N. R.G. 1970/2014

R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE

SECONDA SEZIONE CIVILE

TERZO COLLEGIO

La Corte di Appello di Firenze Seconda Sezione Civile in composizione collegiale nelle persone dei seguenti magistrati:

dott.ssa Simonetta Afeltra *Presidente rel.*

dott.ssa Maria Teresa Paternostro *Consigliere*

dott.ssa Cristina Reggiani *Consigliere*

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel procedimento in grado di appello iscritto al n. ***1970/2014 RG*** del ruolo generale degli affari contenziosi civili promosso da:

Parte_1 **in proprio e quale erede di** *Persona_1* con il patrocinio dell'avv. [redacted] come da procura in atti

APPELLANTE

CONTRO

CP_1, con il patrocinio dell'avv. [redacted] come da procura in atti;

APPELLATO- APPELLANTE INCIDENTALE

e

Controparte_2 con il patrocinio degli avv. [redacted] e [redacted] come da procura in atti

APPELLATO – APPELLANTE INCIDENTALE

Controparte_3 **in persona del Commissario Liquidatore pro- tempore** con il patrocinio degli avv. [redacted] e [redacted] come da procura in atti

APPELLATA – APPELLANTE INCIDENTALE

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

AVVERSO

la sentenza del Tribunale di *FIRENZE* **n. *954/2014*** depositata in data ***25.3.3014***;

* * *

all'*udienza collegiale del* ***4.2.2020*** la causa veniva posta in decisione sulle seguenti:

CONCLUSIONI

per la parte appellante *Parte_1* : " *Esaurita la fase istruttoria, alla luce degli elementi già acquisiti nel corso del procedimento di primo grado (somministrazione terapia sperimentale e mancanza del consenso informato della paziente poi deceduta) che a parere della presente difesa sono stati oggetto di una valutazione logico giuridica inesatta da parte del Giudice di prima facie, fatto che ha indotto il Signor Pt_1 a richiedere la riforma parziale della Sentenza oggi impugnata, l'appellante precisa le seguenti conclusioni;*

Voglia l'Ill.ma Corte d'Appello di Firenze, contrariis rejectis, accogliere l'appello proposto e in riforma della sentenza impugnata n n. 954/2014 del Tribunale di Firenze, depositata in cancelleria in data 25/03/2014,

. 1) Rigettare l'appello incidentale proposto dai convenuti, poiché infondato, sia in fatto che in diritto e meramente pretestuoso;

. 2)Accertata la natura sperimentale della terapia somministrata alla signora Persona_1 da cui ne è derivato il decesso, accertata la responsabilità professionale dei medici che l'avevano in cura, per la violazione delle regole di diligenza, prudenza e perizia, oltre che per la violazione dell'art. 32.2 Costituzione, art. 33 Legge 833/78, art. 13 Costituzione per i motivi sopra esposti, condannare il Prof. Controparte_4 , il Dott. Parte_2 la Gestione Liquidatoria della disciolta Org_1 , in persona del legale rappresentante pro tempore, condannare in solido fra loro al risarcimento del danno alla salute iure proprio e iure hereditatis in favore del signor Parte_1 quantificato in euro 1.600.000,00, oltre interessi legali, rivalutazione monetaria dal dì dovuto al saldo e/o nella misura maggiore o minore che sarà ritenuta di giustizia

3)Nella denegata e non creduta ipotesi in cui l'Ill.ma Corte adita non accogliesse l'ipotesi e le conseguenti conclusioni indicate al punto 2) stante l'accertamento in sede di CTU collegiale del decesso della Signora Persona_1 da imputare a infezione bronco polmonare nosocomiale, in seguito alla somministrazione di una terapia sperimentale non autorizzata dalla paziente, Voglia Condannare il Prof. Controparte_4 , il Dott. CP_1 , la Gestione Liquidatoria della disciolta Org_1 , in persona del legale rappresentante pro tempore, condannare in solido fra loro al risarcimento del danno alla salute iure proprio e iure hereditatis in favore del signor Parte_1 quantificato in euro 1.600.000,00, oltre interessi legali, rivalutazione monetaria dal dì dovuto al saldo e/o nella misura maggiore o minore che sarà ritenuta di giustizia;

4) In subordine, nella non creduta e non voluta ipotesi di mancato riconoscimento del nesso di causalità tra la condotta tenuta dai medici e l'esito infausto che ne è derivato, Voglia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

condannare il Professor Controparte_4 il Dott. CP_1 , la Gestione Liquidatoria della disciolta Org_1 , in persona del legale rappresentante pro tempore, in solido fra loro al risarcimento del danno, iure proprio e iure hereditatis, per aver somministrato una terapia sperimentale in danno della signora Persona_1 senza aver ottenuto preventivamente il suo consenso informato, perpetrando la violazione di cui alla legge regionale 78, art. 32comma 2 Cost., art. 13 Cost. –art. 33 Legge 833/1978, nella misura che sarà ritenuta di giustizia.

Con vittoria delle spese, comprese quelle tecniche d'ufficio e di parte, competenze e onorari dei due gradi di giudizio"

per parte appellata Controparte_2 *" L'Avv. [redacted] e l'Avv. [redacted] procuratori del Prof. Dott. Controparte_2 e del Commissario Liquidatore della Org_2 – della cessata Parte_3 , depositano i documenti relativi all'esecuzione ed al collaudo dei lavori consentiti dalla concessione edilizia del Comune di Org_1 nel 1985 causa della reale ottima igiene/asepsi [redacted] fiorentino settore sede di Ematologia nell'anno 1991 (a semplice titolo indicativo, la realtà delle camere sterili) a conferma della difesa comunicata dai consulenti tecnici Dott. Persona_2 Dott. Persona_3 e Dott. Per_4 [...] con le note 9/9/2019, rilevano:*

- l'infezione "nosocomiale" della paziente Persona_1 comunicata dai consulenti tecnici del Giudice sulla scia del parere dello specialista infettivologo Dott. Persona_5 , è un fatto costitutivo della domanda di risarcimento danno non allegato/dedotto da Parte_1 nella prima fase del giudizio e nell'attuale giudizio di appello (a semplice titolo indicativo, non una parola nei motivi di appello);

- evidente la nullità della nuova consulenza tecnica medico legale e dei provvedimenti del Giudice relativi all'attività dei consulenti tecnici, nullità limitata alle indagini ed al parere relativi alla realtà di un'infezione nosocomiale causa della responsabilità dell'unità sanitaria locale fiorentina: l'esatta interpretazione della disciplina legale, a semplice titolo indicativo, in Cassazione civile Sezione III 6/12/2019 n.31886 rel. Dott. Marco Rossetti;

- ottima l'igiene/asepsi del settore di Ematologia [redacted] fiorentino nel 1991 ed adottate le dovute cautele nella cura della paziente Persona_1 non dotata delle normali difese immunitarie, non esatto il parere comunicato dai consulenti tecnici del Giudice e sposata la non legittima tesi giuridica di una presunzione assoluta di responsabilità con le parole responsabilità "oggettiva";

- se non reale la nullità della consulenza tecnica, non normale ma inevitabile nell'attuale giudizio di appello un'attività istruttoria la più meditata e la più completa possibile a tutela della possibilità di difesa delle parti garantita dall'ordinamento giuridico italiano (Costituzione e così via);

e precisano le conclusioni (distinte nell'ordine in difesa relativa alla nuova consulenza tecnica medico legale e conferma della difesa comunicata con la prima precisazione delle conclusioni nel giudizio di appello).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

I)- Conclusioni relative alla nuova consulenza tecnica medico legale:

A)- dichiarazione della nullità della consulenza tecnica e dei provvedimenti del Giudice relativi all'attività dei consulenti tecnici;

B)- se non reale la nullità della consulenza tecnica, ammissione dell'attività istruttoria utile costituita da:

- in tesi ordine di deposito al terzo Controparte_6 *dei documenti relativi allo stato igienico sanitario del settore sede di Ematologia* [redacted] *fiorentino nell'anno 1991 ed alle cautele adottate nella cura dei pazienti colpiti da leucemia mieloide acuta non dotati delle normali difese immunitarie e come tali vittime di infezioni, cautele riferibili all'uso delle cose utili nella cura ed ai contatti con le persone (art. 210 cpc);*

- in ipotesi domanda alla Pubblica Amministrazione Controparte_6 *delle informazioni relative ad atti e documenti riferibili allo stato igienico sanitario del settore sede di Ematologia* [redacted] *fiorentino nell'anno 1991 ed alle cautele adottate nella cura dei pazienti colpiti da leucemia mieloide acuta non dotati delle normali difese immunitarie e come tali vittime di infezioni, cautele riferibili all'uso delle cose utili nella cura ed ai contatti con le persone (art. 213 ed art. 96 disp. att. cpc);*

- sulla base dei nuovi documenti e dati utili acquisiti rinnovazione della consulenza tecnica medico legale limitata alle indagini ed al parere relativi alla realtà di un'infezione nosocomiale causa della responsabilità dell'unità sanitaria locale fiorentina, con sostituzione dei consulenti tecnici.

II)- Conferma delle conclusioni già precisate nella prima fase del giudizio di appello:

A)- prima domanda di risarcimento danno comunicata da Parte_1 *(attività di cura non esatta e colpevole: atto di citazione)*

conferma della sentenza del Tribunale di Firenze (illegittimo nel merito e respinto l'appello di Parte_1 *;*

B)- seconda domanda di risarcimento danno comunicata da Parte_1 *(semplice difetto del consenso informato del paziente: memoria 30/9/2007):*

in tesi, conferma della sentenza del Tribunale di Firenze (nell'ordine, inammissibile o illegittimo nel merito e respinto l'appello di Parte_1 *;*

in ipotesi, riforma della sentenza del Tribunale di Firenze nella parte relativa all'omesso esame della difesa preliminare di rito comunicata dal Prof. CP_4 *e dal Commissario Liquidatore: inammissibilità della domanda nuova di* Parte_1 *(appello incidentale condizionato del Prof.* CP_4 *e del Commissario Liquidatore della cessata* CP_3 *);*

C)- spese legali dovute da Parte_1 *le spese legali del giudizio di appello."*

per parte appellata CP_1 *:" Piaccia all'Ecc.ma Corte d'Appello di Firenze ogni contraria istanza e deduzione disattesa e reietta,*

A) In tesi: a1) dichiarare l'inammissibilità del secondo motivo di appello svolto dal Sig. Parte_1 *a2) respingere l'appello proposto dal Sig.* Parte_1 *avverso la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

sentenza n. 954/2014 resa dal Tribunale di Firenze e per l'effetto confermare la stessa in ogni sua parte;

B) In ipotesi denegata e condizionata al mancato accoglimento delle conclusioni svolte al precedente punto A) in linea di tesi, b1) respingere le domande svolte dal Sig. Parte_1 [...] *nei confronti del Dott.* CP_1 *siccome infondate comunque non provate; b2) in accoglimento dell'appello incidentale condizionato proposto, dichiarare l'inammissibilità per tardività della domanda di risarcimento danni conseguente il difetto di consenso informato.*

Con vittoria di spese ed onorari, di CTU e CCTTPP.

per parte appellata Controparte_3 :

"" L'Avv. [redacted] *e l'Avv.* [redacted] *procuratori del Prof. Dott.* Controparte_7 [...] *e del Commissario Liquidatore della* Org_3 *della cessata* Parte_3 *, depositano i documenti relativi all'esecuzione ed al collaudo dei lavori consentiti dalla concessione edilizia del Comune di* Org_1 *nel 1985 causa della reale ottima igiene/asepsi* [redacted] *fiorentino settore sede di Ematologia nell'anno 1991 (a semplice titolo indicativo, la realtà delle camere sterili) a conferma della difesa comunicata dai consulenti tecnici Dott.* Persona_2 *Dott.* Persona_3 *e Dott.* Persona_4 *con le note 9/9/2019, rilevano:*

- l'infezione "nosocomiale" della paziente Persona_1 *comunicata dai consulenti tecnici del Giudice sulla scia del parere dello specialista infettivologo Dott.* Persona_5 *, è un fatto costitutivo della domanda di risarcimento danno non allegato/dedotto da* Parte_1 *nella prima fase del giudizio e nell'attuale giudizio di appello (a semplice titolo indicativo, non una parola nei motivi di appello);*

- evidente la nullità della nuova consulenza tecnica medico legale e dei provvedimenti del Giudice relativi all'attività dei consulenti tecnici, nullità limitata alle indagini ed al parere relativi alla realtà di un'infezione nosocomiale causa della responsabilità dell'unità sanitaria locale fiorentina: l'esatta interpretazione della disciplina legale, a semplice titolo indicativo, in Cassazione civile Sezione III 6/12/2019 n.31886 rel. Dott. Marco Rossetti;

- ottima l'igiene/asepsi del settore di Ematologia [redacted] *fiorentino nel 1991 ed adottate le dovute cautele nella cura della paziente* Persona_1 *non dotata delle normali difese immunitarie, non esatto il parere comunicato dai consulenti tecnici del Giudice e sposata la non legittima tesi giuridica di una presunzione assoluta di responsabilità con le parole responsabilità "oggettiva";*

- se non reale la nullità della consulenza tecnica, non normale ma inevitabile nell'attuale giudizio di appello un'attività istruttoria la più meditata e la più completa possibile a tutela della possibilità di difesa delle parti garantita dall'ordinamento giuridico italiano (Costituzione e così via);

e precisano le conclusioni (distinte nell'ordine in difesa relativa alla nuova consulenza tecnica medico legale e conferma della difesa comunicata con la prima precisazione delle conclusioni nel giudizio di appello).

