

N. R.G. 5084/2019



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di PESCARA

RESPONSABILITA' AQUILIANA E ALTRO CIVILE

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

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 5084/2019 promossa da:

B.G. (CF ...) e **B.M.** (CF ...), rappresentati e difesi dall'Avv. M.S. del Foro di ..., ed elettivamente domiciliati nello studio della medesima in ... alla via ... (fax ...; pec ...)

ATTORI

contro

A. DI P. (C.F. ...) corrente in ... alla Via ..., in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, il Direttore Generale f.f. Sig. Dott. A. C., elettivamente domiciliato in ... al Viale ... e quello digitale, presso il difensore Avv. R. M. D. L. del Foro di ..., c.f. ... (P.E.C. ...)

CONVENUTA

Oggetto: responsabilità medica

Conclusioni:

All'udienza di precisazione delle conclusioni del 13/11/2024 le parti hanno concluso, come da verbale, con concessione alle stesse dei termini di cui all'art. 190 cpc a decorrere dall' 1/12/2024.



SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Esponevano gli attori quanto segue.

- 1) In data 03 aprile 2018 la Sig.ra P.M.L. manifestava un'emorragia da una varice alla gamba sinistra; (già affetta da diabete mellito tipo II in trattamento insulinico complicato da grave lesione ulcerativa inveterata secernente estesa circonferenzialmente a tutta la gamba sx non responsiva ai trattamenti e complicata da gravi alterazioni morfofunzionali del piede omolaterale, ipertensione arteriosa, obesità grave, sindrome ansiosa depressiva – come da verbale della Commissione Medica INPS invalidità civile dal 15 settembre 2015).
- 2) Alla Sig.ra P. M. L. già in passato si erano verificati episodi di questo genere che comunque erano stati gestiti con successo dai familiari con semplici manovre compressive e facendo distendere la Sig.ra P. M. L. in posizione supina con la gamba lievemente alzata.
- 3) In data 03 aprile 2019 l'emorragia si manifestava in maniera più intensa e appariva difficilmente controllabile, per cui i familiari contattavano il 118, descrivendo quanto stava accadendo. Contestualmente veniva precisato che il soggetto era obeso, diabetico e non autonomo negli spostamenti, per cui utilizzava una carrozzella.
- 4) Alle ore 19.30, dopo circa 20 minuti, sopraggiungeva un'ambulanza della Croce Rossa Italiana del Comitato di Spoltore mandata dal 118 della A. di P.
- 5) Durante l'attesa dell'ambulanza, i familiari erano riusciti a tamponare l'emorragia, che si era quindi arrestata, utilizzando fasciature compressive e facendo posizionare la Sig.ra P. M. L. supina sul letto con la gamba lievemente alzata e poggiata sopra una sedia.
- 6) Si presentavano dopo 20 minuti due operatori sanitari, presumibilmente volontari di Croce Rossa, con un'ambulanza non medicalizzata. Al loro arrivo venivano subito specificate tutte le patologie della paziente, le terapie e la sua impossibilità a deambulare.
- 7) Gli operatori del 118 provvedevano esclusivamente alla misurazione dei parametri vitali, della pressione arteriosa, della glicemia con glucostick e della saturazione dell'O2.
- 8) La Sig.ra P. M. L. era pienamente cosciente e veniva specificato che la perdita di sangue era stata cospicua, dato confermato anche dalla notevole quantità di sangue sparso nell'ambiente domestico.
- 9) Gli operatori non applicavano né laccio emostatico, né le veniva incannulata nessuna vena.
- 10) La figlia mostrava la sede dell'emorragia, evidenziando l'assenza di sanguinamento in quel momento;
- 11) Alle ore 19.50/19.55 circa, i predetti operatori sanitari decidevano di trasportare la paziente



presso il più vicino nosocomio.

- 12) Gli operatori sanitari, nonostante l'evidente obesità, la condizione di rischio emorragico, l'assenza di adeguato lettino per il trasporto, facevano posizionare la paziente seduta sulla sponda del letto, ritenendo che poi avrebbero utilizzato la carrozzina.
- 13) Nell'immediatezza di cambio della posizione l'emorragia riprendeva fluente ed intensa, ma gli operatori continuavano comunque a posizionarla per il trasporto.
- 14) Nel frattempo la Sig.ra P. M. L. dichiarava di sentirsi male e perdeva i sensi.
- 15) I due operatori sanitari inviati dal 118 monitoravano i battiti cardiaci ed il respiro e solo dopo oltre 2 minuti, su impulso dei parenti, chiamavano il 118 con il telefono dei familiari senza ottenere risposta e quindi infine utilizzavano la trasmittente di cui era dotata l'ambulanza.
- 16) Alle ore 20.10/20.15 circa giungeva la seconda ambulanza. Nonostante il numero degli operatori e la barella, questi avevano difficoltà nel trasporto e solo con l'aiuto dei familiari utilizzavano un telo.
- 17) Dopo essere giunti dentro l'ambulanza, allontanavano i familiari e rimanevano fermi per circa 10 minuti prima di ripartire verso Ospedale Civile di ..., dove sopraggiungeva la morte.
- 18) Nel merito è opportuno analizzare sia il "trauma score" riempito dagli operatori inviati dal 118 ossia della Croce Rossa Italiana, sia il secondo riempito dagli operatori del 118 Regione Abruzzo arrivati troppo tardi con l'ambulanza medicalizzata.
- 19) Nel primo si evince: indicata criticità dell'intervento di tipo C, all'osservazione sul posto la paziente risultava cosciente tant'è vero che si certificava: risponde allo stimolo verbale: SI; risponde allo stimolo doloroso: SI. Nella medesima sezione si constatava emorragia arto inferiore sinistro; la saturazione dell'O₂ appariva ancora buona 98% e la frequenza cardiaca risultava di 73 BPM. La pressione risultava buona 150-70 ed anche il glucostick 146.
- 20) Per semplificare, all'arrivo degli operatori della Croce Rossa Italiana la Sig.ra P. M. L. aveva avuto un profuso sanguinamento alla gamba sinistra, ma si mostrava ancora pienamente cosciente e gestibile in modo ottimale dal punto di vista emergenziale. Difatti i valori riscontrati avrebbero consentito un agevole incannulamento venoso per ripristinare l'eventuale ipovolemia di recente insorgenza; e/o tamponare un'ulteriore perdita ematica. Il sanguinamento appariva anche sotto controllo.
- 21) Dalla certificazione emerge l'assenza di incannulazione venosa e di posizionamento di laccio emostatico misure ineludibili a protezione di una ripresa dell'emorragia e per il reintegro dei liquidi.
- 22) Nonostante tutti gli elencati fattori di rischio, in assenza di laccio emostatico, non avendo



incannulato la paziente, quest'ultima veniva fatta sedere sul letto. A questo punto, inevitabilmente, il sanguinamento si ripresentava fluente.

- 23) Nell'immediatezza la paziente sbiancava in volto e perdeva i sensi, continuando a sanguinare.
- 24) Con ritardo veniva contattato il 118 che inviava ambulanza medicalizzata.
- 25) In un certificato del 118 del 03 aprile 2018 (allegato all'atto), dalle poche indicazioni emerge che quando giungono gli operatori del 118 le condizioni cliniche della paziente apparivano tragiche (classe morbosa grave) tanto che si constatava già la presenza di shock ipovolemico che si tentava di limitare con infusione di cristalloidi.
- 26) Dopo aver illustrato quanto sopra è bene sottolineare il contrasto tra la condizione del primo intervento in cui la Sig.ra P. M. L. appariva ancora cosciente e responsiva agli stimoli, mentre a poco più di mezz'ora si accertava lo stato di shock emorragico.
- 27) Da qui è possibile evidenziare la temerarietà ed il rischio a cui i primi operatori sanitari hanno esposto la de cuius, soggetto obeso, quando hanno ritenuto di poterla trasportare da soli facendole assumere la posizione seduta. Non sono indicati gli orari per cui non è possibile stabilire con esattezza i tempi dell'intervento. Sicuro il primo intervento come da certificato è stato effettuato verso le 19.34, mentre l'ingresso in sala emergenza presso il PO di ... avveniva verso le ore 20.50. Pertanto in circa 1 ora e 16 minuti la Sig.ra P. M. L. decedeva dopo due interventi del 118.
- 28) In conclusione all'ingresso in sala emergenza del PO di ... delle ore 20.50 la paziente risultava già in arresto cardiocircolatorio con polsi centrali non palpabili, arresto respiratorio, pupille non reagenti. Tale condizione non poteva essere insorta in quel momento ma negli interventi precedenti.
- 29) Emerge con chiarezza come non siano state rispettate le procedure da attuare in fase di emergenza.
- 30) Il paziente in stato di shock accertato o presunto (come da relazione medico pagina 5 di 39 legale di parte del Dott. M.) deve ricevere un monitoraggio continuo che permetta di controllare le modalità di progressione della sindrome. Occorre che gli operatori oltre a valutare in modo accurato l'andamento delle condizioni cliniche generali rilevino, mediante ausili strumentali, i principali parametri che descrivono la funzione cardiocircolatoria, respiratoria, renale e metabolica.
- 31) Inequivocabilmente il comportamento degli operatori intervenuti è stato imprudente, negligente ed imperito, infatti ha determinato la ripresa dell'emorragia senza che si facesse nulla per arrestarla o limitarne le conseguenze, che infine hanno condotto la paziente in uno



stato di shock emorragico irreversibile fino al decesso di lì a breve. Tutta la vicenda appare inverosimile, in quanto nel caso in esame si trattava di un'emorragia esterna perfettamente gestibile con un corretto intervento del 118 che addirittura può far fronte anche ad un arto amputato salvaguardando la vita del paziente.

32) È ravvisabile pertanto una responsabilità degli operatori intervenuti ed inviati dal 118 per quanto occorso alla Sig.ra P. M. L. e visto l'esito di quanto accaduto vi è un danno biologico pari al 100% oltre il danno arrecato agli eredi.

33) Gli eredi sopra identificati a tal proposito in data 08/05/2018 si rivolgevano al legale di fiducia, che provvedeva ad avanzare richiesta di risarcimento danni alla A. di P. e alla Croce Rossa di ..., senza ottenere nessun risultato.

Gli attori concludevano pertanto affinché il Tribunale volesse condannare la A. di P. in persona all'integrale risarcimento in favore degli eredi di tutti i danni morali, biologici e patrimoniali subiti oltre agli interessi dal giorno dell'insorgenza della malattia, rivalutazione monetaria, spese, onorari di causa.

Nel costituirsi la A. di P. impugnava e contestava la domanda.

