N. R.G. 1356/2023

R e p u b b l i c a I t a l i a n a
I n N o m e d e l P o p o l o I t a l i a n o
La Corte di Appello di Bari

Terza Sezione Civile, composta dai seguenti Magistrati:
1) Dott. Salvatore Grillo -Presidente
2) Dott.ssa Paola Barracchia -Consigliere
3) Dott.ssa Maristella Sardone -Consigliere rel.
ha emesso la seguente

Sentenza

Nella causa civile in grado di appello, iscritta sotto il numero d'ordine 1356 dell'anno 2023 del Ruolo Generale degli affari contenziosi civili, avverso la sentenza n. 2189/2023 emessa dal Tribunale di Foggia, pubblicata in data 18.09.2023

tra

Parte_1 *Parte_2* , *Parte_3* *Parte_4* , *Parte_5* in proprio e in qualità di eredi legittimari di *Persona_1* elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] nonché presso gli indirizzi digitali degli avv.ti [redacted] e [redacted] che li rappresentano e difendono giusta procura in atti

Persona_2 e *Parte_6* , in proprio e in qualità di eredi legittimari di *Persona_1* elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] che li rappresenta e difende giusta procura alle liti in atti

APPELLANTI

CONTRO

Controparte_1 , in persona del Direttore Generale, legale rappresentante p.t., elettivamente domiciliato presso l'avv. [redacted] che lo rappresenta e difende giusta procura in atti

APPELLATO

CONCLUSIONI DELLE PARTI: come da verbale di udienza del 25.3.3026, che qui devono intendersi riportate.

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO E IN DIRITTO

Con atto di citazione notificato il 25.11.2015, *Parte_1* *Parte_2* , *Parte_3* *[...]* *Parte_4* , *Parte_5* *Persona_2* e *Parte_6* , in proprio e quali eredi di *Persona_1* convenivano in giudizio dinanzi al Tribunale di Foggia l' *Controparte_2* , in persona del legale rapp.te p.t., per sentirne accertare e dichiarare la responsabilità in relazione al [redacted] a seguito di sepsi da *Klebsiella pneumoniae carbapenemasi* produttrice e, conseguentemente, condannarla al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

patrimoniali, *iure proprio* e *iure hereditario*, eziologicamente connessi al decesso; in via subordinata, chiedevano il risarcimento del danno da perdita di *chance* di sopravvivenza della *Per_1*
A fondamento della domanda deducevano che: -in data 4 agosto 2012 *Persona_1* portatrice di diabete mellito insulinodipendente, sindrome depressiva, ipertensione arteriosa e bronchite cronica, con esiti di pregressi ictus cerebrali ischemici con emiplegia destra e afasia, a seguito di perdita di conoscenza venne trasportata in ambulanza al [redacted] in stato di coma, ivi intubata e subito trasferita nella Rianimazione degli [redacted] di *CP_1*, dove venne impostata una terapia antibiotica *ex-adjuvantibus* e posizionati catetere venoso centrale, catetere vescicale e sondino naso gastrico per la nutrizione enterale; -l'8 agosto l'esame TC cerebrale documentò "*estesa area ipodensa di verosimile natura ischemica di tipo acuto con strie iperdense come per iniziale infarcimento ematico in sede parieto-fronto-occipitale sinistra, inoltre area di ipodensità di analoga natura in sede parieto-occipitale destra; quadro di leucoencefalopatia con ampio esito ischemico in temporo-parietale sinistra; tumefazione dei tessuti molli emicranici in sede parieto-occipitale sinistra*"; -il 13 agosto furono eseguiti esami colturali, negativi, tampone rettale positivo per Klebsiella Pneumoniae MDR (unica volta), urinocoltura positiva per Candida glabrata (per la quale fu praticata terapia a partire dal 15 agosto); -il 23 agosto la VES era aumentata e perciò venne modificata la terapia antibiotica, sempre *ex-adjuvantibus;* -il 25 agosto l'Rx torace mostrava una modica riduzione dell'area di consolidazione parenchimale, ma la VES persisteva elevata, la febbre era scomparsa, la leucocitosi ridotta e la vigilanza lievemente migliorata; - i pazienti versavano condizioni igienico-sanitarie pessime, per la carenza assoluta di misure di prevenzione idonee ad evitare rischi di contagio ed infezioni e per l'inadeguatezza dell'organizzazione strutturale sanitaria; -il 29 agosto i familiari della *Parte_7* su consiglio e sollecitazione degli stessi sanitari del [redacted] foggiano, decisero di trasferire la paziente presso la struttura sanitaria [redacted] Reparto Riabilitazione Intensiva [redacted] ove, all'ingresso, venne registrato "*esiti di insufficienza respiratoria in seguito ad ictus cerebro ischemico del 04/08/2012 in paziente ipertesa con diabete insulino-dipendente; pregresso ictus con residua emiplegia destra ed afasia globale del 2009. La paziente è giunta in reparto senza lettera di dimissione in quanto dimessa dalla Rianimazione contro il parere dei sanitari. Contattato telefonicamente il dott. Pt_8 per definire la terapia farmacologica. La paziente è portatrice di CV [catetere vescicale], CVC, cannula tracheale cuffiata, PEG*"; -il 30 agosto venne modificata la terapia antibiotica ed eseguito un tampone rettale, il cui referto, due giorni dopo, confermò la persistenza della Klebsiella Pneumoniae KPC+ già segnalata il 13 agosto presso la Rianimazione degli [redacted] di *CP_1*; venne rimosso, per la prima volta dall'inserimento agli [redacted] il CVC per esame colturale e venne eseguito un ciclo di tre emocolture; -il 7 settembre, comparsa febbre elevata 39,9°C, sulla scorta di una consulenza infettivologica furono interrotti gli antibiotici impostati *ex-adjuvantibus* nel ricovero precedente e, sulla base della presenza di KPC+ e della PCR elevata, fu instaurata terapia antibiotica mirata a dosaggi elevati, per evidente sepsi da KPC+; -nonostante la terapia antibiotica, nei giorni seguenti persistettero iperpiressia ed elevazione della PCR; - i tamponi rettali furono ripetuti il 15 e 27 settembre, risultando sempre positivi per KPC+; -venne attivato un percorso diagnostico alla ricerca di eventuali loci settici tramite eco addome, che in data 14/9 evidenziò ascesso splenico, ecocardio in data 19/9 dimostrativo di endocardite mitralica, e TC addome del 20/9 compatibile con ascessi splenici e polmonari; -nonostante la massiccia terapia antibiotica, le condizioni cliniche generali della paziente si aggravarono

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

ulteriormente, fino al decesso avvenuto il [redacted] -il certificato di morte ISTAT redatto dal medico ospedaliero indicò come causa di morte *"Ictus ischemico sinistro. Setticemia da Klebsiella. Arresto cardiocircolatorio"*; -dall'esame delle cartelle sanitarie, consegnate ai periti di parte, emersero altri due casi contemporanei di colonizzazione di KPC+, nello stesso periodo, nel reparto Rianimazione degli [redacted] entrambi risultati positivi al tampone rettale per KPC+ ai prelievi effettuati il 13.8, [redacted] in altra struttura nosocomiale, con emocoltura positiva per KPC+; - la Klebsiella Pneumoniae è tipico batterio di origine nosocomiale e la [redacted] contrasse il germe patogeno presso gli [redacted] di *CP_1* , nel Reparto di Rianimazione, ove fu ricoverata dal 4 al 29 agosto; - ella risultò colonizzata da Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasi produttrice il 13 agosto e il suddetto patogeno ne causò il decesso; -come accertato dai CTP, il contagio fu dovuto a fatto e colpa dei sanitari che assistettero la *Per_1* che omisero di adottare le cautele igieniche minime per evitare la diffusione dell'infezione da paziente a paziente (lavaggio delle mani e uso di presidi ospedalieri, quali guanti, mascherine, disinfezione degli strumenti sanitari) e sottovalutarono le conseguenze della colonizzazione da Klebsiella, omettendo di monitorare adeguatamente lo stato di salute della *Per_1* (anche attraverso la sottoposizione ad esami ematici, colturali e consulenze infettivologiche), e di adottare un trattamento antibiotico mirato e tempestivo, che avrebbe sicuramente salvato la vita alla paziente, immunodepressa e ad elevato rischio di contagio.

Si costituiva in giudizio l *Controparte_3* , che contestava la domanda degli attori sia sul piano processuale (legittimazione attiva di alcuni eredi) sia su quello sostanziale, negando il nesso causale tra il ricovero e il decesso, e chiedeva "*In via preliminare di merito, accertare e dichiarare la carenza di legittimazione attiva dei sigg.ri* *Persona_2* *e* *Parte_6* *in riferimento alle domande proposte iure hereditario, nonché, qualora ritenuta, la carenza di legittimazione di tutti gli eredi legittimi per mancata prova dei presupposti di legge ai sensi del diritto internazionale privato vigente; - Nel merito, rigettare tutte le domande proposte dagli attori… in proprio e nella qualità di eredi della defunta* *Persona_1* *in quanto totalmente infondate in fatto ed in diritto, per le motivazioni esposte;- Il tutto con vittoria di spese e competenze di lite, oltre accessorie come per legge; - In via del tutto subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento di qualsiasi delle domande proposte, limitare il risarcimento al giusto, provato ed equo, rigettando ogni indebita duplicazione e/o sovrapposizione di voce di danno".*

Evidenziava che la paziente era già in condizioni gravemente compromesse all'ingresso nel nosocomio, la terapia adottata era conforme alle linee guida e che il trasferimento nella struttura *CP_4* deciso dai familiari contro il parere dei medici, aveva interrotto ogni eventuale nesso eziologico. Contestava inoltre le voci di danno, ritenendole duplicative e sproporzionate.

Istruito il giudizio con CTU medico-legale, con sentenza n. 2189/2023 del 18.9.2023 il Tribunale di Foggia rigettava la domanda, condannava gli attori, in solido, al pagamento delle spese di lite (liquidate in € 37.951,00 per compensi oltre accessori) e di CTU.

