

Corte di Cassazione Ord., 8 novembre 2023, n. 31058- Responsabilità medica -
ORDINANZA sul ricorso iscritto al n. 9490/2020 R.G. proposto da: Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "(Omissis)", rappresentata e difesa dall'Avv. L. Fabrizio., (p.e.c. indicata: lucafabrizio.avvocatinapoli.legalmail.it), con domicilio eletto in Roma, Via di Monte Verde, n. 162, presso lo studio dell'Avv. Giorgio Marcelli;

- ricorrente - Contro A.A., B.B., C.C., e D.D., rappresentati e difesi dall'Avv. Clementina Fafone, e dall'Avv. Giuseppe Mazzucchiello, (p.e.c. indicata: giuseppemazzucchiello.avvocatinapoli.legalmail.it), con domicilio eletto presso lo studio del secondo in Roma, Via Catone, n. 15; - controricorrente - e nei confronti di: E.E. e F.F.;

- intimati - avverso la sentenza della Corte d'appello di Napoli, n. 50/2020 depositata l'8 gennaio 2020; Udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 24 ottobre 2023 dal Consigliere Dott. Emilio Iannello. Svolgimento del processo

1. D.D., A.A., B.B., C.C., E.E. e F.F., rispettivamente vedova, figli e - gli ultimi due, fratelli- di G.G., nel 2006 convennero in giudizio, davanti al Tribunale di Napoli, l'A.O.R.N. (Omissis), chiedendone la condanna al risarcimento dei danni subiti a seguito del decesso del loro congiunto, avvenuto in data (Omissis).

Esposero a fondamento che il predetto, in data (Omissis), venne ricoverato presso l'Ospedale (Omissis) di (Omissis), con diagnosi all'ingresso di "ictus cerebrale ed emiparesi lato dx, per lesione vascolare cerebrale a sinistra con infarcimento secondario". Dimesso il successivo (Omissis), il giorno seguente venne ricoverato presso il Clinic Center per la prevista riabilitazione motoria, ma il (Omissis) il paziente, in preda a ripetute crisi convulsive, venne trasferito presso la Rianimazione dell'ospedale (Omissis). In tale struttura il G.G. giungeva in stato soporoso e veniva diagnosticata l'avvenuta insorgenza di un nuovo ictus cerebrale all'emisfero di destra, per il quale rimaneva in un gravissimo stato di salute per oltre tre mesi sino al (Omissis), data in cui i sanitari decidevano di trasferirlo presso l'Istituto Europeo di Riabilitazione di (Omissis), ove però peggiorava ulteriormente fino all'exitus avvenuto il (Omissis).

Gli attori ascrivevano alla convenuta di aver omesso adeguato monitoraggio del paziente dal ricovero alle dimissioni, avvenute dopo appena sei gg. dall'episodio ischemico cerebrale, "senza neppure la prescrizione di un idoneo programma terapeutico e di controlli specialistici e strumentali, disponendo invece il rinvio a domicilio con erronea prescrizione di precoci terapie riabilitative da effettuarsi presso il Clinic Center, in cui fra l'altro non erano disponibili posti letto e che non era attrezzato a gestire un paziente ad alto rischio di vita"; ciò sull'assunto che il secondo e più grave episodio ischemico cerebrale si sarebbe potuto evitare, con alta probabilità, se fosse stato evitato lo stress riabilitativo al quale il paziente fu precocemente sottoposto e se non fossero state omesse le cure necessarie in tempi e in modi adeguati.

Instaurato il contraddittorio ed espletata c.t.u. il Tribunale, con sentenza n. 5956 del 2012, rigettò le domande.

2. Interposto gravame la Corte d'appello di Napoli, dopo aver disposto nuova c.t.u. medico-legale ed avere anche richiamato a chiarimento il nuovo consulente, sulle conclusioni dello stesso e in totale riforma della decisione di primo grado, ha accolto le domande risarcitorie, condannando l'azienda ospedaliera appellata al pagamento delle somme specificamente ivi determinate.

