



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI VITERBO

Sezione civile

in composizione monocratica, nella persona del Giudice, dott.ssa Caterina Mastropasqua, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di primo grado iscritto al n. 1387 del Ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2020, trattenuto in decisione all'udienza del 26 aprile 2023

tra

S.M. (c.f.), **D.M.** (c.f.) rappresentati e difesi dall'avv. Eddy Aloisi ed elettivamente domiciliati presso lo studio in Roma, via Alfredo Casella n. 31, giusta procura a margine dell'atto di citazione
attori

contro

ASL DI V. (P.iva), in persona del Direttore Generale Dott.ssa [omissis], rappresentata e difesa dall'avv. Alessandro Benedetti ed elettivamente domiciliata presso lo studio in Roma, Via Enrico Petrella n. 4, giusta procura in calce allacomparsa di costituzione

convenuto contumace

Oggetto: responsabilità professionale medica.

Conclusioni come da verbale dell'udienza del 26 aprile 2023 e da intendersi qui riportate.

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. Con atto di citazione ritualmente notificato, i sig.ri S.M. e D.M., in proprio e in qualità di eredi della loro madre V.P. deceduta il 17.6.2018, convenivano in giudizio la Ausl di V., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al fine di sentire accertare e dichiarare la responsabilità della parte convenuta in relazione al decesso di V.P., a causa delle



negligenti condotte del personale degli Ospedali di C.C. (“S. G.”) e di T., e, per l’effetto, sentirla condannare, altresì, al risarcimento dei danni patrimoniali e non, nella misura indicata o in quella di giustizia, con interessi e rivalutazione dal dì dell’evento fino all’effettivo saldo nonché vittoria dei compensi professionali da distrarsi in favore del procuratore dichiaratosi antistatario nell’atto di citazione.

A sostegno della domanda avanzata gli attori deducevano: che dopo un primo accesso, in data [omissis], della loro madre, V. P., all’epoca di anni 83, presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale S. G. di C. in conseguenza di una caduta accidentale in ambito domestico, ove, a fronte degli esami radiologici eseguiti, le veniva diagnosticato “*Trauma contusivo anca sinistra. Giorni 5 s.c.*”, in data [omissis], dato il persistere della sintomatologia algica locale associata a limitazione funzionale articolare, la paziente veniva trasportata in ambulanza presso il Pronto Soccorso del medesimo nosocomio ove, previa esecuzione di radiografia bacino ed anca sinistra, veniva posta diagnosi di “*Frattura sottocapitata testa femore sinistro. Giorni 30 s.c.*”; che, in ragione di detta frattura, in data [omissis], V.P. veniva sottoposta ad intervento chirurgico di endoprotesi non cementata dell’anca sinistra presso lo stesso nosocomio; che, verificato il corretto posizionamento della protesi, la P., veniva trasferita presso Casa di cura V.I. di S.M.C. per dare seguito della terapia riabilitativa prescritta dal nosocomio di C.C., vale a dire con deambulazione mediante ausili a carico progressivo; che tuttavia, nonostante le buone condizioni della paziente registrate all’ingresso della casa di cura, non lamentando alcuna compromissione neurologica cognitiva, del comportamento, della comunicazione, del linguaggio e sensoriale, durante il ricovero la stessa lamentava forti dolori all’arto inferiore accompagnati ad impotenza funzionale dello stesso in ragione della quale veniva sottoposta a terapia riabilitativa fuori carico e, successivamente, a nuovo controllo radiologico dal quale emergeva l’affossamento della protesi e la rottura del femore alla fine della protesi stessa, con conseguente trasferimento, in data [omissis] presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell’Ospedale Civile di T.; che in detto nosocomio, verificato l’affondamento della protesi e la presenza di una nuova frattura alla base dello stelo protesico, provvedevano, in data [omissis], a sottoporre la sig.ra P. ad un nuovo intervento chirurgico per la revisione dello stelo protesico ed apposizione di tre cerchiaggi e, in data [omissis], dimessa con prescrizione di terapia farmacologica e divieto di carico sull’arto inferiore sinistro per 30 giorni nonché nuovamente trasferita presso la Casa di Cura V.I. per il percorso riabilitativo, struttura presso la quale i sanitari verificarono l’iniziale stato di prostrazione della paziente, con lievi segni di deterioramento cognitivo ed eminenza spaziale; che, trascorsi 5 giorni dal ricovero presso la struttura riabilitativa, veniva dato atto che “*Per cause non note ha nuovamente*