Avverso detta sentenza hanno proposto gravame gli appellanti in epigrafe indicati, chiedendone la riforma e, previa sospensione dell'efficacia esecutiva e rinnovazione della CTU, nel merito, l'accoglimento delle seguenti conclusioni: *"C. previa ogni opportuna declaratoria, accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale degli* [redacted] *in ordine al decesso della Sig.ra* *Persona_1* *morta per sepsi da Klebsiella Pneumoniae ai sensi degli artt. 1218, 1228, 2049 e/o 2051 c.c. e/o, extracontrattuale ex art. 2043 cc.; all'esito dell'accertamento, D. condannare, l* *Controparte_5*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

corrispondere iure proprio a titolo di danno parentale a Persona_2 *, €. 300,000,00; a* [...] Parte_1 *€. 269.000,00; a* Parte_6 *€ 309.000,00; a* Parte_5 *€ 300.000; a* Parte_3 [...] *€ 282.000; a* Parte_2 *, €. 269.000; a* Parte_4 *, € 300.000; o quelle diverse somme, maggiori o minori, ritenute di giustizia ex art. 1226 c.c., oltre rivalutazione monetaria e interessi legali sulla somma annualmente rivalutata nonché gli interessi sugli interessi scaduti da oltre sei mesi, dal dì del dovuto all' effettivo saldo, con riconoscimento, se dovuto, degli interessi legali nella misura di cui all'art. 1284, 4° comma c.c. E. condannare altresì l'* Controparte_2 *a corrispondere, a titolo di danno patrimoniale emergente, pro quota e in parti uguali a* Persona_2 *,* Parte_1 Parte_6 [...] Parte_5 Parte_3 Parte_2 *,* Parte_4 *, la complessiva somma di € 8.538,91, o quella diversa somma maggiore o minore che risulterà dovuta in corso di causa, nella misura di 1/7 ciascuno; F. condannare l'* Controparte_2 *a corrispondere, a titolo di danno non patrimoniale, iure hereditario, ai figli* Parte_1 Parte_2 *,* Parte_3 Parte_4 *,* Parte_5 [...] Parte_6 *, nella misura di 2/3 e in parti uguali ciascuno, e al marito* Per_2 [...] *, nella misura di 1/3, la somma di € 117.000,00 quale danno biologico terminale (€ 2.500 x 47 gg) e di € 50.000,00 quale danno morale terminale, o quelle diverse somme, maggiori o minori, che risulteranno dovute in corso di causa, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali sulla somma annualmente rivalutata nonché gli interessi sugli interessi scaduti da oltre sei mesi, dal dì del dovuto all' effettivo saldo, con riconoscimento, se dovuto, degli interessi legali nella misura di cui all'art. 1284, 4° comma c.c.; G. In ogni caso, previo accertamento che dal decesso de quo è residuata nella Sig.ra* Parte_4 *un'invalidità permanente incidente sull'integrità psico-fisica nella misura del 20%, o in quella diversa misura che risulterà in corso di causa, nonché una inabilità temporanea totale di 20 gg. e parziale al 50% di altri 30 gg., causativa di danni da sofferenza di grado medio e incidente sulla sfera dinamico esistenziale dell'attrice, H. condannare l'* Controparte_2 *a pagare: a* Parte_4 *a titolo di danno non patrimoniale permanente, sotto il triplice pregiudizio statico (€ 59.329,45), dinamico (personalizzazione) € 23.138,48 e da sofferenza(€ 23.601,50), la complessiva somma di €. 106.069,43 commisurato ad una invalidità permanente del 20%; a titolo di danno non patrimoniale temporaneo, commisurato ad una inabilità temporanea totale di gg. 20 e parziale al 50% di gg. 30, sotto il triplice pregiudizio biologico (€ 2.520), da sofferenza(€ 1.350) e relazionale (€ 1.260,25), la complessiva somma di €. 5.130,25; a titolo di danno patrimoniale emergente €. 1.274,85 ed €. 5.000,00 a titolo di spese mediche future; In subordine, salvo gravame, salva la domanda al punto G;. H. condannare l'* Controparte_2 *a corrispondere, a titolo di danno non patrimoniale per perdita di chance di sopravvivenza, a* Persona_2 *,* Parte_1 Parte_6 Parte_5 Parte_3 Parte_2 *e* Parte_4 *la somma di €. 250.000,00 ciascuno, o quelle diverse somme, maggiori o minori, che risulteranno dovute in corso di causa, da liquidarsi anche in via equitativa, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali sulla somma annualmente rivalutata nonché gli interessi sugli interessi scaduti da oltre sei mesi, dal dì del dovuto all' effettivo saldo, con riconoscimento, se dovuto, degli interessi legali nella misura di cui all'art. 1284, 4° comma c.c. I. In ogni caso, con vittoria di spese, compensi professionali, spese generali 15% ex l.p. e accessori di legge, anche della fase stragiudiziale e di primo grado da liquidarsi all'avv.* [redacted] *che si dichiara antistataria e di secondo grado agli avv.ti* [redacted] *e* [redacted] *dichiarandosi entrambi antistatari".J. In estremo subordine, ma salvo gravame, in caso di conferma della sentenza di I grado, riformare comunque la sentenza quantomeno con riferimento alla condanna alle spese di lite del I grado".*

Si è costituito in giudizio il Controparte_1, in persona del l.r.p.t., che ha eccepito preliminarmente l'inammissibilità dell'appello per genericità,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

ex art. 342 c.p.c.; nel merito ha contestato la fondatezza dell'appello e della domanda , ribadendo che la paziente era già colonizzata da *Per_3* all'ingresso il 4.8.2012, che la gestione clinica è stata appropriata, che il decesso è avvenuto dopo il trasferimento presso altra struttura e che non sussiste nesso causale fra le condotte dei sanitari e l'esito letale. Ha poi reiterato l'eccezione di carenza di legittimazione ad agire di *Persona_2* e *Parte_6* in riferimento alla domanda proposta *iure hereditario.* Ha quindi chiesto, previa reiezione dell'istanza di inibitoria, di rigettare l'appello, con condanna degli appellanti al pagamento in solido delle spese di lite.

Con ordinanza del 6.3.2024 la Corte ha sospeso l'efficacia esecutiva della sentenza appellata e disposto la rinnovazione della CTU, nominando un collegio peritale, con il dott. *Persona_4* , specialista in medicina legale, e il dott. *Persona_5* specialista in malattie infettive.

Espletata la consulenza, a seguito di trattazione orale, all'udienza del 25.3.2026 la causa è stata riservata per la decisione a norma dell'art. 352 c.p.c..

I.Il Tribunale, rigettata l'eccezione di carenza di legittimazione attiva di *Persona_2* e *Parte_6* *Parte_6* , nel merito ha rigettato la domanda poiché, sulla base delle conclusioni della CTU espletata, ha ritenuto insussistente il nesso di causalità tra la morte della *Per_1* ed il comportamento del personale medico del *Controparte_1* .

II. Va preliminarmente rigettata l'eccezione, di inammissibilità dell'appello per mancato rispetto del disposto di cui all'art. 342 c.p.c., sollevata dall'appellato, poiché la lettura complessiva dell'atto di appello consente di individuare con sufficiente chiarezza le questioni e i punti contestati dell'impugnata sentenza e le relative doglianze, nonché le argomentazioni addotte a contrasto della *ratio decidendi* adottata dal primo giudice, coerentemente con quanto disposto dall'art. 342 c.p.c., pure novellato, secondo l'interpretazione offerta dalla Suprema Corte (cfr. Cass. Sez. U., 27199/2017) che, da ultimo, ha precisato che l'impugnazione deve contenere, a pena di inammissibilità, una chiara individuazione delle questioni e dei punti contestati della sentenza impugnata e, con essi, delle relative doglianze, affiancando alla parte volitiva una parte argomentativa che confuti e contrasti le ragioni addotte dal primo giudice, senza che occorra l'utilizzo di particolari forme sacramentali o la redazione di un progetto alternativo di decisione da contrapporre a quella di primo grado, tenuto conto della permanente natura di *revisio prioris instantiae* del giudizio di appello, che mantiene la sua diversità rispetto alle impugnazioni a critica vincolata (Cass., ord. 1932/2024; conf. Cass. Sez. U, n. 36481/2022).

III. Sempre preliminarmente deve darsi atto che sulla statuizione del Tribunale, che ha rigettato l'eccezione di difetto di legittimazione attiva di *Persona_2* e *Parte_6* , si è formato il giudicato interno.

Sull'eccezione sollevata in primo grado dall'allora convenuto, il Tribunale ha espressamente così motivato *"L'ospedale convenuto, costituendosi, eccepiva la carenza di legittimazione attiva dei sigg. ri* *Persona_2* *e* *Controparte_6* *, i quali, rispettivamente marito e figlio della de cuius, non cittadini italiani e non essendo provata l'esistenza della reciprocità con il paese di origine. Sul punto, tuttavia, questo giudice osserva che il nostro ordinamento assicura allo straniero, sia esso residente o meno in Italia, la tutela integrale ai diritti inviolabili e dunque anche la facoltà di richiedere al giudice italiano il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale derivato dalla lesione di diritti inviolabili della persona (quali il diritto alla salute e ai rapporti parentali o familiari), avvenuta in Italia. L'eccezione deve quindi essere rigettata".*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

A fronte dell'espresso rigetto dell'eccezione da parte del Tribunale, il *CP_1* non ha proposto appello incidentale, essendosi limitato a reiterare l'eccezione nella parte motiva della comparsa di costituzione.

Secondo i principi elaborati da Cass. Sez. U. 12/05/2017, n. 11799 (conf. *ex multis*, Cass.civ. 15.7.2021 n. 20315), *"in tema di impugnazioni, qualora un'eccezione di merito sia stata respinta in primo grado, in modo espresso o attraverso un'enunciazione indiretta che ne sottenda, chiaramente ed inequivocamente, la valutazione di infondatezza, la devoluzione al giudice d'appello della sua cognizione, da parte del convenuto rimasto vittorioso quanto all'esito finale della lite, esige la proposizione del gravame incidentale, non essendone, altrimenti, possibile il rilievo officioso ex art. 345 c.p.c., comma 2 (per il giudicato interno formatosi ai sensi dell'art. 329 c.p.c., comma 2), nè sufficiente la mera riproposizione, utilizzabile, invece, e da effettuarsi in modo espresso, ove quella eccezione non sia stata oggetto di alcun esame, diretto o indiretto, ad opera del giudice di prime cure".*

In altra pronuncia la S.C. (cfr. Cass. civ. n. 10780/2021) ha avuto modo di ribadire il predetto principio, per sottolinearne l'inapplicabilità al diverso caso in cui, invece, il primo giudice non abbia espressamente esaminato l'eccezione, ritenendola assorbita, chiarendo *che "in tema di impugnazioni, qualora sia stata formulata in primo grado un'eccezione di difetto di legittimazione attiva o di titolarità del diritto azionato al risarcimento di un danno, essa non può dirsi respinta attraverso un'enunciazione indiretta che ne sottenda, chiaramente ed inequivocamente, la valutazione di infondatezza, quando il primo giudice abbia dato soltanto atto in narrativa dell'allegazione dei presupposti di quella legittimazione o titolarità e della loro contestazione per poi fondare il rigetto della pretesa sul solo accertamento dei fatti sotto il diverso profilo dell'esclusione della responsabilità del convenuto; pertanto, in tale caso la questione del difetto di legittimazione o titolarità attiva del diritto può essere oggetto di mera riproposizione ai sensi dell'art. 346 c.p.c. e non necessita di impugnazione incidentale, dovendo allora essere compiutamente esaminata nel merito dal giudice dell'appello".*

Né a diverse conclusioni può pervenirsi sull'assunto che trattasi di eccezione rilevabile d'ufficio, atteso che il principio secondo cui l'art. 346 c.p.c. non si applica con riferimento alle questioni rilevabili d'ufficio deve coordinarsi con il sistema delle preclusioni e con l'art. 342 c.p.c. (circa la specificità dei motivi d'impugnazione), in virtù dei quali la libera iniziativa del giudice con riguardo alle questioni rilevabili d'ufficio trova un limite nel caso in cui una di tali questioni sia stata espressamente decisa nel precedente grado di giudizio ed il relativo punto non abbia formato oggetto di impugnazione (in tal senso, Cass. civ. n. 15501/2011).

