

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA
TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

Il Giudice Unico Dott.ssa Amelia Pellettieri nella causa **N.R.G. 23121/2017** pervenuta all'udienza del 4 novembre 2021 per la spedizione a sentenza , vertente tra:

S. I. nata a omissis il omissis, S. M. nata a omissis il omissis, S. D. nata a omissis il omissis, A. I. nata ad omissis il omissis, in proprio e quali eredi di S. Z., deceduto a omissis l' omissis, difese giusta delega in atti dagli Avv. ti M. Grasso e S. Fatone nonché per la sola A. I. anche dall'Avv. R. Nicodemi

ATTRICI

E

A. P. F. nato a omissis il omissis, quale erede di S. A. , difeso giusta delega in atti dall'Avv. R. Riedi
CONVENUTO

ASL RM 2 0665151000, difesa giusta delega in atti dagli Avv.ti F. Dell'Orso e M. Micheli
CONVENUTA

V. S. s.r.l. omissis , difesa giusta delega in atti dagli Avv.ti G. M. Cocconi e M. Calamonieri
CONVENUTA

Nonché

Unipolsai Assicurazioni s.p.a. 00818570012 , difesa giusta delega in atti dall'Avv. A. Raso
TERZO CHIAMATO su istanza di V. S. s.r.l.

Unipolsai Assicurazioni s.p.a. 00818570012 , difesa giusta delega in atti dall'Avv. F. Alberici
TERZO CHIAMATO su istanza di A. P. F.

OGGETTO: responsabilità sanitaria – morte del paziente – prescrizione del diritto al risarcimento del danno in capo ai congiunti in riferimento alla perdita del rapporto parentale – rapporti tra giudizio civile e giudizio penale

CONCLUSIONI: come precisate all'udienza del 4 novembre 2021 con note di trattazione scritta
Ha pronunciato

SENTENZA

MOTIVI DELLA DECISIONE

In via pregiudiziale si precisa che la presente sentenza viene redatta secondo lo schema contenutistico delineato dagli artt. 132 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c., come modificato dalla legge 69/2009 , e quindi con omissione dello svolgimento del processo ed espressione succinta delle ragioni di fatto e di diritto della decisione ; si premette la conoscenza dell' atto di citazione , della comparsa di costituzione e risposta delle parti convenute e dei terzi chiamati , delle memorie autorizzate nonché di tutti gli atti e documenti di causa che in questa sede integralmente si richiamano .

Le attrici analiticamente indicate in epigrafe, premesso : che in data 2 maggio 2000 S. Z. (coniuge e padre delle odierne attrici) si presentava al Pronto Soccorso della Casa di Cura V. S. a causa di uno stato febbrile elevato da circa una settimana ; che la dottoressa S. A., specializzata in cardiologia, che prestava la propria