sviluppato frattura del gran trocantere. Si ricovera per accertamenti e cure”, seguendo poi, in data [omissis], presso l’Ospedale Civile di T., ulteriore intervento chirurgico per la riduzione della frattura del femore sinistro con fissazione interna, intervento a seguito del quale, benché tecnicamente corretto, non seguirono gli esiti sperati, avendo contratto la paziente grave infezione, diagnosticata a fronte di una consulenza infettivologica eseguita in data [omissis] dalla quale emergeva *“Infezione della ferita chirurgica in seguito a reintervento ed applicazione di protesi con placca... la ferita si presenta con margini flogosati e secernente siero...”*, in conseguenza della quale veniva sottoposta ad un ulteriore intervento chirurgico, eseguito in data [omissis], di asportazione della protesi infetta ed *impianto di spaziatore antibiotato dalla cartella clinica del quale emergeva, in data [omissis], diagnosi di “osteomielite del femore e con tamponi ferita positivi per Pseudomonas aeruginosa”* con dimissioni in data [omissis] con prescrizione di medicazioni a giorni alterni, uso di tutore in adduzione, possibile assunzione di posizione seduta e controllo clinico il [omissis]; che, successivamente, in data [omissis] la paziente veniva ricoverata presso il reparto Ortopedia del *“Policlinico A. G.”* con diagnosi di *“Infezione spaziatore anca sinistra”*, emergenza che imponeva ai sanitari di sottoporla a due interventi chirurgici: in data [omissis] per la rimozione dello spaziatore infetto, in occasione del quale vennero eseguiti tamponi intraoperatori risultati positivi per Staphilococcus Aureus e Pseudomonas Aeruginosa, l’altro eseguito in data [omissis] per l’impianto di uno spaziatore antibiotato lungo, cementato nella diafisi femorale; che in data [omissis] la P. veniva definitivamente dimessa con prescrizione di terapia medica a domicilio in un quadro di definitivo ed irreversibile allettamento per l’impossibilità di eseguire una ri protesizzazione in conseguenza della persistente emergenza settica ormai cronicizzatasi ed evoluta in osteomielite; che la P., allettata con deterioramento cognitivo e disturbi comportamentali come diagnosticati nel tempo e con un complesso piano di assistenza domiciliare eseguito dai sanitari della Asl di V., i quali si recavano al suo domicilio in media tre volte la settimana, decedeva in data [omissis], con certificato di morte Istat dal quale si evinceva in merito alla *“sequenza di condizioni morbose o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte”* quanto segue: *”frattura femore sinistro – infezione Pseudomonas Aeruginosa recidivante – Alzheimer – Collasso Cardio Circolatorio irreversibile”* e nella sezione *“altri stati morbosì”* annotazione di *“Allettamento”*.

Ciò premesso parte attrice evidenziava che a fronte della complessa vicenda caratterizzata da esiti abnormi e incompatibili rispetto a quelli auspicabili in conseguenza delle attività poste in essere nella generalità dei casi per risolvere una semplice frattura di femore, erano stati promossi due giudizi ex art. 696 bis c.p.c. e art. 8 Legge n. 24/2017, l’uno, R.G. n. 1204/2017, ancora in vita la P., promosso anche dai figli, odierni attori, al fine di stabilire la sussistenza di inadempimenti qualificati (ivi



