

TRIBUNALE DI FROSINONE - sentenza del 7 giugno 2016

I LIMITI DELL'ACCERTAMENTO DI UNA CHANCE DI GUARIGIONE

Il giusto parametro di valutazione per discernere tra mera aspettativa e possibilità concreta: tutte le volte che la possibilità si presenti meramente teorica (e che quindi non si avveri per l'imprecisione stessa della teoria ricostruttiva o per concomitanti fattori indipendenti dalla colpa altrui) non si potrà parlare di chance giuridicamente rilevante bensì, al più, di mera aspettativa.

Affermare che la paziente non vanti alcuna seria prospettiva favorevole di "guarigione", non confonde certo la chance di guarigione con la probabilità di conseguire il risultato sperato giacché, al contrario ciò che si sta considerando non è la probabilità statistica di guarigione (probabilità che eventualmente atterrebbe alla quantificazione), bensì proprio la sussistenza della chance che, evidentemente, deve essere valutata nella condizione data: la chance infatti, per essere giuridicamente rilevante, deve essere tale da potersi dire già concretamente e seriamente posseduta dal danneggiato (cosicché si ritenerla verosimilmente avverabile) e non invece meramente teorica (cosicché la si possa ritenere assai difficilmente avverabile).

IL TRIBUNALE DI FROSINONE - SEZIONE CIVILE - in persona del Giudice dott. Antonio Masone ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 1674/13 del R.G.A.C., trattenuta in decisione nell'udienza dell'11.03.2016 e vertente

TRA

- M.G., in proprio e in qualità di rappresentante di M.A. in forza di procura speciale notarile; rappresentate e difese dall'Avv. Arturo Del Giudice;

ATTRICI

E

- AZIENDA U.D., in persona del l.r.p.t., rappresentata e difesa dall'Avv. Tiziana Di Consolo;

CONVENUTA

OGGETTO: risarcimento danni da responsabilità medica – morte

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

Le attrici, figlie di S.R. (classe 1934, deceduta presso l'ospedale di Frosinone all'età di anni 77 per arresto cardiaco) agendo sia jure proprio che jure hereditatis, hanno convenuto in giudizio la Ausi di Frosinone per sentire accogliere la domanda risarcitoria in epigrafe riportata sul presupposto che:

- La sig.ra R.S., in data 12.11.2011 veniva trasferita, a mezzo ambulanza del 118 dall'INI-Città Bianca al pronto soccorso dell'Ospedale "Fabrizio Spaziani" di Frosinone per riferita anemia,

come risulta dalla Cartella clinica di Pronto soccorso n. 2011049104 della ASL FROSINONE Pres. Osp. di Frosinone "U.O. PS-ACCETTAZIONE" (v. all.to n. 2), con la seguente ANAMNESI: "... stato anemico, paz. con BPCO, obesa e diabete mellito"

- all'esame obiettivo eseguito dal sanitario del pronto soccorso risultavano: "... Condizioni generali scadute lucida e orientata. Eupnoica a riposo ipomobili bilateralmente gli emitoraci bilateralmente con gli atti del respiro. Atipici in sede FVT normotrasmesso non stasi polmonare" (v. all.to n. 2);

Veniva pertanto disposto il ricovero presso il reparto di Medicina Generale con diagnosi di accettazione al 12.11.2012 "Anemia da carenza di ferro non specificata" (v. all.to n. 2).

- Detto ricovero della sig.ra R.S. si protraeva per un mese e precisamente fino al 12.12.2011, data del decesso. In tale giorno alle ore 10,00, da quanto risulta dal diario clinico (v. all. n. 2), le condizioni cliniche precipitavano, causando alla paziente un arresto cardiaco ed il conseguente decesso circa mezz'ora più tardi. Nel detto diario clinico alla data del 12.12.2011 si legge: " ... (ore 10.00) Condizioni cliniche generali gravissime, paziente in arresto cardiaco. PA non rilevabili, O2 terapia, Saturimetria, Flebocortid 3 gr ev. ECG. Emagel 1 fi. Praticata manovra rianimatoria senza esito. Ore 10,25 si constata il decesso della paziente. Rilevazione elettrocardiografica continua ..." (v. all.to 2).

- Come risulta dal trascritto diario clinico non sono stati seguiti i protocolli per la gestione dell'arresto cardiocircolatorio come riportati in tutte le linee guida internazionali, le quali espressamente prevedono, in caso di arresto cardiaco, la somministrazione di "Adrenalina" e la verifica della necessità di utilizzare il defibrillatore, così come di seguito meglio precisato."

Ritengono le attrici che le condotta omissiva dei sanitari abbia avuto un ruolo concausale nel decesso della sig.ra S. (determinando l'impossibilità della ripresa della stessa) ovvero abbia causato quanto meno un danno da perdita di chance.

La Ausl di Frosinone, tempestivamente costituitasi, eccepiva in primo luogo l'improcedibilità della domanda per mancato esperimento della procedura di mediazione, obbligatoria (a detta della stessa convenuta) dal 20.09.2013. Nel merito contestava la sussistenza di omissioni nonché, comunque, il danno richiesto dalle attrici.