IV.La difesa degli appellanti ha fondato il gravame su otto motivi, che possono così sintetizzarsi:

1.Nullità della sentenza per omessa ed apparente motivazione e adesione acritica alla CTU, senza risposta alle critiche ed alle osservazioni dei consulenti di parte.

2.Motivazione assente o apparente con riferimento al profilo della condotta dei sanitari per inosservanza dei protocolli in materia di igiene, prevenzione e controllo della colonizzazione e diffusione dei germi ospedalieri carbapenemasi produttori. Omesso esame di fatti rilevanti, tra cui la diffusione nosocomiale di KPC+ e la mancata applicazione del criterio della preponderanza dell'evidenza.

3. Contraddittorietà della sentenza in ordine all'esclusione della correlazione tra la morte della *Per_1* e la setticemia da KCP+, correlata al deficit assistenziale ed igienico-profilattico dell'azienda convenuta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

4.Nullità della sentenza per omesso esame di un fatto rilevante sottoposto al vaglio del giudice, ossia il contagio presso gli [redacted] di *CP_1* , violazione del principio del più probabile che non.
5. Violazione dell'art. 2697 c.c. per errata ripartizione dell'onere della prova e mancata applicazione dei principi giurisprudenziali in tema di infezioni nosocomiali.
6. Motivazione manifestamente errata e priva di fondamento scientifico e giuridico sull'imprevedibilità dell'evento.
7. Violazione dell'art. 2697 c.c., travisamento dei fatti e omissione di documenti rilevanti.
8. Violazione degli artt. 88 e 92 c.p.c. ed erroneità della condanna integrale degli attori alle spese di lite, nonostante le emergenze processuali, l'oggettiva complessità delle questioni oggetto di causa, la parziale soccombenza della convenuta e la violazione da parte sua del dovere di lealtà e correttezza.
V. L'appello è parzialmente fondato e merita accoglimento, nei limiti di seguito esposti.
La Corte, per le ragioni esplicitate nell'ordinanza emessa il 6.3.2024, ha ritenuto necessario procedere alla rinnovazione della consulenza medico-legale, mediante un collegio peritale.
Nella relazione depositata il 17/07/2025, e nell'integrazione depositata il 26.1.2026, il nominato collegio peritale ha concluso nel senso della sussistenza di gravi omissioni sanitarie da parte della struttura appellata e della configurabilità di una perdita di *chance* di sopravvivenza per la *Per_6* nella misura del 30%.
Sulla base di un attento esame della documentazione sanitaria, i CTU hanno così ricostruito la vicenda occorsa alla congiunta degli odierni appellanti: *"In data 04.08.2012 la signora Persona_1 [...] fu ricoverata presso la U.O.C. di Rianimazione degli [redacted] di CP_1 intubata ed in coma (GCS 3) a seguito di un accidente ischemico cerebrale per il quale era stata trovata incosciente presso la propria abitazione dal 118 intervenuto in soccorso e da qui accompagnata dapprima [redacted] da cui, per carenza di posti letto in reparto specialistico, era stata trasportata presso [redacted] foggiano. In questo secondo nosocomio, la signora rimase degente fino alla fine del mese di agosto, sempre in stato di coscienza alterata, assistita in maniera quasi costante da respiratore meccanico e alimentata tramite nutrizione parenterale, infusa tramite catetere venoso centrale. Il giorno 29.08.2012 fu trasportata presso centro di riabilitazione intensiva a Rimini. La signora al momento del ricovero presso [redacted] foggiano manifestò i segni di una infezione acuta broncopolmonare, per la quale fu trattata con terapia antibiotica ex adiuvantibus, con beneficio, presso il reparto di rianimazione dove era degente. Il giorno 13 di agosto lei e altri due pazienti degenti con lei nello stesso ambiente, sottoposti a tampone rettale, risultarono positivi alla presenza di Klebsiella Pneumoniae KPC+ (Carbapenemasi resistente), ceppo batterico ben noto nella letteratura medica mondiale come causa di molteplici infezioni ospedaliere con evoluzione, soprattutto nei pazienti più fragili, in sepsi ad esito mortale e di difficile controllo a causa della resistenza del microrganismo a quasi tutti gli antibiotici. Dimessa [redacted] foggiano, già all'ingresso presso il centro ospedaliero di Rimini, la signora Per_1 mostrò i segni di uno stato infettivo acuto che nel giro di alcuni giorni si trasformò in stato settico diffuso la cui causa fu individuata nella diffusione del batterio in questione (Klebsiella KCP+), ritrovato nuovamente non solo su tampone rettale, ma anche nel sangue e in colonie sul catetere venoso centrale che, ad hoc era stato rimosso alla signora per essere sottoposto ad accertamento microbiologico. Nel giro di pochi giorni il processo infettivo si diffuse agli organi interni provocando lesioni ascessuali localizzate in vari visceri e, in particolare, interessanti la milza, il fegato e i polmoni, con un progressivo deterioramento delle condizioni cliniche, tanto che, in data [redacted] malgrado le terapie somministrate, si dovette constatare exitus della signora, la cui*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

origine fu ricondotta, dal medico necroscopo, alla sepsi da klebsiella, in soggetto fragile a causa delle malattie intercorrenti dalle quali era affetta (diabete, obesità e postumi del recente episodio ischemico cerebrale per il quale era stata in origine ricoverata).

Sulla base della documentazione clinica e di tutti gli atti di causa, ivi compresa la CTP del prof. *Persona_7* e quella eseguita in ambito penale, i CTU hanno sintetizzato in tre fasi le vicende cliniche della *Per_1* *"una prima fase in cui, ricoverata per il noto fatto ischemico cerebrale presso il reparto di rianimazione di CP_1 manifestò i sintomi di una infezione polmonare acuta che, trattata in maniera empirica rispose in maniera adeguata alla terapia antibiotica convenzionale, per cui, nei giorni successivi al ricovero progressivamente la febbre ed i sintomi infettivi regredirono. In data 13 agosto, contemporaneamente, tutti e tre i paziente presenti nella stessa sala di degenza, tutti e tre in condizioni critiche, furono sottoposti a tampone rettale il cui risultato è a noi noto per tutti e tre e consiste nel riscontro di positività al batterio Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasi positivo: batterio tristemente famoso per essere causa di gravi infezioni ospedaliere in reparti ospedalieri di terapia intensiva e resistente a quasi tutti gli antibiotici, la cui infezione è sovente causa di esito infausto dovuto alla fragilità dei pazienti contagiati, spesso ricoverati in condizioni di criticità, che vanno incontro in alta percentuale ad esito infausto".*

Hanno inoltre evidenziato che la *Per_1* *"arrivò presso il* [redacted] *foggiano, per trasferimento* [redacted] *a causa della mancanza qui di posto letto disponibile in reparto di rianimazione. L'ingresso in reparto a CP_1 fu caratterizzato dal fatto che la signora era già affetta da sintomi di infezione polmonare che, come oramai noto, furono trattati mediante terapia antibiotica empirica e sappiamo che tale trattamento ebbe relativo successo, significando che progressivamente i valori di flogosi monitorati (in particolare i leucociti), la sintomatologia febbrile e, almeno in parte il quadro Radiologico polmonare ebbero a regredire. Il dubbio che parte convenuta pone, ovvero che l'infezione da Klebsiella sia stata contratta in questa prima fase di degenza presso* [redacted] *… appare inconsistente e, comunque poco realistica dato il breve tempo di soggiorno presso* [redacted] *e comunque, in ultima analisi non dimostrabile in alcun modo in quanto, in maniera non conforme alle stesse disposizioni impartite dalla direzione* [redacted] *foggiano, non fu eseguito sulla paziente, al momento del ricovero in questa sede, alcun accertamento di screening al fine di valutare la presenza in capo al paziente del germe in questione. Alla luce infatti delle direttive emanate dalla stessa Direzione Medica di Presidio degli* [redacted] *di Foggia nella circolare n.* [redacted] *in data* [redacted] *appare evidente che già in partenza vi sia stato un comportamento gravemente censurabile a carico dei medici di reparto, responsabili di aver omesso il tempestivo controllo batteriologico, da operarsi al momento dell'accoglimento in reparto della paziente, viepiù a rischio ed in condizioni di fragilità, in quanto sottoposta a ventilazione assistita meccanica e comunque manifestante già sintomi di una infezione respiratoria in atto... Un ulteriore spunto di riflessione, sebbene indiretto, sulla gravità degli eventi, si desume alla luce degli aspetti particolari della vicenda: dando per accertato un primo comportamento, come già visto, colposamente omissivo, relativamente al mancato screening all'ingresso in reparto, ci si deve domandare perché tutti e tre i pazienti presenti nella stanza vengano sottoposti contemporaneamente a tampone rettale e, soprattutto, perché questa verifica venga eseguita a distanza di oltre 10 giorni dal ricovero, in data 13 giugno. È palese che, come più volte ripetuto, laddove fosse stata una prassi routinaria eseguire uno screening dei pazienti alla ricerca di infezioni provocate da germi potenzialmente in grado di produrre infezioni nosocomiali pericolose, lo screening avrebbe dovuto essere eseguito all'ingresso in reparto. Il fatto che esso sia stato eseguito diversi giorni dopo il ricovero e contemporaneamente su tutti e tre i pazienti, lascia motivatamente pensare che ciò sia stato eseguito in risposta al manifestarsi in qualche altra zona, dello stesso reparto, o di reparti vicini ,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