compresi quelli organizzativi, relativi al cedimento della catena di prevenzione delle infezioni ospedaliere) in capo ai sanitari che la ebbero in cura in diretto nesso causale con i gravi postumi che la medesima lamentava, e l'altro R.G. n. 3579/2018, deceduta quest'ultima e promosso dai soli figli della *de cuius*, per verificarne la riconducibilità del decesso ai comportamenti colposi, già riconosciuti in capo al personale delle strutture sanitarie facenti capo all'Azienda convenuta all'esito del primo accertamento tecnico, procedimenti conclusi, nonostante l'affidamento di entrambe le consulenze tecniche d'ufficio al medesimo ctu medico legale, nel secondo e più recente coadiuvato da uno specialista in Ortopedia con incarico peritale collegiale, con esiti tra loro incompatibili e contraddittori. Deducendo che tali discordanti conclusioni avevano compromesso la possibilità di addivenire ad una conciliazione tra le parti, gli attori rappresentavano di aver nuovamente adito l'autorità giudiziaria, a fronte della situazione di stallo creatasi e tenuto conto dell'esito negativo del procedimento di mediazione attivato in vista dell'odierno giudizio in data [omissis], attesa la sussistenza della responsabilità della Asl di V. quanto al decesso della sig.ra P., ovvero, in subordine, per le gravissime lesioni dalla medesima lamentate e subite che avevano caratterizzato i suoi ultimi anni di vita e concludevano, pertanto, chiedendo, *iure hereditatis* e in proprio, il risarcimento dei danni patrimoniali e non per i danni conseguenti agli inadempimenti dei sanitari dell'Ospedale di C. C. per l'inadeguata procedura chirurgica eseguita (protesi di anca non cementata a fronte di fragilità ossea) e per le improprie indicazioni alle dimissioni (carico progressivo sull'arto operato) e dei sanitari dell'Ospedale di T. i quali avevano omesso di approntare le cautele imposte per limitare il rischio di contrazione di infezioni.

Si costituiva in giudizio la Asl di V. contestando tutto quanto dedotto e richiesto dagli attori perché infondato, rappresentando invero che la paziente era stata sottoposta ad un corretto trattamento sanitario tecnico, assistenziale e chirurgico rappresentando l'insorgenza dell'infezione della ferita chirurgica da "*Pseudomonas Aeruginosa*" un evento imprevedibile avendo le strutture nosocomiali attuato ogni cautela e precauzione, funzionale, strutturale e di metodo, al fine di mantenere costante un'ottimale sanificazione della struttura, dei locali, degli ambienti, dei mezzi e del personale addetto e concludendo, pertanto, con la richiesta di rigetto della domanda attorea, o in subordine con una riduzione del *quantum debeatur*, con vittoria delle spese di lite.

Concessi i termini per le memorie ex art. 183, comma 6, c.p.c. all'esito, dato atto delle doglianze, in particolare di parte attrice, in ordine alle contraddizioni emerse nelle relazioni redatte all'esito dei due procedimenti già promossi ex art. 696 *bis* c.p.c. (l'uno, R.G. n. 1204/2017, avente ad oggetto la verifica della responsabilità medica quanto ai trattamenti sanitari riservati alla sig.ra V. P. e l'altro, R.G. n. 3579/2018, volto a verificare se il decesso sopravvenuto della sig.ra V. P. fosse



o meno collegato eziologicamente ai trattamenti sanitari ricevuti di cui al precedente procedimento), pur avendo fatto parte del collegio peritale del secondo procedimento il medesimo medico nominato quale unico ctu, medico legale, nel primo, i componenti del collegio peritale venivano chiamati a comparire per rendere chiarimenti e, in detta sede di udienza, veniva loro conferito incarico integrativo al fine di chiarire i profili di coordinamento tra i risultati delle due consulenze svolte nel procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c quanto alla valutazione della condotta dei sanitari nell'ambito dell'intervento chirurgico e del postoperatorio e per valutare se, e nel caso, in che percentuale l'incidenza dell'infezione contratta dalla P. in ordine al suo decesso anche in termini di concausalità efficiente dovesse ravvisarsi.