Concessi i triplici termini di cui all'art. 183 c. 6 c.p.c., venivano ammesse prove orali e CTU medico-legale. La causa veniva quindi rinviata per la precisazione delle conclusioni e trattenuta in decisione con i termini di cui all'art. 190 c.p.c. come richiamato dall'art. 281-quinquies c.p.c..

In primo luogo occorre osservare che l'eccezione di improcedibilità sollevata dalla convenuta è infondata giacché la lite risulta pendente dalla notifica della citazione avvenuta in data 10.04.2013 (deposito della nota di iscrizione a ruolo del 17.04.2013) a nulla rilevando invece la prima udienza sia stata differita d'ufficio al 20.09.2013.

Le domande attoree non possono essere accolte.

In primo luogo merita evidenziare, sulla base dell'istruttoria orale (idonea a superare sul punto l'incertezza del CTU circa il tempo trascorso tra crisi ed intervento), che, l'intervento del medico dopo l'attacco cardiaco subito dalla paziente fu assolutamente tempestivo. Il teste R.B., genero di S.R., ha infatti riferito "stavo fuori dalla stanza, nel corridoio, anzi all'ingresso del reparto, in questo frangente ho visto uscire mia moglie dall'ingresso del reparto in lacrime perché sua ma-

dre aveva avuto un malore. Mia moglie era stata invitata ad uscire dalla stanza dal medico. Quando io sono entrato nella stanza subito dopo che mia moglie ne era uscita ho trovato solo il medico che stava cercando di effettuare il massaggio cardiaco. Tale testimonianza, proveniente peraltro da soggetto astrattamente portatore di interesse (sia pure di fatto) di segno contrario, appare assolutamente chiara nel rappresentare che l'arrivo del medico fu tempestivo. Non appare invece particolarmente attendibile la testimonianza resa dalla teste B.S. (codegente) - la quale ha riferito che il sig. R.B. era presente al momento del malore, laddove, come già visto, lo stesso R. ha riferito di essere entrato nella stanza quando già vi era il medico presente.

Quanto agli accertamenti medico-legali, la pregevole CTU ha consentito di acclarare quanto segue (grassetto e sottolineature dello scrivente giudice):

"RICOSTRUZIONE DELLA FASE DEL DECESSO.

Per poter rispondere ai quesiti del Giudice è necessario tentare di ricostruire cronologicamente gli avvenimenti che si verificarono nella giornata del 12.12.2011 e che portarono al decesso della signora R.S..

La documentazione disponibile nella cartella clinica dalle ore 10:00 in poi è molto sintetica, e si fa dunque ricorso anche alle dichiarazioni della signora G.M., figlia della paziente, che si era trovata presso la madre al momento della crisi conclusasi con la morte, già riferite nell'anamnesi raccolta all'inizio delle operazioni peritali.

Come tali queste ultime notizie hanno un valore soltanto informativo, con tutti i dubbi e le imprecisioni che una anamnesi comporta, riferita com'è a fatti avvenuti tre anni prima, ma offrono alcune informazioni utili alla ricostruzione.

La signora G.M. sarebbe giunta al capezzale della madre circa alle 9:30, perché chiamata telefonicamente verso le 9:00 dalla badante che assisteva in ospedale la madre e che ne richiedeva l'intervento. Al suo arrivo la paziente viene descritta come "viva, ma molto pallida". Dopo un periodo di tempo imprecisato la paziente avrebbe improvvisamente "sbarrato gli occhi " inducendo la figlia a chiamare un medico.

L'intervento del medico e dei provvedimenti da lui attuati sono quelli descritti nella cartella clinica a partire dalle ore 10:00 e protrattisi per 25' fino alla constatazione ufficiale del decesso: vengono rilevate le "condizioni cliniche generali gravissime ", segue la diagnosi di "paziente in arresto cardiaco" (si deve ritenere per l'assenza del polso e di attività respiratoria - ma si tratta di dati non specificati in cartella) e "PA non rilevabile".

Fu somministrato ossigeno, eseguito un prelievo per emogasanalisi (EGA), iniettati endovena 3 g di flebocortid (evidentemente nella via di infusione del catetere venoso centrale), eseguito un ECG, attivata l'infusione di 500 cc di Emagel, e vennero praticate non meglio precisate "manovre rianimatorie", quanto meno un massaggio cardiaco. Costata evidentemente la mancata ripresa dell'attività cardiaca, alle ore 10:25 viene dichiarato l'avvenuto decesso della paziente, lasciando in continuo la registrazione elettrocardiografica. Erano trascorsi circa 25 minuti dal momento in cui venne dato l'allarme.

Dello scenario fa parte la presenza di un elettrocardiografo al capezzale della paziente secondo la descrizione raccolta nell'anamnesi peritale, ma nessun defibrillatore.

Non sappiamo quanto tempo sia trascorso fra l'allarme gettato dalla figlia e l'intervento del medico. Si ricorda che all'anamnesi peritale non è stato riferito dalla figlia che al manifestarsi della crisi - "ad un certo momento avrebbe sbarrato gli occhi" - la paziente avesse emesso un lamento o stesse ancora respirando e le caratteristiche di questo respiro se presente. Sappiamo anche dall'anamnesi che la paziente non era in un reparto di rianimazione ma in corsia di normale degenza, non era collegata ad un monitor elettrocardiografico multi-traccia, né che fosse presente un defibrillatore nelle vicinanze, ma sappiamo solo della presenza di un elettro-cardiografo.