Segnalava che grava sul preteso danneggiato l'onere della prova, allo stato non fornita, della sussistenza del nesso causale, sia materiale che giuridico, tra le condotte censurate e l'evento lamentato; che sul punto la Suprema Corte di Cassazione ha affermato da tempo il seguente principio di diritto: "... In tema di responsabilità dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, inquadrabile nella responsabilità contrattuale, è a carico del danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico di questi ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto ed imprevedibile ..." (Cass. Civ., Sez. II, 24.5.2006, n. 12362). Anche secondo il più recente orientamento della giurisprudenza di legittimità, in materia di responsabilità professionale sanitaria il paziente deve provare il danno ed il nesso causale tra lo stesso e la condotta commissiva ed omissiva sanitaria denunciata come colposa. Dunque, non solo il danno, ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare. Ed invero, se si ascrive un danno ad una condotta non può non essere provata da colui che allega tale ascrizione la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta (Cass. 7.12.2017, n. 29315; Cass. 4.11.2017, n. 26824; Cass. 26.7.2017, n. 18392; v., inoltre, ex plurimis,



Cass. 20.10.2015, n. 21177; Cass. 30.9.2014, n. 20547; ; Cass. 26.2.2013, n. 4792; Cass. 9.10.2012, n. 17143; Cass. 16.1.2009, n. 975; Cass. 26.2.2013, n. 4792). Ed ancora, la S.C. ha specificato che “Non comporta automaticamente il riconoscimento della responsabilità del medico agente il mancato assolvimento dell'onere di dimostrare l'esattezza della prestazione medica e l'assenza di incidenza causale dell'inadempimento della prestazione sanitaria sulla produzione dei danni subiti da un paziente, poiché è necessario accertare previamente l'ottemperamento dell'onere probatorio attoreo che consiste nel dimostrare la condotta colposa del responsabile, il nesso di causa tra quest'ultima ed il danno sofferto, elementi che pertanto costituiscono accertamenti distinti.” (Cass. Civ., 20.11.2018, n. 29853). Ed ancora attenta giurisprudenza di merito ritiene che: “... L'onere della prova in materia di responsabilità grava sul danneggiato, indipendentemente dal grado di difficoltà dell'intervento medico-chirurgico: in particolare il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del “contatto”) 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 ...” (Tr. Roma, 3.9.2009, n. 17915), per cui in tema di responsabilità dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, inquadrabile nella responsabilità contrattuale, è a carico del danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico di questi ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile ...” (Cass. Civ., Sez. II, 24.5.2006, n. 12362). Anche secondo il più recente orientamento della giurisprudenza di legittimità, in materia di responsabilità professionale sanitaria il paziente deve provare il danno ed il nesso causale tra lo stesso e la condotta commissiva ed omissiva sanitaria denunciata come colposa. Dunque, non solo il danno, ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare. Ed invero, se si ascrive un danno ad una condotta non può non essere provata da colui che allega tale ascrizione la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta (Cass. 7.12.2017, n. 29315; Cass. 4.11.2017, n. 26824; Cass. 26.7.2017, n. 18392; v., inoltre, ex plurimis, Cass. 20.10.2015, n. 21177; Cass. 30.9.2014, n. 20547; ; Cass. 26.2.2013, n. 4792; Cass. 9.10.2012, n. 17143; Cass. 16.1.2009, n. 975; Cass. 26.2.2013, n. 4792). Riguardo all'*an debeatur* in via principale e nel merito l'A. di P., impugnava quanto dedotto e prodotto da parte ricorrente –in particolare la relazione del C.T.P. Dott. M.- in quanto non redatta all'esito di contraddittorio che l'abbia coinvolta e pertanto non dotata della necessaria obiettività né di valenza probatoria trattandosi di mere allegazioni difensive a contenuto tecnico prive di autonomo valore probatorio che, se non esplicitamente confutate, devono per implicito essere ritenute disattese.



Negava altresì la sussistenza di collegamenti rilevanti sotto il profilo eziologico tra la condotta tenuta dai medici in occasione della prestazione sanitaria di che è causa ed il decesso della Sig.ra P. M. L., che non può quindi ritenersi in alcun modo riconducibile alla prestazione medica censurata né, tanto meno, ad errori o omissioni attribuibili alla convenuta ma, al contrario, deve essere ricondotto ad altri fattori causali indipendenti, imprevedibili e comunque inevitabili.

Il primo dato in evidente contrasto con quanto dedotto da parte attrice è che se è vero come è vero quanto riferito dal familiare al 118, e cioè che si trattava di “Emorragia: lieve” e che “durante l’attesa dell’ambulanza, i familiari erano riusciti a tamponare l’emorragia” (attesa come visto di circa 10 minuti e NON di “circa 20 minuti” come sostenuto da parte attrice) (v. pag. 3, righe 1-3, atto di citazione) lo scenario presentatosi agli occhi dei Soccorritori non poteva essere contraddistinto da una “notevole quantità di sangue sparso nell’ambiente domestico”. Ed infatti quando i Soccorritori entrarono nella camera da letto ove si trovava la Sig.ra P. M. L. la trovarono semi sdraiata sul letto, in condizioni buone, vigile e collaborativa, con una fasciatura sul polpaccio sinistro; vennero accolti dai familiari, in particolare da quella che si definì la figlia e che riferì, con toni molto pacati, che si era aperta un’ulcera alla gamba della quale la madre soffriva da tempo. I Soccorritori presero i parametri vitali (nella norma) e li trascrissero sul trauma score (ALLEGATO 4); la figlia della Sig.ra P. M. L. scostò la fasciatura ed i Soccorritori constatarono che in quel momento non fuoriusciva sangue; il Soccorritore C. fasciò ulteriormente ed accuratamente la lesione con bendaggio compressivo in Cotone di Germania. A quel punto, svolto come da protocollo il loro compito (valutazione parametri vitali ed emostasi), verificate quindi le condizioni stabili, i Soccorritori non potevano fare altro che iniziare le manovre per trasportare al più presto la paziente presso il P.O. di ..., affinché le venissero apprestate le cure opportune.

Quanto agli addebiti di parte attrice (“Gli operatori non applicavano né laccio emostatico, né le veniva incannulata nessuna vena”), è evidente che a quel momento non vi era indicazione all’utilizzo di tali presidi. Quanto al laccio emostatico non era assolutamente indicato, posto che l’emorragia era sotto controllo e che le linee guida ERC 2 Ø15 prevedono di “Utilizzare il laccio emostatico quando non è possibile controllare una grave emorragia esterna di un arto con la sola compressione diretta della ferita. Per l’applicazione in sicurezza ed efficacia del laccio emostatico è richiesta una formazione specifica ” (v. pag. 56, IV cpv., ALLEGATO 6). Ancora, sul manuale di Primo Soccorso del 118 di ... si legge: “L’applicazione del laccio emostatico arterioso è un intervento drastico. Il flusso di sangue viene completamente interrotto. A valle del laccio si possono avere complicanze anche gravi. Per questi motivi l’applicazione del laccio deve essere eseguita solo se nessuna delle metodiche precedenti ha raggiunto l’obiettivo di contenere l’emorragia. [...] COMPLICANZE LEGATE ALL’USO DEL



LACCIO L'interruzione del flusso di sangue a valle del laccio provoca ischemia. A lungo andare si potrà giungere alla necrosi dei tessuti. Il laccio comprime, oltre ai vasi, anche le strutture nervose sottostanti. Questo può provocare paralisi (nervosa) a valle del laccio.” (v. pag. 33, ALLEGATO 7). Sia chiaro poi che in nessun caso i Soccorritori volontari sono abilitati ad eseguire manovre invasive, come “prendere” una vena per incannularla; manovre riservate ai medici ed al personale infermieristico. Né poteva comunque essere previsto, prima del trasporto, l'aggravamento dell'emorragia, che era ormai sotto controllo. Raccolto dalla Sig.ra P. M. L. il consenso al trasporto, per cui si era deciso di utilizzare la sedia di evacuazione in dotazione all'ambulanza, questa si sedette sul bordo del letto e dopo qualche secondo perse conoscenza. La scelta della sedia di evacuazione fu adeguata alle condizioni della paziente (come detto in condizione di emostasi) e, soprattutto, indicata per la sua condizione di grande obesa. L'utilizzo della barella era di fatto impossibile (circostanza confermata dal fatto che per il successivo trasporto venne in effetti utilizzato il telo barella e fu necessario l'ausilio di tutti gli operatori presenti oltre che dei familiari) ed il trasporto con la sedia di evacuazione era l'unico che consentisse, in quel momento, di salvaguardare al meglio l'incolumità della paziente per il trasbordo. Tornando al momento in cui la paziente perse conoscenza, non è vero quanto asserito da parte attrice e cioè che “gli operatori continuavano a posizionarla per il trasporto”; la Signora P. M. L. perse conoscenza quando si trovava seduta sul bordo del letto e, quindi, sul letto rimase. Il Soccorritore (M.) controllò nuovamente i parametri tenendo sotto controllo polso e respirazione e notò che dal polpaccio sinistro stava uscendo del sangue molto denso; mentre M. continuava a monitorare i parametri l'altro Soccorritore (C.) tentò immediatamente di chiamare il 118 dal telefono di servizio per chiedere l'intervento di unità medicalizzata, non riuscendovi tentò poi dal telefono di casa della famiglia ed infine tornò al mezzo per provvedervi via radio; la chiamata risulta accettata alle ore 2 Ø:11: Ø 5 ed assegnata all'unità PE - 1 Ø 1, partita alle 2 Ø:12:3Ø. Nel frattempo entrò nella stanza una vicina di casa presentandosi come infermiera e chiedendo ai Soccorritori se avevano a disposizione la strumentazione per somministrare una soluzione fisiologica, attività, come detto, assolutamente vietata ai Soccorritori volontari. A quel punto l'infermiera utilizzò l'Abbocath (Ago Cannula) e la soluzione fisiologica –presidi che avevano comunque in dotazione i Soccorritori, a disposizione del personale medico– e la somministrò alla Signora P. M. L.; venne inoltre posizionato –a quel punto era necessario– il laccio emostatico sulla gamba sinistra della paziente. A quel punto il Soccorritore C. entrò nella stanza avvertendo che di lì a poco sarebbe arrivata l'ambulanza medicalizzata del 118. La signora intanto riprese conoscenza, riferendo di accusare mal di schiena. Il mezzo del 118, partito in codice rosso alle ore 2 Ø:12:3Ø, come già detto, con equipaggio sanitario composto dalla Dott.ssa A. e dall'Infermiere G., partiva alla volta dell'abitazione



della Sig.ra P. M. L. ed arrivava sul posto alle 2 Ø :27 :51. Gli Operatori constatarono che la Signora era cosciente e stabile e, visto il peso della paziente, come detto grande obesa, furono costretti ad organizzare il trasporto, in perfetta conformità alle procedure standardizzate, con il telo barella.

D'altro canto gli stessi attori sostengono che “nonostante il numero degli operatori e la barella, questi avevano difficoltà nel trasporto e solo con l'aiuto dei familiari utilizzavano un telo”. Ciò non può essere utilizzato in alcun modo a detrimento dell'operato dei Sanitari dimostrando, al contrario, che il trasporto dall'abitazione all'ambulanza fu reso tutt'altro che semplice dalla mole della Signora P. M. L. e che richiese la collaborazione di tutti i presenti. Comunque la paziente, perfettamente cosciente, veniva sistemata nell'ambulanza. Solo all'interno del mezzo si eseguivano le procedure del caso; ciò si faceva prima della partenza, a riprova delle condizioni stabili, per operare in stato di quiete a salvaguardia della paziente.