All'esito del deposito da parte del collegio peritale dell'integrazione della consulenza tecnica d'ufficio, la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni e, da ultimo, trattenuta in decisione all'udienza del [omissis] con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

2. Ai fini della valutazione della domanda avanzata dagli attori occorre osservare che, posto che questi hanno convenuto in giudizio la sola Asl di V. in ragione della asserita responsabilità delle strutture ospedaliere ad essa facenti capo e che ebbero in cura la sig.ra P., deceduta in data [omissis], tanto con riferimento all'eventuale responsabilità ascritta alla convenuta per gli errati interventi di natura ortopedica posti in essere nel 2013, in particolare da parte dei sanitari dell'Ospedale di C.C. per l'inadeguata procedura chirurgica eseguita (protesi di anca non cementata a fronte di fragilità ossea) e per le improprie indicazioni alle dimissioni (carico progressivo sull'arto operato), che per il decesso della medesima sig.ra P. nel 2018 a causa delle asserite omesse cautele imposte per limitare il rischio di contrazione di infezioni da parte dei sanitari dell'Ospedale di T., la natura della responsabilità dedotta è contrattuale.

Invero i principi che governano l'accertamento della responsabilità nell'ambito di un rapporto professionale medico, sono quelli derivanti dal rapporto contrattuale (o "da contatto") che si instaura anche di mero fatto con l'affidamento del paziente alle cure della struttura sanitaria, dando luogo ad un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che può ben essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico dell'ente, accanto a quelli di tipo *latu sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico adeguato alle prestazioni da fornire, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze. La responsabilità dell'ente nei confronti del paziente, nella sua natura così individuata, può dunque conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico e ne consegue che l'onere



probatorio è ripartito tra le parti nel senso che chi invoca la responsabilità della struttura sanitaria è onerato dalla prova dell'esistenza del rapporto professionale, o contratto, e dell'allegazione dell'inadempimento in ragione della specifica prestazione dedotta, mentre sulla struttura grava l'onere di provare che la prestazione è stata eseguita in modo diligente e che il mancato perseguimento del risultato sia stato determinato da un evento imprevedibile e imprevisto (cfr. Cass. n. 10297/04; Cass. 8826/2007; Cass. n. 13953/2007).

In virtù della natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, costituisce quindi onere della stessa provare la correttezza dell'operato del proprio personale sanitario secondo gli imposti criteri di diligenza e perizia, con la conseguenza che, ove sussista incertezza sull'operato, l'inadempimento deve essere accertato in base alla regola dell'onere probatorio; ricade, invece, a carico del paziente l'onere della prova del nesso causale, con i criteri della probabilità logica, generalmente fornita per presunzioni e mediante prova di fatti secondari.

Nella prospettiva dell'accertamento, dunque, la casualità civile è retta dalle medesime regole che presiedono alla verifica del nesso di causalità nel giudizio penale atteso che ciò che muta è lo standard probatorio necessario per l'affermazione della responsabilità; ed invero, mentre nel campo penale vige la regola della prova "*oltre il ragionevole dubbio*", nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "*più probabile che non*", stante la diversità dei valori in discussione e l'equivalenza delle posizioni delle parti contendenti nel processo civile (cfr. Cass. S.U. n. 580/2008; Cass. n. 21619 del 2007). Sul fronte della colpa, la responsabilità medica postula la violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività sanitaria, tra i quali quello della diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività, essendo tenuto il medico alla diligenza del debitore qualificato prevista dall'art. 1176, secondo comma, c.c. e, dunque, al rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica.