I)- Conclusioni relative alla nuova consulenza tecnica medico legale:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

A)- dichiarazione della nullità della consulenza tecnica e dei provvedimenti del Giudice relativi all'attività dei consulenti tecnici;
B)- se non reale la nullità della consulenza tecnica, ammissione dell'attività istruttoria utile costituita da:
- in tesi ordine di deposito al terzo Controparte_6 *dei documenti relativi allo stato igienico sanitario del settore sede di Ematologia* [redacted] *fiorentino nell'anno 1991 ed alle cautele adottate nella cura dei pazienti colpiti da leucemia mieloide acuta non dotati delle normali difese immunitarie e come tali vittime di infezioni, cautele riferibili all'uso delle cose utili nella cura ed ai contatti con le persone (art. 210 cpc);*
- in ipotesi domanda alla Pubblica Amministrazione Controparte_6 *delle informazioni relative ad atti e documenti riferibili allo stato igienico sanitario del settore sede di Ematologia* [redacted] *fiorentino nell'anno 1991 ed alle cautele adottate nella cura dei pazienti colpiti da leucemia mieloide acuta non dotati delle normali difese immunitarie e come tali vittime di infezioni, cautele riferibili all'uso delle cose utili nella cura ed ai contatti con le persone (art. 213 ed art. 96 disp. att. cpc);*
- sulla base dei nuovi documenti e dati utili acquisiti rinnovazione della consulenza tecnica medico legale limitata alle indagini ed al parere relativi alla realtà di un'infezione nosocomiale causa della responsabilità dell'unità sanitaria locale fiorentina, con sostituzione dei consulenti tecnici.
II)- Conferma delle conclusioni già precisate nella prima fase del giudizio di appello:
A)- prima domanda di risarcimento danno comunicata da Parte_1 *(attività di cura non esatta e colpevole: atto di citazione)*
conferma della sentenza del Tribunale di Firenze (illegittimo nel merito e respinto l'appello di Parte_1 *;*
B)- seconda domanda di risarcimento danno comunicata da Parte_1 *(semplice difetto del consenso informato del paziente: memoria 30/9/2007):*
in tesi, conferma della sentenza del Tribunale di Firenze (nell'ordine, inammissibile o illegittimo nel merito e respinto l'appello di Parte_1 *;*
in ipotesi, riforma della sentenza del Tribunale di Firenze nella parte relativa all'omesso esame della difesa preliminare di rito comunicata dal Prof. CP_4 *e dal Commissario Liquidatore: inammissibilità della domanda nuova di* Parte_1 *(appello incidentale condizionato del Prof.* CP_4 *e del Commissario Liquidatore della cessata* CP_3 *);*
C)- spese legali dovute da Parte_1 *le spese legali del giudizio di appello."*

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1.Con atto di citazione, regolarmente notificato, Parte_1 , in proprio e quale erede di Persona_1 conveniva in giudizio, innanzi a questa Corte di Appello, la [...] CP_3 della disciolta CP_3 nonché Controparte_4 e CP_1 (rispettivamente Direttore del Reparto di Ematologia e Primario dello stesso), proponendo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

gravame avverso la sentenza del Tribunale di Firenze n. 954/2014 del 25.3.2014 che aveva respinto la domanda risarcitoria dallo stesso proposta nei confronti dei predetti.

2.Il primo Giudice premetteva che, secondo la prospettazione dell'attore *Parte_1* era stato dedotto che:

- in data 11.1.1991 sua moglie *Persona_1* era stata ricoverata presso il reparto di ematologia di *CP_6* diretto dal professor *Controparte_2* per un trattamento nei confronti della leucemia mieloide acuta, iniziando la chemioterapia;
- il primo ciclo si era concluso dopo una settimana con la remissione completa della malattia;
- il mese seguente era stato effettuato un secondo ciclo terapeutico, c.d. di " consolidamento", che comprendeva, all'insaputa della paziente, anche la somministrazione di un farmaco altamente cardio-tossico (*Org_4*) all'epoca neppure registrato in Italia;
- sempre a sua insaputa, la suddetta era stata inserita in un programma di sperimentazione coordinato dal prof. *CP_4* e dal dr. *CP_1*
- fin dal primo giorno successivo alla prima somministrazione, la paziente aveva evidenziato intolleranza al farmaco, con febbre, nausea, diarrea, rush cutanei e dolore toracico, senza ausilio di un esame radiologico che non veniva effettuato nemmeno dopo il forte aumento della temperatura corporea, in data 19 febbraio 1991,ma solo dopo una terza visita effettuata il 3 marzo 1991, quando veniva disposta "d'urgenza" una radiografia che evidenziava una broncopolmonite, ma nella stessa notte fra il [redacted] la paziente decedeva;
- il procedimento penale instaurato veniva archiviato e poi, a seguito della riapertura delle indagini , i due medici venivano rinviati a giudizio, ma con sentenza del GUP di Firenze n. [redacted] veniva dichiarato non luogo a procedere;

Il *Pt_1* aveva pertanto domandato al Tribunale adito la condanna dei due medici e della *Co*. *Org_1* di *Org_1* , pure convenuta, al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, iure hereditatis e iure proprio, quantificati nella somma di € 1.600.000.

3. I medici convenuti avevano resistito sottolineando non solo che i procedimenti penali si erano tutti conclusi con esclusione della loro responsabilità, ma anche che nel 1991 non era ancora stato sancito l'obbligo di raccogliere per iscritto il consenso del paziente se non - in base alla legge regionale Toscana 59/1978- nel caso di inserimenti in programmi sperimentali, ma nella fattispecie la paziente era stata adeguatamente informata.

Inoltre il farmaco in questione era già stato sperimentato e ammesso nei trattamenti chemioterapici e la sua mancata registrazione in Italia dipendeva solo da motivi commerciali e dipendenti dalla causa produttrice.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Sostenevano ancora che alla paziente era stato praticato il miglior protocollo previsto per la sua malattia e nel miglior modo possibile, per cui la somministrazione non poteva essere messa in relazione di causa ad effetto con il decesso della paziente e peraltro la malattia broncopolmonare aveva visto una profilassi antibiotica iniziata già tre giorni prima dell'insorgenza dei primi sintomi e il decesso dipendeva da shock settico da "Gram negativi" favorito dalla neutropenia.

4.Accolta, preliminarmente, l'eccezione di difetto di legittimazione passiva, sollevata dalla convenuta *Cont Org_1* nonché da *Controparte_9* (chiamata in causa dall'attore) e dall *Con* Osp. *Controparte_10* (chiamata in causa dal dr. *CP_1* , in quanto la legittimazione passiva spettava solo alla *CP_3* *Controparte_11* (anch'essa costituitasi a seguito di chiamata in causa da parte del *CP_1* e ritenuta in via preliminare pienamente legittima l'estensione della domanda da parte dell'attore nei confronti della Gestione Liquidatoria, per cui la stessa domanda doveva essere esaminata "nel merito", il Tribunale gravato l'ha tuttavia respinta in base alle seguenti considerazioni:

-risultava dalla c.t.u. medico-legale che il decesso era stato causato da una "sepsi acuta sistemica" prodotta da un germe patogeno "Gram negativo" che si era sviluppato nonostante la terapia antibiotica somministrata dai sanitari e facilitato dal bassissimo numero di globuli bianchi, come nella maggior parte dei decessi in pazienti affetti da leucemie acute;

-circa l'addebito nella somministrazione di un farmaco cardiotossico e sperimentale senza il consenso della paziente, il parere del c.t.u. di primo grado (dr. *Per_6*) e quello del suo ausiliare (prof. *Per_7* erano divergenti, il primo affermando che l *Org_4* non era un farmaco in via sperimentale, ma già sperimentato e menzionato anche in testi universitari per il trattamento delle leucemie mieloidi; il secondo, al contrario, ritenendo trattarsi di una cura sperimentale, ancorché fondata su solide basi scientifiche;

- pur ritenendo di dover dare maggior credito all'ausiliario prof. *Per_7* quale direttore del reparto di Ematologia [redacted] di Bologna e massimo esperto della materia e quindi a voler dare per affermato che si trattasse di un farmaco sperimentale, il Tribunale - nel vagliare il profilo dell'efficienza causale rispetto al decesso – evidenziava tuttavia che il c.t.u. Dr. *[...] Per_* aveva anche riferito che numerosi farmaci, utilizzati nella cura delle leucemie, avevano effetti cardiotossici, ma nondimeno il loro impiego era stato indicato per la cura della predetta forma tumorale;

- inoltre, secondo la ctu, la *Per_1* era stata periodicamente monitorata, senza che si evidenziassero segni di cardiopatia e non poteva ritenersi "più probabile che non" che la crisi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

cardiaca fosse stata provocata proprio dal farmaco sperimentale, perché le alterazioni cardiache erano aspecifiche e, dunque, non ricollegabili all'uso del farmaco;

- anzi, sul punto vi era sostanziale concordia con il prof. *Per_7* il quale comunque aveva ritenuto che la complicanza sarebbe potuta insorgere, qualunque fosse stato il farmaco utilizzato;

-il fatto che il decesso fosse intervenuto durante il ciclo di consolidamento, non era, peraltro, sufficiente a stabilire un nesso di causalità tra l'uso del farmaco e l'evento;

-nel caso di specie, la diligenza, prudenza e perizia dei medici, tanto rispetto all'impiego del farmaco, quanto rispetto all'insieme degli interventi praticati era affermata da entrambi i c.t.u. e non vi era prova, neppure fondata su una mera valutazione di probabilità, che il decesso fosse stato provocato dal farmaco in oggetto, essendo, invece, maggiormente probabile che fosse conseguenza naturale della malattia;

- quanto alla tempestività nell'accertamento dell'infezione, almeno fino al 1°marzo 1991, i rilievi clinici e di laboratorio non erano indicativi di un processo settico in corso e sebbene l'RX potesse essere disposto prima, il consulente aveva rilevato che era stata data correttamente la priorità ad altri esami (quali urine ed emocultura) maggiormente indicativi della presenza di germi infettivi;

- comunque, nonostante l'astratta possibilità che la radiografia potesse essere anticipata, ciò non dava in concreto la certezza di risposte più significative, né di poter anticipare la terapia del caso, a fronte peraltro di un'adeguata e ordinaria copertura antibiotica preventiva, in presenza di una malattia che conduceva alla compromissione della risposta immunitaria in cui i cicli chemioterapici (compreso quello di " consolidamento", da praticare anche se il primo ciclo aveva indotto la remissione della malattia) avevano proprio l'effetto, nella prima fase dopo la somministrazione, di aumentare l'aplasia midollare, il che rendeva i pazienti particolarmente esposti a fenomeni settici molto temuti, quanto "non prevenibili";

- in relazione all'uso della morfina, esso era indicato anche come terapia per l'edema polmonare acuto e secondo la c.t.u. non aveva avuto alcun effetto nella morte della *Per_1*

- in conclusione nessuna negligenza, imprudenza,imperizia poteva essere ravvisata a carico dei medici intervenuti;

- infine non vi era effettivamente la prova che la *Per_1* fosse stata adeguatamente informata dell'uso del farmaco e delle sue caratteristiche, ma in base ai principi sanciti dalla Suprema Corte, il medico poteva essere chiamato a risarcire il danno solo se il paziente avesse dimostrato che - se compiutamente informato - avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

-invece, nel caso di specie, la mancata prova del consenso prestato dalla *Per_1* non aveva conseguenze sul piano del danno alla salute, posto che non risultava che fosse stato l'uso del farmaco ad avere effetti nocivi sulla salute della paziente e nemmeno risultava che, ove fosse stata informata, avrebbe deciso di non seguire la terapia e infine nemmeno vi era prova sul piano del danno all'autodeterminazione, perché non emergeva nemmeno che la *Per_1* avesse subito un altro danno patrimoniale o non patrimoniale diverso da quello alla salute in conseguenza della mancata informazione.