2.1. A base di tale decisione la Corte d'appello, come detto, ha posto le conclusioni del c.t.u. nominato nel giudizio di secondo grado, testualmente trascritte in motivazione e qui di seguito riportate nelle parti salienti:

"si deve ritenere inidonea la condotta dai sanitari dell'AORN (Omissis), durante il ricovero dal (Omissis) al (Omissis), avvenuto per un ictus cerebrale ischemico a sinistra, in quanto non aderente ai protocolli medici prescritti all'epoca dei fatti per detta patologia, tenuto conto delle condizioni personali del paziente;

"la complessiva inidonea interpretazione del quadro clinico manifestato dal Sig. G.G., come evidenziabile per la mancanza delle indagini diagnostiche e delle conseguenti idonee decisioni terapeutiche, nonché l'insufficiente monitoraggio del paziente, permette di esprimere una valutazione, seppure in termini probabilistici, circa l'esistenza di concausalità efficiente e determinante fra l'inidoneo operato dei sanitari dell'AORN (Omissis) che ebbero in cura il paziente, l'insorgenza del secondo grave ictus ischemico e l'exitus dello stesso; "il caso in esame non implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 c.c.);

"tale carenza assistenziale ha configurato "perdita di chances di sopravvivenza";

"tenendo conto dei dati della letteratura, delle comorbilità e di soggetto ictato in giovane età, appare congruo postulare una "perdita di chances" del 30%, rispetto all'evento-morte, in ordine al danno biologico iure hereditatis, essendo tra l'altro intercorso un congruo intervallo cronologico tra l'esordio dell'evento letale ed il decesso;

"l'omissione dei sanitari dell'A.O. (Omissis) non si è inserita in un processo irreversibile che avrebbe comunque portato al secondo ictus e poi al decesso quattro mesi dopo, ma... l'interruzione del farmaco dicumarolico ha costituito una determinante concausa del secondo ictus e dell'exitus del paziente, giacchè, se fosse stata tenuta la condotta alternativa corretta, il decesso non si sarebbe verificato secondo il "più probabile che non".

2.2. La Corte ha quindi osservato, sulla scorta di ampi richiami dell'arresto di Cass. 11/11/2019, n. 28993, che:

- il riferimento alle percentuali di chances di sopravvivenza non è pertinente ed è frutto dell'erronea sovrapposizione tra l'accertamento dell'elemento causale e quello dell'evento di danno, dal momento che la chance si sostanzia nell'incertezza del risultato, la cui perdita rappresenta il danno, mentre nella specie ci si muove al di fuori di una situazione di incertezza;

- tra le cinque ipotesi formulate nella citata pronuncia (A) la condotta (commissiva o più spesso omissiva) colpevolmente tenuta dal sanitario ha cagionato la morte del paziente, mentre una diversa condotta (diagnosi corretta e tempestiva) ne avrebbe consentito la guarigione: evento di danno rappresentato dal danno alla salute del paziente e/o dal danno da lesione del rapporto parentale subito dai congiunti; B) la condotta colpevole ha cagionato non la morte del paziente (che si sarebbe comunque verificata) bensì una significativa riduzione della durata della sua vita ed una peggiore qualità della stessa per tutta la sua minor durata: evento di danno rappresentato dalla perdita anticipata della vita e dalla sua peggior qualità; C) la condotta colpevole del sanitario non ha avuto alcuna incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla sua durata e sull'esito finale, rilevando di converso, in pejus, sulla sola (e diversa) qualità ed organizzazione della vita del paziente (anche sotto l'aspetto del mancato ricorso a cure palliative): l'evento di danno (e il danno risarcibile) sarà in tal caso rappresentato da tale (diversa e peggiore) qualità della vita (intesa altresì nel senso di mancata predisposizione e organizzazione materiale e spirituale del proprio tempo residuo); D) la condotta colpevole del sanitario non ha avuto alcuna incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla sua durata, sulla qualità della vita medio tempore e sull'esito finale: la mancanza, sul piano eziologico, di conseguenze dannose della pur colpevole condotta medica impedisce qualsiasi risarcimento; E) la condotta colpevole del sanitario ha avuto, come conseguenza, un evento di danno incerto: le conclusioni della c.t.u. risultano, cioè, espresse in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo: evento di danno rappresentato in tal caso dalla perduta chance (id est, incertezza eventistica) di maggiore durata della vita e di minori sofferenze possibili, risarcibile equitativamente, alla luce di tutte le circostanze del caso (possibilità perduta) ove risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli (ripercussioni sulla sfera non patrimoniale del dimensionamento di paziente) che presentino la necessaria