L'episodio allarmante descritto dalla figlia corrisponde verosimilmente ad una improvvisa anossia cerebrale dovuta ad un deficit della circolazione arteriosa, in una paziente già fortemente anemica e ipossiémica da quanto risulta da tutte le EGA eseguite durante la degenza, con tendenza all'alcalosi, con squilibri idro-elettrolitici mai tornati alla normalità nella documentazione. Dopo 10' dal momento dell'insorgenza di una anossia cerebrale i danni cerebrali diventano irreversibili, ed è dunque verosimile che tra l'allarme lanciato dalla figlia, l'intervento del medico, la sommaria visita alla paziente, la misurazione della PA, la richiesta e la somministrazione del Flebocortid erano trascorsi una serie imprecisabile di minuti.

La diagnosi clinica di arresto cardiaco segnata in cartella era fondata sui sintomi e segni descritti: sintomi iniziale impegno cerebrale, perdita di coscienza, non rilevabilità della pressione arteriosa; di qui l'esecuzione di manovre rianimatorie senza esito - si deve ritenere un massaggio cardiaco - e la conferma della diagnosi di morte nella registrazione elettrocardiografica continua che venne effettuata.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI ALLE RISPOSTE AI QUESITI

Cosa avrebbe dovuto fare il medico oltre a quanto descritto?

Nel corso della crisi venne eseguito un elettrocardiogramma, ma non è noto se ad eseguirlo sia stato un cardiologo o un tecnico di cardiologia. Non risulta che sia stato convocato un rianimatore, e certamente non venne usato un defibrillatore né venne somministrata adrenalina per via endovenosa. Questi fatti risultano accertati. Sono evidenti le carenze della cartella clinica dove non venne annotato, eventualmente anche ai fini di una ricostruzione storica dei fatti, se al momento in cui intervenne il medico era ancora rilevabile il polso centrale e non solo che non era rilevabile la pressione arteriosa, e se esisteva una residua attività respiratoria o meno. La dichiarata constatazione del decesso, pur nella evidente concitazione degli avvenimenti, non controindicava l'utilizzo comunque di un defibrillatore - come indicato nelle linee guida - e l'iniezione e.v. - eventualmente ripetuta - di adrenalina. La mancata efficacia di queste manovre avrebbe eliminato ogni contestazione ed ogni ipotizzabile omissione di soccorso.

Nonostante la gravità delle condizioni generali per la molteplicità delle comorbidità presenti ed in fase avanzata - carenza cronica di ossigeno per insufficienza respiratoria, ischemia miocardica cronica, anemia grave e persistente e per questo più volte rilevato uno stato mentale deficitario, condizione di diabetica, presenza di lesioni da decubito e squilibri elettrolitici - quanto meno sul piano formale andava applicata la procedura prevista quand'anche si prevedesse che non sarebbe stata efficace.

L'inizio della crisi si sarebbe verificato proprio sotto gli occhi della figlia, e dalla sua descrizione si deve desumere un improvviso arresto delle attività cerebrali quali solo un improvviso arre-

sto cardiaco può provocare. Quale sia stata la causa dell'arresto cardiaco è solo ipotizzabile in assenza del referto di un riscontro diagnostico che non risulta essere stato effettuato e nemmeno richiesto. Non si può quindi andare oltre la formulazione di ipotesi su base razionale. Sembra di poter escludere un infarto o un'embolia polmonare, data l'assenza di sia pur minimi segni di questi eventi: non risulta che sia stato accusato di un improvviso dolore precordiale né alterazioni gravi del respiro con tosse, e nemmeno lamenti o rumori respiratori significativi. Sembra di poter altrettanto escludere una improvvisa grave alterazione del ritmo cardiaco, quale un fibrillo-flutter o una fibrillazione ventricolare ad alta frequenza perché non si trova descrizione documentale o verbale da parte di nessuno degli eventuali sintomi premonitori.

Peraltro secondo le norme stabilite dal BLS il medico chiamato all'improvviso dopo la manifestazione della crisi dovrebbe adottare i provvedimenti ricordati con precisione dal CT di parte attrice, defibrillazione ed uso dell'adrenalina, oltre alla convocazione di un rianimatore e di un cardiologo.

È del tutto verosimile, ma non per questo completamente scusabile, che il medico intervenuto all'improvviso allarme, avendo diagnosticato l'avvenuto decesso da arresto cardiaco, non mise in atto tutti i provvedimenti del protocollo previsto (ammesso che ne fosse a conoscenza), salvo l'esecuzione del massaggio cardiaco esterno.