Tale natura di responsabilità contrattuale è quella poi scelta dal legislatore con la riforma attuata dalla legge 8 marzo 2017 n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", entrata in vigore il 1° aprile 2017 e applicabile, dunque, sempre al caso di specie tenuto conto che l'evento dedotto dell'*exitus* si è verificato successivamente all'entrata in vigore della legge c.d. Gelli. In particolare, all'art. 7 della legge n. 24/2017 ha inquadrato la responsabilità della struttura ospedaliera quale responsabilità contrattuale, in ragione dell'avvenuta stipulazione del contratto atipico di ospedalità, mediante l'acquisizione del consenso, anche implicito (accettazione) del paziente in ragione del quale, per l'effetto, la struttura e la Asl di riferimento risponderà ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., avendo invece codificato e chiarito, diversamente, in relazione alla responsabilità del medico, una



“decontrattualizzazione”, con natura della responsabilità attribuibile a quest’ultimo di natura extracontrattuale o aquiliana, salvo l’ipotesi della sussistenza di un pregresso contratto d’opera professionale stipulato con il paziente. Inoltre, il rapporto tra paziente e la struttura sanitaria esplica i suoi effetti tra le sole parti del contratto, sicché l’inadempimento della struttura genera responsabilità contrattuale esclusivamente nei confronti dell’assistito, che può essere fatta valere dai suoi congiunti “*iure hereditario*”, senza che questi ultimi invece, possano agire a titolo contrattuale “*iure proprio*” per i danni da loro patiti. In particolare, non è configurabile, in linea generale, in favore di detti congiunti, un contratto con effetti protettivi del terzo (Cass., n. 14615/2020).

Pertanto, mentre per i danni invocati *iure hereditatis* (danno biologico terminale), in virtù della natura contrattuale della struttura sanitaria, costituisce onere del personale sanitario provare la correttezza del proprio operato secondo gli imposti criteri di diligenza e perizia, con la conseguenza che, ove sussista incertezza sull’operato, l’inadempimento deve essere accertato in base alla regola dell’onere probatorio, per i danni invocati “*iure proprio*” da parte attrice, la responsabilità della struttura sanitaria è qualificabile come extracontrattuale (Cass., n.21404/2021) (danno da perdita parentale).

Ciò posto, tali essendo le coordinate normative ed interpretative sulla base delle quali va ricercata la soluzione del caso in esame, la posizione processuale delle parti deve essere valutata secondo quanto di seguito precisato.

Ebbene, risulta provato dalla documentazione in atti, la sussistenza del rapporto di prestazione professionale medica presso le strutture ospedaliere di C. C. e T., riferibile all’Azienda sanitaria locale di V. e parimenti l’effettuazione degli interventi chirurgici narrati da parte attrice.

Tuttavia, dalla documentazione in atti non risulta sufficientemente provato il nesso causale che lega l’evento (peggioramento delle condizioni di vita della P. e successivo decesso) con la condotta tenuta dai sanitari.

Invero, all’esito del procedimento R.G. n. 3579/2018, cui è seguita consulenza tecnica d’ufficio di integrazione dell’elaborato peritale disposta in questo procedimento, nell’ambito della procedura chirurgica, nonostante siano state rilevate condotte negligenti da parte dei sanitari, è stato accertato che queste non hanno avuto conseguenze rispetto all’ulteriore lamentato decorso, non ponendosi in rapporto eziologico diretto né con quanto poi vissuto dalla paziente, né con il decesso della stessa.

In particolare, le mancanze ravvisate, e individuate nella mancata diagnosi iniziale di frattura sottocapitata del femore sinistro non rilevata al primo accesso al Pronto Soccorso dell’Ospedale di C. C. avvenuto in data [omissis], evidenziata, invece, solo al successivo accesso in pronto soccorso del [omissis], e la circostanza che “*sarebbe stata buona pratica medica impiantare una protesi*