Ne conseguiva che il Tribunale , per quel che ancora rileva ai fini della presente impugnazione :

a) rigettava la domanda attrice nei confronti dei medici *CP_4* e *CP_1* nonché della Gestione Liquidatoria della disciolta *CP_3* perché infondata;
b) compensava interamente le spese tra l'attore da un lato e *CP_4* [redacted] e Gestione Liquidatoria dall'altro, perché comunque non vi era la prova che la *Per_1* fosse stata correttamente informata.

5.Avverso detta sentenza ha interposto gravame *Parte_1* in proprio e quale erede di *Persona_1* il quale premetteva che:

- il primo Giudice, pur ammettendo che si trattava di una terapia sperimentale (come confermato in sede di ctu) nella quale la *Per_1* era stata inserita a sua insaputa dal dr. *CP_1* fin dal 12.11.1990, previa sua registrazione al protocollo *Organizzazione_5* aveva erroneamente escluso la sussistenza del nesso causale tra la somministrazione del farmaco e il decesso, nonostante l'efficienza causale dello stesso e nonostante che la relazione del dr. *[...] Per_* fosse smentita dallo stesso ausiliario del ctu prof. *Per_7* , dato che:

a) tale nesso risultava dai doc. 6a) e 6b) e in particolare dalle schede inviate a partire dal 14.1.1991 dal dr. *CP_1* all *Org_5* in cui annotava gli effetti della terapia e i segni di tossicità, segnalando l'emorragia interna, la nausea, il vomito la diarrea e senza intraprendere alcuna terapia efficace a contrastarne gli effetti;

b) nello stesso report finale del 17.3.1991 veniva indicata da *CP_1* quale causa della morte l'eccessiva tossicità del trattamento somministrato, per cui era stato lo stesso convenuto *CP_1* a individuare il nesso eziologico;

c) la ctu del PM (redatta dal dr. *Per_9*) aveva chiaramente affermato il nesso causale tra la somministrazione di *Org_4* e il decesso della paziente;

d) era stato omesso per 15 gg. un esame radiologico del torace nonostante che fin dal 19.2.91 fossero comparsi i primi sintomi;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

e) era emersa l'inadeguata prevenzione e cura della setticemia dovuta ad infezione da pseudomonas aeruginosa, appartenente al gruppo dei batteri " gram-negativi", il quale era il primo agente eziologico contro cui dirigere la terapia antibiotica, il che doveva ritenersi inconcepibile in un centro di alta specializzazione impegnato nel trattamento di una giovane paziente;

f) viceversa era stata inadeguatamente somministrata morfina, in presenza di edema polmonare;

tutto ciò premesso, proponeva appello per i seguenti motivi:

---1)in primo luogo **:a)** perché il primo Giudice , pur inquadrando correttamente la responsabilità nell'ambito " contrattuale" e pur dando atto che secondo l'ausiliario del ctu prof. *Per_7* era stato utilizzato un farmaco sperimentale quale l *Org_4* , aveva però errato nella esclusione del nesso causale tra l'impiego del farmaco e l'evento, sostenendo che invece la complicanza insorta si sarebbe potuta verificare qualunque fosse stato il farmaco usato, con ciò escludendo la responsabilità professionale dei sanitari, nonostante la documentazione prodotta (segnatamente i doc.6 e 6b) obliterando di considerare che la *Per_1* era affetta da una forma di leucemia mieloide acuta M2 che era la più mite e curabile con altra probabilità di successo, ma aveva anche patito per una cardiopatia pregressa, onde era sconsigliabile l'utilizzo del farmaco *Org_4* che era pacificamente un farmaco altamente cardiotossico e il decesso era avvenuto per "sfiancamento globale" del cuore, obliterando anche di comparare i dati relativi ai casi di leucemia mieloide trattati con terapia tradizionale e risolti con successo e quelli trattati con terapia sperimentale ;in secondo luogo **b)**:perché il primo Giudice aveva omesso di considerare l'inadeguata prevenzione e la mancanza di tempestività dell'accertamento dell'infezione, ritenendola erroneamente " non evitabile" con l'uso di maggiore diligenza;

---2) perché il primo Giudice aveva omesso di considerare l'assenza di consenso informato (pacificamente escluso, data la mancata produzione di qualsivoglia documentazione a supporto ed escluso in forma orale anche dalle testimonianze); peraltro si trattava di farmaco non registrato in Italia per il quale la *Parte_4* imponeva il consenso fin dal 1978, utilizzato in violazione dell'art. 32 Cost e - non ricorrendo nemmeno i presupposti dello stato di necessità - tale violazione rendeva possibile la richiesta autonoma di risarcimento per aver somministrato una terapia non voluta dalla paziente (c.d. danno per lesione del diritto all'autodeterminazione).

Insisteva pertanto nel domandare il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale iure proprio e iure heredetitatis, richiedendo la complessiva somma di € 1.600.000,00.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

6.Si sono costituiti separatamente i convenuti CP_1 Controparte_2 e Controparte_3 della cessata CP_3 ,resistendo al gravame, in rito eccependone l'inammissibilità ai sensi dell'art. 342 cpc e, nel merito, l'infondatezza e tutti proponendo "appello incidentale condizionato".

Rispettivamente :

- [redacted] CP_1 _impugnava in via condizionata la sentenza nella parte in cui non aveva dichiarato l'*inammissibilità* della domanda nuova di risarcimento dei danni per difetto di consenso informato (anche in caso di esclusione della responsabilità dei medici), stante la mutatio libelli, trattandosi di domanda proposta solo con la memoria ex art. 183 cpc dell'1.10.2007;

Controparte_2 anch'egli impugnava in via condizionata la sentenza attesa l'inammissibilità della domanda nuova di risarcimento per difetto di consenso informato;

-Gestione liquidatoria a sua volta proponeva "appello incidentale condizionato" con riferimento alla "nuova" domanda diretta ad ottenere il risarcimento dei danni "esclusivamente" per il difetto di consenso informato in quanto richiesta esclusivamente con la memoria ex art. 183 cpc dell'1.10.2007.

7.Acquisito il fascicolo di ufficio del procedimento di primo grado, la causa veniva una prima volta trattenuta in decisione all'udienza del 2.10.2018 e poi rimessa sul ruolo con ordinanza collegiale depositata il 27.2.2019 per l'espletamento di ulteriore CTU medico- legale , affidata – previa autorizzazione del Presidente della Corte ai sensi dell'art. 22 disp. att. cpc - al dr. Persona_10 e al prof. Persona_11 di Milano (con facoltà per gli stessi di avvalersi di ulteriori specialisti, poi individuati nella Cardiologa d.ssa Persona_12 e nell'Infettivologo dr. Persona_5) e quindi nuovamente trattenuta in decisione all'udienza del ***4.2.2020*** nella quale venivano assegnati i termini di rito, ai sensi dell'art. 190 cod. proc. civ., per il deposito di comparse conclusionali e di memorie di replica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

L'appello deve essere deciso come segue.

1. L'appellato CP_1 sostiene l'inammissibilità dell'appello per asserita mancanza dei requisiti prescritti dall'art. 342 c.p.c., così come riformulato dalla legge 134/2012, ma occorre osservare che emergono con sufficiente precisione le parti del provvedimento oggetto di censura, le ragioni di fatto e di diritto su cui la censura è fondata, nonché il risultato cui condurrebbe l'accoglimento della stessa.

Anche a fronte del richiamo alla rilevanza contenuto nel nuovo testo dell'art. 342 c.p.c., trattasi di appello correttamente strutturato e che comunque deve essere vagliato in un'ottica non meramente formalistica (v. Cass. Civ. Sez. Unite, 16/11/2017, n. 27199).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Risulta invece **fondata l'eccezione proposta da tutti gli appellati relativamente alla tardività del deposito della seconda comparsa conclusionale dell'appellante che risulta depositata il 9.6.2020 (come emerge dai Registri Telematici Sicid), quando il termine scadeva in data 8.6.2020,** tenuto conto che la data di scadenza era quella di domenica 7/6/2020 e che il primo giorno successivo non festivo era l'8/6/2020 (Lunedì), termine calcolato tenendo conto della sospensione straordinaria (per emergenza coronavirus) dal 9 marzo all' 11 maggio 2020 (art. 83, DL 18/2020 e art. 36, c. 1, DL 23/2020).

Risulta invece correttamente depositata, in data 29.6.2020, la memoria di replica, atteso che il successivo termine di 20 gg, decorrente dall'8.6.2020, scadeva il 28.6.2020 (Domenica) e che il primo giorno non festivo era appunto il 29.6.2020 (lunedì).

2.Deve poi essere preliminarmente vagliata l'eccezione della Gestione Liquidatoria relativa all'**asserita " novità" del tema di indagine rappresentato dalla "infezione nosocomiale"** (emergente dalla ctu espletata in questa sede di appello).

Si deve premettere che il tema dell'exitus della *Per_1* in conseguenza di infezione da Gram negativi **non è nuovo**, in quanto è stato tempestivamente dedotto dall'attore e ampiamente discusso in primo grado e vagliato dalla sentenza gravata, che tuttavia – espressamente a f. 10 – non ha annesso alla stessa alcuna rilevanza, limitandosi a sostenere che i pazienti soggetti a cicli chemioterapici " sono particolarmente esposti a fenomeni settici, molto temuti, quanto *"non prevenibili".*

Prima di valutarne le conseguenze in punto di merito, si deve pertanto rispondere alla eccezione di rito, sollevata dalla Gestione Liquidatoria.

Il tema di indagine non può ritenersi "nuovo" per le ragioni che seguono.

In primo luogo, perché espressamente allegato fin dall'inizio (v. atto di citazione di primo grado a f. 12 ss).

In secondo luogo perché la richiesta di risarcimento del danno ha ad oggetto un diritto di credito, e cioè un diritto eterodeterminato.

In materia di diritti eterodeterminati , la "novità" è correlata alla immutazione del fatto costitutivo.

A sua volta, si ha mutamento del fatto costitutivo quando si amplia non solo l'oggetto del "*pronuntiare*", ma anche quello del "*cognoscere*", vale a dire si introducono nel processo nuovi temi di indagine (così, ex multis, Cass., sez. lav., 10-04-2000, n. 4538 Cass., sez. lav., 19-08-2004, n. 16262).

Nel caso di specie, uno dei fatti costitutivi è rappresentato dalla responsabilità (anche) della convenuta Gestione Liquidatoria (a cui – si ricorda – è stata legittimamente estesa la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

domanda e sul punto la sentenza si è pronunciata a f. 8 senza alcuna censura tempestiva sul punto, per cui è maturato il *giudicato)* per inadempimento del contratto di ospedalizzazione e dell'obbligo di cura ed assistenza.

Tale tema di indagine è rimasto perennemente immutato.

In terzo luogo, è chiaro che nel caso di specie, sulla base delle stesse risultanze di fatto, si è posto semmai un problema di " lettura diversa" di dette risultanze, che è sempre consentita, in quanto - diversamente opinando e ove si volesse sostenere il contrario - si perverrebbe all'assurdo di tacciare di inammissibilità una differente "interpretazione" delle medesime.

Riepilogando, l'esistenza dell'infezione da pseudomonas è stata allegata fin dall'atto di citazione di primo grado a f. 12 e ss ed è documentata debitamente (emergendo che la stessa è stata riconosciuta solo il [redacted] quando il decesso era già avvenuto).

Peraltro non risulta utile alla Gestione sostenere (nella seconda comparsa conclusionale) che essa era solo un "terzo" coinvolto nella lite dal dr. *CP_1* visto che la domanda e con essa tutte le relative allegazioni - ivi compresa quella della inadeguata prevenzione e cura della citata infezione , già proposta nei confronti dei medici e anche (originariamente) nei confronti della *Parte_5* di *Org_1* (di cui poi è stata ritenuta la carenza di legittimazione passiva ,essendo stata costituita nel 1995) - è stata estesa comunque dal *Pt_1* alla stessa Gestione.

Si ricorda in proposito che **sulla legittimità dell'estensione della domanda da parte dell'attore nei confronti della Gestione Liquidatoria è maturato il "giudicato",** stante la mancanza di censure sul punto e anzi la piena acquiescenza della Gestione stessa a f. 6 della comparsa di risposta in appello.

Ancor prima, si deve rilevare che in sede di comparsa di risposta di primo grado la Gestione Liquidatoria non prese posizione e non contestò in alcun modo la pur accertata e documentata risultanza della infezione da **pseudomonas.**

D'altra parte fin dal primo grado gli stessi convenuti **(si veda ad es. la comparsa di risposta di primo grado del** *CP_1* **a f. 20-21)** avevano evidenziato che in caso di "neutropenia a seguito di chemioterapia" in questi pazienti è necessario ridurre al massimo l'esposizione agli agenti infettivi , citando letteratura scientifica da cui risulta che le infezioni costituiscono tuttora la causa più frequente di decesso nelle leucemie acute ed espressamente richiamando la " sepsi da pseudomonas aeruginosa (documentata con emocultura il cui referto fu reso disponibile solo dopo il decesso) quale determinante uno shock settico, quale evenienza e temibile " complicanza" delle affezioni da "germi gram".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Il che è la palmare dimostrazione che il tema di indagine esisteva e come.