Il fatto che la paziente non avesse emesso lamenti né manifestato un respiro stertoroso, cioè che non vi siano stati sintomi atti ad indicare una persistenza di attività respiratoria o cardiache né manifestazioni prodromiche dell'arresto cardiaco, fa ritenere che effettivamente all'arrivo del medico l'arresto cardiaco fosse già avvenuto e verosimilmente già irreversibile. Il ritenere che la paziente non fosse verosimilmente in fibrillazione ventricolare o in tachisistolia ventricolare, non sarebbe stata comunque una controindicazione a tentare anche tutte le manovre teoricamente utili.

Dopo l'invio del 12.11.14 della bozza di relazione agli avvocati delle parti in causa, entro la prevista data del 12.12.14 sono pervenute note critiche da parte del CT di parte attrice, Prof. Mario Natale Di Luca, di cui si riportano i punti rilevanti da discutere:

- presunta contraddizione tra l'identificazione di condotte censurabili a carico dei sanitari per non avere adottato tutti i provvedimenti richiesti in caso di arresto cardio-circolatorio, e voler svincolare il decesso della paziente dal comportamento omissivo, ipotizzando che anche se i sanitari avessero utilizzato tutti i provvedimenti necessari non avrebbero potuto scongiurare il decesso perché verosimilmente già avvenuto.

Bisogna dunque chiarire meglio il tipo di critica che può essere sollevata nei confronti del sanitario in relazione alle procedure da lui adottate, contestualizzando tempi e circostanze del percorso da lui praticato.

È noto che la paziente non si trovava ricoverata in un reparto di terapia intensiva né in un reparto di rianimazione ma nella corsia di degenza ordinaria, perché nonostante la gravità delle sue condizioni non esistevano elementi che lasciassero prevedere l'insorgenza di una crisi cardiaca improvvisa e dunque un rischio imminente di decesso.

Con le sue dichiarazioni all'inizio delle operazioni peritali la signora G.M., figlia della signora R.S., non ha chiarito il motivo per cui la badante la convocò telefonicamente in ospedale intorno

alle 9:00 del lunedì 12 dicembre 2011, ma al suo arrivo circa alle 9:30 la figlia ha descritto molto sommariamente di aver trovato la madre "viva ma molto pallida" senza evidenza di nessun particolare elemento di allarme rispetto alle condizioni generali che conosciamo. La chiamata del medico sarebbe stata fatta proprio da lei ad un momento imprecisato perché ad all'improvviso la madre aveva "sbarrato gli occhi".

Tra l'allarme lanciato dalla figlia e l'intervento del medico, verosimilmente impegnato in altri compiti routinari dato il giorno e l'ora, trascorse un tempo non precisato. L'unico riscontro disponibile è l'orario di inizio dell'intervento del medico, segnato in cartella clinica alle ore 10:00, con la descrizione di "paziente in arresto cardiaco" e "pressione arteriosa non rilevabile". Questi rilievi obiettivi non sono in discussione a meno di voler mettere in dubbio le elementari capacità diagnostiche del medico di fronte ad un fatto così elementare e sostanziale. Il fatto vero (ma in realtà l'istruttoria orale ha chiarito questo aspetto, n.d.r.) è che non si conosce quanto tempo era trascorso tra l'allarme lanciato dalla figlia e il sopraggiungere del medico, e non è neppure noto quando siano stati trascritti in cartella gli eventi, ma è ragionevole ritenere che la loro descrizione sia epicritica.

Segue la descrizione dei provvedimenti presi dal medico: somministrazione di ossigeno e misurazione del tasso di saturazione ematica possono essere stati eseguiti immediatamente con l'apposita apparecchiatura (saturimetro digitale): la presenza di una via di infusione venosa già in funzione con il catetere venoso centrale consentiva l'introduzione rapida endovenosa di 3 g di un cortisonico (di uso abituale nei casi di crolli di pressione per cause reattive) e l'avvio di una infusione di 500 ml di Emagel furono con la massima verosimiglianza affidate ad una infermiera, mentre qualcuno procedeva a misurare la pressione arteriosa e provvedeva ai riscontri elettrocardiografici, ed il medico procedeva a non meglio specificate manovre di rianimazione. Alle 10:25 veniva constatato il decesso con rilevazione elettrocardiografica continua.

All'inizio della crisi risulta dai dati anamnestici disponibili che la paziente aveva perso conoscenza all'improvviso in assenza di prodromi, senza accusare dolori e senza lamenti verbali o alterazioni sonore del respiro. Non si può dunque che ipotizzare un improvviso arresto del circolo cerebrale, con il riflesso ortosimpatico di sollevamento delle palpebre e con arresto del respiro, fatti caratteristici di un improvviso arresto cardiaco, convalidando la diagnosi del medico, non presente all'insorgenza della crisi ma intervenuto dopo alcuni minuti, come arresto cardiaco in atto ed assenza di dati rilevabili di pressione arteriosa.

Sul piano teorico una ripresa dell'attività cardiaca - spontanea o conseguente all'eventuale efficacia della manovre di rianimazione - avrebbe dovuto avvenire entro un massimo di 10' per avere probabilità di scongiurare danni irreversibili all'encefalo.

Nella cartella clinica non si traggono dati utili e sufficienti per porre in discussione la diagnosi di avvenuto arresto cardiaco fatta dal medico al suo arrivo, ma soltanto che furono attuate senza esito positivo le manovre descritte alcune manovre messi in atto.