Le prestazioni eseguite e segnalate nel trauma score furono: “99.2” (corrispondente all'iniezione o infusione di farmaci e liquidi) e “93.96” (corrispondente alla somministrazione di ossigeno); quanto alla prima vennero infusi “Cristalloidi 25Ø cc. [...] Emagel 5ØØ cc.”). Il trasporto iniziava alle 2Ø:43:32; quindi dalle 2Ø:27:51 (arrivo del mezzo sul posto) erano trascorsi circa 15 minuti in cui gli Operatori dell'unità medicalizzata PE1Ø1 erano saliti in casa, avevano verificato le condizioni della paziente, organizzato il difficile trasporto (data la grave obesità della Signora), sceso le scale (sempre con grande difficoltà) posizionata la paziente nell'ambulanza, prestato le cure del caso. In quel momento le condizioni della paziente erano comunque stabili. Nel trauma score si legge “CONDIZIONI RISCONTRATE ... VALUTAZIONE... forma morbosa grave”; nessuna spunta su “Compromissione delle funzioni vitali”, nè vengono annotate pratiche rianimatorie; ciò a riprova del fatto che, al contrario di quello che sostiene parte attrice, non si verificò alcun arresto cardiaco durante il trasporto. Troviamo nel trauma score la sola annotazione di uno “Shock Ipovolemico” conseguente ad emorragia; shock evolutosi in fase di trasporto e la cui annotazione comunque, al contrario di quello che sembra intendere la controparte, non sottintende uno stadio avanzato. In ogni caso durante il tragitto la paziente riceveva il monitoraggio continuo di cui necessitava. Si ripete che la Sig.ra P. M. L. era cosciente e che i Sanitari hanno regolarmente colloquiato con lei all'interno dell'ambulanza. La paziente è arrivata quindi presso il P.O. di ..., in sala emergenza, alle 2 Ø:52:31 (v. ALLEGATO 3), dopo soli 9 minuti dalla partenza; all'arrivo si repertava “ingresso in sala emergenza alle ore 2Ø:5Ø in arresto cardio-circolatorio (polso centrali non palpabili, arresto respiratorio, pupille non reagenti). Trasportata dal 118 per riferito shock emorragico da profuso sanguinamento da varice rotta spontaneamente gamba sn. Presenta una fascia emostatica stretta al terzo distale coscia sn e una medicazione/bendaggio a livello della gamba s n intrisa di sangue . ..”. Al contrario di quel che



sostiene la controparte l'arresto cardiaco si era verificato e quindi annotato proprio in fase di arrivo, tant'è che solo in quella sede venivano praticate "manovre rianimatorie con massaggio cardiaco esterno, ventilazione con va e vieni". A fronte dei fatti sopra descritti, sarebbe evidente che gli attori, nel formulare le loro censure, si sono limitati ad applicare il criterio del post hoc ergo propter hoc, così ignorando quello della prognosi postuma nonché disattendendo la regola del "più probabile che non".

Con riguardo poi all'elemento soggettivo, i Sanitari che hanno tenuto in cura la Sig.ra P. M. L. si sarebbero scrupolosamente attenuti alle linee guida ed ai protocolli previsti per casi consimili, opportunamente adeguandoli a quello in esame secondo la migliore pratica medica; hanno quindi tempestivamente formulato la corretta diagnosi, secondo quelle che erano le evidenze cliniche, e posto in essere con la massima diligenza e perizia ogni azione utile a preservare la salute della paziente. Si è trattato quindi di eventi imprevedibili e comunque inevitabili. In ogni caso, nella denegata ipotesi in cui le controparti riuscissero a fornire la prova del nesso causale materiale e della riconducibilità alla condotta dei medici, sempre che presenti profili di colpa, di un evento dannoso effettivo, la responsabilità dell'esponente dovrà essere limitata in ragione del solo apporto causale della condotta antidoverosa dei sanitari suoi dipendenti, escludendo pertanto le sequele attribuibili a concause naturali o comunque ad altri fattori causali. A tal proposito infatti è da dirsi che qualora la produzione di un evento dannoso risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, se da un lato l'autore del fatto illecito o il debitore inadempiente risponde, in base ai criteri della causalità naturale, di tutti i danni che ne sono derivati, a nulla rilevando che gli stessi siano stati concausati anche da eventi naturali, dall'altro questi ultimi rilevano ai fini della stima del danno, ossia sul piano della causalità giuridica, determinando il danno risarcibile sia in ragione della differenza tra lo stato complessivamente presentato dal danneggiato dopo il fatto e lo stato pregresso, sia alla stregua della situazione che si sarebbe determinata se non fosse intervenuto il fatto lesivo imputabile (Cass. Civ., Sez. III, 18.4.2019 n. 10812; Cass. civ., 20.11.2017, n. 27524; Cass. civ., 13.11.2014, n. 24204; Cass. civ., 21.7.2011, n. 15991).

Circa il QUANTUM DEBEATUR, ferma restando la non riconducibilità degli asseriti danni ad errori e/o omissioni riferibili all'A. di P. convenuta, in ogni caso, si riteneva di segnalare che la quantificazione del danno fornita da parte attrice non può essere ritenuta valida. Quanto alla domanda avanzata iure hereditatis si eccepiva la carenza di titolarità attiva in capo agli attori del rapporto dedotto, non avendo provato né la qualità di congiunti né quella di eredi della P. M. L. Al contrario di quello che sottintende parte attrice, il danno da perdita della vita nel caso di morte istantanea non è trasmissibile iure hereditatis (Cass. Civ. Sez. Un. n. 1535 Ø del 22 luglio 2015, v. anche, ex multis,



da ultimo la recente Cass. Civ., Sez. III, 29.9.2017 n. 22541). In ogni caso, seppure dalle stesse allegazioni degli attori neppure può ipotizzarsi una morte che non sia stata istantanea o inconsapevole, valga il principio consolidatosi in numerose pronunzie della Suprema Corte: "... Per consolidata giurisprudenza di questa Corte, nel caso in cui intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla menomazione della integrità psicofisica patita dal danneggiato per il periodo di tempo indicato, e il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento del danno è trasmissibile agli eredi "iure hereditatis"; in questo caso, l'ammontare del danno biologico terminale sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea, e tuttavia la sua liquidazione dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporaneo, tale danno è massimo nella sua entità ed intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed esitare nella morte ..." (v. anche, ex multis, da ultimo la recentissima Cass. Civ., Sez. III, 29.9.2017 n. 22541; nonché Cass. Civ., Sez. III, 08.7.2014, n. 15491 Cass. Civ., 2002, n. 3728; Cass. Civ., 2003, n. 9620; Cass. Civ., 23 febbraio 2004, n. 3549; Cass. Civ., 2006, n. 1877; Cass. Civ., 2007, n. 18163; Cass. Civ., 30 ottobre 2009, n. 23053). Peraltro, si escludeva la sussistenza di qualsivoglia ulteriore eventuale voce di danno, risarcibile o meno.

La convenuta concludeva affinché il Tribunale volesse: IN VIA PRINCIPALE accertare e ritenere l'assenza di qualsivoglia nesso di causa, sia materiale che giuridico, tra gli eventi ex adverso lamentati in termini di danno e le condotte riferibili alla convenuta nonché la conformità di tali condotte alle regole dell'arte medica; con conseguente rigetto degli addebiti e delle domande di parte attrice, siccome del tutto destituiti di fondamento in fatto ed in diritto e comunque non provati ; IN VIA SUBORDINATA e per l'ipotesi non creduta che il Tribunale adito dovesse ritenere anche solo parzialmente fondata la domanda ex adverso formulata, e quindi nella ipotesi che dovesse ritenersi la sussistenza di una condotta antidoverosa dei sanitari riferibile a questa A. di P. nei termini prospettati in citazione cui siano riconducibili eventuali danni, nonché la titolarità attiva del rapporto giuridico ex adverso dedotto, accertare con rigore l'entità di quelli risarcibili realmente subiti da parte attrice e strettamente riconducibili alla condotta censurata, previo accertamento dell'esistenza e graduazione del nesso eziologico anche con riguardo all'eventuale apporto causale di eventi naturali o della condotta di eventuali terzi.

La causa veniva istruita attraverso prove orali ed una ctu medico legale collegiale, pervenendo definitivamente in decisione all'udienza di precisazione conclusioni del 13.11.2024 in cui venivano concessi alle parti i termini di cui all'art. 190 cpc a decorrere dal 1 dicembre 2024.



MOTIVI DELLA DECISIONE

In sede di decisione va anzitutto rammentato in punto di diritto quanto segue.

Anzitutto, è pacifico che il paziente che intende ottenere il risarcimento dei danni asseritamente subiti per responsabilità medica, deve dimostrare il nesso causale tra la condotta del sanitario e l'evento dannoso subito. Non è invece tenuto a provare la violazione delle *leges artis* durante l'esecuzione della prestazione sanitaria. Questo onere ricade sulla struttura sanitaria o sul professionista, che devono contestare la domanda di risarcimento dimostrando la correttezza della prestazione o che l'inadempimento è dovuto a una causa non imputabile. In particolare, questo principio è stato ribadito dalla Corte di Cassazione con l'ordinanza 5 marzo 2024, n. 5922, nella quale è stata sottolineata l'importanza della corretta ripartizione dell'onere della prova tra paziente e struttura sanitaria. In particolare, è stato evidenziato che il paziente non è tenuto a dimostrare l'inadempimento del sanitario, ma solo il nesso causale tra la condotta e il danno subito. Questo implica che il paziente deve fornire prove sufficienti per dimostrare che il danno è una conseguenza diretta della condotta sanitaria. Non è sufficiente, infatti, affermare che vi sia stato un danno, ma è necessario collegarlo chiaramente alla specifica azione o omissione del sanitario. Una volta che il paziente ha dimostrato il nesso causale, l'onere di provare l'esatto adempimento ricade sulla struttura sanitaria. La struttura deve dimostrare che la prestazione sanitaria è stata eseguita correttamente e in conformità con le *leges artis*, ovvero le regole della buona pratica medica. Se l'inadempimento è imputabile a cause non dipendenti dalla struttura (ad esempio, un evento imprevedibile e inevitabile), la struttura deve fornire prove di tali circostanze per essere esonerata dalla responsabilità. La Cassazione chiarisce anche la differenza tra nesso causale e inadempimento. Il nesso causale è la relazione tra la condotta del sanitario e il danno subito dal paziente. È un concetto relazionale che identifica l'azione del sanitario come causa diretta del danno. L'inadempimento, invece, si riferisce alla mancata esecuzione o all'errata esecuzione della prestazione sanitaria secondo le regole della buona pratica medica. Mentre il paziente deve dimostrare il nesso causale, è compito della struttura sanitaria dimostrare che non vi è stato inadempimento o che questo è dovuto a cause non imputabili alla struttura stessa. Secondo l'insegnamento della Corte, pertanto, in ambito di responsabilità sanitaria, il nesso causale non è una mera circostanza di fatto, ma un concetto relazionale che identifica una relazione tra due eventi, dove uno è la conseguenza dell'altro. Si utilizza il criterio della preponderanza dell'evidenza ("del più probabile che non"), distinto dalla prova "oltre ogni ragionevole dubbio" richiesta nel giudizio penale. La regola probatoria per l'accertamento del nesso causale, si specifica poi in due criteri distinti, quella del "più probabile che non" secondo cui il giudice valuta se una certa condotta è causa di un evento dannoso basandosi sulla probabilità maggiore che l'evento sia conseguenza della condotta piuttosto che no, l'altra del