Ciò premesso,occorre anche rilevare che da ultimo **la difesa della Gestione, al mero fine di tentare di inficiare di nullità la ctu esperita in appello, punta l'attenzione esclusivamente sull'aggettivo (" nosocomiale") invece che sul sostantivo ("infezione").**

In ordine alla insussistenza di qualsivoglia nullità si tornerà fra breve.

Preme però ribadire che non è vero quanto sostenuto dalla difesa di Gestione Liquidatoria secondo la quale non esisterebbe il " tema di lite" della " infezione nosocomiale".

In realtà **l'infezione è stata allegata quale uno dei tre fatti costitutivi** – unitamente all'impiego di *Org_4* e all'uso della morfina **- fin dall'atto di citazione di primo grado e detta infezione è sempre la stessa e cioè quella individuata fin dal** [redacted] (***Pseudomonas aeruginosa)*** **e mai è stato introdotto un fatto costitutivo diverso e alternativo**, avendo la ctu di appello – come peraltro era doveroso – soltanto chiarito l'eziologia e le possibilità di propagazione della stessa.

Sul punto risulta peraltro condivisibile quanto sottolineato dal difensore del *Pt_1* **a verbale dell'udienza del 10.10.2019** (tenutasi ai sensi dell'art. 92 disp. att. cpc a seguito di ricorso depositato dal Commissario della Gestione Liquidatoria della *Controparte_3* , peraltro respinto con ordinanza del 21.10.2019) laddove ha puntualizzato che l'esistenza di una broncopolmonite nosocomiale risultava quale argomentazione utilizzata sia in primo grado che in secondo grado, oltre che emergente dal referto autoptico in atti, aggiungendo che le conclusioni rassegnate dalla parte *Pt_1* non sono mai state circoscritte alla sola questione della terapia sperimentale, ma sono sempre state più ampie.

D'altra parte risulta assodato e documentato che la comunicazione relativa allo Pseudomonas aeruginosa MDR avvenne il [redacted] a decesso avvenuto e l'infezione da Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa) è una tipica patologia che si contrae in ospedale. e che colpisce in particolare le persone, ricoverate da più di una settimana, con difese immunitarie compromesse.

Risulta dunque smentita la suggestiva difesa di Gestione Liquidatoria circa una asserita " inesistenza del tema di lite" rappresentato dall'infezione nosocomiale.

Occorre,quindi, trarre le ulteriori conseguenze di quanto fin qui esposto, avuto riguardo anche alla correlata eccezione di "nullità della ctu" sollevata dalla Gestione Liquidatoria.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

In realtà, proprio alla luce della pronuncia della Suprema Corte citata dalla stessa convenuta in appello (Cassazione civile sez. III - 06/12/2019, n. 31886 [1]) si evince che **tale prospettata "nullità" non è ravvisabile**.

Invero **si deve escludere che nel caso di specie l'accertamento peritale sia avvenuto su fatti materiali "mai dedotti dalle parti" o su documenti non presenti, trattandosi di fatti – quali l'infezione da pseudomonas – ampiamente discussi già in primo grado e di documenti già tutti depositati in primo grado.**

Viceversa nello specifico caso sottoposto all'attenzione della Suprema Corte (e riguardante la cassazione con rinvio di una pronuncia della Corte di Appello di Perugia) "-*il consulente tecnico d'ufficio nominato in grado di appello, non reperendo nei fascicoli delle parti la "documentazione sanitaria", ne chiese di sua iniziativa copia integrale all* Controparte_6 *, e la ottenne;- i documenti ottenuti dall'Azienda, ed in particolare due cartelle cliniche, non sono state allegate alla relazione di consulenza;- l'acquisizione è avvenuta al di fuori di qualsiasi contraddittorio.".*

Risulta quindi evidente la differenza e la conseguenziale "non sovrapponibilità" dei due casi, onde il richiamo alla citata pronuncia del Supremo Collegio non è pertinente , in quanto **alcuna nullità della ctu può essere ravvisata.**

3. Tutto ciò posto, nel merito **si premette che l'appello principale è parzialmente fondato** (**quanto alla seconda parte del primo motivo** relativamente all'inadeguata prevenzione dell'infezione da pseudomonas) **e in ragione di ciò deve essere parzialmente accolta , per quanto di ragione, la domanda risarcitoria di** Parte_1

4.Tuttavia,un'ulteriore precisazione preliminare si impone avuto riguardo ad una ennesima eccezione proposta dalla Gestione Liquidatoria (a f. 10 della comparsa di risposta) circa una non meglio precisata " limitazione della legittimazione attiva" del Pt_1 al quale non sarebbe consentito proporre domanda di voci di danno *da uccisione iure proprio*, stante – a suo dire - l'unico titolo della domanda proposta, che sarebbe solo contrattuale.

---

[1] Alla stregua dei principi ribaditi da Cassazione civile sez. III - 06/12/2019, n. 31886 (in motivazione) :"
(a) il c.t.u. non può indagare d'ufficio su fatti mai ritualmente allegati dalle parti;
(b) il c.t.u. non può acquisire di sua iniziativa la prova dei fatti costitutivi della domanda o dell'eccezione, nè acquisire dalle parti o da terzi documenti che forniscano quella prova; a tale principio può derogarsi soltanto quando la prova del fatto costitutivo della domanda o dell'eccezione non possa oggettivamente essere fornita coi mezzi di prova tradizionali;
(c) il c.t.u. può acquisire dai terzi soltanto la prova di fatti tecnici accessori e secondari, oppure elementi di riscontro della veridicità delle prove già prodotte dalle parti;
(d) i principi che precedono non sono derogabili per ordine del giudice, nè per acquiescenza delle parti;
(e) la nullità della consulenza, derivante dall'avere il c.t.u. violato il principio dispositivo o le regole sulle acquisizioni documentali, non è sanata dall'acquiescenza delle parti ed è rilevabile d'ufficio."

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

L'eccezione non ha pregio.

In disparte la scarsa chiarezza della sua proposizione, si osserva che, se è vero che fin dall'atto di citazione di primo grado a f. 9 l'attore ,al fine di inquadrare il rapporto tra la struttura e la paziente *Per_1* , ha invocato la responsabilità " contrattuale" (e in effetti ciò giustifica anche la domanda risarcitoria iure hereditatis, oltre che una più agevole ripartizione degli oneri probatori rispetto alla danneggiata), **è anche vero che, comunque, a f. 16 dell'atto di citazione di primo grado, il** *Pt_1* **ha espressamente invocato e richiesto il danno non patrimoniale iure proprio per la perdita del congiunto.**

Risulta dunque chiara fin dall'inizio la duplicità del titolo fatto valere e la conseguente ammissibilità della domanda (anche) ***iure proprio*****.**

Cassazione civile sez. III - 11/11/2019, n. 28993 ha espressamente posto in luce che il danno da perdita del rapporto parentale fatto valere dai parenti iure proprio, **ripete il suo autonomo fondamento (e l'autonomia del conseguente petitum processuale**) in ragione della anticipazione dell'evento morte, per cui le stesse pretese **si tramutano in domanda di risarcimento tout court del danno da perdita anticipata del rapporto parentale.**

D'altra parte Cassazione civile sez. III - 19/03/2018, n. 6689 ha chiarito a sua volta la distinzione e la cumulabilità delle due domande , evidenziando (ai punti a) e b) ai fini della domanda proposta iure hereditatis e al punto c) ai fini della domanda iure proprio) che : **a)** la responsabilità dell'ente prescinde dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trova invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni ad esso direttamente riferibili e , in virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori;**b)** non può considerarsi incoerente rispetto a tale inquadramento l'operata estensione della responsabilità contrattuale dell'ente anche nei confronti del coniuge della paziente alla luce del principio che connette al contratto di spedalità effetti protettivi anche nei confronti di chi sia legato da un particolare rapporto di natura familiare ed affettiva al diretto destinatario della prestazione sanitaria in ragione dell'esigenza di riconoscere tutela, oltre al paziente, a soggetti terzi (v. Cass. 11/05/2009, n. 10741; Cass. 02/02/2010, n. 2354; Cass. 02/10/2012, n. 16754); **c)** l'idoneità delle allegazioni e delle richieste formulate in citazione sono tali da comprendere anche il danno non patrimoniale sofferto dei prossimi congiunti della vittima primaria in ragione della compromissione del loro diritto ad un normale rapporto familiare.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

5.Ciò posto, ragioni di priorità logica e cronologica impongono di vagliare subito **la prima parte del primo motivo**, relativo alla censura sulla sperimentazione della Org_4 , che per tale profilo **risulta infondato**.

Occorre in generale premettere che la CTU espletata in grado di appello non deve essere in alcun modo rinnovata **, stante la persuasività e la coerenza dell'iter logico cui anche questa Corte ritiene di assicurare persistente adesione** .

Tanto premesso, si deve rilevare che, con il primo motivo di appello principale (nella sua prima parte), l'appellante lamenta che il primo Giudice , pur inquadrando correttamente la responsabilità nell'ambito " contrattuale" e pur dando atto che secondo l'ausiliario del ctu prof. Per_7 era stato utilizzato un farmaco sperimentale quale l Org_4 , avrebbe però errato nella esclusione del nesso causale tra l'impiego del farmaco e l'evento, sostenendo che invece la complicanza insorta si sarebbe potuta verificare qualunque fosse stato il farmaco usato, con ciò escludendo la responsabilità professionale dei sanitari, nonostante la documentazione prodotta (segnatamente i doc.6 e 6b), obliterando di considerare che era sconsigliabile l'utilizzo del farmaco Org_4 che era pacificamente un farmaco altamente cardiotossico e che il decesso era avvenuto per sfiancamento globale del cuore.

Occorre premettere che anche in primo grado il prof. Persona_13 (vieppiù invocato dalla difesa appellante) , pur specificando che si trattava di una cura sperimentale, aveva tuttavia aggiunto – e la precisazione è fondamentale sul piano eziologico – " *non ritengo che la signora sia deceduta " a causa" della terapia sperimentale, poiché la medesima complicazione con il medesimo esito avrebbe potuto verificarsi anche se la terapia fosse stata standard,* ***ma "durante"*** *o "nel seguito" di una terapia sperimentale* " .

La ctu in sede di appello ha espressamente e ancor più in dettaglio affrontato la questione relativa all'uso del farmaco Org_4 , avvalendosi oltre che del medico legale dr. [...] Per_10 e dell'infettivologo dr. Persona_5 di Milano ,di cui si è già parlato, anche del prof. Persona_11 professore di Ematologia presso l Organizzazione_6 Milano e della d.ssa Persona_12 (Vice-Direttore della Divisione Organizzazione_7 [...] Organizzazione_8 di Milano).

Partendo da quest'ultima valutazione, occorre dare atto che la d.ssa Per_12 (a f. 43 della relazione) ha espressamente **escluso la cardiotossicità,** corredando la sua valutazione con letteratura scientifica e affermando che: "*Nel caso* " Per_1 *il farmaco incriminato è l* Org_4 "Org_ *farmaco antitumorale impiegato nel trattamento di alcune leucemie. Nei primi anni '90 anni in cui il fatto è avvenuto, il farmaco* Org_4 *veniva indicato come in fase di studio e veniva segnalata la possibilità di una tossicità sia di tipo aritmico sia di disfunzione contrattile. I dati disponibili in letteratura (Pub Med) non sono concordanti (3 - 4 - 5 – 6 -7 -8 - 9), riportando dati di sicurezza alcuni e di danno*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

miocardico altri. C'è concordanza sull'importanza di monitorare i valori di Per_14 *(5-6) e correggerli per evidenza di modificazioni dell'ECG sia per quanto riguarda il QTc (un intervallo che viene misurato nell'elettrocardiogramma) sia per l'insorgenza di aritmie ventricolari. Dalla cartella clinica della paziente si rileva che periodicamente venivano eseguiti dei prelievi ematici con emocromo ed elettroliti e la Kaliemia risulta alterata solo nell'ultimo prelievo disponibile (K 3.2).La cartella riporta due ECG che risultano normali.*

Mi sento di concludere, da quanto emerge dai dati visionabili e disponibili, che il decesso della paziente <u>non sia da attribuire a cardio-tossicità</u>; fermo restando che in caso di polmonite massima in paziente neutropenica anche il cuore abbia alla fine ceduto come da reperto autoptico."