Tra queste non risulta che abbia convocato un cardiologo e nemmeno un anestesista-rianimatore, né che abbia richiesto l'uso di un defibrillatore, evidentemente non presente in corsia, e nemmeno che abbia chiesto fiale di adrenalina da iniettare.

Alla constatazione di un arresto cardiaco recente, in linea teorica i provvedimenti d'urgenza sono quelli delle linee guida del Basic Life Support citati dal CTP, che vanno adottate nei primi minuti dall'inizio della crisi: massaggio cardiaco, sostegno al respiro, uso del defibrillatore ed iniezione di adrenalina. In assenza dell'adozione di tutte queste procedure è giustificato il riconoscimento di comportamento omissivo da parte del medico che accorse al letto della paziente limitatamente nei confronti delle linee guida, a meno che non fossero ritenute ormai inutili. Non vi sono elementi atti a sostenere che all'arrivo del medico il decesso non fosse già avvenuto, e dunque si dispone soltanto della sua diagnosi, il cui valore di prova è discutibile.

- Dalla lettura della documentazione sanitaria non emerge che la paziente versasse in uno stato clinico così grave da rendere verosimile l'ipotesi che il decesso fosse, non solo imminente, ma addirittura già avvenuto e, pertanto, irreversibile; le gravi condizioni cliniche non presentavano tuttavia una criticità tale da giustificare la mancata adozione dei noti protocolli per la gestione dell'arresto cardiocircolatorio, che se attuati avrebbero potuto consentire di scongiurare l'evento morte.

La questione circa la prevedibilità o meno di un decesso imminente va posta dal punto di vista clinico, distinguendola in due parti.

Primo aspetto - Il decesso di un paziente è prevedibile soltanto nelle cardiopatie acute, tipo infarto del miocardio, o per insorgenza di un edema polmonare da aggravamento acuto di insufficienza miocardica, oppure nei casi di shock avanzato insensibile al trattamento intensivo. Negli altri casi - pazienti cachettici, denutriti, con insufficienza cardiaca, epatica o renale cronica ed avanzata, con ictus cerebrale in atto, con broncopolmonite diffusa - l'evento mortale di per se stesso non necessariamente prevedibile come imminente, si può verificare per la classica "goccia che fa traboccare il vaso", e cioè per il verificarsi di un evento, spesso non individuato né individuabile, che rompe un equilibrio precario, costringendo a ripiegare nella definizione diagnostica di "arresto cardiocircolatorio improvviso". Di fatto le comorbidità ampiamente descritte nella ricostruzione della vicenda fanno ritenere che la paziente fosse in uno stato molto avanzato di patologie multiple con coinvolgimento di più organi ed apparati, senza per questo che a nostra conoscenza si fossero manifestati elementi suggestivi per un decesso imminente. Ignoriamo infatti i motivi per cui la badante telefonò alla figlia chiedendole di venire in ospedale, ma apparentemente senza chiamare il medico.

Il secondo aspetto dell'obiezione si riferisce essenzialmente all'obiettività riscontrata dal medico al suo arrivo al letto della paziente e le ragioni dell'omissione nei confronti dei dettami delle linee guida. Le annotazioni in cartella sono del tutto sintetiche, e tali da ritenere che siano state segnate a decesso dichiarato: non descrive se la malata respirava, il suo stato pupillare, la rilevazione periferica o centrale del polso, cioè nulla che possa far intuire se la paziente era ancora viva o già deceduta, e non si hanno dunque rilievi obiettivi per valutare positivamente o negativamente il suo operato. In tal senso si rilevano omissioni formali e procedurali significative, anche in previsione di dover giustificare le sue limitate iniziative. Di fatto il medico sembra essersi comportato come se avesse giudicato la situazione come ormai irreversibile e senza necessità di specificarne tutti i motivi.

Ciò però non autorizza a ritenere che abbia reputato inutili i procedimenti non adottati in considerazione delle gravi condizioni preesistenti della paziente, oppure che abbia ritenuto del tutto inutile ulteriori procedure convinto dell'irreversibilità del decesso.

- Impossibilità di essere certi che qualora non fossero state omesse le procedure in caso di arresto cardiaco non si sarebbe potuto ottenere un effetto positivo nel termine di sopravvivenza della paziente.

Di fatto non è affermabile qualsiasi tipo di certezza, positiva o negativa, a questo proposito; soltanto il referto di un riscontro autoptico, soprattutto a livello cerebrale, potrebbe forse permettere di discutere con dati di fatto questo punto.

- Afferma che la mancata valutazione dell'effettiva necessità di defibrillare e non somministrando l'adrenalina, rappresentano un ruolo concausale nel decesso della paziente, "determinando" l'impossibilità di ripresa delle attività vitali.