opera professionale presso la suddetta Struttura e che visitava il S., diagnosticava "*stato febbrile elevato di natura da determinarsi*", evidenziando anche una leucocitosi neutrofila e, pertanto, ne disponeva il ricovero; che al momento del ricovero la dottoressa S. non effettuava una corretta anamnesi del paziente, omettendo di riportare nella cartella clinica che il suddetto riferiva che il 20 aprile 2000 aveva subito una estrazione dentaria; che tale omissione aveva impedito di effettuare una corretta programmazione delle analisi da effettuare, al fine di individuare l'esatta natura della fonte febbrile; che all'atto del ricovero il paziente veniva sottoposto ad ecocardiogramma, che evidenziava "*atrio sinistro lievemente ingrandito; sclerosi dell'apparato valvolare mitralico con conservato movimento di apertura dei lembi... Lieve falda di versamento pericardico in sede anteriore. Al doppler: lieve stenosi valvolare aortica con insufficienza di grado medio. Insufficienza mitralica lieve media. Profilo del flusso intravalvolare mitralico come da alterata fase di rilasciamento ventricolare sinistro. Conclusioni: stenosi valvolare aortica di grado lieve con insufficienza di media entità; immagini ecogene sul margine libero delle semilunari verosimilmente da riferire a piccole calcificazioni... Atrio sinistro lievemente ingrandito. Sclerosi valvolare mitralica con insufficienza di grado lieve medio. Profilo del flusso transvalvolare mitralico come da alterata fase di rilasciamento ventricolare sinistro. Lieve falda di versamento pericardico in sede anteriore... **Si consiglia esame ecocardiografico transesofageo**" (vedi relativa cartella clinica in atti); che visitato il S. dal dottor Sergio Beni, cardiologo, anche quest'ultimo consigliava un esame cardiografico transesofageo, in quanto il quadro risultava compatibile con un'endocardite batterica; che il predetto suggerimento diagnostico veniva ignorato dalla dottoressa S. che ometteva di prescrivere tale accertamento; che in data 5 maggio 2000, effettuata consulenza infettivologica del professor M. - il quale prescriveva, modificando quella precedentemente indicata, terapia antibiotica - , veniva ribadita la necessità di effettuare un ecocardiogramma transesofageo; che anche il suggerimento dell'infettivologo veniva disatteso dalla dottoressa S.; che, inoltre, quest'ultima, del tutto inopinatamente, sospendeva la terapia antibiotica dal 9 al 14 maggio 2000, giorno in cui il paziente veniva trasferito presso l'Ospedale Sant'Eugenio di Roma; che, infine, nella cartella clinica aperta presso la Casa di Cura V. S. non vi era traccia di emocolture, sia in termini di richiesta dei ridetti esami sia in termini di risultati delle stesse; che la condotta omissiva tenuta dalla dottoressa S. (in riferimento alla omessa annotazione in cartella del dato anamnestico dell'estrazione dentaria; alla sospensione della terapia antibiotica per cinque giorni, nonostante la persistenza dello stato febbrile; alla mancanza delle emocolture; alla omessa sottoposizione del paziente ad ecocardiogramma transesofageo) aveva avuto efficacia causale determinante del decesso del paziente; che in data 14 maggio 2000 il paziente veniva trasferito all'Ospedale Sant'Eugenio di Roma presso il Reparto di Rianimazione, persistendo lo stato febbrile, e in cartella clinica veniva annotata- tra i dati anamnestici - l'estrazione dentaria del 20 aprile 2000; che all'atto del ricovero presso il Sant'Eugenio i medici testualmente refertavano: "*considerando il peggioramento del quadro sintomatologico e clinico, in data odierna, alle 16:00 il paziente viene ricoverato presso questo centro di rianimazione presentando quadro clinico dominato da dispnea, tachicardia, edemi declivi, iperpiresia, si procede con accertamenti clinici... d'urgenza*" (vedi cartella clinica, documento 2 fascicolo di parte attrice); che a seguito dei primi accertamenti eseguiti presso il Sant'Eugenio veniva rilevato uno "*scompenso cardiocircolatorio acuto e sospetta endocardite*"; che presso il Sant'Eugenio venivano effettuate emocolture che risultavano positive per stafilococcus epidermidis e venivano poi riscontrati dei focolai broncopneumatici bilaterali e delle vegetazioni cardiache; che il paziente veniva sottoposto a terapia antibiotica più efficace rispetto a quella somministrata a V. S.; che, tuttavia, la patologia cardiaca precedentemente rilevata presso V. S. non era oggetto di approfondimento da parte del personale sanitario dell'Ospedale Sant'Eugenio, in quanto non veniva prescritta una consulenza cardiocirurgica, utile al fine di predisporre un trattamento chirurgico della sospetta endocardite, che fosse di supporto a quello medico oltre che volto ad arginare la degenerazione della sepsi; che in data 7 giugno 2000 ,a causa del persistere dello stato febbrile, veniva ulteriormente modificata la terapia antibiotica, somministrando Ciprofloxacina e Doxiciclina; che in data 8 giugno 2000 veniva praticata al paziente una tracheotomia per la respirazione assistita; che il quadro clinico continuava a peggiorare a causa della grave compromissione degli organi vitali del paziente fino ad arrivare al decesso dell'11 giugno 2000, decesso determinato dallo shock settico, che a sua volta aveva provocato un'insufficienza cardiorespiratoria e renale irreversibile; che era stato instaurato procedimento penale, nell'ambito del quale A. I. , S. I. e S. D. si erano costituite parte civile, conclusosi, in primo grado, con sentenza di condanna di S. A. per il reato di omicidio colposo (v. sentenza di primo grado in atti) , sentenza poi riformata in appello con assoluzione dell'imputata ai sensi dell'articolo 530 comma 2 c.p.p.*

"perché il fatto non sussiste" (v. sentenza della Corte di Appello di Roma , in atti) ; che era configurabile la responsabilità della dottoressa S. , della Casa di Cura V. S. e della Asl RM 2 (ove era ricompreso l'Ospedale Sant'Eugenio) per non aver,la prima, prescritto l'ecocardiogramma transesofageo, pure consigliato dal cardiologo e dall'infettivologo, per aver sospeso la terapia antibiotica per cinque giorni, per non aver effettuato le prescritte emocolture in presenza di persistente stato febbrile, per non aver annotato in cartella clinica un rilevante dato anamnestico del paziente; per non essere dotata, la seconda, di un reparto di rianimazione idoneo a fronteggiare la situazione del paziente; per non avere il personale sanitario dell'Ospedale Sant'Eugenio prescritto gli approfondimenti del caso ,con particolare riferimento alla consulenza cardiocirurgica; tutto ciò premesso, hanno convenuto in giudizio A. P. F., quale erede di S. A., V. S. S.r.l. e la Asl RM 2 per sentirli condannare in solido, o limitatamente alla quota di responsabilità accertata all'esito del giudizio, al risarcimento dei danni non patrimoniali e patrimoniali derivanti dalla morte del congiunto, il tutto previo accertamento della responsabilità delle parti convenute. A. P. F. , quale erede di S. A. , costituitosi tempestivamente in giudizio (prima udienza fissata ex art. 168 comma 5 c.p.c. al 4 ottobre 2017 e costituzione del 13 settembre 2017) , ha eccepito la inammissibilità della domanda proposta nei suoi confronti da A. I., essendo intervenuta in altro giudizio transazione tra quest'ultima , la Unipol e S. A. ; ha in secondo luogo eccepito la prescrizione quinquennale del diritto risarcitorio azionato dalla figlia del de cuius S. M., in considerazione del fatto che la suddetta non risultava costituita parte civile nel parallelo processo penale a carico di S. A., e che i primi atti interruttivi del termine prescrizione risalivano al 2015 a fronte dell'evento morte occorso in data 11 giugno 2000; ha , inoltre, eccepito la inammissibilità della domanda risarcitoria in considerazione del fatto che la sentenza penale di assoluzione emessa nei confronti di S. A. dalla Corte di Appello di Roma (sentenza passata in giudicato) faceva stato nel giudizio civile risarcitorio a norma dell'art. 652 comma 1 c.p.p. ; nel merito ha contestato la domanda risarcitoria nell' an e nel quantum , instando per il rigetto della medesima ,ovvero in subordine, perché fosse la Unipolsai Assicurazioni s.p.a., della quale chiedeva essere autorizzato alla chiamata in causa, dichiarata tenuta a manlevare esso convenuto in caso di accoglimento della domanda risarcitoria.