di casi di infezioni nosocomiali. Tutti e tre i pazienti, è dato noto, risultarono essere positivi al germe e, è altrettanto noto, che [redacted] *sebbene in tempi e sedi diverse. Il fatto che tutti e tre i pazienti fossero risultati positivi all'esame batteriologico rettale, di per sé non implica che i soggetti avessero in corso l'infezione ma, semplicemente, che in quel momento erano comunque portatori nel tratto intestinale del pericoloso germe: appare invece singolare che tutti e tre lo fossero contemporaneamente. Il prosieguo della storia clinica conosciuta, poi, al netto di qualsiasi considerazione epidemiologica, dimostra una grave carenza di cautela, a voler usare un termine eufemistico, sulla gestione della potenziale criticità manifestata dalla signora* Per_1 *durante tutto il successivo periodo di degenza, pur rimanendo immutata la criticità delle condizioni cliniche della signora (assenza di coscienza, nutrizione parenterale attraverso catetere venoso centrale impiantato in vena cava superiore, dipendenza per la maggior parte della giornata da ventilatore meccanico, diabete grave, completa dipendenza dalla nursing infermieristica di reparto per ogni bisogno), fino al momento delle dimissioni infatti non fu mai più controllata per verificare la persistenza del batterio, per controllare gli indici di flogosi (PCR, procalcitonina, ecc.) per valutare un eventuale viraggio dalla condizione di portatrice a quella di infettato. Tale comportamento, che appare censurabile in generale, acquista una maggiore dimensione di gravità alla luce di due fatti contestuali: in primis perché quella applicata rappresenta una procedura in netto conflitto nei confronti delle già citate linee guida emanate dalla Direzione Medica di Presidio degli* [redacted] *di* CP_1 *nella circolare n.* [redacted] *datata* [redacted] *e dunque antecedente di appena due mesi agli avvenimenti per cui è causa.. Tali linee guida infatti suggeriscono la massima cautela nella gestione, nella nursing e nel trattamento dei pazienti, delineando in maniera molto chiara gli obblighi del personale ospedaliero nei confronti del manifestarsi non solo di casi di infezione conclamata, ma anche di semplice positività degli accertamenti di screening evidenziando come, in ogni caso, i pazienti andassero seguiti e comunque, quelli manifestanti positività al germe, adeguatamente isolati, proprio al fine di evitare, in particolare tra i pazienti più compromessi e fragili, la diffusione del* [redacted] *infettivo. Va inoltre sottolineato, come secondo aspetto di criticità e censura, che oltre alle ovvie misure precauzionali atte ad evitare il diffondere dell'infezione, dovessero essere prese in considerazione tutte quelle misure appropriate ed idonee a monitorare nel tempo i pazienti a rischio, tantopiù quando vi fosse già stata evidenza di colonizzazione da parte del germe. In altri termini: il fatto di scoprire che il paziente sottoposto a screening a seguito della sua condizione clinica di criticità e fragilità, degente pertanto in reparto di terapia intensiva, fosse "soltanto" portatore di klebsiella KCP+ e non infettato, non avrebbe dovuto rappresentare una esimente a proseguire in maniera serrata e costante tutti quei controlli, dettati da protocolli e prescrizioni rigorosamente impartite, necessari a mantenere la costante consapevolezza che tale condizione di portatore non virasse verso la condizione di paziente infettato, con tutte le conseguenze implicanti, sia in senso di tempestività terapeutica, sia di viraggio di previsioni prognostiche. Al contrario, purtroppo, va chiaramente detto che, a quanto risulta dalle evidenze della cartella clinica, nel caso de quo fu disattesa qualsiasi forma di controllo e follow up della paziente e qualsiasi indicazione sulle forme di isolamento da seguire. Dopo il tampone rettale eseguito sulla paziente in data 13.08.2012 ed il riscontro della positività a* Persona_8 *ciò che fu fatto, stando a quanto riportato nella documentazione clinica in atti, si riassume con una sola parola: nulla. Tutto ciò indica un comportamento gravemente censurabile da parte dei medici di reparto sia quanto a mancata applicazione di specifiche direttive di comportamento, ad hoc emanate dalla struttura di controllo epidemiologica del nosocomio, sia quanto a colposa omissione di atti comunque dovuti al fine di garantire una buona pratica medica, indipendentemente da più specifiche disposizioni che, peraltro, erano comunque in vigore…….la circolare prot.* [redacted] *del* [redacted] *della Direzione Medica di Presidio*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

degli [redacted] *di Foggia … dava precise disposizioni sulle "Misure di sorveglianza e controllo delle infezioni e colonizzazioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi" . Altrettanto utile riteniamo riportare sotto anche le linee guida elaborate dal* Controparte_7 *[...] e afferenti alla prevenzione e gestione delle infezioni nosocomiali da Klebsiella KCP+ ed il loro razionale, individuabile nella ascesa dei casi di infezione nosocomiale da Klebsiella KCP+ nei due anni precedenti (2010 e 2011): Un elemento ulteriore di censura, pur non connesso direttamente con il problema infettivologico ma che si ritiene doveroso sottolineare in quanto dimostra, in maniera più generale una superficialità di gestione del paziente, ancorché in situazione di gravita e fragilità quale era la signora* Per_1 *è dato dal fatto che da un esame della cartella clinica, si evidenzia che una volta raggiunta la stabilizzazione delle condizioni generali si rese necessaria, e di tanto i sanitari di reparto parlarono con i familiari, l'esigenza di spostare la paziente presso un centro di riabilitazione intensiva, per cui, si legge in cartella clinica, riferirono di aver preso contatti con il centro loro referente. I congiunti della signora* Per_1 *declinarono tale offerta per motivazioni logistiche preferendo optare per il centro "* CP_4 *[...] in Rimini, occupandosi del trasporto tramite ambulanza privata medicalizzata, attesa la costante criticità delle condizioni cliniche della paziente. Appare inspiegabile, ciò detto, ed in aperta contraddizione con quanto annotato poche ore prima, come possano essere state scritte in cartella clinica annotazioni che specificavano che la paziente fosse stata dimessa "contro il parere dei sanitari" e, cosa ancora più grave, provvedere alla dimissione della paziente stessa, senza alcun tipo di documentazione clinica attestante le condizioni cliniche in cui versava, gli accertamenti eseguiti, le terapie eseguite e quelle in corso, considerando viepiù la criticità delle sue condizioni cliniche e determinando così, in maniera colposamente ed ingiustificatamente consapevole, un grave vulnus nella prosecuzione della gestione della continuità terapeutica dovuta alla paziente, costringendo pertanto la struttura accogliente a mettersi in contatto per le vie brevi con i sanitari del* [redacted] *foggiano al fine di avere chiarimenti sulle terapie in corso e sulle attuali condizioni cliniche della signora* Per_1 *con un evidente allungamento dei tempi di risposta nella gestione terapeutica. In questa fase, presso la clinica* [redacted] *malgrado queste cattive premesse, la condotta dei sanitari deve essere considerata ineccepibile. Eseguirono immediatamente screening mirati alla valutazione dello stato di colonizzazione da klebsiella e, nel tempo tecnico necessario all'ottenimento dei referti colturali, purtroppo apparve evidente che il germe fosse in fase diffusiva ed avesse colonizzato il catetere venoso centrale che peraltro era stato tempestivamente rimosso ed analizzato. Malgrado la terapia mirata somministrata, l'infezione, ormai in fase setticemica, produsse multiple localizzazioni ascessuali (milza, polmoni, vegetazioni valvolari endocardiche, ecc.), che determinarono l'obitus della signora".*

Nella valutazione medico-legale, i periti hanno premesso che "*Klebsiella pneumoniae è un germe che provoca infezioni dei polmoni, del tratto urinario e del sangue, soprattutto negli anziani e pazienti immunodepressi. I cateteri di alimentazione, urinari, il tubo endotracheale, i cateteri venosi (soprattutto nei vasi a calibro maggiore), il sondino nasogastrico, sono fattori di rischio che possono causare infezioni mediante colonizzazione della mucosa. K. pneumoniae ha attività trascrittomica associata ad un potenziamento delle capacità di colonizzazione, virulenza e resistenza agli antibiotici, tramite loci genomici situati su cromosomi e plasmidi. Si ritiene che queste attività genetiche siano espresse in presenza di fattori induttori, in particolare antibiotici. Le unità di terapia intensiva (ICU) rappresentano un ambiente ad alto rischio di infezioni da K. pneumoniae resistenti ai carbapenemi (CRKP) a causa della presenza di ospiti vulnerabili, abbondanza di procedure invasive e politerapia. Le infezioni da CRKP hanno un elevato tasso di morbilità e mortalità. La limitata disponibilità di nuovi antibiotici beta lattamici e di combinazioni di inibitori di beta lattamasi rende particolarmente impegnativo il trattamento di queste infezioni*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

particolarmente in condizioni di limitate possibilità di risorse" e che, perciò *"la diagnosi precoce di infezioni ospedaliere sia necessaria ed indispensabile, alla pari delle misure di prevenzione del contagio e di diffusione di questo, non solo in considerazione del fatto che i pazienti più esposti a rischio sono, ovviamente quelli con le maggiori fragilità per la criticità delle condizioni cliniche di base, sia per la severità della prognosi, sia per la difficoltà di terapia data la scarsa possibilità di opporre valide terapie antibiotiche"*.
Tali condizioni, tuttavia, sono mancate nel caso di specie: *"è mancata la prevenzione primaria, non essendo stato operato alcuno screening in ingresso della paziente; è mancato l'isolamento, al fine di operare la prevenzione della trasmissione del germe tra i pazienti degenti; e, scoperto che il germe aveva colonizzato l'intestino della de cuius, è mancato il monitoraggio necessario per controllare che la semplice colonizzazione non evolvesse in infezione conclamata, anche in virtù di poliantibioticoterapia praticata al soggetto in maniera empirica sin dal suo ricovero in reparto di terapia intensiva. Non vi è dubbio pertanto che le condizioni critiche della paziente: stato di coma profondo all'ingresso, e successivamente coma vigile (e dunque comunque incoscienza), con necessità di ventilazione meccanica assistita; presenza di catetere venoso centrale indispensabile per l'alimentazione parenterale totale cui il soggetto era sottoposto; grave diabete scompensato che ancor di più incrementava la vulnerabilità della paziente del soggetto, rendessero la signora Per_1 paziente ad altissimo rischio di contrarre infezioni nosocomiali. Presso il reparto di rianimazione degli [redacted] di CP_1 in realtà nulla fu fatto allo scopo di prevenire prima, e poi di controllare successivamente, l'andamento e la diffusione della colonizzazione della Klebsiella KCP+ rilevata al tampone rettale. Operando dunque in modo del tutto non conforme e disattendendo in maniera totale le disposizioni emanate dalla direzione sanitaria dello stesso nosocomio circa due mesi prima dello svolgimento dei presenti fatti. È palese che in mancanza di documentazione in grado di dimostrare che la signora Per_1 fosse portatrice del germe al momento de suo ricovero ospedaliero presso il reparto di terapia intensiva degli [redacted] di CP_1 il criterio di maggiore verosimiglianza ci porta a confermare che la signora acquisì il batterio durante i primi tredici giorni di degenza nel reparto di terapia intensiva del [redacted] foggiano, in tale affermazione confortati da due ulteriori aspetti di cui si ribadisce l'importanza: 1) la mancanza assoluta (prima e dopo la rilevazione positiva) di annotazioni in cartella clinica circa l'adozione di provvedimenti di isolamento o, comunque, qualsiasi altro sistema di prevenzione e diffusione del contagio; 2) la contestuale sincrona esecuzione sui tre pazienti presenti in stanza comune di degenza del tampone rettale, verosimilmente e ragionevolmente connesso alla ricerca estensiva del germe su tutti i pazienti a causa della scoperta di un qualche [redacted] attivo nel reparto in questione. Ancora più remota appare la possibilità che l'infezione mortale sviluppatasi durante il successivo periodo di degenza presso la struttura riabilitativa CP_4 non fosse correlata causalmente con la pregressa colonizzazione rilevata durante la degenza a CP_1 Non essendo stata fatta in quest'ultimo nosocomio alcuna monitorizzazione dell'andamento dell'infezione, in grado di dimostrare una ipotetica bonifica intestinale né una, più verosimile, insidiosa evoluzione verso una diffusione del germe nel torrente circolatorio, dobbiamo comunque ritenere che quest'ultima evenienza ci sia stata, sfuggendo a rilevazione, a causa del comportamento del personale sanitario omissivo nei controlli. Ciò ha privato la de cuius della possibilità di un precoce specifico trattamento. Esaminando infatti con ragionamento controfattuale l'evoluzione dell'infezione rilevata, se l'invasione del torrente ematico e dunque la setticemia, si fosse realizzata successivamente al ricovero presso il centro [redacted] malgrado la tempestività degli accertamenti, che qui furono correttamente eseguiti all'ingresso della paziente, non avrebbero dato esito positivo. Considerati dunque i tempi tecnici per ottenere le risposte ai test colturali, si deve constatare che molto verosimilmente,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

al momento del ricovero presso tale struttura, fosse già avvenuto il viraggio da semplice colonizzazione a fase infettiva in atto da parte del germe klebsiella".