apprezzabilità, serietà, consistenza) - la fattispecie in esame, alla luce delle conclusioni del c.t.u., va ricondotta alla prima con la conseguenza che, provato il nesso causale rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze, il risarcimento di quel danno è dovuto integralmente, sia come danno biologico cagionato al paziente (nella specie riconoscibile solo sub specie di danno da invalidità temporanea per il periodo intercorrente tra la data delle dimissioni, senza idonea prescrizione terapeutica, e quella del decesso), sia come danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari.

3. Avverso tale sentenza l'A.O.R.N. "(Omissis)" propone ricorso per cassazione affidato a due motivi, cui resistono la vedova e i figli della vittima primaria, depositando controricorso, illustrato da memoria. Gli altri intimati non svolgono difese nella presente sede.

Il Pubblico Ministero non ha depositato conclusioni.

Motivi della decisione

1. Per dichiarata scelta di tecnica redazionale la rubrica dei motivi è anteposta nella prima pagina del ricorso, mentre la loro illustrazione segue, rispettivamente, alle pagg. 8 - 15 e, poi, alle pagine 16 - 17.

Secondo l'anteposta rubrica, il primo motivo è ricondotto al vizio di cui all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, con esso denunciandosi "omesso esame di un fatto decisivo rinveniente dalla c.t.u. e dalla relazione integrativa alla stessa che, se esaminato, avrebbe comportato un esito della controversia diverso"; il secondo, invece, è dedotto con riferimento all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 4, con esso denunciandosi "errores in procedendo in connessione agli artt. 112, 115, 116 e 132 c.p.c. e art. 111 Cost."

2. Nella successiva illustrazione la ricorrente azienda ospedaliera rileva che:

- nella sua prima relazione, il c.t.u. nominato in grado di appello aveva descritto una modesta "perdita di chances", ulteriormente depotenziata e ridotta in quanto inscritta in un quadro di severe comorbidità preesistenti e idonee ex se a determinare un insulto;

- chiamato dalla Corte per chiarire se la condotta dei sanitari si fosse inserita in un processo irreversibile che avrebbe comunque condotto al decesso del paziente ovvero se la stessa omissione fosse stata concausa del secondo ictus, l'ausiliario rassegnò le seguenti conclusioni: "sussiste un chiaro nesso etiologico tra la prescrizione di interruzione del Coumadin da parte dei sanitari ed il secondo ictus cerebrale e poi il decesso del paziente... al momento del ricovero presso l'A.O. (Omissis), il Sig. G.G., di 55 anni, risultava affetto anche da ipertensione, tabagismo, obesità e BPCO, che verosimilmente avevano determinato il primo ictus cerebrale, con conseguenze di grado intermedio, giacchè il paziente aveva sì una emiplegia f.b.c. dx, ma aveva il controllo del tronco, non aveva problemi di comprensione, di linguaggio, di alimentazione o di incontinenza. Quindi, con la dovuta riabilitazione il Sig. G.G., di anni 55 anni, avrebbe (con) potuto, con alta probabilità, recuperare parzialmente una certa autonomia motoria e, con una corretta terapia ed un sano stile di vita (interruzione del fumo, regime dietetico, etc.), avrebbe potuto ridurre il rischio di eventi avversi di natura cardiovascolare ed in particolare di un secondo ictus cerebrale. Ne consegue che il Sig. G.G., precedentemente al secondo ictus cerebrale, era sì affetto da un complesso invalidante derivante dalle pregresse comorbidità ma, di per sé sola, questa invalidità non era idonea a produrre in concreto esiti mortali, perchè l'accreditata letteratura scientifica consultata prevede, per il primo ictus in concreto sofferto dal G.G., la sopravvivenza del 70% ad un anno, del 60% a cinque anni e del 40% a dieci anni. Per questi soggetti, il tasso di sopravvivenza medio, nel lungo termine, è del 30%. Pertanto, l'omissione dei sanitari dell'A.O. (Omissis) non si è inserita in un processo irreversibile che avrebbe comunque portato al secondo ictus e poi al decesso quattro mesi dopo, ma l'interruzione del farmaco dicumarolico ha costituito una determinante concausa del secondo ictus e dell'exitus del paziente, giacchè, se fosse stata tenuta la condotta alternativa corretta, il decesso non si sarebbe verificato secondo il "più probabile che non".... l'omissione medica ha inciso in maniera determinante sull'exitus del paziente G.G.,