V. S. s.r.l. , costituitasi tempestivamente (costituzione del 14.9.2017) , ha eccepito in via preliminare la prescrizione del diritto delle attrici al risarcimento del danno , in considerazione del fatto che ad essa Struttura non era pervenuta prima del 2015 alcuna richiesta di risarcimento del danno; nel merito ha contestato la domanda risarcitoria nell' an e nel quantum , instando per il rigetto della medesima ,ovvero in subordine, perché fosse la Unipolsai Assicurazioni s.p.a., della quale chiedeva essere autorizzata alla chiamata in causa, dichiarata tenuta a manlevare essa convenuta in caso di accoglimento della domanda risarcitoria.

ASL RM 2, costituitasi tempestivamente (costituzione del 13.9.2017) , ha eccepito la prescrizione del diritto ex adverso azionato ; nel merito ha contestato la domanda risarcitoria, deducendo che il paziente all'atto del trasferimento al S. Eugenio si trovava in condizioni gravissime ed irreversibili,e che presso la Struttura erano stati eseguiti sia l'ecocardiogramma transesofageo che le emocolture; ha quindi concluso per il rigetto della domanda risarcitoria .

Autorizzata la chiamata in causa si è costituita la Unipolsai Assicurazioni s.p.a. sia quale assicuratore dell'A. che di V. S. s.p.a. , a ministero di due distinti procuratori, evidenziando il limite di massimale per i rispettivi contratti assicurativi , e facendo proprie le deduzioni e le conclusioni dei rispettivi assicurati. In sede di memoria di precisazione della domanda parte attrice ha esteso la domanda risarcitoria nei confronti dei terzi chiamati .

Così sia pure sinteticamente delineato il tema del decidere , ferma la procedibilità della domanda (come da verbale di mediazione con esito negativo in atti) , va anzitutto esaminata la posizione di A. I. in relazione alla domanda risarcitoria azionata nei confronti dell'A. quale erede di S. A. e della Unipolsai Assicurazioni s.p.a. .

In riferimento a tale profilo, come peraltro dichiarato nelle premesse del libello introduttivo , è intervenuta nell'ambito del giudizio incardinato presso il Tribunale di Roma avente n.r.g. 7416/2013 ,promosso da A. I. nei confronti di S. A. , transazione tra la A. e la Unipolsai Ass.ni (con la quale la S. aveva contratto polizza per la relativa assicurazione professionale e nei confronti della quale era stato esteso il contraddittorio su istanza della assicurata) , in forza della quale la prima ebbe a percepire da Unipolsai la somma di € 95.965,00 e , conseguentemente, ad abbandonare il giudizio .

Essendo dunque intervenuta transazione nei termini di cui sopra, verrà esaminata esclusivamente , quanto

alla posizione della moglie di S. Z., la domanda risarcitoria da costei promossa nei confronti di V. S. s.r.l. e della ASL RM 2 .

Compiuta tale doverosa precisazione , va evidenziato che l'eccezione di prescrizione sollevata da V. S. e dalla ASL RM 2 , entrambe costitutesi tempestivamente in giudizio, è fondata e preclude l'esame , nel merito , della domanda risarcitoria.

Devesi preliminarmente evidenziare che il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'articolo 1372 comma 2 c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria avanzata dei congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale, con l'ulteriore corollario della applicabilità del termine di prescrizione quinquennale di cui all'articolo 2947 c.c. (Cass. 14258/2020; 21404/2021; 11320/2022).