Ciò posto, i CTU non hanno mancato di considerare le condizioni cliniche della *Per_1* che *"fu ricoverata in reparto di rianimazione dopo essere stata trovata esanime a causa di un accidente vascolare emorragico cerebrale. La signora aveva già avuto in passato un altro ictus (2009) che la aveva costretta alla immobilità sulla sedia a rotelle. Al momento del ricovero la signora era in coma profondo (GCS 3). Il GCS (Glasgow Coma Scale) è una tabella multiparametrica adottata a livello internazionale, che indaga su tre funzioni nervose per valutare rapidamente il grado di coscienza in persone che abbiano riportato sospette lesioni cerebrali. Durante il periodo di degenza nel reparto di rianimazione di CP_1 le condizioni cliniche correlate al grave evento cerebrale subito, manifestarono un miglioramento che però, apparentemente, non si spinse mai oltre il coma vigile e dunque la paziente, anche durante il periodo di degenza precedente all'evento settico che la condusse all'obitus, non rientrò mai in uno stato di coscienza completo. Peraltro, attesa la importante convergenza di numerosi fattori di rischio che contribuirono ad incrementare la fragilità della signora Per_1 (diabete scompensato insulinodipendente, insufficienza respiratoria con tracheostomia e necessità di assistenza respiratoria meccanica, pregressa lesione ictale cerebrale, formazione di lesioni da pressione determinate dal prolungato allettamento, cateterizzazione a permanenza, sia vescicale che di vaso venoso centrale) appare estremamente complesso, se non impossibile ipotizzare un ragionamento che, ex ante, ci possa fornire dei parametri predittivi in grado di calcolare con precisione le probabilità di sopravvivenza della signora se non si fosse verificato il fatto settico. …non potremo che effettuare un calcolo approssimativo su quanto le preesistenze e le patologie intercorrenti possano aver inciso nel creare un terreno di predisposizione che ha certamente contribuito all'esito infausto cui la sepsi da Per_8 condusse la signora Per_1 In altri termini, se è vero che la causa ultima della morte fu la sepsi da klebsiella, non è possibile ignorare quale, e quanto grave fosse il quadro clinico in cui versava la signora Per_1 In tali condizioni l'unica possibilità di valutazione medico legale è quella di esprimersi in termini di perdita di chances di sopravvivenza correlata alla sopraggiunta sepsi da klebsiella e, considerando la gravità del quadro clinico preesistente, anche in assenza di infezione dovremo attribuire a questa una incidenza di perdita di chance di circa il 30%.*

Sulla scorta di tale puntuale valutazione e completa disamina, hanno risposto ai quesiti concludendo che: *"La signora Per_1 avrebbe dovuto essere sottoposta immediatamente a screening (tampone rettale – nasofaringeo ecc.) al fine di valutare se portatrice di batteri interessati con maggiore frequenza allo sviluppo di infezioni nosocomiali e, alla luce delle linee guida emesse appena due mesi prima dalla direzione sanitaria del nosocomio, particolare riguardo avrebbe dovuto essere rivolto alla ricerca di Klebsiella pneumoniae carbapenemi - resistente. La ricerca del germe fu eseguita, come ormai noto, esclusivamente a mezzo di tampone rettale prelevato in data 13 agosto a tutti e tre i degenti, compresa la signora Per_1 allettati nella stessa stanza nel reparto di terapia intensiva della rianimazione degli [redacted] di CP_1 Tutti e tre risultarono portatori del germe. Questo è l'unico dato certo di cui siamo in possesso. È di tutta evidenza che, per le condizioni in cui avvenne il prelievo, a distanza di oltre dieci giorni dal ricovero e contemporaneamente su tutti i pazienti della stanza, che ciò fu eseguito in risposta alla necessità di uno specifico screening in risposta, verosimilmente, ad uno o più ulteriori casi presenti in reparto e a noi sconosciuti. La causa ultima della morte della signora Per_1 come dimostrato dagli accertamenti necroscopici ed autoptici eseguiti in via giudiziale sul corpo della de cuius è con certezza attribuibile a sepsi da Klebsiella Pneumoniae carbapenemasi produttrice, ad una sua diffusione sistemica e ad una MOF (Multi Organ Failure – insufficienza multi organo) dovuta alla formazione di ascessi multipli*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

in svariati organi vitali e non. È peraltro evidente che tale causa di morte si sia inserita in un contesto di estrema compromissione organica e fragilità determinato dalla gravissima patologia ischemica cerebrale, dallo stato di coma vigile, dalla insufficienza respiratoria con necessità di tracheostomia e di ventilazione meccanica, da altre malattie dismetaboliche intercorrenti quali il diabete insulino dipendente non in appropriato compenso, dalla presenza di cateteri a permanenza a livello urinario e a livello venoso centrale per consentire l'alimentazione parenterale totale. I sanitari avrebbero dovuto seguire le linee guida emanate due mesi prima dalla direzione sanitaria e volte allo screening e al controllo della diffusione di germi ospedalieri resistenti, tramite opportuni interventi di isolamento sui pazienti individuati come infetti o portatori e che in realtà altro non fanno che ricalcare le più comuni e diffuse linee guida generali pubblicate sullo stesso argomento.Le cure che avrebbero dovuto essere somministrate alla paziente sono legate alla conoscenza delle sensibilità del germe come rinvenuta dalle prove microbiologiche di antibiogramma e che furono correttamente, ma purtroppo, tardivamente applicate nel successivo ricovero presso l'istituto [redacted] *Nessuna terapia mirata fu eseguita presso gli* [redacted] *per il semplice e censurabile motivo che nessuna sorveglianza, dopo il riscontro dello stato di portatore della paziente, fu effettuata. Non è affatto comune che germi come klebsiella pneumoniae carbapenemasi produttore si rilevino al di fuori di ambienti ospedalieri, in quanto caratteristica peculiare di questi germi è il loro sviluppo selettivo in ambienti in cui si faccia uso frequente e intensivo di antibiotici ad ampio spettro, come sovente avviene presso i reparti di degenza ospedaliera e, soprattutto, presso le unità di terapia intensiva ove sono degenti i pazienti in condizioni più critiche e, clinicamente più complesse. Tali pazienti infatti in sé stessi rappresentano un bersaglio ideale per tali germi sia in virtù delle terapie invasive a cui sono sottoposti, sia in virtù della loro intrinseca fragilità e scarsa capacità di reagire a germi particolarmente aggressivi. Nella fattispecie di cui abbiamo riguardo, peraltro, non risulta in atti alcuna metodica utilizzata per contrastare o, quantomeno limitare il rischio di contagio e diffusione dell'infezione stessa. Il fatto che la paziente risultasse al momento dell'esecuzione del primo e unico esame di screening eseguito in data 13.08.2012 (tampone rettale) solo colonizzata e non infetta, non forniva alcuna garanzia circa la possibilità che tale mera colonizzazione potesse (attese tutte le condizioni predisponenti presenti) non trasformarsi in breve in infezione conclamata e, attesa la fragilità dell'ospite non sarebbe stato aleatorio immaginarsi anche un quadro particolarmente aggressivo della possibile infezione. Malgrado tali allarmanti premesse invece non fu fatto nulla…non solo per attivare un attivo monitoraggio delle condizioni infettivologiche, ma neppure per adottare adeguate precauzioni di isolamento a tutela anche degli altri degenti. Ciò posto, appare evidente che una così sciatta gestione del caso non avrebbe potuto che comportare uno sviluppo dell'infezione particolarmente aggressivo ed a sviluppo letifero in quanto, come noto dalla letteratura internazionale, la mortalità di tali infezioni oscilla dal 45 al 65% con una comune opinione circa il maggior successo della terapia mirata, se effettuata con tempestività adeguata nel momento di passaggio dalla condizione di semplice colonizzazione a quella di infezione aggressiva. Molto difficile appare nella presente fattispecie la valutazione del danno …circa il calcolo di perdita di chance: infatti solo in questi termini sarà possibile esprimersi in quanto, benché sia acclarato che la causa della morte sia da attribuirsi alla sepsi da klebsiella Pneumoniae, e dunque da intendersi come danno conseguenza a fatto omissivo, nella tempestività di diagnosi, monitoraggio e cure appropriate non eseguite nei confronti della de cuius è altrettanto innegabile che la signora versasse in una situazione di fragilità e di compromissione dello stato generale grave, comunque correlato al diabete ed agli esiti del fatto ischemico cerebrale che, peraltro, era stato la causa prima della ospedalizzazione della signora. Letteratura internazionale riscontra come, nelle varie analisi retrospettive, pur con diversi risultati, la mortalità da setticemia da Klebsiella in assoluto si attesti intorno*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

al 40-45%. Considerate peraltro le condizioni cliniche della paziente, genericamente stabilizzate, ma pur sempre gravi, dopo la fase di ricovero in terapia intensiva (stato di coma vigile, progressivo divezzamento solo parziale dalla ventilazione assistita, costante cateterizzazione, prolungato allettamento), pur non potendosi esprimere, come abbiamo già visto, con dati numerici certi, data lagravità delle condizioni legata a molteplicità di fattori patologici, connessi in primis alla grave condizione lesiva cerebrale sofferta, si può ritenere ragionevole ipotizzare una perdita di chance ai fini della sopravvivenza valutabile approssimativamente al 30%".

Le precise e congrue conclusioni rassegnate dal collegio peritale, ad avviso di questa Corte, – meritano di essere condivise, non paiono in alcun modo scalfite dalle osservazioni dei CTP e della difesa dell'appellata né emergono vizi tali da giustificare la rinnovazione della consulenza.