annullando le suddette percentuali statistiche di sopravvivenza, che nel breve-medio termine sarebbero state del 60-70% e che nel lungo termine sarebbero state verosimilmente del 30%, ovvero una perdita di possibilità, chances di sopravvivenza del 30%, nel periodo di 5 anni" (enfasi nel testo del ricorso);

- in tale ragionamento vi era però una "insostenibile aporia", consistente nell'argomentarne lo sviluppo logico sulla base della certezza di un elemento del sillogismo (l'eliminazione di fattori di rischio preesistenti) che però era al contempo negata (in quanto predicata in termini di mera eventualità futura);

- l'illogicità di tale ragionamento del c.t.u. è migrata in termini immutati nella parte motiva della sentenza con conseguente vizio sussumibile nello schema di cui alla novella formulazione dell'art. 360 c.p.c., n. 5, per avere la Corte d'appello omesso di considerare che le comorbidità di cui il c.t.u. aveva, senza alcun riscontro, supposto l'eliminazione non risultavano, nè potevano considerarsi, affatto eliminate;

- la indiscutibile preesistenza di fattori di comorbidità relega la fattispecie concreta nel perimetro delineato al par. 21 della citata pronuncia ("sarà altresì esclusa ogni rilevanza causale della condotta, sul piano probabilistico, in tutti i casi di incertezza - ad esempio, nell'ipotesi di cd. multifattorialità dell'evento - sul rapporto di derivazione eziologica tra la condotta stessa e l'evento, pur nella sua astratta configurabilità in termini di possibilità perduta, qualora la multifattorialità non sia rappresentata (come talvolta, ma erroneamente, si è ipotizzato) da un accertato concorso di causa umana e causa naturale (ciò che consente il frazionamento del risarcimento "differenziale" in applicazione dei principi che regolano la causalità giuridica: Cass. n. 15991 del 21/07/2011 e successive conformi), bensì da un concorso di cause la cui disamina si risolva, nelle conclusioni del c.t.u., in termini di insanabile incertezza causale rispetto all'evento");

- da ciò sarebbe dovuta conseguire la riconduzione della fattispecie all'ipotesi di cui alla lett. C, o in subordine a quella di cui alla lett. D, della citata pronuncia (Cass. n. 28993 del 2019).

3. Nel prosieguo dell'illustrazione (pagg. 16 - 17 del ricorso) si rappresenta - evidentemente al fine di dar contenuto al preannunziato secondo motivo di ricorso - che le descritte condizioni di comorbidità del paziente erano state oggetto di specifica allegazione difensiva anche in sede di appello, oltre a risultare dalla cartella clinica ed essere anche pacificamente ammesse ed infine valutate anche dal c.t.u. come causalmente rilevanti tanto da doverne egli supporre, per giungere alle conclusioni sopra dette, l'ideale eliminazione.