criterio della prevalenza relativa, secondo cui il giudice valuta se la probabilità che una condotta sia la causa di un evento dannoso prevale sulle probabilità delle altre cause alternative o concause esistenti. Conseguentemente, qualora l'evento dannoso sia ipoteticamente riconducibile ad una pluralità di cause, in applicazione progressiva dei due criteri, il giudice di merito deve prima eliminare le ipotesi meno probabili, analizzare quelle rimanenti più probabili e scegliere quella con il maggior grado di conferma, basandosi su un ragionamento inferenziale. Inoltre, il giudice, in applicazione di entrambi i criteri, nell'effettuare il ragionamento inferenziale probatorio, tiene conto, nell'esercizio del potere di libero apprezzamento della qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili per determinare il grado di conferma necessario per ritenere provati i fatti allegati e formulare un giudizio. La decisione chiarisce che la mancata dimostrazione, da parte del paziente, di elementi fattuali facilmente provabili non pregiudica necessariamente l'esito del giudizio. Non spetta, infatti, al paziente dimostrare l'errore medico; questo compito ricade interamente sull'ente ospedaliero. Quanto sopra si raccorda anche alla considerazione che sul paziente-danneggiato incombe l'onere probatorio alla stregua del primo comma dell'art. 2697 c.c., secondo cui "chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento". Chi lamenta il danno deve dunque provare il fatto lamentato, le conseguenze che ne sono derivate e anche il nesso causale tra fatto e pregiudizio. Non solo quindi il danno, ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore provare; quand'anche si discuta di responsabilità contrattuale, la previsione dell'art. 1218 c.c. solleva infatti il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento. La previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nella opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla (cfr. Cass. S.U. n. 13533/2001), ma tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha dunque ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il già richiamato principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. Anche nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, pertanto, è onere del paziente danneggiato dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento. Su questo aspetto, va rammentato che una delle teorie del nesso causale che si riscontra nell'ordinamento giuridico è quella della "regolarità causale", per la quale un danno è conseguenza di un fatto qualora ne costituisca un



effetto normale. Va però anche ricordato che, almeno a partire dal 2008, è stata accolta con favore la teoria della “preponderanza dell’evidenza”, altrimenti detta del “è più probabile che non”. La Cassazione a Sezioni Unite, infatti, ha affermato che in assenza di norme civili che specificamente regolino il rapporto causale, occorre fare riferimento ai principi generali di cui agli artt. 40 e 41 c.p.: un evento, quindi, è da considerare causato da un altro se, ferme restando le altre condizioni, il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo (cosiddetta teoria della *condicio sine qua non*) (Cass. Sez. Un. 11.01.2008, n. 581). Deve essere però chiaro che l’analisi sul nesso causale non va svolta in termini di certezza assoluta («oltre ogni ragionevole dubbio», come in sede penale) né di mera possibilità, quanto piuttosto in termini di rilevante probabilità, nel senso cioè che l’azione o l’omissione del medico deve avere causato il danno lamentato dal paziente con un grado di efficienza causale così alto da rendere più che plausibile l’esclusione di fattori concomitanti o addirittura assorbenti.

Tenuto conto di questi principi si perviene all’accertamento della responsabilità della convenuta per le dirimenti risultanze della ctu,

Infatti ai fini della decisione, risulta imprescindibile riportarsi alla ricostruzione ed alle valutazioni espresse in sede di CTU dal collegio incaricato.

Si riportano pertanto i punti salienti:

... LA VICENDA In data 03 aprile 2018, la Sig.ra P.M.L. accusava un’emorragia da una varice venosa alla gamba sinistra, sede di una estesa lesione ulcerativa circonfenziale. Alle ore 19.32:55, ella chiamava la centrale operativa 118 e rispondeva la centrale di ... che assegnava all’Unità ..., in forza alla C.R.I. Comitato di ..., la chiamata per l’intervento in Via ... in ... (...) a favore della Sig.ra P.M.L. In attesa dell’ambulanza la figlia e il marito della Sig.ra P.M. L. l’avevano accompagnata a letto; durante il tragitto proseguiva il sanguinamento, che da quanto descritto dalle testimonianze (ampia chiazza sul pavimento e vari asciugamani intrisi di sangue) sembra essere stato veramente cospicuo. Peraltro, dai dati anamnestici successivi emerge che la signora P. M. L. era in trattamento con Tiklid (ticlopidina) farmaco antiaggregante piastrinico che facilita il sanguinamento ritardando la formazione del trombo piastrinico. Solo una volta a letto, sollevando la gamba e attuando la compressione con una fasciatura stretta, il sanguinamento si arrestava. La Sig.ra P. M. L. aveva avuto episodi analoghi anche in passato ed i familiari pertanto avevano una certa dimestichezza con queste manovre. L’ambulanza arrivava sul posto dopo circa 30 minuti. I due componenti l’equipaggio raggiungevano l’appartamento della Sig.ra P. M. L. insieme: si trattava di un autista soccorritore (uomo) e di un soccorritore (donna). I soccorritori rilevano i parametri che risultano sostanzialmente normali: dai dati registrati nella scheda di intervento si evince pressione arteriosa 150/70, frequenza



cardiaca 73 bpm, saturazione dell'emoglobina 98%; glucostick 146 mg/dl); verificavano che il sanguinamento si era arrestato e informavano la paziente sulla necessità di portarla in Ospedale. Nelle note della scheda del primo soccorso si legge: la paziente riferisce ulcera sanguinante arto inferiore sn circa 750 ml -1l, paziente diabetica insulino dipendente, pz in trattamento con Cardicor, effettuata emostasi riferite dal richiedente. La paziente, del peso di 140 Kg, dopo un primo tentennamento, acconsentiva e pertanto la invitano a sedersi sul petto con l'obiettivo di spostarla poi sulla sedia di trasporto. A quel punto i soccorritori notavano che era ripreso il sanguinamento (..la fasciatura era impregnata di sangue). A quel punto entrava anche la vicina di casa, infermiera, che descriveva la Sig.ra P. M. L. come "bianca cadaverica", priva di sensi, con le gambe penzoloni "in una pozza di sangue"; la soccorritrice le teneva la mano, mentre l'altro soccorritore tentava di rilevare la pressione arteriosa senza riuscirci, il che lascia presagire che era marcatamente bassa. La vicina di casa infermiera faceva sollevare la gamba dal letto e applicarle un laccio emostatico in dotazione dei soccorritori alla gamba stessa (non viene precisato il livello o meglio la posizione rispetto alla sede di sanguinamento); si rendeva inoltre conto della gravità della situazione clinica e della necessità di somministrare liquidi per via venosa e chiedeva ai soccorritori il necessario per incannulare una vena ed un flacone di Emagel o in alternativa un flacone di soluzione fisiologica. Dalle testimonianze emerge che l'ambulanza era dotata di agocannula ma non di flebo e fu la figlia della Sig.ra P. M. L. a dare alla vicina di casa infermiera una flebo di soluzione fisiologica (non sappiamo di quale volume).

Dopo l'infusione della flebo la Sig.ra P. M. L. riprendeva conoscenza e diceva di accusare mal di schiena e di aver desiderio di mettersi seduta...i soccorritori tentavano di contattare la centrale per inviare sul posto un'ambulanza con medico a bordo, ma i vari tentativi di contattare la centrale con il telefono furono vani e fu necessario che l'autista-soccorritore scendesse in ambulanza e chiamasse la centrale via radio. L'ambulanza di soccorso avanzato con medico ed infermiere a bordo giungeva sul posto alle ore 20:28 circa. Il secondo equipaggio costituito da medico e infermiere trovarono la Sig.ra P. M. L. con agocannula in vena e laccio emostatico alla gamba (non è precisata la sede) e probabilmente cosciente, almeno parzialmente. Infatti, mentre la ripresa della coscienza è riferita dai soccorritori e dalla stessa vicina di casa, infermiera, è negata dal marito e dalle figlie. Ma è verosimile che, posta supina, possa aver recuperato coscienza magari rimanendo confusa e sonnolenta per cui rispondeva a tratti. L'ambulanza medicalizzata ripartiva alla volta del Pronto Soccorso di P.M. L. alle ore 20:43 circa. Durante il tragitto la paziente veniva monitorizzata da quanto risulta da deposizioni testimoniali. Dalla scheda del secondo intervento si evince solo: condizioni presunte : classe patologica c , criticità R Orario non indicato Condizioni riscontrate : valutazione – classe



morbosa grave classe patologica – C 19 (=altra patologia) patologia riscontrata – C 0106 (=emorragia) criticità finale – R (=rosso) Prestazioni : perst. Princ. EM 99.2 (= iniezione o infusione di farmaci e liquidi) prest. Sec. EM 93.96 (= somministrazione di ossigeno) Valutazione : O2 + RES O2 Terapia : cristalloidi 250 cc (benagel 500 cc) Note : shock ipovolemico x emorragia per rottura varice In terapia con insulina, cardicor, tiklid ... nella scheda non sono riportati parametri vitali né le condizioni di coscienza e non è desumibile l'evoluzione delle condizioni cliniche durante il trasporto. Giungeva al Pronto Soccorso dell'ospedale di ... alle ore 20:52. Dal verbale di Pronto Soccorso si evince: dati di ingresso : 3.04.18 ore 21:05 trasporto ambulanza medicalizzata 118 Priorità codice Rosso Provenienza intervento C.O.118 Data visita medico 3.04.18 Dati di uscit Deceduto Data ora dimissione 4.04.18 00:41 Anamnesi : ingresso in sala emergenza alle 20:50 in arresto cardiocircolatorio (polsi centrali non palpabili , arresto respiratorio , pupille non reagenti) . Traportata dal 118 per riferito shock emorragico da profuso sanguinamento da varice rotta spontaneamnete gamba sn . Presenta una fascia emostatica stretta ad terzo distale della coscia sn ed una medicazione / bendaggio a livello della gamba sinistra intrisa di sangue. Esame obiettivo: manovre rianimatorie con massaggio cardiaco esterno, ventilazione con va e vieni e successivamente mediante intubazione OT (rianimatore), accesso venoso infraosseo tibiale prossimale destro, inizia immediatamente infusione di due sacche di zero negativo mediante l'accesso intraosseo con sacca pressostatica e una mediante accesso venoso, monitoraggio ecg continuo con reperto di asistolia. Alle 21:30 nessuna ripresa di attività di circolo, si sospendono le manovre rianimatorie e si constata il decesso. Terapia praticata : adrenalina 1mg ev ogni 5 min per un totale di 4 fiale , infusione di Ringer Lattato 500 cc ev . Diagnosi di uscita: arresto cardiaco irreversibile in shock emorragico da sanguinamento da rottura di varice gamba sinistra. Consulenza Rianimatoria PO di ... del 3 aprile 2018 : diagnosi e prescrizione dello specialista : h 20:55 in ACR (arresto cardio respiratorio), già in fase di MCE (massaggio cardiaco esterno) e ventilazione assistita tramite va e vieni collegata ad O2. Si continua MCE e si posiziona POT D. 7,5 ; si infonde adrenalina 1 mg ogni 4 min per un tot di 4 mg totali . Si infondono inoltre liquidi e sangue 2 U (0 -) in vena periferica e per via intraossea (regione tibiale anteriore destra) . Si effettua EGA venoso . h 21:30 nessuna ripresa di attività cardiorespiratoria , acinesia all'eco di controllo . Si constata l'exitus . In sintesi, veniva attuato ALS avanzato e protratta la rianimazione per 40 minuti ma senza alcun benefico ed alle 21:30 si constatava il decesso.

