione sanitaria secondo le regole della buona pratica medica. Mentre il paziente deve dimostrare il nesso causale, è compito della struttura sanitaria dimostrare che non vi è stato inadempimento o che questo è dovuto a cause non imputabili alla struttura stessa.

Secondo l'insegnamento della Corte, pertanto, in ambito di responsabilità sanitaria, **il nesso causale non è una mera circostanza di fatto, ma un concetto relazionale che identifica una relazione tra due eventi, dove uno è la conseguenza dell'altro. La sua formulazione richiede un'attività teoretico-dogmatica e un ragionamento inferenziale probatorio.**



L'attività teoretico-dogmatica si avvale delle regole di struttura, ancorate ai criteri della condizione necessaria, causalità adeguata, scopo della norma e rischio specifico per la causalità materiale, e di quello della consequenzialità immediata e diretta per la causalità giuridica. L'attività inferenziale probatoria utilizza le regole di funzione o probatorie, basate su criteri inferenziali per accertare concretamente il rapporto di causalità con riguardo a una specifica fattispecie processuale. Si utilizza il criterio della preponderanza dell'evidenza ("del più probabile che non"), distinto dalla prova "oltre ogni ragionevole dubbio" richiesta nel giudizio penale.

La regola probatoria per l'accertamento del nesso causale, si specifica poi in due criteri distinti, quella del "più probabile che non" secondo cui il giudice valuta se una certa condotta è causa di un evento dannoso basandosi sulla probabilità maggiore che l'evento sia conseguenza della condotta piuttosto che no, l'altra del criterio della prevalenza relativa, secondo cui il giudice valuta se la probabilità che una condotta sia la causa di un evento dannoso prevale sulle probabilità delle altre cause alternative o concause esistenti.

Conseguentemente, qualora l'evento dannoso sia ipoteticamente riconducibile ad una pluralità di cause, in applicazione progressiva dei due criteri, il giudice di merito deve prima eliminare le ipotesi meno probabili, analizzare quelle rimanenti più probabili e scegliere quella con il maggior grado di conferma, basandosi su un ragionamento inferenziale.

Inoltre, il giudice, in applicazione di entrambi i criteri, nell'effettuare il ragionamento inferenziale probatorio, tiene conto, nell'esercizio del potere di libero apprezzamento della qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili per determinare il grado di conferma necessario per ritenere provati i fatti allegati e formulare un giudizio

La decisione chiarisce che la mancata dimostrazione, da parte del paziente, di elementi fattuali facilmente provabili non pregiudica necessariamente l'esito del giudizio. Non spetta, infatti, al paziente dimostrare l'errore medico; questo compito ricade interamente sull'ente ospedaliero.



Quanto sopra si raccorda anche alla considerazione che sul paziente-danneggiato incombe l'onere probatorio alla stregua del primo comma dell'art. 2697 c.c., secondo cui "chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento". Chi lamenta il danno deve dunque provare il fatto lamentato, le conseguenze che ne sono derivate e anche il nesso causale tra fatto e pregiudizio. Non solo quindi il danno, ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore provare; quand'anche si discuta di responsabilità contrattuale, la previsione dell'art. 1218 c.c. solleva infatti il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento. La previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nella opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla (cfr. Cass. S.U. n. 13533/2001), ma tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha dunque ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il già richiamato principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. Anche nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, pertanto, è onere del paziente danneggiato dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento.

Su questo aspetto, va rammentato che una delle teorie del nesso causale che si riscontra nell'ordinamento giuridico è quella della "regolarità causale", per la quale un danno è conseguenza di un fatto qualora ne costituisca un effetto normale. Va però anche ricordato che, almeno a partire dal 2008, è stata accolta con favore la teoria della "preponderanza dell'evidenza", altrimenti detta del "è più probabile che non".