cementata alla luce del riscontro della complicanza intraoperatoria”, rispetto all’applicazione di un’artoprotesi non cementata, sono state ritenute non determinanti o incidenti sull’evoluzione successiva della situazione della paziente considerato che il collegio dei ctu ha concluso nel senso che “Non si ritiene che il ritardo nell’esecuzione dell’intervento dovuto alla mancata iniziale diagnosi abbia al fine arrecato maggior danno alla paziente” e che “Riguardo alla cementazione o meno, non risultano precise indicazioni nelle principali linee guida nè dati univoci nella recente letteratura internazionale. Nel caso in esame è stato utilizzato un impianto rivestito di idrossiapatite che consente una maggiore osteointegrazione, ma sia per l’età che per l’insorta complicanza intraoperatoria, sarebbe stata buona pratica utilizzare una protesi cementata. Si ritiene opportuno precisare che dalla analisi della documentazione sanitaria visionata, l’aver utilizzato una protesi non cementata non è da considerare causa dei successivi interventi chirurgici, dato che le indagini radiografiche post operatorie e quelle eseguite il [omissis], presso [omissis], mostrano una protesi normoposizionata e priva di complicazioni” e altresì che “Durante il ricovero presso Villa Immacolata, in data 30/04/13 viene effettuato un esame radiografico che mostra una frattura periprotetica in sede diafisaria e per tale motivo la paziente è stata trasferita all’Ospedale di [omissis]. Nella cartella clinica di [omissis] non viene citata alcuna causa di suddetta frattura, mentre nella cartella clinica dell’Ospedale di [omissis] viene citata nel frontespizio “caduta accidentale” e nel foglio di anamnesi si riporta “riferisce caduta accidentale ... femore sx..”. Non è possibile, pertanto, poter accertare con assoluta certezza la causa che ha determinato la frattura: tale tipologia di frattura, è bene precisare, richiede una causa traumatica che, nel caso di persona anziana, può essere anche di lieve entità, come ad esempio una manovra forzata e/o incongrua, il semplice scivolare da una sedia. Tale frattura comporta comunque una instabilità della protesi e l’intervento chirurgico di revisione protesica e sintesi appare adeguato e correttamente eseguito” (cfr. pag. 5 e 6 elaborato peritale del [omissis] depositato nel procedimento R.G. n. 3579/2018) e che in sede di consulenza integrativa gli stessi componenti del collegio peritale, dott. Alfredo Borghetti, medico legale, e dott. Marco Cianfanelli, specialista in ortopedia, hanno precisato che “Quanto alla condotta dei sanitari riguardo gli interventi di natura ortopedica cui venne sottoposta la signora [omissis] si ribadisce che nonostante non siano state sempre osservate le buone regole di prudenza e diligenza con particolare riferimento alla mancata diagnosi iniziale di frattura sottocapitata del femore sinistro, sia la mancata cementazione della protesi di anca in occasione dell’intervento chirurgico del [omissis] non riteniamo che tali mancanze possono aver influito sul decorso post operatorio e sugli iniziali esiti invalidanti accertati in occasione del primo accertamento tecnico né al successivo decesso” (cfr. pag. 2 elaborato peritale depositato in data [omissis]), avendo invero i ctu chiarito che “la verosimile



contraria conclusione cui il dottor Borghetti era giunto in occasione del primo accertamento tecnico [n.d.r. R.G. n. 1204/2017] circa il riconoscimento della responsabilità addebitata ai sanitari per tale peculiare aspetto, essa fu dovuta al solo studio dei documenti e cartelle cliniche e non anche delle immagini radiografiche acquisite solo in occasione del secondo accertamento tecnico” dalle quali è invece emerso il corretto posizionamento della protesi.

Se dunque non può ascriversi alcuna responsabilità a parte convenuta con riferimento agli interventi in ambito ortopedico cui è stata sottoposta la *de cuius*, complessivamente correttamente eseguiti e, laddove registrate mancanze, ininfluenti rispetto alle condizioni poi scaturite in capo alla paziente e non in nesso causale con le conseguenze lamentate, relativamente all’infezione da “*pseudomonas aeruginosa multiresistente*”, tutte e tre le perizie hanno confermato l’origine nosocomiale della stessa tuttavia senza concludere nel senso della determinazione dell’insorgenza in ragione di una condotta dei sanitari colpevole o comunque non conforme alle linee guida per prevenirla.