Nella fattispecie , tenuto conto del fatto che l'evento morte risale all'11 giugno 2000; considerato che il processo penale per omicidio colposo , ove la A. ebbe a costituirsi parte civile, ha visto quale imputato unicamente S. A., senza alcun coinvolgimento delle due Strutture che ebbero in cura il S., il termine prescrizionale risulta ampiamente decorso , in considerazione del fatto che la prima richiesta di risarcimento del danno da parte della moglie del de cuius risale alla r.a.r. inviata a V. S. s.r.l. e all'Ospedale S. Eugenio- ASL RM C in data 23 marzo 2015 , missiva ricevuta da V. S. il 26 marzo 2015 e dal S. Eugenio il 2 aprile 2015 (cfr. docc. 18.1 e 18.2 allegati al fascicolo di parte attrice) , quando il termine di prescrizione era già irrimediabilmente decorso .

Venendo ora a considerare il diritto risarcitorio delle figlie del de cuius azionato da queste ultime (anche) nei confronti di V. S. e della ASL RM 2 , l'eccezione di prescrizione sollevata da V. S. e da ASL RM 2 è del pari fondata , avuto riguardo al fatto che il processo penale , ove S. I. e S. D. ebbero a costituirsi parte civile, ha riguardato solo S. A. , ma non le Strutture sanitarie, e che la prima richiesta di risarcimento del danno da parte delle figlie del de cuius risale alla r.a.r. inviata a V. S. s.r.l. e all'Ospedale S. Eugenio-ASL RM C in data 19 marzo 2015 , missiva ricevuta da V. S. il 26 marzo 2015 e dal S. Eugenio il 24 marzo 2015 (cfr. doc. 17 allegato al fascicolo di parte attrice) , quando il termine di prescrizione era già irrimediabilmente decorso .

Per le considerazioni che precedono va dichiarato prescritto il diritto risarcitorio azionato da A. I. , D. , M. e I. S. nei confronti di V. S. s.r.l. e della ASL RM 2 .

Venendo ora a considerare la domanda risarcitoria azionata dalle figlie di S. Z. nei confronti dell'A., quale erede di S. A., occorre scindere la posizione di M. S. da quella di I. e D. S. .

L'eccezione di prescrizione sollevata dal ridetto convenuto si appalesa fondata in riferimento al diritto risarcitorio esercitato da M. S. nei suoi confronti, in considerazione del fatto che quest' ultima, come peraltro indicato nella sentenza penale di primo grado e nella sentenza di appello- dove si dà atto della avvenuta costituzione di parte civile per A. I. , S. I. e S. D. - , mai ebbe a costituirsi parte civile nel parallelo processo penale , costituzione che avrebbe evidentemente avuto valenza interruttiva della prescrizione; va evidenziato al riguardo che M. S. in tutti gli atti del procedimento penale viene sempre qualificata come "persona offesa" e non come parte civile .

Rileva il Tribunale che la prima richiesta di risarcimento danni da parte di M. S. nei confronti dell'A. è contenuta nella r.a.r. spedita il 19 marzo 2015 e dall'odierno convenuto ricevuta in data 25 marzo 2015 (doc. 17 allegato al fasc. parte attrice) , sicchè il termine quinquennale risulta ampiamente decorso .

Deve pertanto dichiararsi prescritto il diritto azionato da M. S. nei confronti di A. P. F. quale erede di S. A. .

Il diritto azionato da S. I. e S. D. nei confronti dell'A. non è invece prescritto, avuto riguardo alla intervenuta costituzione di parte civile di queste ultime nel parallelo processo penale , conclusosi in secondo grado con sentenza di assoluzione della imputata S. ai sensi dell'art. 530 comma 2 c.p.p. perché il fatto non sussiste ; la sentenza della Corte di Appello di Roma (doc. 7 fasc. parte attrice) , pubblicata il 22 giugno 2010 non è stata impugnata con ricorso per cassazione , ed è quindi passata in giudicato in data 6 agosto 2010 siccome non appellata nei 45 gg successivi al deposito .

Il termine prescrizionale quinquennale decorre dunque a norma dell'art. 2947 comma 3 c.c. dalla data in cui la sentenza penale è divenuta irrevocabile .

Nel caso che ci occupa D. e I. S. hanno interrotto efficacemente la prescrizione prima del decorso dei

cinque anni, avendo inviato richiesta di risarcimento danni all'A. con r.a.r. spedita il 19 marzo 2015, ricevuta dall'odierno convenuto in data 25 marzo 2015 (cfr. ancora doc. 17 fasc. parte attrice).

Acclearato che il diritto risarcitorio azionato da D. e I. S. non è prescritto, occorre ora verificare la fondatezza della eccezione preliminare sollevata dall'A. in riferimento alla efficacia della sentenza penale di assoluzione nel giudizio civile risarcitorio, come disciplinata dall'art. 652 c.p.p. .