CONSIDERAZIONI SULLA VICENDA Il sanguinamento di varice venosa. La Sig.ra P. M. L. di anno 59 era affetta da diabete mellito, obesità, cardiopatia non meglio precisata ed era in trattamento con Cardicor. Soffriva inoltre di insufficienza venosa cronica agli arti inferiori per presenza di varici



venose. L'insufficienza venosa cronica è un danno a carico delle vene degli arti inferiori che impedisce il normale flusso ematico. L'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori (IVC) è definibile come l'insieme delle manifestazioni cliniche legate ad un'anomalia funzionale del sistema venoso causata da un'incontinenza delle valvole con o senza l'associazione di una ostruzione delle vene, superficiali, profonde o perforanti. Poiché la funzione delle valvole venose è essenziale perché il sangue ritorni dagli arti inferiori senza ristagnare nell'ortostatismo, questa patologia colpisce tipicamente le gambe. Questa anomalia della funzione venosa può dare disturbi rilevanti come iperpigmentazione cutanea da ripetuti microscopici stravasi ematici, edema, varici venose: si parla di "Insufficienza Venosa Cronica....

... Tutto questo per dire che le morti riportate per sanguinamento da varici venose sono ascrivibili: 1. o al fatto che la vittima si trovava sola, magari in stato di non completa lucidità mentale, perché la manovra salvavita di compressione e sollevamento dell'arto non può essere fatta facilmente se si è soli; 2. o al fatto che il soccorso è stato non adeguato, soprattutto perdendo tempo: infatti il sanguinamento venoso non va sottovalutato e si deve agire in fretta in quanto un sanguinamento venoso profuso può portare a morte in meno di 20 minuti. 3 . Infatti, questo sanguinamento, poiché venoso, può essere facilmente bloccato con la semplice compressione, direttamente sul punto di sanguinamento, e l'elevazione dell'arto interessato. Applicazione di torniquet o altri presidi di legatura a monte della sede del sanguinamento è fortemente sconsigliata, infatti se non è tale da occludere completamente la circolazione arteriosa aumenterebbe la congestione venosa e pertanto peggiorerebbe il sanguinamento 4. Una volta arrestato il sanguinamento è comunque necessario il trasporto in ospedale per una valutazione specialistica ed effettuare una chiusura chirurgica della vena in causa, poiché è elevato il rischio di recidiva del sanguinamento.

....La perdita massiva di sangue ha determinato, nel caso di specie, un quadro clinico di shock.... senza scendere troppo nei dettagli, nel caso specifico ci troviamo dinanzi ad una forma ipovolemica di shock che in parole povere significa una perdita di volume di sangue, perdita che può interessare la componente plasmatica senza perdita di globuli rossi, si parla allora di disidratazione, oppure può riguardare la perdita globale di sangue (per cause traumatiche o non traumatiche), allora si parla di emorragia. E' opportuno dire che lo shock determinato dall'emorragia comporta una sofferenza maggiore per i tessuti in quanto non viene meno solo la circolazione ma anche vengono meno i globuli rossi che sono i trasportatori dell'ossigeno, essenziale per la funzione cellulare e quindi degli organi. **Tutto questo per dire che lo shock emorragico è una situazione estremamente a rischio per la vita se non si riesce tempestivamente a reintegrare anche con sangue, in quanto i soli liquidi non sono sufficienti a stabilizzare la vittima.** Ci sono dei parametri clinici per stimare l'entità della



perdita e sono riportati in tabella**qualunque ne sia la causa, lo shock non ha possibilità di risolversi se non si interviene in modo adeguato e tempestivo ed evolve in tre stadi successivi di progressione del danno...**

... la terapia dello shock sommariamente consiste nella somministrazione di liquidi (cristalloidi o colloidali) in quantità adeguata a mantenere la pressione arteriosa media al di sopra di 65 mmHg (cosiddetta Fluid Resuscitation) e se i soli liquidi non sono sufficienti a raggiungere questo valore di pressione, è necessario intervenire con i cosiddetti farmaci vasoattivi (principalmente Noradrenalina). Si deve poi trattare la causa che nel caso specifico era la perdita di sangue, pertanto arrestare l'emorragia in modo certo e trasfondere sangue prima possibile.

Soccorso Il soccorso territoriale in Italia all'epoca dell'evento faceva capo al numero unico nazionale 118.....(*il Ctu si sofferma sulle linee Guida Ministeriali sul Triage, sulla tipologia delle ambulanze, sulle caratteristiche e competenze dell'equipaggio, ecc*)

... L'operatore di centrale decide il mezzo di soccorso da inviare in base al codice di triage che assegna (ovviamente tenendo conto anche della disponibilità). Abitualmente il mezzo di soccorso va abbinato al codice colore di gravità:...

...relativamente ai soccorritori c'è da precisare che: - l'autista soccorritore ha principalmente la responsabilità del mezzo di soccorso, della sua efficienza, e della sua operatività, è addestrato ad attuare manovre e procedure di primo soccorso, nell'ambito di un team, ad attuare BLS e BLS-D in emergenza, ma non è in grado di assumere la funzione di team leader;

- il volontario soccorritore ha le competenze di base del primo soccorso e spesso addestrato al BLS
Riesame della vicenda sulla scorta delle considerazioni tecnico-scientifiche

La Sig.ra P. M. L., il 03 aprile 2018, dopo le ore 19:00, accusava un copioso sanguinamento per rottura di una varice venosa gamba sinistra; tentava inizialmente (senza riuscirci) di arrestare l'emorragia, come sembra avesse fatto altre volte. Pertanto, i congiunti chiamavano il 118. Rispondeva la centrale operativa di ... che inviava sul luogo un'ambulanza tipo B (di trasporto) con equipaggio costituito da autista soccorritore e volontario soccorritore. In attesa dell'ambulanza, che arrivava dopo circa 20 minuti, il marito e la figlia riuscivano a portare la signora con fatica (la sig.ra aveva problemi di deambulazione) sul letto e solo allora riuscivano a sollevare la gamba e attuare un bendaggio atto ad arrestare l'emorragia. Il sanguinamento è perdurato per almeno 20-25 minuti: considerando una perdita di 1 cc al secondo, può stimarsi una perdita di circa 1200- 1500 cc di sangue (le testimonianze descrivono un'ampia chiazza sul pavimento e diversi asciugamani intrisi di sangue). Anche facendo riferimento alla tabella universalmente accettata riportata sopra (pag. 31), la Sig.ra P. M. L. si collocherebbe almeno nella classe III a cui corrisponderebbe una perdita pari a 1500-2000



cc, cioè a più di 1/3 del sangue totale (volemia). In questi casi, solitamente sollevando l'arto, l'emorragia si arresta. Intanto arrivavano i soccorritori che rilevavano i parametri vitali che erano ancora normali, consentendo di collocare dunque la donna nello Stadio I dello shock: la perdita è stata importante ma i meccanismi endogeni di compenso riuscivano ancora a garantire un sufficiente apporto di ossigeno ai tessuti. I soccorritori capirono che la Sig.ra P. M. L. aveva bisogno di cure e che doveva essere trasportata in ospedale e poiché l'emorragia era stata arrestata (lo hanno verificato visivamente) e i parametri principali erano stabili, pensavano di poterla trasportare con la sedia stanti la necessità di passare lungo scale e il peso rilevante della signora. Presuntivamente, **per le loro competenze, non avevano nozione che allentare la fasciatura e mettere la Sig.ra seduta esponeva al rischio di ripresa del sanguinamento. Infatti, così puntualmente si verificava: il sanguinamento riprendeva copioso, i meccanismi di compenso posti in atto fino a quel momento si rivelavano insufficienti con conseguente crollo della pressione arteriosa e immediata perdita di coscienza**, tipica espressione di ridotto afflusso del sangue al cervello. A quel punto i soccorritori chiamarono la centrale. Per motivi non ben comprensibili hanno avuto difficoltà a raggiungere telefonicamente la centrale e l'autista soccorritore dovette scendere in strada e chiamare la centrale con la radio: ovviamente questo ha comportato una ulteriore perdita di tempo. Intanto, **la vicina infermiera provvedeva a somministrare una flebo** di soluzione fisiologica probabilmente di 250 cc, ovviamente insufficiente per una perdita di volume ematico per quanto detto sopra perlomeno dai 1500 ai 2000 cc, ma **sufficiente a far recuperare alla donna coscienza**. L'ambulanza di soccorso avanzato con medico a bordo arrivava sul posto alle ore 20:28 lasciando presagire che fosse partita immediatamente da ... considerato il tempo di percorrenza ... - Il medico probabilmente somministrava liquidi già sul luogo e quindi decideva per il trasporto della donna in ospedale. Peraltro, in uno shock emorragico è necessario arrestare l'emorragia e somministrare sangue e plasma prima possibile. La signora veniva trasportata per le scale con telo-barella. Il telo-barella è espressamente indicato quando è difficoltoso l'utilizzo diretto della barella.... **Non sappiamo cosa sia stato fatto in ambulanza**, in particolare se fosse stato applicato un monitoraggio, se fossero insorte aritmie e quale fosse stato l'andamento dei parametri vitali, né sappiamo se e quando la paziente, nel tragitto tra ... e ..., sia andata in arresto. Quello che è certo è **che all'arrivo in sala emergenza del Pronto Soccorso era già in arresto e ogni tentativo di rianimazione risultava inutile**.
CONCLUSIONI MEDICO-LEGALI La morte di P. M. L. si è pressoché certamente verificata per shock emorragico irreversibile da profuso sanguinamento per rottura di una varice venosa alla gamba sinistra.