A conclusioni analoghe sul punto della prospettata, ma non ravvisata, "cardiotossicità" è pervenuto anche l'ematologo prof. Per_11 (a f. 38): "*Per concludere, è possibile affermare quanto segue.* Org_10 *è un farmaco gravato, come molti citostatici, di una serie di potenziali tossicità nei confronti di vari organi ed apparati. Tra queste, quella prevalente appare essere la mielotossicità.* ***Per quanto attiene la cardiotossicità, essa è stata descritta, ma non vi è nessuna evidenza che essa sia di grado superiore a quella delle Antracicline o degli Antracenedioni, farmaci che avrebbero dovuto essere impiegati in consolidamento in associazione ad*** Org_1 ***ove la paziente non fosse stata inserita nel protocollo*** Org_12 ***che prevedeva l'uso di Amsacrina****. Il meccanismo cardiolesivo dell'Amsacrina differisce poi da quello delle antracicline/antracenedioni: amsa può provocare interferenza con i canali cardiaci del potassio, indurre allungamento del tempo QT e favorire pertanto l'insorgenza di aritmie o bradicardie spinte, mentre gli altri farmaci aumentano lo Stress ossidativo sulla miocellula cardiaca potendo in conseguenza provocare Disfunzione ventricolare sinistra e quindi Scompenso cardiaco. Sulla pompa elettromeccanica cardiaca, pertanto, il potenziale cardiotossico di* Org_10 *appare moderato e prevalentemente indirizzato verso la parte "elettrica", mentre quello di Daunomicina, Adriamicina, Idarubicina e Mitoxantrone è prevalentemente indirizzato verso la parte "meccanica" della pompa. Non vi sono nella documentazione della paziente segnali di aritmie minacciose e/o bradiaritmie severe.* ***<u>Il potenziale cardiotossico di amsacrina risulta privo di rilievo causale rispetto al decesso della paziente e la sua sostituzione con altro inibitore delle topoisomerasi (Daunomicina o Idarubicina) non ne avrebbe comunque ridotto il potenziale cardiotossico.</u>"***

Inoltre, con riferimento all'infezione, lo specialista ematolgo prof. Per_11 ha anche **escluso elementi di "colpa medica" nell'operato dei sanitari**, pur evidenziando le "complicanze" infettive dato che: *"La paziente in oggetto, dunque, è stata sottoposta ad un* ***ciclo di consolidamento che, pur fondato su solide basi razionali e conferme sperimentali, si è rivelato gravato da eccessiva tossicità, in particolare infettiva*** *in vista delle profonde e durature neutropenie che esso induceva.*

Come già sottolineato nella disamina dell'excursus clinico della paziente, l'attenzione alle complicanze infettive ed emorragiche rappresenta l'elemento cardine della valutazione clinica e di laboratorio nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

paziente pancitopenico, quale era la paziente dopo il primo ciclo di consolidamento e quale sarebbe comunque stata se fosse stato impiegata un'altra delle associazioni chemioterapiche in uso in quel periodo storico. Non vi è storia di emorragie minacciose nella fase di consolidamento e la paziente è stata correttamente supportata da trasfusioni di globuli rossi e di piastrine sulla base dei dati emocromocitometrici seriati.

La paziente è invece deceduta per una severa ed inarrestabile infezione da Pseudomonas aeruginosa MDR (multiresistente) complicata da shock settico ed insufficienza cardiorespiratoria terminali, in soggetto affetto da leucemia acuta, neutropenia severa e broncopolmonite dei lobi polmonari medio-inferiore.È del tutto coerente come da riscontro autoptico che la massiccia polmonite necrotizzante della paziente fosse sostenuta dallo stesso agente causale, Ps. aeruginosa, riscontrato nel torrente ematico…..*…..una sepsi da Pseudomonas che insorga in un paziente, come nel caso in esame, affetto da leucemia acuta e da neutropenia severa ha una prognosi, in termini di letalità, nettamente peggiore rispetto a quella di un paziente immunocompetente e con una normale quota di neutrofili circolanti****…. Pur ipotizzando l'esecuzione di una Rx torace in 16a giornata e l'introduzione in quel giorno di una terapia empirica alla luce del verosimile riscontro di un focolaio broncopneumonico medio-basilare dx, tale terapia (costituita da un aminoglicoside e da una cefalosporina, com'era prassi allora in tutto il mondo occidentale)* ***non sarebbe stata efficace.*** *Essendo la paziente non ipertermica e senza compromissione dei parametri vitali, in accordo con le linee di comportamento dell'epoca, la terapia sarebbe stata mantenuta senza variazioni per almeno 72 ore prima di procedere ad un nuovo controllo radiologico, giungendo così a ridosso della giornata in cui si manifestò la sepsi****. L'introduzione a quel punto di un carbapenemico, cui a posteriori sappiamo essere sensibile il germe causale, non avrebbe potuto mutare l'andamento devastante del quadro polmonare e della sua disseminazione ematogena****.***

In buona sostanza, non si riscontano oggettivi elementi di colpa medica nella condotta dei sanitari che ebbero in cura la paziente*."* [2]

[2] Ancor più in dettaglio il prof. *Per_11* ha spiegato (f. 31 e ss) che: "Posta correttamente, per le disponibilità diagnostiche del tempo, la diagnosi di LAM di tipo M2 con displasia trilineare, la paziente è stata REGISTRATA in un protocollo europeo, sponsorizzato da due grandi organizzazioni scientifiche, *CP_12* (sovranazionale, francofona in origine ma estesasi alla Comunità Europea) e *Org_5* (italiana, a coprire tutto il territorio nazionale). Tale protocollo, da considerarsi nel suo insieme **come studio di Fase 3,** era molto articolato, tanto da consigliare lo writing committee, al momento della stesura del report pubblicato sul *Org* , di inserire nella pubblicazione un algoritmo esplicativo. Lo studio, molto ampio per avere una potenza statistica sufficiente, pienamente al passo coi tempi e ben dettagliato, aveva come obbiettivo primario quello di valutare se l'utilizzo dell *Parte_6* offrisse un vantaggio rispetto a una SECONDA terapia di consolidamento convenzionale, in termini di percentuali di sopravvivenza libera da malattia a 3 anni dal conseguimento della remissione completa (Disease Free Survival-DFS) e collateralmente se un eventuale vantaggio nella DFS si traducesse anche in un prolungamento della sopravvivenza globale dei pazienti autotrapiantati.

Il protocollo era rivolto a pazienti "giovani", affetti da LAM de novo o preceduta da mielodisplasia di durata inferiore ai 6 mesi, i quali avessero conseguito la remissione dopo una terapia di induzione classica (3+7 Dauno/Ara-C) e avessero quindi praticato tutti un PRIMO consolidamento in cui *Org_* (a dosi più alte e non in infusione continua come

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

nel 3+7) veniva associato ad *Org_10* (farmaco allora molto promettente, ad attività intercalante sul DNA e inibente le topoisomerasi in modo analogo alla Daunomicina). Solo i pazienti che avessero completato il primo consolidamento venivano avviati a diversi destini terapeutici: coloro che avessero un donatore familiare HLA compatibile procedevano a Trapianto Allogenico (via preclusa alla paziente in oggetto per mancanza di donatore adeguato), gli altri venivano RANDOMIZZATI per essere assegnati casualmente ad uno dei due bracci sperimentali: Trapianto Autologo vs Terapia Convenzionale (via purtroppo preclusa alla paziente in oggetto per exitus in corso di primo consolidamento).

In accordo con la flow chart del protocollo**, la paziente ha praticato la terapia di induzione della remissione secondo lo schema 3+7. Tale associazione chemioterapica rappresenta ancor oggi, a circa 30 anni di distanza, uno dei trattamenti di prima linea più usati in tutto il mondo e certamente è la pietra di paragone con cui confrontare, in termini di efficacia e tossicità, qualunque nuova terapia front-line si voglia impiegare nella LMA in pazienti di età < 65 anni**. La terapia di induzione, complessivamente ben tollerata, ha permesso alla paziente di conseguire rapidamente la Remissione Completa (RC), come accertato dalla normalizzazione della crasi ematica periferica e del quadro midollare. **Remissione Completa non equivale però ad Eradicazione della leucemia**……..La RC infatti rappresenta un elemento necessario, ma non sufficiente a garantire al paziente una lunga sopravvivenza. Pertanto, ottenuta la remissione, è stato corretto proseguire il trattamento della paziente con un primo ciclo di consolidamento. In accordo col protocollo *Org_12* la paziente ha praticato un ciclo di chemioterapia con la combinazione Ara-C + *Org_10* **Anche l'uso di Ara-C in consolidamento è quasi imprescindibile ancor oggi e, incidentalmente, appare particolarmente efficace in alcune forme di LMA (core binding factor leukemias) che possono presentare una morfologia FAB M2.** La dose di Ara-C contemplata nel protocollo e somministrata alla paziente può essere definita come Intermedia (A6, 6g/m2 totali) tra dose Standard ed Alte Dosi. ……

Accanto ad *Org_*, in quegli anni, sono state proposte e valutate molte molecole citotossiche (antracicline, antraceni, amsacrina, epipodofillotossine ecc.) ed Amsacrina appare, nel contesto temporale e della patologia trattata, una delle scelte condivisibili. Il farmaco aveva già maturato basi solide in studi di fase I e II e studi di fase III erano in corso o recentemente pubblicati. Pur non essendo commercializzata in Italia, lo era in altri paesi EU e la scelta di *CP_12*, condivisa da *Org_5* , *Org_* un citotossico con azione citocida potente e meccanismo d'azione similare ma non identico a quello della Daunomicina usata in Induzione. **La paziente ha dunque iniziato, senza soluzione di continuo dell'ospedalizzazione iniziale, il ciclo di consolidamento**. Esso è stato inizialmente ben tollerato, se si escludono uno stato di generale malessere, saltuaria febbricola, rash cutaneo, fotofobia e congiuntivite da imputarsi ad una tossicità acuta, ascrivibile all *Org_*, nota per poter generare frequentemente tali effetti avversi.

Stante l'effetto mielodepressivo insito nel trattamento di consolidamento, è poi seguita una inevitabile fase di pancitopenia severa protrattasi sino al decesso della paziente. **Una citopenia periferica ed in particolare una neutropenia severa (granulociti neutrofili o polimorfonucleati-PMN circolanti <500/ µl) o molto severa (PMN <100/µl), della durata di 7-14 gg si verifica, a partire da 5-7gg dall'inizio della chemioterapia, dopo ogni trattamento citotossico ancor oggi abitualmente impiegato nella terapia di induzione**, consolidamento o reinduzione delle LAM e comprendente Ara-C in associazione ad altro/i chemioterapico/i. L'entità e la durata della neutropenia severa sono poi direttamente correlate alla insorgenza e severità delle complicanze infettive, in primis batteriche, che conseguono alla caduta verticale delle capacità dell'organismo di opporre una barriera……

Infezioni polmonari e batteriemie sono i due quadri più frequenti, minacciosi, spesso a rapida evoluzione e letalità, che si verificano in corso di neutropenia post-chemioterapica nel paziente affetto da leucemia acuta. All'epoca dei fatti in esame tali eventi polmonari o setticemici erano sostenuti in larga prevalenza da batteri Gram negativi e specificamente da *Controparte_13* (Klebsiella, Enterobacter, Serratia, ecc) e da Pseudomonadaceae (**Pseudomonas aeruginosa** e non-aeruginosa).

Durante la fase aplastica chemio-indotta, **la paziente ha contratto una polmonite massiva necrotizzante al campo polmonare inferiore (sede frequente di polmoniti da Pseudomonas) di dx, cui è conseguita una setticemia da Ps. aeruginosa documentata microbiologicamente. Drammaticità, rapidità ed alta letalità di questo tipo di infezioni delle vie aeree inferiori sono dovute alla mancanza pressoché totale di difese da parte dei granulociti neutrofili con conseguente dilagare di una infezione che dal focolaio polmonare invade il torrente ematico e porta allo shock settico terminale**. ……

Per quanto desumibile dal diario clinico della paziente, vi sono state quattro tipologie di riscontri patologici da valutare in ordine a una possibile insorgenza di infezione polmonare: la febbre, il reperto di sfregamenti pleurici in base dx, il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Da quanto fin qui esposto emerge che **la prima parte del primo motivo non può essere accolta, in quanto risulta smentita la dedotta efficienza causale della** *Org_4* **nel decesso della** *Per_1* , dovendosi escludere in primo luogo una sua specifica "cardiotossicità" (su cui l'appellante si sofferma a lungo in sede di appello, anche richiamando il doc. 6/B a firma del dr. *CP_1* con cui venivano trasmessi dati all *Org_5*) e dovendosi anche rilevare che anche una sua pur generale "tossicità" era sostanzialmente analoga a quella di altre terapie tradizionali del tempo (v. ancora prof. *Per_11* a f. 39): "*Come già sottolineato nella disamina dell'excursus clinico della paziente, l'attenzione alle complicanze infettive ed emorragiche rappresenta l'elemento cardine della valutazione clinica e di laboratorio nel paziente pancitopenico, quale era la paziente dopo il primo ciclo di consolidamento e* ***quale sarebbe comunque stata se fosse stato impiegata un'altra delle associazioni chemioterapiche in uso in quel periodo storico").***

6.**il primo motivo risulta altresì infondato anche con riferimento al ruolo dei due medici convenuti.**

Sulla condotta dei sanitari prof. *CP_4* e dr. *CP_1* risultano insuperabili – per il rigore scientifico con cui la fattispecie è stata analizzata – le considerazioni sul punto della ctu , in particolare avuto riguardo alle considerazioni dell'infettivologo dr. *Per_15* che ha evidenziato quanto segue (a f. 25):*" Ripercorso l'iter clinico conclusosi, purtroppo, con l'exitus della paziente,* ***non si rilevano sotto il profilo infettivologico comportamenti censurabili posti in essere dai sanitari che ebbero in cura la paziente.***

Dalla cartella clinica risulta corretta la gestione della antibiotico-terapia praticata alla paziente durante tutto il periodo di degenza.