Ritiene il Tribunale che, conformemente al consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, la sentenza di assoluzione perché il fatto non sussiste, resa ai sensi dell'art. 530 comma 2 c.p.p., non rivesta valenza preclusiva nel caso di specie: ai sensi dell'art. 652 c.p.p. nell'ambito del giudizio civile di danni il giudicato di assoluzione ha effetto preclusivo nel giudizio civile solo quando contenga un effettivo e specifico accertamento circa l'insussistenza del fatto o della partecipazione dell'imputato e non anche quando l'assoluzione sia determinata dall'accertamento dell'insussistenza di sufficienti elementi di prova circa la commissione del fatto o l'attribuibilità di esso all'imputato, e cioè quando l'assoluzione sia stata pronunciata a norma dell'art. 530 comma 2 c.p.p. (Cass. Civ. 4764/2016; 25538/2013; 6593/2022).

Compendiando può affermarsi che la sentenza di assoluzione ex art. 530 cpv perché il fatto non sussiste non riveste efficacia preclusiva nell'ambito del giudizio civile risarcitorio .

Devesi a questo punto valutare il merito della domanda risarcitoria proposta da I. e D. S. nei confronti del solo A. P. F., n.q. di erede di S. A.; in particolare verrà valutato l'operato della dottoressa S., tenuto conto di quanto sopra argomentato in merito alla fondatezza della eccezione di prescrizione sollevata dalla ASL RM 2 e da V. S. s.r.l. .

Ritiene il Tribunale doveroso preliminarmente inquadrare sotto il profilo normativo e giurisprudenziale la responsabilità medica .

Secondo la costante giurisprudenza della Suprema Corte, dal decidente condivisa, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della Struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile (Cass. Civ. 18392/2017; 975/2009; 17143/2012; 21177/2015).

Più specificamente, nel campo della responsabilità sanitaria, quanto al principio di allegazione della condotta inadempiente, ritenuta fonte di danno, occorre far riferimento a quanto indicato dalla giurisprudenza di cui a Cass. SSUU 577/2008, rilevante per dirimere il caso concreto: *"in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, il paziente danneggiato deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante"*.

L'inadempimento rilevante, nell'ambito dell'azione di responsabilità medica, per il risarcimento del danno nelle obbligazioni, così dette, di comportamento non è, dunque, qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ciò comporta che l'allegazione del paziente-creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, o comunque genericamente dedotto, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato e cioè *"astrattamente efficiente alla produzione del danno"* (così chiosa Cass. SSUU 577/2008) .

Conseguentemente, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. Civ. 27606/2019; 3704/2018; 5128/2020).

Nel caso che ci occupa, tenuto conto del fatto che la dedotta responsabilità del medico – la dott.ssa S. - è di natura extracontrattuale dovrà accertarsi se nell'operato della stessa siano ravvisabili profili di colpa idonei a suffragare la domanda risarcitoria .

Ferma l'elaborazione giurisprudenziale di cui sopra, la CTU redatta dal Dott. P. Di Florio, medico legale, e dai Dottori Spinazzola e Suglia, rispettivamente specializzati in infettivologia e cardiologia, redatta con professionalità e con adeguata conoscenza dei protocolli e delle linee guida in materia, nonché immune da vizi logici e/o di altra natura, tale pertanto da poter essere integralmente condivisa dal

giudicante, talchè l'istanza di rinnovazione della CTU reiterata da parte attrice in comparsa conclusionale non merita accoglimento, avuto riguardo non solo alla completezza ed esaustività dell'elaborato peritale ma anche alla coerenza tra le premesse e le conclusioni cui perviene il collegio peritale, ha ripercorso l'iter clinico del paziente, previo esame della documentazione sanitaria in atti, sia in riferimento alla sua permanenza presso la Casa di Cura V. S. che in relazione al ricovero presso l'Ospedale S. Eugenio, ed ha evidenziato, con adeguata discussione e con allegazione della letteratura scientifica sull'argomento, che l'assunto di parte attrice, secondo cui il S. sarebbe deceduto a causa di una endocardite batterica, non adeguatamente e tempestivamente diagnosticata e trattata è da considerarsi in realtà non in termini di assiomatica certezza bensì come mera ipotesi diagnostica.

Il collegio peritale, dopo aver fornito la nozione di endocardite infettiva (pag. 17 CTU: "... è una infezione microbica endovascolare di strutture cardiache, principalmente le valvole native, ma può riguardare l'endocardio atriale e ventricolare, e di fatto il termine include anche le endoarteriti di vasi intratoracici o di dispositivi intracardiaci...La lesione caratteristica è rappresentata dalla "vegetazione", una massa di dimensioni variabili contenente piastrine, eritrociti, fibrina, cellule dell'infiammazione e microrganismi..."), ha esaminato in primo luogo, tenuto conto della mancanza di un riscontro autoptico sul S., l'ipotesi formulata dal personale sanitario del S. Eugenio all'atto della chiusura della cartella clinica, dove si legge testualmente "Setticemia; insufficienza respiratoria; insufficienza renale; arresto cardiocircolatorio; tracheotomia temporanea; ventilazione meccanica".