Le doglianze dell'appellata non colgono nel segno e risultano superate dalle risposte dei CTU che, in sede di integrazione alla relazione e di ulteriore risposta alle osservazioni, hanno motivatamente e puntualmente replicato, confermando le su riportate conclusioni, precisando ulteriormente che "*dalle cartelle cliniche della signora* Per_1 *stilate presso la rianimazione degli* [redacted] *di* CP_1 *risulta palese un inadempimento nell'applicazione delle normative interne che prevedevano uno screening iniziale di ricerca della Klebsiella tramite tampone rettale da effettuarsi su ogni paziente al momento del ricovero (vedasi nel dettaglio la relazione tecnica) né, riscontrata la positività al tampone rettale, ben dieci giorni dopo il ricovero, si provvide ad adeguato isolamento della paziente né, nel prosieguo della degenza, si provvide mai ad ulteriore monitoraggio dell'infezione. Non corrisponde al vero , come abbiamo ribadito nella relazione, quanto affermato nel diario clinico, ovvero che la paziente fu dimessa contro il parere dei sanitari: fu offerto infatti ai famigliari di trasferire la degente presso una struttura individuata dai sanitari di* CP_1 *ma i parenti decisero di portare la congiunta presso un'altra struttura sanitaria più comoda logisticamente: trascrivere pertanto in cartella clinica che la paziente fu dimessa contro il parere dei sanitari, quando gli stessi sanitari avevano dichiarato che la signora sarebbe stata trasferita presso struttura da loro scelta pare un vero e proprio abuso. Non è infine verosimile immaginare che durante il trasporto in ambulanza possa essere successo qualche evento aggiuntivo causa di virulentazione della colonizzazione da Klebsiella mai più controllata in venti giorni di assordante silenzio riguardo alla monitorizzazione di un germe notoriamente così pericoloso e letale",* che *"non vi fu alcuna interruzione di un processo diagnostico terapeutico (relativamente alla infezione Klebsiella) in quanto esso processo "diagnostico terapeutico" non fu in realtà mai iniziato. La "stabilizzazione" con un miglioramento dei parametri era solo apparente mentre lo stato infettivologico evolveva da semplice colonizzazione a sepsi", "La signora, di cui erano palesi le criticità pregresse legate alla encefalopatia ischemica, fu ricoverata in coma a causa del nuovo ictus cerebri sopravvenuto: in altri termini gli scompensi metabolici riscontrati furono conseguenza e non causa dell'ictus per il quale la signora giunse all'ospedale di* CP_1 *Lesioni cutanee da decubito non furono riscontrate all'ingresso in reparto, furono rinvenute, secondo il diario infermieristico del reparto di rianimazione dalla data del 16 agosto e localizzate ai glutei. La paziente, in coma, non era in grado di alimentarsi autonomamente, tanto è vero che fu instaurato dapprima un protocollo di nutrizione parenterale totale (e dunque fu nutrita attraverso una soluzione endovenosa) poi fu posizionato un sondino naso gastrico ed infine, atteso che persisteva lo stato di non autonomia alimentare, fu praticata una gastrostomia (PEG), ovvero fu posizionato un sondino percutaneo che consentiva alle preparazioni alimentari di giungere direttamente nello stomaco. È del tutto fuorviante asserire che il coma fu causato dalla carenza insulinica e non dalla emorragia cerebrale di cui la signora fu vittima. Gli appellanti decisero solo la località dove trasferire la congiunta atteso, come dimostrato dal*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

documento sotto riportato, che il trasferimento era già stato deciso dai sanitari, peraltro a smentita, come più volte osservato, di quanto successivamente riportato in cartella clinica, ovvero che la signora Per_1 fu dimessa contro il parere degli stessi"; "Quanto alla inversione delle origini della colonizzazione da Per_8 riscontrata con il solitario tampone effettuato in data 13.08.2012 e mai più ricontrollato, appare problematico immaginare che la colonizzazione dal retto si sia trasferita alle piaghe da decubito e da qui il germe sia poi entrato in circolo: appare molto più facile e logico che il germe abbia attraversato la parete intestinale, ricchissima di vascolarizzazione e, da lì, si sia diffuso il processo settico. Peraltro, anche se tale ipotesi fosse in qualche modo convalidabile, ciò non cambia in nessun modo la realtà fattuale relativa a tutti i tre pazienti degenti nella stessa stanza (ivi compresa la signora Per_1 : - sottoposti contemporaneamente in data 13 agosto a tampone rettale; -tutti e tre positivi alla ricerca della Klebsiella produttrice di carbapenemasi, (fatto ben compatibile con uno screening di massa sui pazienti, a causa di un probabile [redacted] affiorato nel reparto; pazienti peraltro omissivamente non controllati al loro ingresso in reparto, come da disposizioni della direzione sanitaria del nosocomio); -[redacted] a breve distanza l'uno dall'altro con sepsi da klebsiella".

La CTU, integralmente condivisa dalla Corte, ha accertato gravi carenze nella gestione della paziente, consistite in: mancato screening iniziale (all'ingresso) per infezioni nosocomiali, mancata adozione di misure di isolamento della paziente, mancato monitoraggio dell'evoluzione della colonizzazione da KPC. Tali omissioni risultano in contrasto con le linee guida aziendali e con le regole della buona pratica clinica.

In particolare, i sanitari non hanno attivato alcun sistema di controllo dopo la rilevazione della positività, nè hanno impostato una terapia mirata in funzione dell'evoluzione infettiva (*"presso il reparto […] nulla fu fatto allo scopo di prevenire e controllare l'andamento della colonizzazione").*

La difesa dell'appellata ha invocato le risultanze della consulenza tecnica espletata in sede penale, che aveva escluso responsabilità dei sanitari. L'eventuale esclusione della responsabilità sulla base della consulenza penale – che assurge al valore di prova atipica liberamente valutabile dal giudice secondo il suo prudente apprezzamento- non preclude il riconoscimento della responsabilità civile della struttura sanitaria.

Peraltro, gli stessi consulenti del P.M., pur escludendo una responsabilità dei sanitari del [redacted] foggiano, evidenziavano come lì fosse stato registrato lo status di soggetto contaminato con KCP+, poi evolutosi in soggetto con infezione in atto da KCP+, rilevato presso la [redacted] riminese (ove escludevano vi fossero state criticità diagnostico-terapeutiche nell'assistenza alla paziente).

I C.T.P. del P.M. evidenziavano l'impossibilità di indicare con *certezza* il momento in cui potesse essersi verificata la contaminazione microbiologica da parte della paziente, imprescindibile nell'ambito di *quel* contenzioso (penale).

In definitiva, la CT disposta dal P.M. nell'ambito del procedimento penale ha valutato la responsabilità individuale dei sanitari, secondo il criterio penalistico della certezza; per contro, la CTU disposta nel presente giudizio ha invece applicato correttamente il criterio probabilistico (più probabile che non) e ha esteso la valutazione all'intera condotta organizzativa della struttura.

In sede civile, l'accertamento del nesso causale tra condotta sanitaria ed evento di danno (aggravamento, nuova patologia, decesso) si fonda sulla regola della "preponderanza dell'evidenza" o del "più probabile che non".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

Tale regola impone di considerare le possibili spiegazioni causali dell'evento, di eliminare, in base alle prove acquisite, quelle meno probabili; di selezionare, tra le restanti, quella che riceve il maggior grado di conferma logica e probatoria, anche a prescindere da percentuali statistiche elevate, sulla base di una probabilità "logica" e non meramente numerica.
Non è richiesto uno standard di certezza "oltre ogni ragionevole dubbio" tipico del processo penale, essendo sufficiente che la condotta contestata appaia, alla luce delle risultanze processuali e delle massime di esperienza, più probabile come causa dell'evento rispetto alle ipotesi alternative.
"In tema di responsabilità civile aquiliana, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli articoli 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta "causalità adeguata", sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - a una valutazione ex ante - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi. Nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non, mentre nel processo penale vige la regola della prova oltre il ragionevole dubbio. Ciò comporta una analisi specifica e puntuale di tutte le risultanze probatorie del singolo processo, nella loro irripetibile unicità, con la conseguenza che la concorrenza di cause di diversa incidenza probabilistica deve essere attentamente valutata e valorizzata in ragione della specificità del caso concreto, senza potersi fare meccanico e semplicistico ricorso alla regola del 50% plus unum" (cfr. Cass. 8.1.2020 n. 122).
Sulla scorta di tale criterio, dalla CTU rinnovata in appello emerge, in sintesi:
-l'origine nosocomiale dell'infezione: i CTU hanno individuato, con elevata probabilità, l'origine nosocomiale dell'infezione da Klebsiella KPC nel periodo di degenza presso l' *[...] CP_2* , alla luce dell'assenza di segni clinici e microbiologici di infezione in ingresso, della tempistica di insorgenza dei segni settici, del quadro microbiologico compatibile con germi tipicamente ospedalieri e multiresistenti e dell'assenza di fonti alternative plausibili di contagio nel periodo immediatamente precedente;
-quanto alle misure di prevenzione e gestione dell'infezione, carenze documentali e organizzative in ordine alla dimostrazione dell'esistenza e concreta applicazione di protocolli specifici di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, alla tracciabilità delle misure di isolamento, sorveglianza microbiologica e gestione del paziente infetto, alla tempestività e adeguatezza degli interventi terapeutici rispetto alle conoscenze disponibili sulle infezioni da KPC.
Le infezioni nosocomiali non integrano complicanze eccezionali o di rarissima verificazione, ma eventi frequenti, specie in danno di pazienti già compromessi.
"In tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio" (Cass. civile sez. III, 13/06/2023, n. 16900).

Una volta che il paziente (o i suoi eredi) abbiano dimostrato, anche per presunzioni, la contrazione dell'infezione in ambiente ospedaliero, spetta alla struttura, in forza del principio di vicinanza della prova, dimostrare di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle normative e dalle *leges artis* e di aver concretamente applicato, nel caso specifico, i protocolli di prevenzione e controllo delle infezioni nonché, ai fini dell'esonero da responsabilità, la specifica causa imprevedibile e inevitabile che ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione di protezione nei confronti del singolo paziente (in tal senso, cfr. Cass. 3.3. 2023 n. 6386).

La prova liberatoria non può esaurirsi nella mera allegazione dell'esistenza di protocolli astratti o nell'osservanza delle sole misure previste per le sale operatorie, dovendo investire l'intero percorso assistenziale e gli aspetti organizzativi indicati dalla predetta giurisprudenza (protocolli di disinfezione/sterilizzazione, gestione biancheria e rifiuti, qualità dell'aria, sistemi di sorveglianza, profilassi del personale, ecc.).

Da ultimo la S.C. ha chiarito che *"In tema di responsabilità per infezioni correlate all'assistenza, accertata la sussistenza del criterio temporale, topografico e/o clinico, incombe sulla struttura sanitaria l'onere di fornire la prova liberatoria, che non può esaurirsi nella dimostrazione dell'osservanza delle regole di prevenzione dell'infezione nei soli luoghi in cui vengono attuate le cc.dd. "manovre cruente". In difetto di predisposizione, o anche solo di produzione in giudizio, della documentazione relativa all'adozione delle predette misure, la prova della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi, ivi compreso quello soggettivo, della responsabilità della struttura, che grava sul soggetto danneggiato, può essere fornita, in ossequio al principio della vicinanza della prova, anche mediante presunzioni semplici"* (cfr. Cass. n. 17145/2025).

La CTU non si limita a evocare una generica possibilità causale, ma esamina le diverse ipotesi alternative di origine e decorso dell'infezione, esclude, con adeguata motivazione, quelle meno plausibili, individua nell'infezione nosocomiale contratta presso il [redacted] una concausa efficiente dell'esito infausto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale coerente con il criterio della probabilità logica.

Pretendere, come sembra fare l'appellata, un grado di certezza prossimo a quello penale o un'elevatissima probabilità statistica equivarrebbe a sovvertire lo standard probatorio proprio del processo civile, in contrasto con gli arresti più recenti, anche in tema di infezioni nosocomiali (*ex multis,* Cass. 21530/2021; 6386/2023 cit.)

Né vale ventilare, come fa l'appellante, che l'infezione abbia costituito una complicanza imprevedibile ed inevitabile, atteso che *"Le infezioni di origine nosocomiale integrano complicanze nient'affatto eccezionali od anomale né tantomeno di rarissima ed imprevedibile verificazione, trattandosi di eventualità troppo frequentemente verificabili in ambito ospedaliero tanto più in danno di organismi significativamente indeboliti dalla lunga spedalizzazione e quindi defedati"* (così, Cass. pen. 10472/2024).