In particolare, le caratteristiche delle molecole utilizzate garantivano adeguata copertura antibiotica sia su germi gram positivi sia gram negativi.

---

reperto di rantoli al campo polmonare inferiore dx, il quadro di ipertermia ed insufficienza cardiorespiratoria esitato nella morte della paziente. …..

I farmaci non avrebbero avuto un impatto positivo sulla evoluzione del quadro polmonare in infezione sistemica stante che il ceppo di Pseudomonas successivamente isolato dal sangue era ad essi resistente, ma l'approccio è comunque condivisibile. A posteriori, risulta di difficile comprensione l'interruzione dell'associazione aminoglicoside-cefalosporina dopo un solo giorno e la sua sostituzione con la rolitetraciclina, farmaco batteriostatico e non battericida ed il cui teorico ampio spettro era già minato all'epoca dei fatti dal riscontro di elevate percentuali di resistenza sia da parte di germi Gram + che, ancor più, da parte di enterobatteri e psedomonadaceae. L'evento setticemico terminale caratterizzato da ipertermia con fastigi superiori ai 39°C, shock e rapido deterioramento dei parametri vitali non è stato influenzato favorevolmente dalla associazione amikacina–ceftazidime (terapia empirica ampiamente utilizzata quale primo intervento d'emergenza nelle infezioni del neutropenico da agente eziologico sconosciuto) iniziata all'insorgere del quadro ipertermico, **stante la resistenza dello Pseudomonas isolato dal sangue alle famiglie, aminoglicosidi e cefalosporine, cui i 2 antibiotici rispettivamente appartengono.**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Condivisibile appare inoltre la variazione di terapia intervenuta dal 02.3.1991 con introduzione di Ceftazidime (cefalosporina di terza generazione) ed Amikacina (amminoglicoside) ai quali, dal 03.3.1991 venne associata la Teicoplanina (glicopeptide)".

7.Risulta invece parzialmente **fondata la seconda parte del primo motivo, nella parte che attiene al ruolo della Gestione Liquidatoria.**

La ctu esperita in questa sede e in particolare ancora una volta il dr. *Per_5* ha evidenziato (a f. 26) che: "*Purtroppo la predetta terapia si rilevò inefficace stante il profilo di antibiotico resistenza mostrato dal microrganismo responsabile della sepsi: Pseudomonas aeruginosa MDR (il cui isolamento venne comunicato il* [redacted] *a decesso avvenuto).*

A tale proposito, pur mantenendo il giudizio di corretto atteggiamento diagnostico-terapeutico da parte dei sanitari, non può non rilevarsi come la infezione da Pseudomonas aeruginosa MDR sia ascrivibile, per le peculiari caratteristiche microbiologiche del germe isolato (antibiotico resistenza), ad infezione nosocomiale o ICA (infezione correlata all'assistenza).....I fattori di rischio sono in relazione soprattutto *alle caratteristiche del paziente, alle procedure diagnostiche e terapeutiche invasive attuate,* ***ad eventuali terapie che possano far insorgere una debilitazione del sistema immunitario e alle condizioni igienico-sanitarie dell'ospedale stesso.....*** *Per quanto attiene la suscettibilità dell'ospite (il paziente ricoverato) va fatto particolare riferimento alle co-morbilità presenti che inficiano il suo stato immunitario così rendendolo esposto alle infezioni.Sono particolarmente esposti i nati prematuri, i neonati, le persone anziane.*

Sono ancora favorenti le infezioni nosocomiali *la comorbilità, quali malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, malattie dismetaboliche (diabete****), malattie neoplastiche****, lesioni cutanee, traumi gravi, deficit immunitari..... Va da sé che, per quanto attiene le infezioni ospedaliere,* ***non è possibile prescindere dall'adozione di idonee misure di prevenzione.....Infatti, pur se un'infezione ospedaliera può costituire una complicanza contemplata in letteratura, <u>ciò non può sempre essere considerato come "evento inevitabile</u>"****, sol se si ricorda come le infezioni nosocomiali risultano essere determinate dalla inosservanza di "precauzioni standard" che, come già ricordato, vanno dall'uso di dispositivi individuali al lavaggio accurato delle mani, all'igiene degli ambienti, dagli strumenti chirurgici e dei macchinari, etc. senza dimenticare la necessità di doversi procedere alla sanificazione ambientale."*

Occorre dunque indagare il ruolo delle "complicanze".

Era onere della Gestione Liquidatoria allegare e dimostrare fin dall'inizio e "in concreto" l'adeguato rispetto di tutte le raccomandazioni per la prevenzione del sito.

Peraltro si ricorda e si ribadisce ancora una volta che l'infezione da ***Pseudomonas aeruginosa*** **risulta documentata fin dal** [redacted] **e quindi purtroppo riconosciuta solo a decesso avvenuto.**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Risulta altrettanto pacifico che **la** *Per_1* **è sempre rimasta in ospedale per tutto il tempo senza mai rientrare a casa e risulta altresì pacifica, ancor prima, l'insussistenza dell'infezione alla data del ricovero e invece il sopraggiungere dei sintomi proprio nel corso del ricovero medesimo.**

L'accertata causazione del danno ad opera di un agente patogeno particolarmente diffuso in ambito ospedaliero, la mancata dimostrazione ad opera della struttura sanitaria di aver adottato tutte le dovute precauzioni per evitare l'evento dannoso, non possono che condurre all'affermazione della **responsabilità omissiva della struttura convenuta.**

Accertato, infatti, che l'infezione è stata certamente contratta presso la struttura sanitaria, attesa la tempistica e le modalità di insorgenza della patologia e **tenuto conto della situazione di immunodepressione della paziente non può affermarsi che trattavasi di un rischio "imprevedibile" e " non prevenibile" (come sostenuto dal primo Giudice**), rappresentando, invece, la complicanza infettiva certamente un'evenienza possibile da dover adeguatamente prevenire.

Se, infatti, grava sul soggetto danneggiato la prova dell'esistenza del contratto, dell'insorgenza della patologia, nonchè del nesso causale tra il pregiudizio lamentato e l'infezione (prova ampiamente fornita già con la produzione della certificazione relativa allo pseudomonas , poi confermata dalla ctu di appello), **è la struttura sanitaria a dover dimostrare di avere diligentemente operato al fine di scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico.**

Poiché trattavasi – lo si ripete per l'ennesima volta – di tema di indagine che era già emerso in primo grado (dato che **a f. 12-13 dell'atto di citazione di primo grado** viene dedicato un apposito paragrafo alla setticemia successiva a broncopolmonite causata dal germe pseudomonas , lamentando espressamente **l'inadeguata prevenzione** e cura della stessa) , **sarebbe stato onere della Gestione <u>dedurre ab initio</u> <u>e indi provare</u> anche questo aspetto, invece di allegare solo ora in appello nella seconda comparsa conclusionale e quindi tardivamente** *"l'ottima l'igiene/asepsi del settore di Ematologia* [redacted] *fiorentino nel 1991 ed adottate le dovute cautele nella cura della paziente* *Persona_1* *non dotata delle normali difese immunitarie"* **e di richiedere del pari tardivamente oltre che del tutto genericamente:** *"l'ammissione dell'attività istruttoria utile costituita da:*

- in tesi ordine di deposito al terzo *Controparte_6* *dei documenti relativi allo stato igienico sanitario del settore sede di Ematologia* [redacted] *fiorentino nell'anno 1991 ed alle cautele adottate nella cura dei pazienti colpiti da leucemia mieloide acuta non dotati delle normali difese immunitarie e come tali vittime di infezioni, cautele riferibili all'uso delle cose utili nella cura ed ai contatti con le persone (art. 210 cpc);*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

- in ipotesi domanda alla Pubblica Amministrazione Controparte_6 *delle informazioni relative ad atti e documenti riferibili allo stato igienico sanitario del settore sede di Ematologia* [redacted] *fiorentino nell'anno 1991 ed alle cautele adottate nella cura dei pazienti colpiti da leucemia mieloide acuta non dotati delle normali difese immunitarie e come tali vittime di infezioni, cautele riferibili all'uso delle cose utili nella cura ed ai contatti con le persone (art. 213 ed art. 96 disp. att. cpc)".*

Ininfluente (oltre che tardiva) è la produzione della documentazione relativa alla ristrutturazione della Parte_7 Parte_8 , con la rinnovazione degli impianti di varia natura (idrico, elettrico, di condizionamento ecc.).

Così come del tutto inutile (se non addirittura controproducente) risulta l'esternazione di analoghe richieste perfino in sede di difesa del prof. CP_4 (v. seconda comparsa conclusionale a f. 13), atteso che, se è vero che quest'ultimo viene difeso dagli stessi difensori della Gestione Liquidatoria, è anche vero che la CTU ha escluso sue specifiche responsabilità.

Ne consegue che, rilevata la **mancanza di tale prova - di cui era onerata ad origine la struttura sanitaria – si deve affermare la responsabilità di quest'ultima nella causazione dell'infezione, per non aver adottato le necessarie cautele atte ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva.**

Come chiarito, di recente, dalla Suprema Corte (cfr. Cass. n. 28989/2019*), "una volta comprovata la riconducibilità causale del danno alla salute al fatto della struttura sanitaria che aveva accettato il ricovero (....)* ***incombeva su detta struttura l'onere di fornire la prova della riconducibilità dell'inadempimento a una causa autonoma ad essa struttura non imputabile****, in coerenza al principio, consolidato nella giurisprudenza di legittimità, in forza del quale, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'insorgenza di una nuova malattia e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza"* (cfr. anche Cass. ordinanza n. 26700/2018; sentenza n. 18392/2017).

Peraltro ancor più chiaramente Sez. 3, Sentenza n. 13328 del 2015 del 30/06/2015 ha stabilito che : *Col lemma "**complicanza"**, la medicina clinica e la medicina legale designano solitamente un "evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile.*

Tale concetto è inutile nel campo giuridico*……..Al diritto non interessa se l'evento dannoso non voluto dal medico rientri o no nella classificazione clinica delle complicanze: interessa solo se quell'evento integri gli estremi della "causa non imputabile":* ***ma è evidente che tale accertamento va compiuto in concreto e non in astratto. La circostanza che un evento indesiderato sia qualificato dalla***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

clinica come "complicanza" non basta a farne di per sè una "causa non imputabile" ai sensi dell'art. 1218 c.c……. ed allora non gli gioverà la circostanza che l'evento di danno sia in astratto imprevedibile ed inevitabile, giacché quel che rileva è se era prevedibile ed evitabile nel caso concreto."

Nel caso di specie con riferimento allo specifico aspetto della prevenzione dell'infezione nosocomiale, alcuna prova liberatoria è stata in merito tempestivamente dedotta e fornita, il che comporta la responsabilità della Gestione Liquidatoria.

Resta poco da aggiungere in proposito, se non che la stessa Gestione Liquidatoria ammette (a f. 16 comp.risp) che la chemioterapia priva il paziente delle difese immunitarie e aumenta notevolmente la possibilità di infezioni, ma contrariamente a quanto sostiene la convenuta, questo avrebbe dovuto imporre maggiore attenzione e cautela e soprattutto una adeguata prevenzione delle possibili e anzi probabili infezioni , oltre alla omessa valutazione anche circa il possibile invio della paziente in "terapia intensiva".

Si può allora affermare che l'aspetto che maggiormente emerge è quello della *"mancata prevenzione"* .

Non si può pertanto ritenere sufficiente il richiamo dei CTP della Gestione Liquidatoria (a f. 4 delle osservazioni alla ctu) al fatto che e la *Per_1* si trovasse in una camera " ad ingresso controllato" e che il Reparto di Ematologia fosse stato antesignano per le precauzioni standard.