Si deduce, quindi, che, l'omessa valutazione di tali circostanze comporta la violazione dell'art. 112 c.p.c. (per avere la Corte d'appello omesso di motivare, sia pure per relationem, il rigetto dell'allegazione difensiva) e degli artt. 115 e 116 (per avere omesso la Corte di spiegare le ragioni in virtù delle quali si è discostata dalla variegata fonte di prova attestante la preesistenza di una severa comorbidità di cui era portatore il sig. G.G. e la sua rilevanza eziologica).

4. Il primo motivo è inammissibile.

4.1. Come rileva la stessa ricorrente, le condizioni di comorbidità del paziente sono state considerate dalla Corte, tanto che, come evidenziato in sentenza, proprio per meglio comprendere la rilevanza causale di tali preesistenze e, per converso, quella della condotta inadempiente dei sanitari della struttura (oggetto di accertamento che, in sè, non è fatto segno di alcuna censura nella presente sede), dispose il richiamo del c.t.u..

Altrettanto è a dirsi quanto al rilievo, presente nella relazione di c.t.u., secondo cui "con la dovuta riabilitazione il Sig. G.G., di anni 55 anni, avrebbe (con) potuto, con alta probabilità, recuperare parzialmente una certa autonomia motoria e, con una corretta terapia ed un sano stile di vita (interruzione del fumo, regime dietetico, etc.). Tale parte della relazione è esplicitamente richiamata dalla Corte territoriale, il che è ammesso del resto dalla stessa ricorrente, che per questa ragione si duole che il ragionamento del c.t.u. è "migrato in termini immutati" nella motivazione della sentenza.

Non si vede, dunque, come possa anche solo in astratto ipotizzarsi un vizio di omesso esame ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5.

4.2. Ma occorre ancor prima rilevare che quello di cui si lamenta omesso esame non è un "fatto storico" ma una valutazione medico-legale prognostica o, meglio, una parte di essa, come tale comunque estranea al paradigma censorio evocato, quale precisato, con esegesi ormai pacificamente acquisita, da Cass. Sez. U. 07/04/2014, nn. 8053 - 8054.

Tale valutazione prognostica riguardava peraltro una condotta futura: l'auspicata interruzione del fumo e l'altrettanto indicata adozione di un regime dietetico; nessuno può dire se tali indicazioni sarebbero state o meno seguite; il contrario non può comunque considerarsi, è appena il caso di ribadire, fatto storico accertato, come tale suscettibile di formare oggetto di censura nei termini in scrutinio.

5. Il secondo motivo è parimenti inammissibile, con riferimento a tutte le censure con esso dedotte.

5.1. Il vizio di omessa pronuncia su una domanda o eccezione di merito, che integra una violazione del principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato ex art. 112 c.p.c., ricorre quando vi sia omissione di qualsiasi decisione su di un capo di domanda, intendendosi per capo di domanda ogni richiesta delle parti diretta ad ottenere l'attuazione in concreto di una volontà di legge che garantisca un bene all'attore o al convenuto e, in genere, ogni istanza che abbia un contenuto concreto formulato in conclusione specifica, sulla quale deve essere emessa pronuncia di accoglimento o di rigetto (Cass. n. 20828 del 2018; 16/05/2012, n. 7653).

Nella specie la Corte d'appello, pronunciando sul motivo di gravame proposto dalle controparti, appellanti, in punto di accertamento della dedotta responsabilità sanitaria, ha per ciò stesso anche pronunciato sul contrario assunto dell'appellata, la quale peraltro non integra una eccezione ma una mera difesa.

5.2. La violazione degli artt. 115 e 116 c.p.c. è dedotta in termini del tutto generici e comunque non certamente nel modo in cui la consolidata giurisprudenza di questa Corte la dice deducibile (v. Cass. Sez. U. 30/09/2020, n. 20867; Id. 05/08/2016, n. 16598; Cass. 10/06/2016, n. 11892; Cass. 20/10/2016, n. 21238).

5.3. Nè infine la motivazione può dirsi carente o contraddittoria, tanto meno al punto da rendere apodittica o incomprensibile la motivazione: censura che sembra anch'essa proposta, indirettamente - e dunque, già solo per questo, inammissibilmente (v. Cass. Sez. U. 24/07/2013, n. 17931) - alla fine del ricorso, con il richiamo a Cass. n. 23940 del 2017.