L'emorragia era già copiosa all'arrivo dei primi soccorritori il che significa che la gestione da



parte dei familiari non era stata sufficientemente guidata: in questo si ravvisa una responsabilità dell'operatore di centrale che avrebbe dovuto dare istruzione su come intervenire sull'evento, in attesa dell'arrivo dei soccorritori. Ulteriore responsabilità si ravvisa nell'invio di soccorritori, non professionisti, quindi non sufficientemente abituati a gestire un'emorragia in atto: un'emorragia in atto è infatti un problema grave fino a prova contraria e il codice da assegnare è giallo, il che significa invio di ambulanza tipo A, possibilmente con medico a bordo o almeno con infermiere addestrato a gestire queste situazioni di emergenza. Al riguardo, la centrale dovrebbe essere provvista di protocolli operativi specifici: è improbabile che ci sia un protocollo specifico per sanguinamento di varici venose, ma avrebbe dovuto esserci un protocollo generico per il sanguinamento venoso. La vicina di casa ha applicato un laccio emostatico che dalla valutazione effettuata al Pronto Soccorso risulta essere stato posizionato al terzo distale della coscia che teoricamente avrebbe potuto favorire il sanguinamento, ma con ogni probabilità a quel punto la pressione arteriosa della signora era talmente bassa che il sanguinamento si era arrestato da solo, rendendo di fatto ininfluente la condotta dell'infermiera. **Il medico della seconda ambulanza ha preferito un trasporto rapido in Ospedale piuttosto che tentare procedure di stabilizzazione sul posto e questa ci sembra una scelta corretta in quanto solo in ospedale la signora avrebbe potuto ricevere sangue e plasma, indispensabili in questi casi di massiva perdita ematica acuta. A lui, tuttavia, si rimprovera il fatto di non aver registrato l'andamento clinico nel tempo, in particolare il momento in cui si è verificato l'arresto, il ritmo dell'arresto e se ha posto in atto le procedure ALS previste in caso di arresto. Esaminando con attenzione i dati clinico-laboratoristici e testimoniali sembra potersi affermare che, all'arrivo della seconda squadra di soccorritori, la Sig.ra P. M. L. era molto verosimilmente già in classe III di shock, cioè di shock irreversibile e, quindi, anche il più ottimale degli interventi non avrebbe avuto, con ragionevole grado di probabilità, successo salvifico.** In un recente ampio lavoro che ha preso in esame 1.457 pazienti in shock ipovolemico visti in Dipartimenti di Emergenza Australiani, la mortalità in acuto è stata del 4,6% e la mortalità a 30 giorni è stata del 28,6%²⁷, quindi si tratta di una patologia a tasso di mortalità apprezzabile. La signora P. M. L. inoltre aveva fattori di rischio specifici che ne aggravavano il rischio di mortalità:

fattori peggiorativi del sanguinamento: l'obesità che aumentando la pressione addominale aumenta di conseguenza la pressione nelle vene degli arti inferiori; la lesione ulcerativa che a causa di un processo infiammatorio e infettivo cronico erode la parete della vena rendendola sclerotica e non facilmente collassabile; l'assunzione di ticlopidina, un antiaggregante piastrinico che, inibendo proprio quella che è la prima fase del blocco dell'emorragia, cioè la formazione del trombo



piastrinico. Assumeva un betabloccante, farmaco che rende meno efficace la risposta adattativa alla perdita ematica. Era diabetica in trattamento con insulina, situazione patologica che aumenta sia il rischio emorragico che di mortalità; Era cardiopatica e pertanto il suo cuore era meno capace a tollerare lo stato di shock. Era severamente obesa con un BMI pari a 49 Kg/mq. L'obesità è un fattore indipendente di mortalità in varie patologie acute: aumenta di 3 volte la mortalità nei traumi, raddoppia la mortalità nello shock cardiogeno, raddoppia la mortalità nei pazienti sottoposti a interventi chirurgici, anche se non mancano alcune eccezioni in cui l'obesità è risultata un fattore protettivo, ma questa non è la usuale esperienza clinica. In conclusione, **possiamo ragionevolmente affermare che, nonostante la Sig.ra P. M. L. fosse portatrice di importanti comorbidità che ne comportavano un rischio di morte aumentato rispetto ad un soggetto senza comorbidità, tuttavia, le criticità identificate, rappresentate essenzialmente da un discostamento da linee-guida e/o buone pratiche clinico-assistenziali soprattutto nelle fasi iniziali dell'assistenza, non hanno fatto beneficiare la Sig.ra P. M. L. di chances di sopravvivenza, quantificabili in misura pari al 60 (sessanta)%, valutando le peculiarità del caso concreto e, quindi, tenendo conto delle caratteristiche che aveva la chance persa dalla paziente, nonché il grado di apprezzabilità, serietà e consistenza della stessa.**

Osservazioni : in ogni caso, essendo la emorragia “lieve”, non sarebbe stato necessario impartire alcuna particolare istruzione (il che, naturalmente, non esclude che ciò sia stato fatto ugualmente)....se la centrale operativa avesse impartito ai familiari della paziente istruzioni di sollevare la gamba e applicare una fasciatura compressiva – e noi crediamo che ciò sia avvenuto – esse non avrebbero potuto essere eseguite fino a che la paziente non fosse stata coricata sul letto, il che richiese tempo e comportò comprensibili difficoltà (la paziente pesava 140 Kg). Solo dopo sarebbe stato possibile ai familiari sollevare le gambe. Quindi la (presunta) omissione addebitata senza fondamento all'operatore della centrale operativa, ove anche fosse vera, non poteva avere alcuna efficacia causale, anche perché i familiari fecero esattamente ciò che doveva essere fatto (“sollevare la gamba e attuare un bendaggio atto ad arrestare l'emorragia”). Invece i CTU (pag. 49) attribuiscono l'aggravamento della emorragia (“L'emorragia era già copiosa all'arrivo dei primi soccorritori...”) alla causa sbagliata, cioè al fatto che “la gestione da parte dei familiari non era stata sufficientemente guidata”, invece che alle difficoltà e al tempo necessario per il trasferimento della paziente sul letto. Il secondo addebito all'operatore della Centrale Operativa consiste nella asseritamente errata decisione di inviare al domicilio della paziente una ambulanza di tipo B operata da soccorritori non professionisti (non “sufficientemente abituati a gestire



un'emorragia in atto"). Infatti secondo i CTU "un'emorragia in atto è infatti un problema grave fino a prova contraria" per cui si sarebbe dovuta inviare una ambulanza di tipo A. La affermazione che "un'emorragia in atto è infatti un problema grave fino a prova contraria" è suggestiva e tipicamente figlia di un ragionamento con criterio ex post,

....Risposta... dopo vari tentativi, si erano viste costrette a chiamare il 118 chiedendo aiuto. Questo significa che il sanguinamento era tale da superare le loro conoscenze sulle manovre per arrestarlo. **Non si può ritenere prudente la scelta di inviare semplici soccorritori senza alcuna nozione di come distinguere se un sanguinamento fosse arterioso o venoso e cosa fare in funzione del tipo di sanguinamento. I parenti della Sig.ra P. M. L., poiché lo avevano fatto altre volte, al riguardo erano verosimilmente più competenti dei primi soccorritori. Poi, ad avvalorare l'ipotesi secondo cui il sanguinamento fosse da subito importante vi era il fatto che la signora R. L. entrando in casa era colpita dal vedere "una pozza di sangue" e dal fatto che la Sig.ra P. M. L., dopo l'arrivo dei soccorritori, abbia immediatamente perso coscienza appena si era seduta sul letto : una perdita di coscienza quando si passa dalla posizione sdraiata a quella seduta nel corso di un sanguinamento indica una severa ipovolemia....**

Il fatto che la centrale non abbia o abbia dato istruzioni su cosa fare sembra irrilevante in quanto, se le ha date, non erano quelle giuste. Dinanzi ad una emorragia, la prima cosa da fare è arrestare il sanguinamento e non spostare la persona! Quello che a nostro giudizio la centrale avrebbe dovuto dire era semplicemente "di piegare in 4-6 volte una garza da medicazione di cui sicuramente la Sig.ra era in possesso, in modo di farne un piccolo quadrato da applicare proprio sopra il punto che sanguina in modo che esercitasse una elevata pressione sul gavoccio rotto ma non sulle altre vene circostanti, e fissarlo con un bendaggio stretto circonferenziale alla gamba e solo dopo provvedere allo spostamento. Una emorragia venosa si arresta con la semplice compressione diretta e non con altre fantasiose manovre

Il secondo addebito all'operatore della Centrale Operativa consiste nella asseritamente errata decisione di inviare al domicilio della paziente una ambulanza di tipo B, operata da soccorritori non professionisti (non sufficientemente abituati a gestire un'emorragia in atto"). Infatti, secondo i CTU "un'emorragia in atto è infatti un problema grave fino a prova contraria" per cui si sarebbe dovuta inviare una ambulanza di tipo A". La risposta a questa osservazione è sostanzialmente soddisfatta già da quanto abbiamo detto nel commento al punto 1: l'emorragia era da considerarsi grave proprio perché persone che altre volte vi erano riuscite con successo, questa volta non erano state in grado di arrestarla e l'ambulanza era stata chiamata proprio perché non riuscivano ad arrestare l'emorragia non per altro, ci pare ovvio! E' possibile che al momento della telefonata l'emorragia fosse lieve (al



riguardo abbiamo qualche dubbio per le motivazioni di cui sopra) ma dobbiamo dire che un non addetto possa avere difficoltà a stabilire l'entità di una emorragia venosa dovel sangue fluisce senza zampillare. Comunque, chi affronta problematiche d'emergenza deve sempre mettere in conto la possibile evoluzione peggiorativa....

...la perdita letale è comunque avvenuta dopo "la presa in carico" da parte del sistema di soccorso (dopo il colloquio con la centrale). E' plausibile che mancassero linee guida o raccomandazioni specifiche al riguardo, ma comunque il sistema di soccorso non può esimersi dalla responsabilità diretta o indiretta di questo fallimento.

Ebbene, la ricostruzione svolta dalla ctu collegiale, collima con quanto emerge anche dalla prova orale di cui si riportano le parti d'interesse.

R. L., sentita sui capitoli di parte attrice: all'epoca ero vicina di casa, proprio dirimpettaia, della signora P. M. L. e ricordo che i miei figli mi avvisarono dell'arrivo di un'ambulanza; sub 2) posso confermare quanto mi si chiede solo per essermi stato riferito dai familiari della P. M. L.; invece, essendo infermiera professionale mi ero trovata a fare delle medicazioni alla signora; **sub 7) posso confermare che l'ambulanza che arrivò sul posto era un'ambulanza non medicalizzata**;....posso dire che quando io entrai in casa della P. M. L. e nella stanza dove si trovava, avendo visto che la **signora era distesa sul letto con le gambe penzoloni in una pozza di sangue, fui io a consigliare gli operatori del 118 che la prima cosa da fare, perché temevo stesse morendo, era di alzarle le gambe e metterle un laccio emostatico sulla gamba dove aveva la ferita; e chiesi se erano provvisti di "emagel", un farmaco che si inietta come una flebo per aumentare il volume sanguigno, ma gli operatori mostrarono di non sapere neppure cosa stessi chiedendo; allora chiesi una soluzione fisiologica, ma non avevano neppure quella**; a quel punto mi feci dare dalla figlia della P. M. L. della soluzione fisiologica, che avevano in casa per le medicazioni, mi feci consegnare dagli operatori del 118 un ago cannula, lo posizionai in vena della P. M. L. ed iniettai la soluzione fisiologica; sub 12) non sono in grado di rispondere perché non ero presente, ribadisco però quello che ho già detto dal momento del mio arrivo; sub 13) non sono in grado di riferire sugli orari di cui mi si chiede, ma posso dire che io arrivai attorno alle 20 e dopo le operazioni da me effettuate, di cui ho detto, avendo più volte sollecitato l'arrivo di una ambulanza con il medico, finalmente arrivò un'altra ambulanza con il medico; sub 14) probabilmente ciò di cui mi si chiede riguarda gli operatori della prima ambulanza ed a ciò io non sono in grado di rispondere, perché non ero presente; sub 15-16) non sono in grado di rispondere perché, come ho detto, non ero presente; ribadisco che quando arrivai io la scena che si presentò ai miei occhi fu quella che ho già descritto; preciso che la P. M. L. era bianca cadaverica e priva di sensi e cianotica; solo dopo il mio intervento si riprese e mi disse che



aveva mal di schiena e voleva mettersi seduta; sub 17) posso dire che anch'io sollecitai l'arrivo di un'altra ambulanza; io ero nella camera da letto della P. M. L. e non so come sia stata allertata la seconda ambulanza, ma penso con un cellulare; sub 18) ritengo verosimile che la seconda ambulanza arrivò verso le 20,15; sub 19) è vero; sub 20) è vero; io successivamente mi informai con i colleghi del 118 e mi dissero che avevano tentato una manovra rianimatoria d'emergenza in ambulanza con una trasfusione intraossea; sub 22) fui io, come ho detto, ad applicare il laccio emostatico che mi fu fornito dagli operatori della prima ambulanza; non so di chi fosse la prima ambulanza non medicalizzata inviata sul posto a seguito della richiesta al 118.