Anche ammesso (ma solo ora dedotto tardivamente) che la *Per_1* fosse stata ricoverata in " camera sterile" , rimane il fatto che evidentemente non tutte le precauzioni sono state adottate in Reparto per scongiurare l'infezione.

Ancora la ctu, nella parte finale trattata dal medico- legale dr. *Persona_10* (a f. 49) ha affermato che :"*Partendo dal presupposto che* ***non esistono dubbi sulla origine nosocomiale dell'infezione, la cui responsabilità è da identificarsi in una fase della degenza ospedaliera, si dovrà necessariamente assolvere il comportamento dei sanitari relativamente alla somministrazione di cure antibiotiche.***

Non dimentichiamo ***che la richiesta di radiografia del torace, anche nella invocata ipotesi (di parte ricorrente) di ritardata effettuazione della stessa, non avrebbe fornito indicazioni discriminanti circa la natura del germe coinvolto……****Pur ipotizzando l'esecuzione di una Rx torace in 16a giornata e l'introduzione in quel giorno di una terapia empirica, alla luce di un possibile riscontro di focolaio broncopneumonico medio-basilare dx, tale terapia (costituita da un aminoglicoside e da una cefalosporina, com'era prassi allora in tutto il mondo occidentale) non sarebbe stata efficace stante la antibiotico resistenza per come rilevata all'antibiogramma.****Infatti la radiografia nulla avrebbe potuto suggerire circa il profilo etiologico e microbiologico dell'agente responsabile del processo broncopnemonico"……..Per completezza scientifica non può tuttavia sottacersi come il decesso, intervenuto a seguito di sepsi da Pseudomonas aeruginosa MDR, sia riconducibile ad***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

una infezione di natura nosocomiale, la cui responsabilità risulta in capo all'azienda sanitaria che evidentemente non pose in essere tutti gli accorgimenti e/o le buone pratiche cliniche da adottarsi nel caso di specie per prevenire il contagio."

Come ritenuto anche da Cassazione civile sez. III - 19/03/2018, n. 6689 (nel decidere su un ricorso di una *Organizzazione_14*): "***E' stato altresì ormai da tempo chiarito che il rapporto paziente-struttura va considerato in termini autonomi dal rapporto paziente-medico,*** *e qualificato come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di spedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c..* ***Ne consegue che la responsabilità dell'ente prescinde dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trova invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni ad esso direttamente riferibili****, le quali - come rimarcato già da Cass. Sez. U. 11/01/2008, n. 577 - vanno ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori. L'ospedale è dunque tenuto ad adempiere la propria prestazione con la massima diligenza e prudenza. Il nosocomio, oltre che ad osservare le normative di ogni rango in tema di dotazione e struttura delle organizzazioni d'emergenza, deve tenere poi in concreto, per il tramite dei suoi operatori, condotte adeguate alle condizioni del paziente e in rapporto alle precarie disponibilità di mezzi e risorse, adottando di volta in volta le determinazioni più idonee a scongiurare l'impossibilità di salvataggio del soggetto leso (Cass. n. 21090 del 2015). Ciò comporta che si può avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche del personale ausiliario, nonchè della struttura stessa (insufficiente o inidonea organizzazione".*

Sussiste, pertanto, valido nesso causale tra la degenza e l'infezione, essendo certo, infatti, che tale infezione non fosse presente al momento del ricovero, e che sia insorta successivamente nel periodo in cui la *Per_1* rimase ricoverata.

Secondo l'ormai consolidato orientamento della Suprema Corte, chi lamenta l'inadempimento di una obbligazione contrattuale deve soltanto dimostrare l'esistenza e l'efficacia del contratto, mentre è onere del convenuto dimostrare o di avere adempiuto, ovvero che l'inadempimento non è dipeso da propria colpa (cfr., da ultimo, Cass. sez. un. 30.10.2001 n. 13533).

Ciò, premesso, deve rilevarsi come nel caso di specie non solo la convenuta non abbia in alcun modo superato la presunzione posta a suo carico dall'art. 1218 c.c., ma anzi l'istruttoria compiuta abbia fatto emergere concreti profili di colpa a suo carico, confermati dalla ctu esperita (Cassazione civile sez. III - 11/11/2019, n. 28985 :*Nel giudizio di responsabilità medica,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

per superare la presunzione di cui all'articolo 1218 del cc, ***non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una complicanza, rilevabile nella statistica sanitaria****, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito* ***il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi a un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile.*** *(Nella specie, ha osservato la Suprema corte* ***all'accertamento, in concreto, della colpa generica e della non assoluta imprevedibilità delle accertate complicanze - in quanto rischio possibile, sia pure non probabile - corrisponde la assenza della prova liberatoria*** *della responsabilità professionale)".*

8. **Risulta invece infondato il secondo motivo relativo al rigetto della domanda sotto il profilo del consenso informato.**

Il primo Giudice ha affermato che non vi è prova che la Per_1 qualora fosse stata informata, avrebbe deciso di non seguire la terapia a base di Org_4 .

Ha quindi escluso che tale mancanza di informazione abbia cagionato un danno alla salute ed ha anche escluso una lesione sul piano del c.d. danno all'autodeterminazione.

L'attenzione, avuto riguardo al tenore della censura svolta, deve rivolgersi soprattutto sul secondo profilo.

La giurisprudenza di legittimità è ferma nel ribadire (v. da ultimo Cassazione civile sez. III - 26/05/2020, n. 9887) quanto segue:"*Orbene tra gli elementi costitutivi della fattispecie del diritto al risarcimento del danno per lesione del diritto alla autoderminazione cagionata dalla inesatta od incompleta informazione del medico volta ad acquisire la -valida e consapevole- manifestazione di consenso del paziente****, non può prescindersi dalla prova che la condotta di quest'ultimo, se correttamente informato, sarebbe stata certamente diversa, ossia che avrebbe certamente rifiutato di sottoporsi all'intervento chirurgico…….. La allegazione dei fatti dimostrativi della opzione "a monte" che il paziente avrebbe esercitato viene, quindi, a costituire elemento integrante dell'onere della prova del nesso eziologico tra l'inadempimento e l'evento dannoso, che in applicazione dell'ordinario criterio di riparto ex art. 2697 c.c., comma 1, compete ai danneggiati…." (cfr. Corte Cass. Sez. 3 -, Ordinanza n. 19199 del 19/07/2018, in motivazione).* "

A sua volta Cassazione civile sez. III - 11/11/2019, n. 28985 ""*Il risarcimento del danno da lesione del diritto di autodeterminazione che si sia verificato per le non imprevedibili conseguenze di un atto terapeutico, pur necessario ed anche se eseguito "secundum legem artis", ma tuttavia effettuato senza la preventiva informazione del paziente circa i suoi possibili effetti pregiudizievoli e dunque senza un consenso consapevolmente prestato****, dovrà conseguire alla allegazione del relativo pregiudizio ad opera del paziente,*** *riverberando il rifiuto del consenso alla pratica terapeutica sul piano della causalità giuridica ex art. 1223 c.c. e cioè della relazione tra evento lesivo del diritto alla*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

autodeterminazione - perfezionatosi con la condotta omissiva violativo dell'obbligo informativo preventivo - e conseguenze pregiudizievoli che da quello derivano secondo un nesso di regolarità causale.

Il paziente che alleghi l'altrui inadempimento sarà dunque onerato della prova del nesso causale tra inadempimento e danno, posto che:

a) il fatto positivo da provare è il rifiuto che sarebbe stato opposto dal paziente al medico;

b) il presupposto della domanda risarcitoria è costituito dalla scelta soggettiva del paziente, sicchè la distribuzione del relativo onere va individuato in base al criterio della cd. "vicinanza della prova";

c) il discostamento della scelta del paziente dalla valutazione di necessità/opportunità dell'intervento operata dal medico costituisce eventualità non corrispondente all'"id quod plerumque accidit".

Tale prova potrà essere fornita con ogni mezzo, ivi compresi il notorio, le massime di esperienza, le presunzioni, queste ultime fondate, in un rapporto di proporzionalità diretta, sulla gravità delle condizioni di salute del paziente e sul grado di necessarietà dell'operazione, ***non potendosi configurare, "ipso facto", un danno risarcibile con riferimento alla sola omessa informazione, attesa l'impredicabilità di danni "in re ipsa" nell'attuale sistema della responsabilità civile".***

Il motivo deve dunque essere respinto, il che comporta l'inevitabile **assorbimento degli appelli incidentali condizionati** , tutti aventi ad oggetto la dedotta "tardività" della relativa domanda, che per gli appellanti incidentali sarebbe stata proposta con la memoria ex art. 183 depositata in data 1.10.2007 (al qual proposito e solo incidentalmente si osserva comunque che la domanda era già contenuta nell'atto di citazione di primo grado, ampiamente esposta a f. 5-7 dell'atto di citazione e nella memoria 183 n.1 la domanda risulta solo meglio precisata, per cui si verte nel campo della *emendatio*).

9.Prima di procedere alla quantificazione del danno, si deve compiere, una ulteriore puntualizzazione, necessitata da quanto sostenuto a f. 6 della seconda memoria di replica dalla Gestione liquidatoria, laddove evidenzia che *"I nuovi consulenti tecnici, nella valutazione del danno alla persona dal punto di vista medico legale, comunicano al giudice di appello con le percentuali indicate* ***un semplice danno da perdita di chances*** *(relazione depositata motivi e conclusioni pag. 75). E nelle tante domande di risarcimento danno comunicate nel tempo da* Parte_1 *non esiste la domanda di risarcimento del danno da perdita di chances (infatti la domanda di un semplice danno da perdita di chances non è implicita nella domanda di risarcimento del danno alla persona in vita e/o da uccisione, inevitabile una domanda esplicita e distinta: l'esatta interpretazione della disciplina legale nella decisione di Cassazione civile Sezione III 29/11/2012 n. 21245)."*

In realtà , le conclusioni esatte della ctu sono le seguenti a f. 75: "*In data 23.12.2019 il Collegio di Ufficio conferma i contenuti della bozza dai quali emerge come il decesso intervenuto sulla signora* Persona_1 *sia* ***da imputare causalmente ad una infezione nosocomiale, evento posto in***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

termini di responsabilità in capo all'azienda sanitaria allora coinvolta, che nel caso di specie, pur avendone l'obbligo, non riuscì a prevenire il contagio.

Qualora non fosse intervenuto tale fattore determinante, la sopravvivenza della paziente, in sede strettamente oncologica, sulla scorta delle statistiche vigenti all'epoca dei fatti, si attestava, come già indicato nelle sezioni specialistiche, per fascia di età al 60-80% di remissioni complete, ***con una sopravvivenza libera da malattia in circa il 30-40% dei casi."***

Risulta, pertanto, evidente che il richiamo alle possibilità di sopravvivenza non fa riferimento ad una "perdita di chance" e quindi deve essere intesa non come perdita della possibilità di conseguire un risultato migliorativo della situazione preesistente ,bensì **come il (mancato) risultato stesso (nel caso di specie, la perdita anticipata della vita)**

Ha precisato di recente Cassazione civile sez. III - 11/11/2019, n. 28993 che :*" La domanda giudiziale che configuri una ipotesi di danno da perdita di chance di sopravvivenza (fatto valere dai congiunti della vittima iure hereditario), e un danno da perdita di chance di godere del rapporto parentale fatto valere dai parenti iure proprio, ripete, pertanto, il suo autonomo fondamento (e la autonomia del conseguente petitum processuale) in ragione della incertezza sull'anticipazione dell'evento morte.* ***Le stesse pretese si tramutano, di converso, in domanda di risarcimento tout court del danno da perdita anticipata del rapporto parentale, ove sia certo e dimostrabile, sul piano eventistico, che la condotta illecita abbia cagionato l'anticipazione dell'evento fatale,*** *costituendo, in tale ipotesi, un evidente paralogismo l'evocazione della fattispecie della chance - fondato sull'equivoco lessicale indotto dalla locuzione "perdita della possibilità di vivere meglio e più a lungo", mentre l'evento di danno è specularmente costituito dalla perdita anticipata della vita e dall'impedimento a vivere il tempo residuo in condizioni migliori e consapevoli…….Pertanto, nei casi in cui l'evento di danno sia costituito non da una possibilità - sinonimo di incertezza del risultato sperato -* ***ma dal (mancato) risultato stesso, non di chance perduta par lecito discorrere, bensì di altro e diverso evento di danno (in ambito sanitario, la perdita anticipata della vita, rigorosamente accertata come conseguenza dell'omissione sul piano causale****)……. A quanto sinora esposto consegue che, provato il nesso causale secondo le ordinarie regole civilistiche, rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze,* ***il risarcimento di quel danno sarà dovuto integralmente."***

10.Tanto premesso, l'attore/appellante ha dedotto conseguenze lesive determinatesi sia nella sfera della de cuius, per le quali, come detto, ha agito iure hereditatis - individuate nelle sofferenze ante mortem subite dalla *Per_1* – sia nella propria personale sfera giuridica – rappresentate dal danno "parentale " subito in conseguenza della morte della prossimo congiunta (oltre che nel danno patrimoniale)

A)Sul danno subito dalla de cuius.