Se si fosse trattato di una paziente in condizioni generali non così gravi e deteriorate da tanto tempo, sarebbe sostenibile -sia pure il linea del tutto teorica questa affermazione. Il caso in questione era invece quello di una paziente con ridottissime possibilità di superare un crisi grave per la meiorpragia di così tante funzioni vitali; patologie degli apparati cardiaco, broncopolmonare, emopoietico, uropoietico, con squilibrio glico-metabolico e grave carenza proteica responsabile di uno stato anasarcatico tutte condizioni sovrapposte alla condizione di grande obesa con ingravescenti lesioni da decubito. Sembra allora corretto definire la mancata ripresa dell'attività cardiaca, ammesso che sarebbe stata possibile con l'uso del defibrillatore e con l'iniezione dell'adrenalina, come causa finale e non concausa del decesso.

- L'emergenza avrebbe potuto essere gestita in maniera più completa con l'adozione delle procedure di un supporto cardiaco avanzato precoce con la collaborazione di un anestesista-rianimatore, e ciò non venne fatto, con la conseguenza di perdita di possibilità di sopravvivenza della paziente.

Senza ripetere l'elenco delle procedure non adottate nel caso in questione di quelle previste nelle linee guida, si può convenire che in tutti i casi di arresto cardiaco, se si interviene in tempi ragionevoli, il medico è comunque tenuto ad adottare tutti i provvedimenti previsti, anche come difesa in previsione di possibili contestazioni.

- Ricorda infine l'onere della prova che giuridicamente è a carico del sanitario tenuto a provare l'esatto adempimento dell'obbligazione sanitaria contrattuale contestata dalla parte attrice.

Si tratta di una questione di cui è competente il Giudice e non il CTU.

- In conclusione non ritiene possibile svincolare il decesso della Sig.ra S. dalle omissioni, dei sanitari dell'Ospedale di Frosinone.

È una conclusione conforme all'elenco delle osservazioni critiche, ma su cui NON si può concordare.

RISPOSTE AI QUESITI DEL GIUDICE

Dica il CTU, esaminati gli atti di causa e compiuti gli opportuni accertamenti, sentite le parti ed i loro CTP, esperito se ritenuto opportuno, il tentativo di conciliazione

1) Quale sia stata la causa del decesso di R.S..

La causa del decesso di R.S. è da attribuirsi ad improvviso arresto cardiaco, ipotizzabile sulla base della subitanità della crisi quale descritta dalla stessa figlia della paziente, in assenza di un referto di riscontro autoptico che non risulta essere stato effettuato.

I sintomi iniziali della crisi descritti dalla figlia fanno ipotizzare infatti un danno improvviso a livello dell'encefalo, quali effetto di un improvviso arresto del circolo cerebrale.

Stando a quanto illustrato da G.B. e Collaboratori nel già citato "Trattato delle Emergenze Medico-chirurgiche e di Terapia Intensiva", la causa più probabile dell'arresto cardiaco nel caso in esame potrebbe essere stata una improvvisa dissociazione elettro-meccanica, e cioè una mancata risposta sistolica allo stimolo elettrico del pace-maker naturale da parte di un miocardio danneggiato da tempo dall'ischemia cronica da cui la paziente era affetta. Inoltre erano andate sommandosi a danno del miocardio le carenze croniche di ossigeno per il sommarsi della anemia intrattabile e l'insufficienza funzionale dei polmoni, causa di alcalosi e squilibri idroelettrolitici, a loro volta causa di deficit della contrazione miocardica. La mancata contrazione sistolica dei ventricoli determina in questi casi una insufficienza circolatoria acuta, con arresto del circolo ematico.

L'altra possibile frequente causa nota di un arresto cardio-respiratorio è la fibrillazione ventricolare, ma non esiste nel caso in esame nessun indizio che possa indicare che si fosse verificato questo tipo di aritmia, per l'assenza dei comuni sintomi cardio-respiratori iniziali che non sfuggono ai presenti, e che non sono stati notati e riferiti dalla figlia presente all'insorgenza della crisi.

Una fibrillazione ventricolare, al termine di una tachisistolia extrasistolica che può durare per minuti prima di rendere inefficiente il circolo e provocare dunque una anossia cerebrale, si accompagna anche ad alterazioni evidenti del ritmo respiratorio, perché generalmente il paziente fa in tempo a denunciare in qualche modo, con lamenti, gemiti o richieste di soccorso, il grave malessere.

Non si può escludere peraltro che sintomi prodromici siano stati appunto quelli che indussero la badante a chiedere tele fonicamente l'intervento della figlia.

Anche l'ipotesi di un infarto acuto del miocardio sembrerebbe di doversi scartare perché non risulta che la paziente abbia lamentato l'insorgenza di un improvviso dolore toracico.

Solo l'arresto cardiaco interrompe in brevi istanti coscienza, respirazione ed attività cardiaca, e solo l'improvvisa instabilità elettrica del cuore comporta una morte improvvisa per asistolia, senza accusare un dolore improvviso, come accade nel ritrovamento di soggetti deceduti nel loro letto, addirittura nemmeno in atteggiamento scomposto, e l'infarto miocardico acuto rappresenta la causa più verosimile come evento finale, da verificarsi nel doveroso riscontro autoptico.

2) Se il trattamento sanitario ricevuto (segnatamente dopo l'insorgenza della crisi cardiocircolatoria) possa avere avuto una efficacia causale o concausale (commissiva od omissiva) nel decesso.