I periti di ufficio evidenziano in proposito che "i colleghi del S. Eugenio non scrivono endocardite e non menzionano affatto lo stafilococco, probabilmente pensavano che la setticemia diagnosticata avesse una origine non identificata, né per quanto attiene alla sede anatomica, né per quanto attiene all'agente eziologico. Non si vede però allo stato quale altra potrebbe essere stata la causa e la localizzazione settica, se non una endocardite. Setticemia o sepsi identifica infatti una grave condizione clinica nel corso della quale una o più specie di batteri riescono a riprodursi nel sangue. Hanno necessità di trovare una sede anatomica in cui localizzarsi, sfuggendo alle varie e compesse difese immunitarie dell'ospite. Nel caso in oggetto rammentiamo che l'ipotesi affacciata all'ingresso al Sant'Eugenio è stata quella di una endocardite e a questa diagnosi è stata dedicata in pratica gran parte dell'impegno clinico e terapeutico nel corso dei 27 giorni di ricovero in quest'ospedale. L'endocardite è un'infezione caratteristicamente di tipo settico. Un microrganismo entrato in un individuo riesce a sfuggire alle difese immunitarie e si localizza sul segmento dell'endotelio cardiaco per riprodursi in circolo e creare grave danno all'organismo ospite. Per porre diagnosi di endocardite si fa riferimento ai criteri di Duke.

Endocardite certa -criteri anatomopatologici: microrganismi dimostrati dalla coltura o istologicamente in una vegetazione, o in una vegetazione che è embolizzata o in un ascesso intracardiaco, oppure lesioni anatomopatologiche; vegetazione o ascesso intracardiaco confermato dal quadro istologico di endocardite attiva; criteri clinici: due criteri maggiori oppure un criterio maggiore e tre criteri minori oppure cinque criteri minori.

Endocardite infettiva possibile: un criterio maggiore e un criterio minore oppure tre criteri maggiori.

Endocardite infettiva esclusa: solida diagnosi alternativa, oppure risoluzione dei sintomi suggestivi di endocardite infettiva dopo terapia antibiotica di durata pari o inferiore a quattro giorni oppure nessuna evidenza anatomopatologica di endocardite infettiva all'intervento chirurgico o all'esame autoptico dopo terapia antibiotica di durata pari o inferiore a quattro giorni; assenza di criteri per endocardite infettiva possibile come definito sopra.....

Emocolture positive per endocardite infettiva:

a) microrganismi tipici compatibili con endocardite infettiva isolati da due emocolture separate: streptococchi viridans, Streptococcus gallolyticus, microrganismi del gruppo HACEK, staphylococcus aureus; oppure enterococchi acquisiti in comunità, in assenza di un focus primario; oppure

b) microrganismi compatibili con endocardite infettiva isolati da emocolture persistentemente positive: due o più emocolture positive ottenute a distanza di 12 ore l'una dall'altra; oppure tre emocolture o la maggioranza di quattro emocolture separate (la prima e l'ultima distanziate da almeno un'ora); oppure

c) singola emocoltura positiva per Coxiella Burnetii o titolo anticorpale.

Imaging positivo per endocardite infettiva

- a) risultati ecocardiografici positivi per endocardite infettiva: vegetazioni; ascessi, pseudoaneurismi, fistole intracardiache; perforazioni valvolari o aneurismi; nuova deiscenza parziale di protesi valvolare;
- b) anomala attività nell'area circostante la sede di impianto di una protesi valvolare...;
- c) lesioni paravalvolari identificate alla TC cardiaca

Criteri minori:

- 1) condizione cardiaca predisponente o uso di droghe per via endovenosa;
- 2) febbre definita da una temperatura corporea superiore a 38°;
- 3) fenomeni vascolari: embolia arteriosa maggiore, infarti polmonari settici, aneurisma infettivo (micotico), emorragia intracranica o congiuntivale, lesioni di Janeway;
- 4) fenomeni immunologici: glomerulonefrite, noduli di Osler, macchie di Roth, positività del fattore reumatoide,
- 5) evidenza microbiologica: emocoltura positiva che non soddisfa i criteri maggiori sopradescritti o evidenza sierologica di infezione attiva da parte di microrganismo compatibile con endocardite infettiva..."(v. CTU) .

In data 15 maggio 2000 il paziente, già trasferito all'Ospedale Sant'Eugenio, venne sottoposto a tre emocolture prima di iniziare il trattamento antibiotico; dette emocolture sono risultate positive per Stafilococco coagulasi negativo, identificato come stipite 1 e stipite 2, capitis ed epidermidis.

A tal riguardo il collegio peritale (pagina 25 CTU) testualmente evidenzia: " Ammettiamo in ogni caso che la positività delle due emocolture e degli isolamenti dello stesso ceppo da CVC per stafilococchi epidermidis siano pertanto indicativi di una causa identificata. La sorgente infettiva, capace di rifornire il sangue e di costituire una possibile causa sufficiente a determinare il decesso, ipotizzata, ma non esplicitata in diagnosi, potrebbe essere allora quella di una endocardite valvolare sostenuta da questo microrganismo. Ma allora perché la terapia antibiotica non è stata efficace? Si può ipotizzare che al di là delle caratteristiche di patogenicità e virulenza dello stafilococco coagulasi negativo si siano contemporaneamente verificate delle insufficienze di organo a catena tali da determinare l'exitus finale. In buona sostanza il signor S. ha praticato per circa quattro settimane continuativamente un trattamento antibiotico, generalmente considerato efficace sia come terapia empirica, sia mirato a più riprese nei confronti del citato stafilococcus epidermidis: rifampicina; teicoplanina e vancomicina. Il signor S. è stato pertanto sottoposto per un congruo numero di giorni a trattamento antibiotico, il ricovero al Sant'Eugenio è durato infatti 27 giorni e diversi regimi rappresentati da antibiotici di tutte le classi sono stati instaurati, che avrebbero avuto tutto il tempo di determinare un diverso esito, in presenza di un'efficacia antibatterica si intende".