La giurisprudenza ha da tempo chiarito che non è sufficiente la qualificazione clinica di un evento indesiderato come "complicanza", per escludere la responsabilità del sanitario o della struttura: occorre accertare che si tratti di evento imprevedibile e inevitabile, non superabile con l'ordinaria

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

diligenza e con l'adozione dei protocolli di prevenzione e gestione richiesti (cfr., Cass. 13328/2015, Cass. n. 28985/2019, conf. Cass. n.35024/2022, e, da ultimo, Cass. n. 9198/2024).
Nel caso in esame, la CTU non ha qualificato l'infezione da KPC come evento imprevedibile e inevitabile, ha evidenziato carenze nella prova, da parte del [redacted] della concreta applicazione di protocolli di prevenzione; ha escluso, pertanto, che l'evento possa essere ricondotto a caso fortuito in senso tecnico.
Le doglianze che si limitano a invocare il carattere di "complicanza" dell'infezione, senza confrontarsi con tali rilievi, non sono idonee a incrinare il giudizio dei CTU.
L'infezione da KPC, in quanto rischio tipico nelle circostanze specifiche in cui versava la paziente, non era imprevedibile e, nel caso concreto, inevitabile.
Le ulteriori critiche dell'appellata si risolvono, in larga parte, in una contrapposizione di valutazioni di parte alla ricostruzione peritale, senza evidenziare veri e propri vizi logici, lacune istruttorie rilevanti o travisamenti dei dati clinici.
Né riveste rilevanza decisiva la circostanza – controversa- delle dimissioni (asseritamente *contro la decisione dei medici*) dal [redacted] il 29.8.2012, atteso che, sulla base delle emergenze processuali, è *"più probabile che non"* che a quella data la *Per_1* fosse già "colonizzata" da *Per_8* In ogni caso, nella *"integrazione alla relazione clinica"* proveniente dagli [redacted] datata 3.12.2013, a firma del dott. *Persona_9* , si legge che *"In seguito a valutazione fisiatrica e neurologica fu richiesto il ricovero presso la struttura dedicata alla riabilitazione intensiva che aveva dato disponibilità, la famiglia poi per questioni logistiche preferì del ricovero presso il centro riabilitativo CP_4 di [redacted] (RN) e per tale motivo la paziente fu dimessa contro il parere dei sanitari"*. Tale precisazione, dalla quale si evince che gli stessi medici avevano richiesto il ricovero della paziente in altra struttura (evidentemente previe dimissioni), diversa da quella di Rimini dove poi i parenti scelsero di trasferirla, rende verosimile quanto affermato dagli appellanti in merito alle dimissioni della congiunta, di cui danno atto i CTU nella relazione.
Secondo i consolidati principi in tema di CTU, il giudice può discostarsi dalle conclusioni del consulente solo in presenza di argomenti tecnici o logici seri e puntuali, non potendo sostituire acriticamente alle valutazioni dell'ausiliario le mere deduzioni difensive o le perizie di parte.
Nel caso di specie, la CTU disposta da questa Corte appare coerente con i quesiti, rispettosa dei principi in tema di nesso causale probabilistico e riparto dell'onere della prova, adeguatamente motivata nel rispondere alle osservazioni delle parti, che non valgono a scalfire la correttezza delle valutazioni dei CTU.
La CTU ha accertato che la paziente era portatrice di KPC già in fase di colonizzazione; la mancata sorveglianza ha impedito di intercettarne l'evoluzione, l'infezione si è evoluta in sepsi letale e tale evoluzione era prevedibile e prevenibile con adeguata sorveglianza.
Alla luce della CTU d'appello e dei principi richiamati, la Corte ritiene che sia provato, secondo il criterio del "più probabile che non", il nesso causale tra la condotta dell'appellata (sotto il profilo organizzativo e clinico) e l'insorgenza dell'infezione nosocomiale e che l'infezione abbia costituito una concausa efficiente dell'evoluzione verso il decesso; tuttavia, non è possibile affermare, con preponderanza dell'evidenza, che, in presenza di condotta conforme alle *leges artis*, il decesso sarebbe stato evitato. In altri termini, la condotta colpevole dei sanitari ha inciso significativamente sulla prognosi della paziente, aumentando il rischio di esito infausto e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

riducendo le possibilità di sopravvivenza, ma non è dimostrato che l'evento morte, in sé considerato, sia causalmente imputabile alla struttura in termini di "più probabile che non".
Ne consegue che non può essere riconosciuta una responsabilità del [redacted] per l'evento morte, inteso come risultato finale che, secondo la CTU, sarebbe potuto comunque verificarsi, in ragione delle condizioni generali e della gravità intrinseca dell'infezione da KPC.
Secondo il più recente insegnamento della giurisprudenza di legittimità (cfr., tra le più recenti pronunce, Cass. 25480/25; Cass.6116/25; Cass.18312/24), in caso di decesso del paziente per un errore dei sanitari, ogni responsabilità risarcitoria postula anzitutto che sia provato, secondo il normale criterio civilistico del "più probabile che non", il nesso eziologico tra la condotta e l'evento, senza il quale nessun risarcimento è predicabile.
Occorre poi però anche che il giudicante proceda (in una dimensione eventistica logicamente distinta da quella della causalità) a identificare quale sia l'oggetto del danno cagionato, il quale dovrà essere ravvisato nella *chance* di sopravvivenza (e non già nell'ontologicamente diverso bene vita) ogni qualvolta, alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura esistenti al momento del fatto, rapportate alle condizioni soggettive del danneggiato, permanga un'insuperabile incertezza in ordine all'evento futuro e migliorativo (consistente nell'ottenere un vantaggio o evitare un danno) che costituiva il risultato sperato.
In tale ultimo caso, l'insuperabile incertezza eventistica comporta che al sanitario non possa essere attribuita causalmente la verificazione dell'evento morte (e la relativa responsabilità risarcitoria); e però, sussistendo comunque prova della causalità tra la sua condotta e l'evento rimasto incerto, lo stesso potrà essere chiamato a rispondere sul piano risarcitorio, in via equitativa, della possibilità perduta dal paziente, a condizione che quest'ultima risponda a requisiti minimi di apprezzabilità, serietà e concretezza.
Sulla scorta delle coordinate interpretative fissate dalla S.C. in materia, vale osservare che, nel caso in esame, le indagini peritali espletate in corso di causa hanno accertato l'efficienza eziologica delle condotte dei sanitari di *CP_1* rispetto al decesso della *Per_1* in quanto hanno ritenuto, con argomentazioni approfondite e scevre da apparenti vizi logici, che le loro omissioni hanno contribuito causalmente a determinare lo shock settico che ha portato alla morte la paziente.
Sotto questo profilo, è perfettamente valido il ragionamento degli appellanti, secondo cui la fragilità della *Per_1* gravata da plurime comorbilità, non era idonea ad elidere il nesso causale tra omissione dei sanitari ed evento mortale, non potendo valere ad escludere la responsabilità dei primi il fattore naturale concausale costituito da preesistenti malattie della danneggiata, stante il principio di equivalenza delle cause di cui all'art.41 c.p..
Ciò che non può condividersi dell'argomento difensivo degli appellanti è l'ulteriore assunto secondo cui le precarie condizioni di salute della *Per_1* senz'altro irrilevanti ai fini del nesso eziologico tra le condotte dei sanitari e il suo decesso, sarebbero prive di rilievo anche al fine di individuare l'oggetto della lesione delle cui conseguenze l *Controparte_2* è chiamata a rispondere in via risarcitoria, che per gli appellanti andrebbe identificato *tout court* nella perdita del bene vita.
Al contrario i principi generali sopra richiamati impongono di verificare se e in che misura, alla luce delle gravi comorbilità che affliggevano la donna, la sopravvivenza della stessa fosse sperabile.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

Sotto quest'ultimo profilo, la CTU disposta nel presente giudizio ha fornito esplicita risposta, concludendo che, alla luce delle gravi ulteriori patologie da cui era gravata, il risultato di una sopravvivenza della paziente ad una corretta condotta sanitaria dei medici del [redacted] foggiano era connotato da incertezza, essendo tale possibilità quantificabile percentualmente in una misura del 30%.

La percentuale indicata dai CTU non attiene alla valutazione circa il nesso causale tra l'omissione dei sanitari ed il decesso della *Per_1* (valutazione operata dal CTU nel senso della sussistenza – in termini di ragionevole certezza – di un siffatto nesso), bensì all'indagine, distinta e logicamente successiva, relativa alla certezza o meno del risultato sperato: valutazione, quest'ultima, operata nel senso dell'insussistenza, in termini di certezza o quanto meno di probabilità, di una speranza della vittima di sopravvivere in condizioni di forte criticità, sussistendo soltanto una possibilità nell'ordine del 30%.

Quest'ultima percentuale giustifica perciò l'accoglimento, per quanto di ragione, della pretesa subordinata in esame, non potendosi dubitare che – una volta soddisfatto il presupposto della riferibilità eziologica della perdita della possibilità di sopravvivenza alla condotta dei sanitari – essa integri i requisiti di serietà apprezzabilità e concretezza a cui la giurisprudenza di legittimità subordina il diritto (sorto in capo alla vittima e trasferitosi *iure hereditario* in capo agli eredi) di pretendere il risarcimento del danno da perdita di *chance* (cfr., per tutte, Cass.21415/2024).

La domanda di perdita di chance risulta espressamente formulata in via subordinata dagli appellanti e la CTU ha riconosciuto che la condotta dei sanitari ha inciso in modo rilevante sulle probabilità di un decorso più favorevole, pur non potendo affermare la prevalenza dell'evitabilità dell'evento morte.

Deve pertanto escludersi sia la totale insussistenza del nesso causale (come sostenuto dall'appellata), sia la sua configurabilità in termini di causalità piena (come dedotto dagli appellanti).

La difesa dell'appellata sostiene che i CTU avrebbero utilizzato un criterio di mera "possibilità" o "probabilità media", non sufficiente a integrare la prova del nesso causale richiesto in sede civile, insiste sulla gravità delle condizioni generali della paziente, sulla decisione dei familiari di dimetterla contro il parere medico e sulle successive cure nella struttura in Romagna, quali fattori idonei a interrompere o comunque a spezzare la catena causale.

Le circostanze sopravvenute (trasferimento presso altra struttura, eventuali ritardi terapeutici successivi) non integrano una causa autonoma idonea a interrompere il nesso causale, trattandosi di sviluppo non eccezionale del processo patologico già innescato.

In tema di causalità civile, la presenza di condizioni pregresse o di fattori successivi integra, di regola, un concorso di cause, non una causa sopravvenuta esclusiva, salvo che il fattore successivo si presenti come del tutto autonomo, eccezionale e sufficiente da solo a determinare l'evento, secondo il criterio della regolarità causale (in tal senso, Cass. civ. n. 27142/2024).