In presenza di un arresto cardio-circolatorio il medico soccorritore è tenuto a praticare la rianimazione, possibilmente con l'intervento e collaborando con l'opera di un anestesista-rianimatore. La diagnosi di "arresto cardiaco", con tutta evidenza venne posta fin dall'inizio dell'intervento del medico su base essenzialmente clinica, per l'assenza di coscienza, arresto del respiro ed assenza di attività cardiaca: infatti al momento della impreveduta crisi mortale la paziente non era controllata con un monitor dell'attività cardiaca perché il decesso era in sé prevedibile, anche se

la scarsa efficacia delle numerose trasfusioni ematiche somministrate e la somma delle comorbidità croniche ed ingravescenti facevano presentire che il momento del decesso sarebbe stato un evento non lontano. Le procedure di rianimazione in questi casi prevedono la respirazione artificiale se è ancora presente il polso carotideo, la stimolazione elettrica e farmacologica dell'attività cardiaca anche se il paziente è in arresto respiratorio. La mancata adozione di questi provvedimenti può configurare una condotta omissiva, senza però che per questo poter essere considerata nel caso in esame causa o concausa del decesso, perché esistevano così numerose e gravemente avanzate comorbidità che interferivano con la vitalità della paziente, ed esso potrebbe già essere avvenuto al momento dell'intervento diagnostica-terapeutico del medico, come sembra che il soccorritore abbia ritenuto.

3) In caso di risposta positiva al quesito sub 2, se il predetto trattamento terapeutico sia stato tempestivo e corretto e se, comunque, un trattamento corretto avrebbe potuto scongiurare l'evento morte.

La risposta al quesito sub 2 non può evidentemente essere netta per l'insufficiente disponibilità di analitici dati cronologici. Però, mentre è certo che il medico che soccorse la paziente non adottò tutti i provvedimenti che il caso richiedeva secondo le norme del Basic Life Support (BLS), e cioè la respirazione artificiale, l'uso del defibrillatore e l'infusione in bolo di Adrenalina, non è possibile affermare che se avesse adottato tali provvedimenti avrebbe potuto scongiurare il decesso della paziente, specie se effettivamente già avvenuto.

Se si considerano le linee guida è indiscutibile che il medico non adottò tutto ciò che esse indicavano, cui si aggiunge la mancata convocazione di un cardiologo e di un rianimatore di supporto, ammesso che ce ne fosse stato tempo e disponibilità.

Non trascurabile omissione sul piano formale è quella di non aver trascritto con completezza in cartella - eventualmente anche a decesso constatato - i rilievi obiettivi e la successione degli eventi osservati fin dall'inizio del suo intervento, che avrebbero potuto documentare meglio la sua preparazione professionale e rendere agevole la ricostruzione degli eventi e non ultimo una valida difesa del suo operato.

Non si tratta solo di utilizzare formalmente la metodologia corretta, ma anche di adempiere ad un compito di importanza medico-legale, come è anche richiesto nella compilazione della scheda di morte.

Si può anche riflettere che se il medico avesse riconosciuto scientemente di non aver adottato delle manovre necessarie, avrebbe potuto registrare in cartella, naturalmente ad epicrisi degli eventi, ogni forma plausibile di discolpa. Invece è riconoscibile la genuinità della descrizione dell'intervento nella sua schematicità senza alcun accenno ad atteggiamenti difensivi."

Sulla base di tali considerazioni risulta assolutamente evidente che:

1) non risulta fornita prova alcuna (da parte degli attori sui quali incombe sempre l'onere di dimostrare - sia pure in termini prettamente teorici - il nesso di causalità tra l'inadempimento dedotto e l'evento di danno) che S.R., anche se fosse stata assistita nel miglior modo possibile (con somministrazione di adrenalina e uso di defibrillatore), avrebbe avuto il 50% + 1 delle probabilità di superare la grave crisi cardiaca che l'aveva colpita;

2) risulta anzi assai più probabile (e ciò comporta comunque la sussistenza di prova liberatoria ex art. 1218 c.c. sotto il profilo della riconosciuta sussistenza di una causalità alternativa del danno indipendente dagli inadempimenti altrui) che la paziente - in condizioni generali assai precarie -, anche ove assistita al meglio, non avrebbe superato la grave crisi cardiaca.

In ogni caso:

- il danno c.d. tanatologico derivante dalla perdita della vita, "bene giuridico autonomo rispetto alla salute, fruibile solo in natura dal titolare e insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, ove il decesso si verifichi immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali", non avrebbe comunque potuto essere risarcito "iure hereditatis", mancando il soggetto al quale collegare la perdita del bene (Cass. Sez. Unite, Sentenza n. 15350 del 22.07.2015);

- il danno cosiddetto "catastrofale" non può ipotizzarsi ove (come nel caso di specie) non vi sia stata consapevolezza alcuna da parte della vittima della perdita della vita (Sez. 3, Sentenza n. 7126 del 21.03.2013).

Ciò posto, sulla base delle considerazioni medico legali (del tutto condivisibili) che precedono, non può neanche ipotizzarsi la sussistenza del c.d. danno da perdita di chance di guarigione (domanda attorea spiegata in via subordinata).