Proprio sulla scorta della riscontrata mancanza di efficacia della terapia antibiotica il collegio peritale ha proposto altra ipotesi diagnostica in riferimento al quadro clinico del S., avanzando quella della vasculite che, secondo la più accreditata letteratura scientifica, presenta in certi tipi della ridetta patologia, segnatamente la granulomatosi di Wegener , una sintomatologia suscettibile di simulare una endocardite infettiva: " ... Nel corso di una consulenza infettivologica effettuata al Sant'Eugenio in data 6 giugno 2000, nella quale si prendeva atto della positività ad alto titolo del test ANCA, si era parlato di questa ipotesi a chiare lettere.... L'esame ecocardiografico di pazienti con granulomatosi di Wegener rivela lesioni simili a vegetazione che possono essere erroneamente diagnosticati come endocardite infettiva con conseguente terapia inappropriata. L'ecocardiografia transesofagea tridimensionale può aiutare nella diagnosi differenziale.... La malattia di Wegener è una vasculite probabilmente su base autoimmune che si caratterizza per la seguente sintomatologia.

Le manifestazioni a carico del tratto respiratorio superiore, presenti all'esordio della malattia nel 90% dei casi, sono rappresentate da rinorrea siero- purulenta od ematica, sinusite, ulcerazioni della mucosa orale e nasale, perforazione del setto nasale con conseguente deformazione "a sella" del naso, otite media per chiusura della tuba di Eustachio e secondaria ipoacusia di trasmissione. Manifestazioni del coinvolgimento del tratto respiratorio inferiore sono **la tosse, l'emottisi, la pleurite, la dispnea anche rapidamente progressiva; infiltrati e/o noduli polmonari** sono riscontrati nel 45% dei casi all'esordio

della sintomatologia. La stenosi subglottica è più frequente in soggetti con età inferiore ai vent'anni. **Le manifestazioni renali (presenti nel 15% dei casi all'esordio) variano da un esame routinario dell'urina alterato con ematuria, proteinuria e**

cilindri di globuli rossi ad insufficienza renale rapidamente progressiva. Altre manifestazioni riportate sono: artralgie, **febbre**, lesioni cutanee, perdita di peso, neuropatie periferiche in particolare mononeurite multipla, lesioni oculari od orbitarie, **pericardite**, o più raramente vasculite delle coronarie o cardiomiopatia, accidenti cerebrovascolari da vasculite nei vasi cerebrali o **granulomi encefalici, coinvolgimento prostatico o intestinale ed infine dei tessuti molli.** In grassetto sono stati sottolineati i sintomi riconosciuti anche nel decorso clinico del signor S..

La diagnosi di **granulomatosi di Wegener** si basa soprattutto sulla dimostrazione di vasculite granulomatosa necrotizzante in campioni biotici appropriati ottenuti da pazienti che presentano sintomi e/o segni di interessamento del tratto aereo superiore e inferiore associati alla presenza di glomerulonefrite.

Campioni di **parenchima polmonare**, preferibilmente ottenuti mediante biopsia chirurgica, offrono le maggiori possibilità diagnostiche dal momento che rivelano la presenza di vasculite granulomatosa in una elevata percentuale di casi..." (pagg. 28, 29 e 30 della CTU).

Il collegio peritale, dunque, ipotizza che nel caso in esame potrebbe essersi trattato di una forma fulminante di vasculite autoimmune, del tipo sindrome di Wegener: " *il trattamento terapeutico di tipo patogenetico, in questo caso con cortisone, è stato tentato, ma non ha sortito gli effetti attesi... Il decesso è sopraggiunto presto ed improvvisamente per cause che in mancanza di un riscontro in vivo o autoptico non si sono potute chiarire, e ha interrotto l'iter diagnostico-terapeutico*" (pag. 34 CTU) .

In relazione poi agli aspetti cardiologici della fattispecie, con particolare riferimento alla doglianza attorea relativa alla mancata prescrizione da parte della dottoressa S. dell'ecocardiogramma transesofageo , il collegio peritale evidenzia che il paziente venne sottoposto al suddetto esame presso l'Ospedale S. Eugenio in data 16 maggio 2000 e il successivo 6 giugno 2000.