La Cassazione a Sezioni Unite, infatti, ha affermato che in assenza di norme civili che specificamente regolino il rapporto causale, occorre fare riferimento ai principi generali di cui agli artt. 40 e 41 c.p.: un evento, quindi, è da considerare causato da un altro se, ferme restando le altre condizioni, il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo (cosiddetta teoria della *condicio sine qua non*) (Cass. Sez. Un. 11.01.2008, n. 581). Deve essere però chiaro che l'analisi sul nesso causale non va svolta in termini di certezza assoluta («oltre ogni ragionevole dubbio», come in sede penale) né di mera possibilità, quanto piuttosto in termini di rilevante probabilità, nel senso cioè che l'azione o l'omissione del medico deve avere causato il danno lamentato dal paziente con un grado di efficienza causale così alto da rendere più che plausibile l'esclusione di fattori concomitanti o addirittura assorbenti. Il concetto di «rilevante probabilità» rifugge poi da valutazioni aprioristiche e non può essere ancorato esclusivamente alla determinazione quantitativa/statistica delle frequenze di classi di eventi (cosiddetta probabilità quantitativa o pascaliana, secondo cui il nesso causale sussiste solo quando una certa causa ha una probabilità maggiore del 50% di determinare l'evento), ma richiede una valutazione caso per caso, all'esito della quale potrà affermarsi che il nesso causale sussiste ogni qualvolta una certa causa ha una probabilità più alta rispetto ad altre cause aventi una probabilità inferiore (cosiddetta probabilità logica o baconiana); anche il 20% di probabilità può condurre pertanto a ritenere esistente il nesso causale se le altre possibili cause concorrenti hanno una probabilità inferiore. **Infine, occorre ricordare che il nesso causale è escluso quando interviene una causa autonoma e successiva che si inserisce nel processo causale in maniera eccezionale ed imprevedibile interrompendolo e non quando si verifica una causa successiva, che abbia soltanto accelerato un evento che si sarebbe comunque verificato, secondo una valutazione caratterizzata da un elevato grado di probabilità logica.** Per tale motivo, si è ritenuto, ad esempio, che il nesso di causalità sussista nel caso di ritardata diagnosi di tumore anche quando la morte del paziente fosse certa: perché non va considerata soltanto la morte del paziente ma anche il suo diritto di sopravvivenza per un tempo significativo dopo la morte e va considerata anche la perdita di chance terapeutiche dovute alla ritardata diagnosi (Cass. 50975/2017).



Ed è per questo che la malattia incurabile non scrimina la condotta del medico che per mesi abbia ritardato la corretta diagnosi perché il prolungamento della vita del paziente, anche solo di alcune settimane se non addirittura per anni, è un elemento che va considerato nella valutazione della responsabilità del medico sia in campo penale sia in campo civile (Cass. 50975/2017).

Tenuto conto di questi principi si perviene al rigetto della domanda per le seguenti dirimenti ragioni.

Anzitutto, per quanto riguarda l'inadempimento, le risultanze della ctu indurrebbero a ravvisare la violazione delle *leges artis*. Si legge infatti che è *verosimile ipotizzare che tali attenti controlli quotidiani non siano stati eseguiti con la dovuta accortezza, in quanto, al momento del ricovero presso l'ospedale di ..., l'infezione era così estesa da non potersi essere sviluppata immediatamente prima del trasferimento. In alternativa è verosimile ipotizzare che l'infezione sia stata inizialmente sottovalutata. Tutto ciò ha comportato il progredire dell'infezione e dello stato settico, con un tardivo ricorso alla toilette chirurgica, che probabilmente, se tempestivo, avrebbe modificato il decorso clinico, conclusosi con il decesso della paziente per infezione.*

Sul punto, peraltro, sempre secondo i CTU, le argomentazioni difensive svolte dalla convenuta sarebbero non condivisibili :...: *In merito alle Linee Guida Aziendali non risponde al vero che non le abbiamo considerate ma semplicemente abbiamo evidenziato che: "L'assunto che nelle linee Aziendali vi è l'abitudine di riportarle solo in caso di constatazione di positività, ebbene non giova, poiché in nessun caso nel corso dell'intera degenza viene riportata alcuna notazione sulla stomia; Ciò cozza contro l'evidenza clinica e per immagine già richiamate di "Area di necrosi cutanea peri-PEG rilevate il 10.5.16 all'ingresso al PS del PO di*

Ritiene in ogni caso il giudice di non doversi ulteriormente soffermare sul dedotto inadempimento in quanto le risultanze procedurali sono tali per cui non si può ritenere provato il nesso casuale nei termini richiesti dalla giurisprudenza come sopra richiamati.