I CTU, pur avendo evidenziato la gravità delle condizioni generali della paziente e la letalità tipica delle infezioni da KPC in soggetti fragili, concludono che l'infezione nosocomiale ha costituito una concausa efficiente, non meramente occasionale, dell'evoluzione verso il decesso; una gestione più rigorosa del rischio infettivo e una presa in carico più tempestiva e intensiva avrebbero verosimilmente comportato una significativa riduzione del rischio di esito infausto;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

non è tuttavia possibile affermare, con preponderanza dell'evidenza, che, in presenza di condotta pienamente conforme alle *leges artis*, il decesso sarebbe stato evitato.
Emerge, dunque, un quadro nel quale è altamente probabile che l'infezione sia stata contratta a CP_1 , la struttura non ha provato in modo sufficiente l'adozione e l'applicazione di protocolli idonei a prevenire il contagio, l'evento infettivo ha inciso in modo rilevante sulla prognosi, ma non è dimostrabile che ne sia stata causa esclusiva o prevalente al punto da consentire di affermare che la morte sarebbe stata evitata con condotta corretta.
Non è condivisibile la tesi degli appellanti secondo cui il nesso causale sarebbe stato accertato in termini di certezza, tale da giustificare il risarcimento integrale del danno da morte.
La CTU qualifica espressamente l'incidenza causale delle omissioni in termini di possibilità, e il danno da perdita di chance è configurabile quando la condotta illecita abbia compromesso una possibilità apprezzabile di conseguire un risultato utile". Ne consegue che non è configurabile una causalità certa ma solo una perdita significativa di possibilità di sopravvivenza quantificata, in via equitativa, nella misura del 30%.
Il danno va, perciò, liquidato secondo il paradigma della perdita di chance, e non quale danno da morte causalmente imputabile.
Alla luce di tali conclusioni, la sentenza appellata va confermata nella parte in cui rigetta la domanda proposta da tutti gli odierni appellanti per vedersi risarcire – *iure proprio e iure hereditario* – una serie di voci di danno, patrimoniale e non patrimoniale, conseguenti alla perdita del bene vita da parte della congiunta Per_1 essendo rimasto incerto l'oggetto dell'invocata lesione.
La sentenza va invece riformata, in accoglimento della domanda proposta in via subordinata dagli appellanti e volta ad ottenere la condanna dell'appellata a risarcire– *iure hereditatis* – il danno cagionato dai sanitari alla loro dante causa compromettendo le sue *chance* di sopravvivenza.
L'unica domanda relativa alla perdita di *chance*, per come formulata (*lesione di chance della* Per_1 *nel senso di poter evitare il decesso da ictus e così ancora convivere con i propri congiunti, da liquidarsi in via equitativa;* cfr. atto citazione I grado), non può che ritenersi proposta *iure hereditatis*, al fine di ottenere il risarcimento per la lesione di un bene (*chance di sopravvivenza*) proprio della Per_1 poi trasmessosi ai suoi eredi.
Come ha chiarito la S.C., se vi è incertezza sulle conseguenze *quoad vitam* dell'errore medico, gli eredi hanno diritto, *iure hereditario*, al risarcimento del danno da perdita delle chance di sopravvivenza, qualora ricorrano i presupposti di serietà, apprezzabilità, concretezza e riferibilità eziologica certa della perdita di quella chance alla condotta, mentre non è in alcun caso risarcibile agli eredi il danno da "perdita anticipata della vita", suscettibile di ristoro ai congiunti *iure proprio* quale pregiudizio da minor tempo vissuto col congiunto (in tal senso, Cass. n. 21415/2024, cit.).
Quanto ai criteri di liquidazione, insegna la S.C. che tale voce di danno va liquidata in via equitativa tenendo conto, in ragione delle peculiarità del caso concreto, delle caratteristiche della possibilità perduta e del suo grado di apprezzabilità, serietà e consistenza; con la duplice precisazione che per un verso non può farsi ricorso, neppure con le eventuali decurtazioni, ai criteri tabellari previsti per la perdita della vita e per il danno biologico temporaneo, riferiti a pregiudizi incompatibili con quella da perdita di *chance* (Cass.3691/18); e che, per altro verso, il giudizio equitativo in materia di chance non può ridursi ad un asserto arbitrario e, pertanto, non solleva il giudice dal dovere di rendere una compiuta motivazione in relazione ai parametri

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

utilizzabili, costituiti da criteri valutativi collegati ad emergenze verificabili, o comunque logicamente apprezzabili, ragionevoli e pertinenti al tema della decisione (Cass. 32519/25).
Ciò premesso, ritiene questa Corte di poter fare utile riferimento ai criteri di liquidazione avallati dalla pronuncia n. 2861/25 della Cassazione e quindi:

1. di assumere come base di partenza l'importo che, in base alle Tabelle di Milano aggiornate al 2024, sarebbe spettata alla vittima (di anni 61 all'epoca dei fatti) in caso di invalidità permanente al 100% (ossia € 670.516,00);
2. di dividere tale importo per il numero di anni che la donna avrebbe potuto ancora vivere secondo i parametri medi Istat (ossia 23 anni, pari ad 84 anni di vita media Istat meno i 61 anni già vissuti al momento del decesso), pervenendosi così all'importo di € 29.152,86;
3. di moltiplicare tale ultimo importo per il periodo di tempo in cui, se non fosse intervenuta la condotta lesiva delle *chance*, la donna avrebbe potuto ancora sperare di sopravvivere. A tal proposito, deve osservarsi che nel caso in esame tale periodo di tempo non è stato quantificato dai CTU né appare quantificabile secondo criteri medico-legali (in considerazione dell'imprevedibile evoluzione delle plurime gravi patologie che già affliggevano la *Per_1* , sicchè non può che essere determinato su base equitativa, tenuto conto delle peculiarità del caso concreto (tra le quali anzitutto la circostanza che le precarie condizioni della donna la rendevano vulnerabile agli effetti di qualsiasi futura patologia), in ragione di 12 anni, pari a circa la metà dell'aspettativa di vita media statisticamente riconosciuta alle donne nell'anno 2012, così pervenendosi all'importo di € 349.834,32;
4. di non ridurre tale importo decurtando il periodo di effettiva sopravvivenza, essendo nel caso di specie il decesso intervenuto in un brevissimo lasso di tempo;
5. di ridurre invece tale importo in ragione della percentuale di sopravvivenza del 30% riconosciuta dal CTU, così pervenendosi all'importo finale di € 104.950,29.

L' *Controparte_2* va dunque condannata a pagare il predetto importo in favore degli appellanti eredi della *Per_1* ai quali spetterà in proporzione alle rispettive quote ereditarie.
Tale importo, già rivalutato all'attualità, va maggiorato, dal dì dell'evento dannoso e sino al soddisfo, di interessi legali da calcolarsi sulla somma inizialmente devalutata alla data dell'evento e poi rivalutata di anno in anno secondo gli indici Istat, in tali termini e limiti dovendosi accogliere la pretesa degli appellanti di cumulo di interessi e rivalutazione monetaria.
Esclusa la sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari ed il decesso, va esclusa la risarcibilità di tutte le altre voci di danno, patrimoniale e non patrimoniale, pretese dagli appellanti – ivi compresi i pregiudizi asseritamente patiti dalla sola *Parte_4* – che presuppongono, necessariamente, la sussistenza del nesso di causalità pieno tra *malpratice* medica e decesso che, per le ragioni ampiamente esplicitate, manca nel caso di specie.
Ogni altra richiesta va pertanto rigettata, ed ogni altra questione è assorbita.
Quanto infine alle spese di lite, la riforma della pronuncia di primo grado con riguardo alla domanda subordinata impone una nuova regolamentazione delle spese di entrambi i gradi di giudizio; regolamentazione che, all'esito di una ponderazione delle reciproche soccombenze, questa Corte ritiene di operare nel senso di condannare l' *Controparte_2* a rifondere agli appellanti due terzi delle spese sopportate nei due gradi di giudizio (liquidate nella misura di cui al dispositivo in base al valore del *decisum*), con compensazione tra le parti del residuo terzo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076

In tale misura, le spese liquidate andranno distratte in favore dei difensori degli appellanti, dichiaratisi anticipatari.

Nessuna distrazione in favore dello Stato va invece disposta per l'asserita ammissione al gratuito patrocinio di *Persona_2* e *Parte_6* : gli stessi, invero, risultano ammessi al patrocinio a spese dello Stato con delibere del COA di Foggia del [redacted] per il giudizio di primo grado, nel quale, peraltro, erano assistiti dagli stessi difensori che patrocinavano gli altri attori, non ammessi al patrocinio a spese dello Stato. Per il presente giudizio di appello, invece, non risulta alcuna delibera di ammissione dei predetti al beneficio a spese dello Stato, necessaria in considerazione della soccombenza degli attori in primo grado.

Invero, l'art. 120 DPR 115/2002 prevede che *"La parte ammessa rimasta soccombente non può giovarsi dell'ammissione per proporre impugnazione, salvo che per l'azione di risarcimento del danno nel processo penale"*.

In difetto di parti ammesse per il presente giudizio al patrocinio a spese dello Stato, e tenuto peraltro conto che tutti gli appellanti, anche nel presente giudizio, sono assistiti dallo stesso difensore (avv. [redacted] , pure dichiaratasi antistataria, così come l'avv. [redacted] il pagamento delle spese va effettuato dall'appellata soccombente nei confronti degli appellanti, con distrazione in favore dei procuratori dichiaratisi antistatari ex art. 93 c.p.c..

I costi di CTU, disposta in entrambi i gradi, vanno posti definitivamente a carico del *CP_1* .

P.Q.M.

La Corte di Appello di Bari, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *[...] Parte_1 Parte_2* , *Parte_3 Parte_4* , *Parte_5 Per_2 [...]* e *Parte_6* , in proprio e in qualità di eredi legittimari di *Persona_1 [...]* , nei confronti del *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante p.t., avverso la sentenza n. 2189/2023 emessa dal Tribunale di Foggia in data 18.9.2023, così provvede:

1.accoglie parzialmente l'appello e, per l'effetto, condanna il *[...] Controparte_1* , in persona del legale rappresentante p.t., a pagare in favore di *Parte_1 Parte_2* , *Parte_3 Parte_4* , *Parte_5 Persona_2* e *Parte_6* , a titolo di risarcimento *iure hereditario* per il danno da lesione di *chance* di sopravvivenza patito dalla loro dante causa *Persona_1* l'importo, già rivalutato all'attualità, da dividere in proporzione delle rispettive quote ereditarie, di € 104.950,29, oltre interessi legali (da calcolarsi sulla somma devalutata al [redacted] e poi rivalutata di anno in anno secondo gli indici Istat) dal [redacted] sino al soddisfo;

2.condanna l'appellata a rifondere agli appellanti le spese di lite di entrambi i gradi di giudizio (liquidate per il primo grado in € 14.000,00 e per il secondo grado in € 15.000,00 per compensi professionali, oltre RSG del 15%, CPA e IVA come per legge) nella misura di 2/3, dichiarando compensato tra tali parti il restante terzo, e disponendo la distrazione in favore dei procuratori, dichiaratisi anticipatari;

3.pone le spese di CTU, disposte in primo e secondo grado, definitivamente a carico dell'appellata.

Così deciso in Bari, nella Camera di Consiglio della Terza Sezione Civile, il 20 maggio 2026.

Il Consigliere Estensore — Il Presidente

Dott.ssa Maristella Sardone — **Dott. Salvatore Grillo**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-076