In particolare, le risultanze cui alla consulenza svolta nell’ambito del procedimento R.G. n. 1204/2017 che l’aveva individuata come “*una possibile complicanza del trattamento chirurgico di revisione protesica eseguita presso l’Ospedale di [omissis]*”, tuttavia, già nel 2017, sottolineando che lo stato cachettico in cui versava la paziente fosse indipendente dai postumi della frattura trattata e che “*Le cause dell’insorgenza, durante il ricovero presso l’U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell’Ospedale di [omissis], di infezione da Pseudomonas Arginosa rientra nelle infezioni nosocomiali (Le infezioni ospedaliere sono la complicanza più frequente e grave dell’assistenza sanitaria. Si definiscono così infatti le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell’ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione). Essa si è verificata indipendentemente dal contegno tenuto dai medici viterbesi e da considerarsi una possibile complicanza del trattamento chirurgico di revisione protesica eseguito*” (cfr. pag. nn. 16, 17 elaborato peritale dott. Borghetti dell’[omissis]).

Anche le risultanze di cui alla consulenza collegiale disposta nel procedimento R.G. n. 3579/2018, pur chiarendo l’importanza dell’insorgenza del quadro infettivo e della circostanza che la paziente era stata sottoposta ad ulteriori e necessari interventi chirurgici, ha altresì precisato che “*come si evince dalla analisi delle cartelle cliniche dell’Ospedale di [omissis] e di [omissis], in occasione degli interventi chirurgici eseguiti risulta essere stata somministrata profilassi antibiotica preoperatoria. Ciò in accordo con le principali linee guida (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Infectious Disease Society of America, National Institute for Health and Care Excellence), che evidenziano come lo scopo della profilassi antibiotica sia quello di ridurre l’incidenza di infezione del sito chirurgico; non rappresenta un tentativo di sterilizzare i*



tessuti, ma di ridurre la crescita batterica secondaria alla eventuale contaminazione intraoperatoria e a un livello che possa essere contenuta dalle difese immunitarie del paziente. La sopraggiunta infezione ha determinato la necessità di ulteriori interventi ma le successive patologie riportate nelle osservazioni di parte attrice risultano indipendenti dalle fratture trattate presso gli Ospedali di [omissis] e [omissis], come già affermato nella precedente relazione peritale del Dott.Borghetti” (cfr. pag. 14 e 15 del [omissis] depositato nel procedimento R.G. n. 3579/2018).