In proposito si osserva che se da una parte la ctu reputi di indicare la causa della morte nella grave infezione non idoneamente trattata, anche assumendo che la stessa avrebbe avuto probabilmente lo stesso esito in soggetto esente da preesistenze, dall'altra non ha ritenuto di poter dare una risposta in merito all'aspettativa di vita (*per quanto attiene la possibile sopravvivenza non possiamo convenire con le ipotesi avanzate dai CTP di parte attrice circa la sopravvivenza equivalente alle tavole di mortalità all'epoca, poiché come ben sanno, le stesse andrebbero decurtate dalle comorbilità presenti sulla persona ed appunto, per quanto in atti, confermiamo di non avere indicazioni in tal senso, se non appunto confermare quanto già in precedenza in risposta ai CTP dei Convenuti che essa può al più indicarsi quale basso*) nel contempo assumendo e ribadendo che al momento dell'instaurarsi della sovra infezione, la F.D.C., presentava la perdita di tutte le autonomie psico-fisiche.

Si legge, infatti : *una corretta sorveglianza della stomia e pronti controlli emocolturali con antibiogrammi erano necessari ed indispensabili; qualora instaurati però non siamo in condizione di quantificare con certezza o forte probabilità i tempi di effettiva sopravvivenza.*

Ed ancora *Al quesito circa la specificazione se la morte sia sopraggiunta dopo un decorso nel quale il quadro clinico ha configurato menomazione anatomico-funzionale della paziente, questa quantificando secondo i criteri della medicina legale, rispondono i CTUU: La rilevata sovrainfezione sulla stomia ha determinato la sepsi che, nonostante le cure, ha comportato un peggioramento delle condizioni cliniche già compromesse al 100% per patologie preesistenti per "Quadro motorio di doppia severa paresi con plegia degli AA di Dx e tono muscolare flaccido, e paresi a Sn dove il deficit di forza è valutabile in F4 all'AS e F3 all'AI....Apparato sfinterico incontinente. La Pz è completamente dipendente nelle ADL) (Obiettività ingresso al S.A.)". Peggioramento protrattosi nei successivi 34 (trentaquattro) giorni di degenza per l'evoluzione della setticemia presso il PO di Atri, sino all'exitus.*

Ed ancora, al quesito relativo alla specificazione se vi sia stata accelerazione dell'evento morte, in tal caso determinando lo scarto temporale tra la durata della sopravvivenza effettiva e quella della sopravvivenza possibile in caso di terapie ed interventi corretti:

Ribadiamo quanto già al punto 6 e 7 circa la impossibilità di determinare nel caso di specie la sopravvivenza possibile.



In sostanza, il quadro disegnato dai Ctu induce a notevoli dubbi sulla sussistenza del nesso causale tra la morte della danneggiata e la condotta incongrua dei sanitari, alla stregua del criterio del più probabile che non. La prova del nesso causale manca anche in relazione al danno da temporanea. Conseguentemente ogni ulteriore danno invocato da parte attrice non può essere riconosciuto. Segue al rigetto della domanda la congrua compensazione delle spese del giudizio. Coerentemente le spese di ctu vanno poste a carico di ambo i contendenti in parte eguale.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, rigetta la domanda compensando le spese del giudizio.

Spese di ctu a carico delle parti in egual misura.

Pescara, 5 gennaio 2025

Il Giudice
dott. Rossana Villani