In particolare, dall'esame eseguito il 16 maggio, si evidenziava: aorta sclero calcifica con stenosi di grado lieve, aneurisma espansivo del tratto ascendente dell'aorta che si esaurisce nell'arco, diametro 49 mm; l'esame ecocardiografico transesofageo eseguito il 6 giugno 2000 rilevava: versamento pericardico non tamponante con evidenza di addensamenti poliformi vegetanti e mobili a larga base di impianto, evidenza di vegetazione sui margini di chiusura delle cuspidi della valvola aortica con rigurgito lieve associato come da processo endocarditico in atto .

Il collegio peritale, con ragionamento che il Tribunale integralmente condivide e fa proprio, ha evidenziato che solo con l'ecocardiogramma transesofageo eseguito il 6 giugno 2000 venne riscontrata la presenza di vegetazioni, e che una eventuale esecuzione del suddetto esame presso la Casa di Cura V. S. non sarebbe stata determinante ai fini diagnostici o prognostici, in quanto l'ecocardiogramma transesofageo successivamente eseguito al Sant'Eugenio (quello del 16 maggio 2000) non diede evidenze particolarmente indicative , non mettendo in evidenza alterazioni morfologiche degne di nota.

Quanto, infine, al profilo relativo alla sospensione della terapia antibiotica per cinque giorni da parte della dottoressa S. durante il ricovero del S. presso V. S., il collegio peritale ha escluso che la suddetta sospensione "possa aver pregiudicato la possibilità di una ripresa del trattamento nel ricovero successivo, durato 28 giorni, preso atto della mancata evidenza ecografica di vegetazioni valvolari nel corso dell'esame del 16 maggio" (pagina 42 della CTU).

Acclarati i profili di cui sopra, il collegio peritale conclude affermando la impossibilità di accertare le cause reali della morte del paziente, in assenza di un riscontro autoptico e di prelievi istologici , rilevando che la sintomatologia terminale non fu ascrivibile a cause cardiologiche (nella diaria clinica dell'11 giugno 2000 è riportato alle ore 11:00 improvviso calo pressorio con dolore addominale); che, in particolare, il decesso non è ricollegabile direttamente all'endocardite valvolare aortica manifestatasi tardivamente, e di cui peraltro non è possibile definire l'origine (se settica o autoimmune) ,in quanto è avvenuto con modalità improvvise in concomitanza con dolore addominale; che le ipotesi sulle cause della morte formulate dai periti di ufficio (endocardite – vasculite) rimangono appunto nel campo delle mere ipotesi , in assenza di riscontro autoptico e di prelievo istologico . L'assenza di un riscontro autoptico , la oggettiva impossibilità di accertare le cause reali del decesso del paziente unitamente alla circostanza che la sintomatologia terminale non fu ascrivibile a cause cardiologiche costituiscono fattori che rendono impossibile configurare un nesso causale , con alti criteri di probabilità , tra il decesso e l'operato dei curanti , che

hanno gestito il caso clinico con prudenza, perizia e diligenza .

Le risultanze della CTU, peraltro ribadite dal collegio peritale in risposta alle note critiche formulate dal consulente di parte attrice , conducono al rigetto della domanda risarcitoria proposta da I. e D. S. nei confronti dell'A. in qualità di erede di S. A. .

Le spese di causa seguono la soccombenza a norma dell'art. 91 c.p.c. e vengono poste a carico di parte attrice , la quale ha esteso la domanda anche nei confronti di Unipolsai Assicurazioni s.p.a. , quale Compagnia assicurativa dell'A. e di V. S. s.r.l. , costituita a ministero di due distinti procuratori, con liquidazione ai sensi del D.M. 55/2014 (causa di valore indeterminabile, complessità bassa, valori minimi, avuto riguardo alle quattro fasi di giudizio) ; le spese di CTU ,che si liquidano per ciascun perito di ufficio in € 1500,00, oltre IVA se dovuta, vanno poste in via definitiva a carico di parte attrice .

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica , definitivamente pronunciando , così provvede:

- a) dichiara prescritto il diritto risarcitorio azionato da A. I. , D. , M. e I. S. nei confronti di V. S. s.r.l. e della ASL RM 2 ;
- b) dichiara prescritto il diritto azionato da M. S. nei confronti di A. P. F., quale erede di S. A.;
- c) rigetta la domanda proposta da D. ed I. S. nei confronti dell'A. n.q. ;
- d) pone in via definitiva a carico di parte attrice le spese di CTU che si liquidano in € 1500,00, oltre IVA se dovuta, per ciascun perito di ufficio ;
- e) condanna parte attrice alla refusione delle spese di causa in favore dei convenuti e dei terzi chiamati , che si liquidano per ciascun convenuto in € 3972,00 per compenso ex D.M. 55/2014 , e in € 3972,00 per compenso ex D.M. 55/2014 per ciascun terzo chiamato (Unipolsai Assicurazioni s.p.a. è costituita a ministero di due distinti procuratori ed è stata chiamata in causa da due parti distinte) , il tutto oltre rimb. forf. sp. gen. , IVA e CPA come per legge.

Così deciso in Roma il 16 maggio 2022

Dott.ssa Amelia Pellettieri