La stessa teste sentita sui capitoli di controparte 83) ricordo che entrarono una dottoressa ed un infermiere; prima mi chiese se avessi messo io il laccio emostatico e mi disse che avevo fatto bene; sub 84) (vero che la Sig.ra P. M. L. era cosciente e rispondeva alle loro domande) non è vero, la P. M. L. non era cosciente e non era in grado di rispondere alle domande; solo per un attimo riprese conoscenza mentre veniva trasportata per le scale e mi disse: "non voglio morire"; sub 85) (vero che, dato il peso della paziente, per il trasporto veniva utilizzato il telo barella; è vero; sub 86) non sono in grado di essere così precisa sull'orario di ripartenza dell'ambulanza; a.d.r.: quando arrivai io nella stanza della P. M. L. trovai due giovani operatori, un maschio ed una femmina, e questa stava accarezzando la mano della P. M. L. mentre l'uomo cercava di rilevare la pressione dicendo che non c'era pressione, cosa che, per quanto ho già riferito, non poteva che essere così; preciso che i due giovani non potevano essere infermieri ma dovevano essere dei semplici volontari perché quando mi presentai come infermiera sgranarono gli occhi e si mostrarono confortati della mia presenza ed inoltre, per quanto ho già detto, alle mie richieste non erano in grado di provvedere.

Teste C. I., interrogato sui capitoli di prova di cui alla seconda memoria istruttoria di parte convenuta, così risponde: sub 4) è vero; sub 5) è vero; sub 6) è vero; sub 8) confermo che qualcuno dei familiari scostò la fasciatura ed in quel momento il sangue non usciva; sub 9) è vero, ricordo che la signora inizialmente si mostrò scettica sul fatto di andare in ospedale, ma poi parlandoci la convincemmo; sub 10) è vero; sub 11) è vero; sub 12) è vero; sub 13) **ricordo di essere dovuto risalire nell'ambulanza per chiedere l'arrivo dell'ambulanza medicalizzata via radio e quando poi risalii in casa vi trovai la vicina di casa;** sub 14) è vero, in particolare confermo che noi avevamo come sempre in dotazione un kit con flaconi piccoli di soluzione fisiologica; prendo atto delle dichiarazioni rese al riguardo dalla teste R.L. e ritengo possibile che la medesima si sia fatta dare un flacone di soluzione fisiologica più grande dai familiari; sub 15) quando rientrai in casa il laccio era già posizionato e ritengo possibile che sia stato messo dalla vicina di casa infermiera; sub 16) è vero, ribadisco quanto ho già detto; non avendo risposta alle mie chiamate prima con il



telefono di servizio, poi con il mio cellulare personale e poi con il telefono di casa, rientrai nell'ambulanza per provvedere via radio; sub 17) non sono in grado di essere così preciso sugli orari; sub 18) mi sembra di ricordare che ciò sia avvenuto; sub 19) confermo, anche se, ovviamente, non posso essere così preciso sull'orario; sub 20) è vero; sub 21) è vero; prendo atto delle dichiarazioni rese a riguardo dalla teste R. L., confermo che durante l'attesa dell'arrivo della seconda ambulanza la signora P. M. L. si era ripresa, nel senso che quantomeno era in stato di semi- incoscienza, cioè non era in grado di interagire completamente; a riguardo non posso essere più preciso perché dopo l'arrivo della dottoressa e dell'infermiere io non mi trovai a dover interagire con la paziente; sub 22) è vero; sub 23) non posso essere preciso sull'orario di partenza dell'ambulanza medicalizzata; ricordo però che era ancora sul posto quando io ripartii alla guida della nostra ambulanza; a.d.r.: ricordo che, quando iniziammo le manovre per il trasporto della signora con la sedia, costei non appena fece per alzarsi dalla posizione sdraiata si riversò all'indietro; io e la collega provvedemmo a rilevare i parametri vitali ed in quel momento ci accorgemmo che la fasciatura era sporca di sangue, che dunque aveva ripreso a fuoriuscire.

Teste A. R., interrogata sui capitoli di prova di cui alla seconda memoria istruttoria di parte convenuta: sub 26) non sono in grado di ricordare l'orario di partenza dell'equipaggio da me composto con l'infermiere G. né se si trattava di un codice rosso, ma dovrebbe risultare dal Trauma score; prendo visione del documento 3 di parte convenuta e posso confermare che si tratta del documento dove sono riportati gli orari delle chiamate alla centrale operativa, gli orari con cui la centrale operativa dispone gli interventi e tutti i successivi orari di intervento; prendo altresì visione del documento a mia firma (allegato 3 alla comparsa di costituzione di parte convenuta); sub 27) posso dire che dell'intervento in questione, mentre per gli orari mi riporto a quanto detto in precedenza, ricordo che si trattava di una signora obesa per la quale incontrammo qualche difficoltà in particolare perché c'era una scalinata, la concitazione dei familiari e la presenza dei volontari; sub 28) ricordo che non fu possibile trasportare la paziente con la sedia che di solito facciamo scivolare per le scale e quindi, considerata la presenza di più persone, ricorremmo all'uso di un telo e ricordo che allora la paziente strillava lamentandosi; posso altresì confermare che io trovai la paziente sempre cosciente; annotai sul Traumascore che la paziente aveva uno shock ipovolemico in quanto mi venne riferito che aveva perso molto sangue; ricordo altresì che trovai una fasciatura per cui essendo stata la ferita già tamponata non rimossi la fasciatura potendo in tal caso provocare un danno alla paziente; sub 29) non ricordo se la paziente fosse incannulata ed avesse un laccio emostatico alla gamba sinistra perché si tratta di interventi di competenza dell'infermiere; posso dire, visto che non mi ricordo se all'accesso venoso procedette l'infermiere che era con me, che sicuramente non vi avevano potuto procedere i



volontari che a tanto non sono abilitati; per quanto riguarda la terapia per infusione da me praticata, questa dovrebbe risultare dal traumascore anche se, ripeto, non ricordo chi procedette all'accesso venoso; sub 30) non ricordo della presenza di una conoscenza dei P. infermiera; sub 31) per quanto già detto, non ricordo neppure questa circostanza... sub 38) sicuramente la paziente durante il tragitto venne monitorata e ricordo di aver parlato con lei per tranquillizzarla; come ho già detto, infatti, quando siamo partiti c'era agitazione tra i presenti come è normale per i familiari; sub 39) è vero, per quanto ho già detto

Teste G. A., interrogato sui capitoli di prova di cui alla seconda memoria istruttoria di parte convenuta: sub 26) confermo di aver fatto parte dell'equipaggio del 118 con la dott.ssa A., che si recò a casa della P. M. L.; sugli orari ritengo che questi risultino dal diario dell'intervento. sub 27) confermo che entrai con la dottoressa nella stanza dove si trovava la paziente. sub 28) confermo che quando entrammo la P. M. L. era in grado di rispondere alle nostre domande, anche se non ricordo cosa le chiedemmo. sub 29) è vero, anche se non ricordo né posso dire chi avesse incannulato la paziente e le avesse applicato il laccio emostatico. sub 30) confermo che era presente una signora, ma non ricordo se disse di essere un'infermiera. sub 31) non ricordo che questa signora ci disse di essere stata lei ad utilizzare l'ago cannula né da chi se lo fosse procurato. sub 32) non ricordo neppure se questa donna ci disse di aver applicato lei il laccio emostatico. sub 33) confermo che venne utilizzato il telo barella perché la paziente era pesante. sub 35) come detto, non sono in grado di ricordare l'ora in cui ripartimmo; ricordo comunque che rimanemmo poco tempo; ricordo che appena entrati nell'ambulanza ripartimmo subito. sub 38) confermo che durante il tragitto verso l'ospedale la paziente veniva monitorata. sub 39) confermo che la paziente, durante il tragitto, parlava con la dott.ssa A.

Teste P., interrogato sui capitoli di prova della seconda memoria istruttoria di parte convenuta: sub 41) Ricordo il caso della P. M. L. e posso dire che alla mia attenzione la paziente era già in stato di arresto cardiocircolatorio, che non so quando fosse intervenuto. ADR Prendo visione del documento allegato n. 5 alla comparsa di costituzione, che confermo in ogni sua parte. ADR Ribadisco che appena ho potuto prendermi cura della paziente, questa era già in arresto cardiocircolatorio, tanto che allertai subito il rianimatore. L'orario delle 20.50 da me indicato è quello effettivo del momento in cui ho visitato la paziente, a prescindere dall'orario registrato automaticamente dal computer. ADR I pazienti con codice rosso che sono in imminente pericolo di vita entrano subito in sala emergenza come nel caso di specie, senza effettuare il triage. ADR Prendo visione del documento allegato n. 3 alla comparsa di costituzione, per quanto riguarda l'orario di fine intervento del 118 occorre tener conto dei pochi minuti necessari per "sbarellare" il paziente e introdurlo nella sala emergenza.



Teste M., interrogata sui capitoli di prova della seconda memoria istruttoria di parte convenuta: sub 4) Confermo. sub 5) Confermo. sub 6) Confermo. sub 8) Confermo. sub 9) Confermo. sub 10) Confermo. Fino a quel momento la paziente era cosciente. sub 11) Confermo. sub 12) Confermo. sub 13) Confermo.

Dunque le risultanze della ctu, anche confortate dalle prove testimoniali provano la responsabilità di parte convenuta.

Non vi è motivo per discostarsi da valutazioni medico legali che inducono fondatamente ad individuare la condotta incongrua ascrivibile a parte convenuta senza che sia qui necessario ripercorrere tutti i punti di criticità rilevati in sede collegiale e come sopra già evidenzi e sottolineati. Dal complesso delle risultanze peritali emerge dunque la sussistenza di nesso eziologico (nei termini descritti in punto di diritto) tra la condotta posta in essere a seguito della chiamata dei familiari e durante le operazioni di soccorso della P. M. L. ed il decesso della stessa, pur nel quadro di criticità che ne contraddistinguevano le condizioni in virtù della patologia di cui era già afflitta.