Anche infatti a volere considerare la chance dal punto di vista c.d. ontologico (ovvero come bene giuridico autonomo e non solo come mancato raggiungimento del risultato, accezione - quella ontologica - seguita dalla giurisprudenza e più favorevole alla tesi attorea, dal momento che non necessita di prova rigorosa del nesso di causalità rispetto al risultato sperato) al fine di riconoscere la risarcibilità dovrebbe comunque potersi affermare che, nell'ipotesi data, la chance di guarigione (perduta) fosse effettiva e concreta, essendo tralasciata la massima secondo cui la "chance è una concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene; non è una mera aspettativa di fatto ma un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione" (Cass. Sez. Lav. Sent. 16877/08; Cass. Sez. III sent. 12243/07, Cass. Sez. III sent. 4400/04, Cass. Sez. III sent. 3999/03).

È chiaro infatti che, diversamente opinando, si dovrebbe riconoscere la risarcibilità di qualunque possibilità, sia pure infinitesimale, di ottenere risultati migliori di quelli effettivamente raggiunti, apprestandosi così tutela anche alla mera aspettativa di fatto (ipotesi questa, come già visto, unanimemente rifiutata dalla giurisprudenza).

Orbene è chiaro che, passando dalla teoria alla pratica, discriminare tra perdita di mere aspettative di fatto (non risarcibili) e perdita di chances concrete (risarcibili) è operazione non agevole e che sconta evidenti aspetti di discrezionalità, tuttavia il rinunciare a priori ad un siffatta analisi porterebbe a risultati erronei da un punto di vista logico-giuridico, forieri di seri problemi di tenuta complessiva del sistema (soprattutto in ambito sanitario).

Ritenuto quindi doveroso scrutinare la concretezza della possibilità di guarigione, nel caso di specie siffatta possibilità non poteva dirsi seria e concreta. È lo stesso CTU, a pagina 10 dell'elaborato, ad affermare (riportando studi scientifici) che solo il 15-25% dei pazienti in arresto cardiocircolatorio può essere salvato (anche se nella maggior parte dei casi permangono danni cerebrali).

È chiaro allora che se quelli riportati sono gli ordini di grandezza riferiti a tutti i pazienti (ovvero anche a quelli in condizioni generali buone), nel caso di specie, considerata la condizione della paziente emergente dalle cartelle cliniche (anni 77, peso kg 107 - ovvero "obesità severa" che la costringeva a degenza obbligata a letto -, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ricoverata da diverso tempo - anche presso altri luoghi di cura - per febbri di origine non chiarita, piaghe da decubito) non può ragionevolmente ritenersi sussistente alcuna seria possibilità che ella, anche ove avesse ricevuto il miglior trattamento ipotizzabile, avrebbe superato la grave crisi cardiaca (pacificamente insorta – peraltro - in modo improvviso, con perdita immediata di coscienza e nessun minimo segnale di miglioramento durante l'intervento medico).

Non può dirsi quindi che, nel caso di specie, la paziente vantasse alcuna seria prospettiva favorevole di "guarigione".

Né, si badi, così argomentando si confonde la chance di guarigione con la probabilità di conseguire il risultato sperato giacché, al contrario (e conformemente a quanto affermato da Cass. Sez. III nella sentenza n. 7195 del 2014) ciò che si sta considerando nel caso in esame non è la probabilità statistica di guarigione (probabilità che eventualmente atterrebbe alla quantificazione), bensì proprio la sussistenza della chance che, evidentemente, deve essere valutata nella condizione data: la chance infatti, per essere giuridicamente rilevante, deve essere tale da potersi dire già concretamente e seriamente posseduta dal danneggiato (cosicché si ritenerla verosimilmente avverabile) e non invece meramente teorica (cosicché la si possa ritenere assai difficilmente avverabile).

La suddetta prospettiva di individuazione della chance risulta, a chi scrive, pienamente idonea a fornire il giusto parametro di valutazione per discernere tra mera aspettativa e possibilità concreta. Tutte le volte quindi che la possibilità si presenti meramente teorica (e che quindi non si avveri per l'imprecisione stessa della teoria ricostruttiva o per concomitanti fattori indipendenti dalla colpa altrui) non si potrà parlare di chance giuridicamente rilevante bensì, al più, di mera aspettativa. Nel caso di specie, in cui la paziente era defedata ed affetta da gravi patologie, deve ritenersi che ella non possedesse alcuna chance di guarigione giuridicamente apprezzabile, bensì mere speranze.

Conseguentemente deve essere rigettata anche la domanda attorea subordinata.

Le spese di lite, attesa la complessità della fattispecie, meritano di essere interamente compensate.

Le spese della CTU, già liquidate come da decreto in atti, restano definitivamente a carico di parte attrice.

P.Q.M.

il Tribunale di Frosinone, monocraticamente e definitivamente pronunciando nella causa n. 1674/13, così provvede:

- rigetta le domande attoree;
- compensa le spese;
- pone le spese di CTU definitivamente a carico di parte attrice.

Così deciso in Frosinone, il 7 giugno 2016.

Depositata in Cancelleria il 7 giugno 2016.