Anche nella relazione integrativa redatta in questo giudizio è stato evidenziato che *“l’infezione da “Pseudomonas aeruginosa” è una tipica infezione nosocomiale che si contrae nella maggior parte dei casi in ambiente ospedaliero. Si tratta di un patogeno opportunista che colpisce soprattutto persone con difese immunitarie o barriere fisiche (pelle o mucose) compromesse. Detti postumi che tuttavia a fronte della successiva infausta evoluzione del quadro clinico debbono più correttamente inquadrarsi nell’ambito della inabilità temporanea assoluta protrattasi dal giorno della contrazione dell’infezione fino al decesso che dunque deve essere posto il rapporto eziologico diretto con la detta infezione Dalla documentazione presente agli atti non è possibile stabilire in termini percentuali l’incidenza dell’infezione contratta dalla sig.ra [omissis] in ordine al suo decesso”* (cfr. relazione integrativa depositata in data [omissis]); tuttavia la circostanza che tale infezione abbia natura nosocomiale non implica che la stessa sia insorta per una condotta colposa, commissiva od omissiva, dei sanitari, essendo anzi emerso dalle consulenze svolte l’esclusione di tale condotta colpevole, trattandosi invero di una delle possibili complicanze del trattamento chirurgico cui è stata sottoposta la *de cuius*, e della quale risulta contrastata l’insorgenza mediante la somministrazione di profilassi antibiotica preoperatoria in accordo con le principali linee guida evidenzianti come lo scopo della profilassi antibiotica sia quello di ridurre l’incidenza di infezione del sito chirurgico, e ciò tenuto conto che proprio la circostanza che dalla analisi delle cartelle cliniche dell’Ospedale di [omissis] e di [omissis] risulti che in occasione degli interventi chirurgici eseguiti sia stata somministrata la terapia prevista per ridurre l’incidenza dell’infezione del sito chirurgico dimostrano che i sanitari abbiano posto in essere tutte le condotte previste al fine di prevenire dette infezioni, considerato che il mero riferimento ad una infezione di origine nosocomiale non è sufficiente per ritenere dimostrato che tale infezione sia derivata da omissioni del personale sanitario, essendo compreso nel novero delle infezioni nosocomiali ogni infezione contratta in ambito ospedaliero, senza che per detta ragione possa presumersi un’automatica violazione, da parte dei medici o del personale sanitario, di regole di diligenza, prudenza, o in generale di regole cautelari che nel caso di specie risultano rispettate per come accertato dai consulenti tecnici d’ufficio. Deve al riguardo poi anche considerarsi che nel consenso informato consegnato e sottoscritto per l’intervento eseguito nel luglio 2013, come del resto per quello



dell'intervento del maggio 2013, (cfr. doc. n. 11 seconda parte fascicolo parte attrice) si legge, infatti, che costituiscono complicanze e rischi generici dell'intervento di rimozione protesi e posizionamento spaziatore proprio le infezioni, indicate al primo posto nelle possibili complicanze dell'intervento, in un ordine che può trovare giustificazione nella frequenza statistica di verifica, non potendosi dunque ravvisare per tutto quanto sopra, negligenze professionali, né nesso causale tra la condotta, omissiva o commissiva, dei sanitari quanto all'insorgenza delle infezioni e alla conseguente compromissione delle capacità della paziente e ai postumi invalidanti dalla stessa sofferti né con riferimento al successivo decesso della stessa avendo invero parte convenuta dato prova di aver altresì adottato anche gli strumenti organizzativi generali idonei a prevenire le infezioni ospedaliere, come evincibile dalla documentazione depositata in atti (cfr. allegati memorie istruttorie ex art. 183, comma 6, n. 2, c.p.c. parte convenuta).

Ciò posto, alla luce della documentazione in atti e degli elaborati dei consulenti d'ufficio, le condizioni della paziente e il successivo decesso non risultano in nesso causale con la condotta dei sanitari in ordine alla quale non sono state ravvisate negligenze rilevanti per il caso in esame, con conseguente rigetto della domanda attorea.

Le spese di lite, liquidate come in dispositivo in base al D.M. n. 55 del 2014 e s.m.i. secondo lo scaglione di riferimento per il valore della causa come dichiarato, e con applicazione dei valori inferiori ai medi considera la ridotta attività di trattazione e istruttoria espletata, seguono la soccombenza e vengono pertanto poste a carico delle parti attrici.

Le spese della ctu collegiale integrativa, già liquidate con separati decreti, vengono poste definitivamente a carico delle parti attrici.

P.Q.M.

Il Tribunale di Viterbo, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda ed eccezione disattesa, così provvede:

- rigetta la domanda di parte attrice;
- condanna gli attori, S.M. e D.M., alla rifusione delle spese di lite in favore di parte convenuta, A.U.S.L. di V., in persona del Direttore Generale *pro tempore*, liquidandole in complessivi € 18.500,00, oltre spese generali forfettarie al 15%, iva e cpa come per legge;
- pone le spese della ctu integrativa definitivamente a carico di parte attrice.

Così deciso in Viterbo, 13 novembre 2023

Il Giudice
dott.ssa Caterina Mastropasqua