La valutazione del c.t.u., fatta propria come detto dalla Corte d'appello, secondo cui vi è nesso causale tra la condotta dei sanitari (in particolare per la da loro prescritta interruzione del farmaco anticoagulante salvavita) e il secondo più grave attacco ischemico che ha condotto a morte il paziente non è in insanabile contrasto logico con la precedente affermazione secondo cui anche l'adozione di "un sano stile di vita (interruzione del fumo, regime dietetico, etc.)" avrebbe potuto ridurre il rischio di eventi avversi di natura cardiovascolare ed in particolare di un secondo ictus cerebrale.

Si è trattato, come detto, di una valutazione prognostica che indicava, come funzionali alla riduzione del rischio morte, due fattori: a) una corretta terapia; b) una revisione migliorativa delle abitudini del paziente (fumo e dieta).

La successiva chiara ed esplicita valutazione secondo cui "l'interruzione del farmaco dicumarolico ha costituito una determinante concausa del secondo ictus e dell'exitus del paziente, giacchè, se fosse stata tenuta la condotta alternativa corretta, il decesso non si sarebbe verificato secondo il "più probabile che non" sul piano logico non disvela alcuna contraddizione con la precedente affermazione, tanto meno insanabile. Essa sta piuttosto e del tutto coerentemente a evidenziare che il venir meno del primo fattore è di per sè valso a rendere attuale e concretizzare quel rischio, rendendo vana ogni attesa prognostica legata anche al secondo.

5.4. La condotta dei sanitari costituisce certo una concausa che a tale evento ha condotto insieme con le condizioni patologiche preesistenti; è però una concausa di rilievo determinante, alla luce delle valutazioni dell'ausiliario secondo cui "l'omissione dei sanitari dell'A.O. (Omissis) non si è inserita in un processo irreversibile che avrebbe comunque portato al secondo ictus e poi al decesso quattro mesi dopo, ma... l'interruzione del farmaco dicumarolico ha costituito una determinante concausa del secondo ictus e dell'exitus del paziente, giacchè, se fosse stata tenuta la condotta alternativa corretta, il decesso non si sarebbe verificato secondo il "più probabile che non".

Sono, tali condizioni preesistenti, da riguardare quali concause dell'evento (concause di lesioni) che, secondo insegnamento da tempo acquisito (v. Cass. n. 15991 del 2011), sono irrilevanti agli effetti della determinazione e commisurazione della responsabilità.

In base al principio dell'equivalenza causale l'autore del comportamento imputabile risponderà, infatti, per intero delle conseguenze derivanti dall'evento lesivo, ancorchè a quest'ultimo abbia concorso, sia pure con rilievo preponderante, la causa naturale preesistente (come nel caso di scuola dell'emofiliaco cui venga inflitta una minuscola ferita: principio del nothing or all o thin skull rule).

6. Il ricorso deve dunque essere dichiarato inammissibile, con la conseguente condanna della ricorrente alla rifusione, in favore dei controricorrenti, delle spese processuali, liquidate come da dispositivo e da distrarsi in favore dei difensori antistatari, che ne hanno fatto richiesta nel controricorso.

7. Va dato atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, nel testo introdotto dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, in misura pari a quello previsto per il ricorso, ove dovuto, a norma dello stesso art. 13, comma 1 bis.

P.Q.M. dichiara inammissibile il ricorso. Condanna la ricorrente alla rifusione, in favore dei controricorrenti, delle spese del giudizio di legittimità, liquidate in Euro 10.200 per compensi, oltre alle spese forfetarie nella misura del 15 per cento, agli esborsi liquidati in Euro 200,00 ed agli accessori di legge, distratte in favore del procuratore antistatario, Avv.ti Clementina Fafone e Giuseppe Mazzucchiello.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, inserito dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1 bis.

Conclusione Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Sezione Terza Civile della Corte Suprema di Cassazione, il 24 ottobre 2023.