Nello specifico deve ravvisarsi l'ipotesi di responsabilità da difetto di organizzazione dell'ente quale fonte di responsabilità, che prescinde da quella del medico dipendente dall'ente stesso.

Infatti, negli attuali orientamenti giurisprudenziali la responsabilità contrattuale dell'ente viene autonomamente configurata per gravi carenze della struttura ospedaliera, anche quando non sussistano condotte colpevoli imputabili al sanitario, laddove si profili l'ipotesi del danno provocato da inefficienza della struttura ospedaliera, cioè a dire da fatti o eventi eziologicamente riconducibili a fenomeni di disorganizzazione dell'ospedale.

Si tratta, insomma, di un danno che non si sarebbe verificato se non ci fosse stato il difetto di efficienza rispetto alle problematiche per le quali era stato richiesto l'intervento.

In concreto è infatti emerso che non è stata nell'immediato posta in essere la condotta necessaria per arrestare l'emorragia; e ciò è un dato inconfutabile e determinante a prescindere da un quadro di maggiore o minore gravità del sanguinamento nel momento in cui venivano chiamati i soccorsi ovvero al momento in cui arrivava la prima ambulanza. Ed anzi la pessima (e fatale !) gestione sta a monte nel non aver inviato un'ambulanza medicalizzata o che avesse comunque a disposizione i mezzi necessari per far fronte ad una qualsiasi emorragia. Peraltro dalla ricostruzione già svolta emerge anche l'erroneo posizionamento nella fase iniziale della paziente a bordo del letto! Il tutto dunque è riconducibile all'invio di ambulanza e personale non qualificati per il tipo di problematica e mancante anche degli strumenti nello specifico occorrenti.



L'erroneità e incompiutezza nella gestione di questa prima fase ha reso inutile i successivi interventi. Ora per quanto riguarda il quantum vanno anzitutto richiamate le voci risarcitorie oggetto di richiesta come specificate nella prima memoria ex art 183 cpc di parte attrice.

Hanno rappresentato gli attori quanto segue.

Per la liquidazione del danno non patrimoniale subito dai congiunti viene richiamata la necessità di far riferimento al vincolo familiare, alla durata e intensità del vissuto, della situazione di convivenza ed ad ogni altra utile circostanza, quali la consistenza del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima e dei singoli superstiti, la personalità individuale di costoro (Cass. Sez. 3 Sentenza n. 1410 del 2011). Nel caso di specie tra la defunta Sig.ra P. M. L., il coniuge e la figlia, Sig.ri B., intercorreva uno stretto rapporto familiare; vi sarebbe stato sempre un rapporto di stabile coabitazione coniugale con il congiunto e vi è stato tra tutti sempre un grande rapporto affettivo. La figlia viveva nell'abitazione con la madre ed avevano uno stretto rapporto. La stessa è comunque figlia unica. In aggiunta, si chiede di tenere in considerazione che il de cuius aveva un età molto giovane e pertanto i congiunti avrebbero potuto trascorrere ancora diversi anni insieme, di condivisione affettiva, se la P. M. L. non fosse stata vittima degli errori sanitari. Si richiede anche al giudicante di valutare le circostanze di fatto, al fine del riconoscimento altresì della personalizzazione del danno. Ai danni sopra riportati si dovrebbe aggiungere il riconoscimento della somma per il mancato tempestivo godimento del bene danneggiato, ovvero del suo controvalore in denaro, quale mancato guadagno o lucro cessante, provocato dal ritardato riconoscimento del risarcimento del danno, la cui prova può essere data dal giudice con ogni mezzo anche mediante criteri presuntivi ed equitativi. Si chiede pertanto detto maggior danno sulle somme che verranno riconosciute, con devalutazione e rivalutazione progressivamente anno per anno, secondo gli indici ISTAT; sulle somme risarcitorie finali gli interessi al tasso legale.

Per il danno iure hereditario è stato richiesto il riconoscimento delle seguenti voci di danno: il danno biologico (danno terminale) quale danno correlato alla lesione del bene salute, come danno conseguenza, consistente nei postumi invalidanti che hanno caratterizzato la durata concreta del periodo di vita del danneggiato, nella fase tra la lesione e la morte; il danno morale soggettivo (danno catastrofale): si tratta dello stato di sofferenza spirituale patito dalla vittima nell'avvicinarsi della fine-vita, ossia la lucida e cosciente percezione dell'ineludibilità della propria fine. A tal proposito, rileva parte attrice che la sentenza 2014 (Sentenza Scarano) infatti dispone che il danno non patrimoniale da perdita della vita, (iure hereditario), bene supremo dell'individuo, è oggetto di diritto assoluto ed inviolabile, garantito in via primaria dall'ordinamento; ne consegue che la perdita della vita vada sempre ristorata; non assume alcun rilievo né il presupposto della persistenza in vita di un



apprezzabile lasso di tempo successivo all'evento morte né il criterio dell'intensità della sofferenza subita dalla vittima per la cosciente e lucida percezione dell'ineluttabile sopraggiungere della propria fine (danno catastrofico). La perdita della vita dovrà essere ristorabile in favore della vittima che la subisce e per l'effetto trasmissibile agli eredi.

Ebbene, per quanto riguarda il danno subito iure proprio dai due familiari, si osserva quanto segue. E' noto che il giudicante in punto di quantificazione del danno da perdita del rapporto parentale è tenuto a considerare tutte le circostanze del caso concreto e può ispirarsi o meno a criteri predeterminati e standardizzati, quali le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano, effettuando in ogni caso la dovuta personalizzazione del danno.

Con riferimento poi all'ipotesi di danno da perdita di chances di sopravvivenza, ancor più spiccata la tendenza ad una valutazione equitativa che tenga conto della percentuale di possibilità di sopravvivenza che il paziente avrebbe avuto se fosse stato correttamente e tempestivamente trattato, del danno non patrimoniale da morte che sarebbe spettato ai familiari oltre che di altre circostanze quali la gravità della condotta colposa dei sanitari, le condizioni pregresse del paziente.

Nel caso di specie, si deve tener conto che secondo le valutazioni peritali la riscontrata inidonea condotta dei sanitari avrebbe impedito alla P. M. L. chances di sopravvivenza quantificabili in misura pari al 60 (sessanta)%.

La liquidazione da effettuare, che va svolta in via equitativa, viene effettuata partendo dalla considerazione che il danno iure proprio degli eredi da morte del congiunto secondo le tabelle Milanesi potrebbe liquidarsi partendo da un punto base dipendente dalla età della vittima(nel caso di specie euro 3.911,00) moltiplicato per i punti riconoscibili in base al rapporto parentale (figlio, coniuge, ecc), alla sussistenza di coabitazione, al numero dei familiari superstiti nonché alla intensità e particolarità del rapporto tra la vittima ed il familiare.

Nella fattispecie che ci occupa gli attori non hanno dato dimostrazione di una serie di elementi che servirebbero a personalizzare il danno, quale l'intensità e la qualità del rapporto con il familiare deceduto.

La liquidazione del danno, allora, tenuto conto degli elementi che si desumono dagli atti, quale la coabitazione, attestata dalla documentazione prodotta, l'età degli interessati e quella della vittima, le condizioni preesistenti della P. M. L., si presta nel caso concreto ad valutazione equitativa che si attesti su 1/2 circa di un valore medio compreso nella forbice della quantificazione prevista dalle menzionata tabelle del danno da perdita del rapporto parentale nei casi di perdita del genitore e del coniuge (coabitante); forbice compresa tra euro 195.551,59 ed euro 391.103,18. Detto valore medio si ritiene congruamente rappresentato dalla somma di euro 250.000.



Il danno nel caso concreto viene allora quantificato nella metà di tale somma pari ad euro 125.000,00. Dunque, la parte convenuta va condannata al pagamento a titolo di risarcimento del danno in termini di attualità, della somma di euro 125.000,00 per ciascun congiunto iure proprio.

Ebbene, rileva il giudicante, quanto al danno iure hereditario, che nulla può essere riconosciuto nel caso di specie a titolo di cd danno biologico terminale che si configura quando intercorre un lasso di tempo comunque apprezzabile tra la lesione subita dalla vittima e la sua morte; presupposti all'evidenza non rinvenibili nel caso che ci occupa. Infatti, non risulta correlata alla censurata condotta una patologia medicalmente accertabile che progressivamente peggiori fino a cagionare la morte del soggetto, richiedendosi anche la ricorrenza del "fattore tempo", quale elemento imprescindibile ed essenziale. La giurisprudenza, infatti, richiede che la vittima sopravviva temporaneamente alla malattia per un apprezzabile lasso di tempo.

Risulta invece risarcibile il cd danno catastrofe inteso come sofferenza morale causata dalla consapevolezza della morte imminente, vissuta dalla danneggiata e che si trasmette agli eredi.

Nella specie essa va riconosciuta proporzionatamente allo stretto lasso di tempo in cui la P. M. L. ha mantenuto e/o riacquistata la lucidità (circostanza che emerge dalle prove testimoniali) rendendosi conto del destino cui stava andando incontro(sofferenza morale causata dalla consapevolezza della morte imminente).

Infatti, la giurisprudenza ha messo in proposito in evidenza che l'accertamento di tale danno, richiede la dimostrazione dell'esistenza di un lasso di tempo, anche minimo e non necessariamente apprezzabile (come, invece, richiesto per il danno biologico terminale), in cui la vittima abbia potuto avvedersi e comprendere di essere in procinto di morire. Assume, pertanto, un ruolo decisivo la sofferenza psichica e la disperazione della vittima che comprende l'avvicinarsi inesorabile del proprio trapasso.

Seguendo tale linea interpretativa, la giurisprudenza giunge ad escludere il danno catastrofe in caso di coma o morte immediata, poiché, in tali frangenti, la vittima non ha modo di prendere coscienza delle circostanze letifere nelle quali versa.

L'elemento caratterizzante di tale danno – che permette di distinguerlo dal danno terminale – è l'accertamento di un turbamento psichico dotato di particolare intensità, ma non definibile quale vera e propria malattia psichica, in quanto, generalmente, esso perdura per un lasso di tempo che non consente allo stato di turbamento di degenerare in una vera e propria patologia psichica.

Tenuto conto del breve lasso di tempo, detto danno si apprezza pari a complessivi euro 16.000.

Le somme riconosciute agli attori si intendono liquidate omnicomprensivamente in termini di attualità alla data della pronuncia per cui vengono maggiorate di soli interessi dalla data della liquidazione al



saldo.

Le spese seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

accerta e dichiara, per le ragioni di cui in parte motiva, la responsabilità della A. di P. nella vicenda medica inerente il decesso della congiunta degli attori P. M. L., condannandola al risarcimento dei danni in favore degli attori quantificati in 125.000,00 per ciascun congiunto iure proprio oltre a complessivi euro 16.000 iure hereditario per le causali meglio specificate in parte motiva, somme da maggiorare di interessi dalla pronuncia al saldo, nonché al pagamento delle spese di giudizio, liquidate in euro 11.229,00 oltre accessori, per compensi nonché euro 1.713,00 per esborsi, nonché tenuta in via definitiva al pagamento delle spese di ctu.

Pescara, 26 marzo 2025

Il Giudice
dott. Rossana Villani