Secondo l'elaborazione della giurisprudenza di legittimità "*Il danno subito dalla vittima, nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo, è configurabile e trasmissibile agli eredi nella duplice componente di* ***danno biologico "terminale", cioè di danno***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

biologico da invalidità temporanea assoluta, e di danno morale consistente nella sofferenza patita dal danneggiato che lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita; la liquidazione equitativa del danno in questione va effettuata commisurando la componente del danno biologico all'indennizzo da invalidità temporanea assoluta e valutando la componente morale del danno non patrimoniale mediante una personalizzazione *che tenga conto dell'entità e dell'intensità delle conseguenze derivanti dalla lesione della salute in vista del prevedibile "exitus"" (Cass. Civ. Sez. L. Ordinanza n. 17577 del 28/06/2019).*

Nel caso di specie, la sofferenza lamentata, intesa come pregiudizio alla salute della cuius può essere sicuramente ravvisata nell'apprezzabile menomazione all'integrità psicofisica patita dalla *Per_1* protrattasi dal **19.2.1991 al** [redacted] e quindi per **13 giorni** A tale voce, deve andare ad aggiungersi l'ulteriore danno rappresentato dalla sofferenza morale, **non essendo mai stato contestato che la stessa è rimasta cosciente fino alla fine.**

Tale pregiudizio, come noto, matura per la "cosciente percezione" dell'imminenza della morte se nel tempo che si dispiega tra la lesione ed il decesso la persona si trovi in una condizione di "lucidità agonica", in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 26727 del 23/10/2018; cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 21060 del 19/10/2016; Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 23183 del 31/10/2014).

Questa sofferenza può essere multiforme, e può consistere nel sentire la paura della morte; il dispiacere di lasciar sole le persone care; la disperazione; il tormento e così via, secondo le purtroppo infinite combinazioni di dolore che il destino può riservare all'essere umano.

Nel caso di specie, tenuto conto che fino al 3.3.1991 la paziente era perfettamente lucida e quindi cosciente del progressivo aggravamento, si può desumere come alle condizioni di grande sofferenza fisica si sia accompagnato nella paziente uno stato di prostrazione e di afflizione morale derivante dalla consapevolezza dell'imminenza della fine.

Ciò premesso, ritiene la Corte che nel caso di specie la liquidazione del **danno c.d. terminale -** avuto riguardo ai criteri desumibili sul punto dalle tabelle da ultimo elaborate (marzo 2018) dall'Osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano, che si valutano rispondenti ai parametri di adeguatezza e di effettività del ristoro indicati dalla Suprema Corte (cfr. Cass. Civ. Sez. 3^ sentenza n. 20915/2016 e Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 23183 del 31/10/2014) – sia comprensivo (come specificano **i "criteri orientativi" a f. 46 e ss allegati alle medesime tabelle ambrosiane del 2018)** di *"ogni aspetto biologico e sofferenziale"* atteso che " *onde evitare il pericolo di duplicazione delle medesime poste di pregiudizio****, la categoria del danno terminale deve intendersi comprensiva dei pregiudizi altrove definiti come <<danno biologico terminale>> e << da lucida agonia o morale catastrofale>>****; non solo la liquidazione del danno terminale, proprio*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

in quanto comprensiva di ogni voce di pregiudizio non patrimoniale patita in quel lasso di tempo esclude la separata liquidazione del danno biologico temporaneo <<ordinario>> da intendersi quindi assorbita".
Inoltre specificano le medesime linee guida che "*il Giudice potrà innanzitutto valorizzare equitativamente* ***i primi tre giorni di sofferenza liquidando una somma determinata entro il tetto massimo di € 30.000 non ulteriormente personalizzabile";*** "***a partire dal quarto giorno la valutazione giornaliera del danno sarà comunque personalizzabile*** *in relazione* ***alle circostanze del caso concreto e del particolare sconvolgimento che risulti di volta in volta provato.*** *Si propone che tale personalizzazione non superi il limite del 50% da riconoscersi quale maggiorazione dei valori puntualmente espressi dall'applicazione della tabella di base".*
Trattasi di criteri tutti pienamente adottabili nel caso di specie trattandosi di una giovane donna di 36 anni, già fortemente provata dalla leucemia e di seguito progressivamente debilitata dalla infezione contratta di cui ha dovuto seguire impotente tutta l'evoluzione .
Utilizzando il parametro nella sua massima estensione per i primi tre giorni (€ 30.000,00), va poi quantificato in € 14365,5 il danno in relazione ai rimanenti 10 giorni (dal quarto al tredicesimo giorno= € 9577 + 50% pari a 4788,50 = € 14365,5), per un totale di € **44365,5** somma espressa in moneta attuale e quindi da incrementare degli interessi legali sulla somma previamente devalutata alla data dell'evento luttuoso ([redacted] e poi via via rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza e oltre interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, come previsto da Cass. Cassazione civile , sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712;
B)Sul danno " non patrimoniale "subito dall' appellante per la perdita del congiunto.
L'attore/appellante ha prospettato fin dall'atto di citazione di primo grado (a f. 16) **anche un danno iure proprio**, evidenziando come la scomparsa della giovanissima moglie fosse stata fonte di pregiudizio, attesa la grave compromissione della sfera affettiva/personale, patita a causa della morte del prossimo congiunto.
Ciò premesso, in base all'orientamento della giurisprudenza di legittimità, **il fatto illecito, costituito dalla uccisione del congiunto, dà luogo ad un danno non patrimoniale presunto, consistente nella perdita del rapporto parentale,** allorché colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 4253 del 16/03/2012. Ed ancora: "L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima (cfr. Cass. Civ. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 3767 del 15/02/2018).
Alla luce di tali condivisibili principi di diritto, la liquidazione del danno deve avvenire assumendo a parametro di riferimento i criteri tabellari in uso presso il Tribunale di Milano

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

(anno 2018) nei **valori massimi** (pari a € **331.920) ,** tenuto conto della natura e della intensità del legame tra i due giovanissimi coniugi , atteso che la misura massima di personalizzazione prevista in tabella deve essere applicata nel caso in cui possa desumersi il massimo sconvolgimento della propria vita in conseguenza della perdita del rapporto parentale.

Come ritenuto dalla Suprema Corte 21 settembre 2017, n. 21939 occorre tener conto dei seguenti criteri: "*del particolare tipo di legame tra la danneggiata e la vittima del sinistro; dell'età di entrambi; dell'entità e della consistenza del rapporto di convivenza"*, tenuto conto anche che detti presupposti possono essere dimostrati con ricorso alla prova presuntiva e in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza e alla gravità delle ricadute della condotta (Cassazione civile sez. III - 11/11/2019, n. 28989)

Nel caso di specie vanno considerati:

- la giovanissima età di entrambi;
- il sostanziale venir meno dell'intero nucleo familiare dei danneggiati (la cui vita di coppia è stata prematuramente stroncata);
- l'effettiva convivenza della congiunta con il *Pt_1*
- la traumatica scomparsa della congiunta, in una fase in cui la remissione della malattia aveva comunque alimentato, anche nello stesso *Pt_1* aspettative di proseguire una vita insieme .

Deve pertanto essere riconosciuto l'importo di € **331.920 a titolo di danno non patrimoniale iure proprio** somma espressa in moneta attuale e quindi da incrementare degli interessi legali sulla somma previamente devalutata alla data dell'evento luttuoso ([redacted] e poi via via rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza e oltre interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, come previsto da Cass. Cassazione civile , sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712;

C)Danno patrimoniale

L'attore (qui appellante) lamenta inoltre la perdita del contributo economico che la *Per_1* apportava alla famiglia in qualità di comandante dei Vigili Urbani di [redacted] ed ha sempre richiesto la somma – non specificata nelle ragioni del suo ammontare – di € 400.000.

In proposito è stata prodotta solo documentazione disorganica e cioè talune buste paga (di settembre 1989,maggio 1990, luglio 1990, febbraio 1990, gennaio 1991), ma non le necessarie e integrali dichiarazioni dei redditi di *Persona_1* nel periodo antecedente alla scomparsa.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Trattandosi di " danno futuro" e dovendosi procedere alla relativa "capitalizzazione" ,viceversa **avrebbe dovuto essere allegato e quindi provato il reddito netto annuo della scomparsa** e da lì, detratta la cd. "quota sibi, si sarebbe potuto procedere secondo il criterio di capitalizzazione , in base ad un coefficiente per la costituzione delle rendite vitalizie.

Come ha spiegato Cassazione civile sez. III - 05/07/2019, n. 18056: "*l'attore, sul quale incombeva il relativo onere, non ha dimostrato il proprio reddito. Si tratta d'una motivazione non solo ben chiara, ma anche ineccepibile. Infatti colui il quale assume che, in conseguenza d'un fatto illecito, ha perduto in tutto od in parte il proprio reddito da lavoro, ha l'onere di provare quale fosse tale reddito…… per l'ovvia ragione che la vittima d'un fatto illecito ha l'onere di provare non solo l'esistenza del danno, ma anche il suo ammontare.*"

La relativa voce di danno deve quindi essere respinta.

D)Spese.

Ad analoghe conclusioni in punto di **rigetto** occorre pervenire anche in riferimento alle spese mediche in quanto non documentate e comunque non individuabili trattandosi di paziente curata in una struttura pubblica e quindi a carico del SSN.

11.In conclusione, **in parziale riforma della sentenza gravata e in parziale accoglimento della domanda proposta da** *Parte_1* la convenuta in appello *Controparte_3* deve essere condannata a corrispondere all'attore l'importo complessivo di € **376.285,5** (€ 44365,5 + € 331.920), pari alla somma delle poste risarcitorie spettanti all'attualità, rispettivamente iure hereditatis e iure proprio, importo totale espresso anch'esso in moneta attuale e quindi da incrementare degli interessi legali sulla somma previamente devalutata alla data dell'evento luttuoso ([redacted] e poi via via rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza e oltre interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, come previsto da Cass. Cassazione civile , sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712;

12.Ne consegue, alla luce delle considerazioni fin qui svolte, che la sentenza impugnata debba essere riformata secondo quanto dianzi argomentato.

In considerazione dell'esito del giudizio, nel rapporto tra *Parte_1* e la *[...] CP_3* deve trovare applicazione l'orientamento della Suprema Corte secondo cui il giudice di appello, allorché riformi in tutto o in parte la sentenza impugnata, deve procedere d'ufficio, quale conseguenza della pronuncia di merito adottata, ad un nuovo regolamento delle spese processuali, il cui onere va attribuito e ripartito tenendo presente l'esito complessivo della lite poiché la valutazione della soccombenza opera, ai fini della liquidazione delle spese, in base ad un criterio unitario e globale, sicché viola il principio di cui all'art. 91 cod. proc. civ., il giudice di merito che ritenga la parte soccombente in un grado di giudizio e, invece, vincitrice in un altro grado (Sez. 6 - L, ord. 18 marzo 2014, n. 6259, rv. 629993).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Di conseguenza l'appellata *Controparte_3* **deve essere condannata a rifondere all'appellante le spese di entrambi i gradi di giudizio**.

La liquidazione deve avvenire sulla base del compenso per gli avvocati in ambito civile come stabilito per il primo grado ai sensi dell'art 11 D.M. 140/2012 (valore fino a € 500.000) e per il secondo dal D.M. 55/2014 (in vigore quest'ultimo dal 3.4.2014 e quindi successivo alla sentenza gravata, pubblicata il 25.3.2014), considerati il valore della controversia (ricompreso nello scaglione fino a € 520.001,00) e l'impegno difensivo prestato:

-quanto al primo grado:

Valore della Causa: da € 100.001 a € 500.000 ex art. 11 DM 140/2012

Fase di studio € 3.250,00

Fase introduttiva € 1.650,00

Fase istruttoria € 3.250,00

Fase decisoria € 4.050,00

Compenso tabellare ex art. 11: € 12.200,00 oltre € 340,00 per esborsi, oltre rimborso forfettario del 15%, IVA e CAP di legge;

-quanto al grado di appello

valore della Causa: Da € 260.001 a € 520.000 (DM 55/2014)

Fase di studio della controversia, valore medio: € 4.180,00

Fase introduttiva del giudizio, valore medio: € 2.430,00

Fase istruttoria e/o di trattazione, valore medio: € 5.600,00

Fase decisionale, valore medio: € 6.950,00

Compenso tabellare (valori medi):€ 19.160,00 oltre € 2556 per esborsi, oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge.

Parimenti, le spese di CTU di entrambi i gradi devono ricadere in via definitiva sulla *Controparte_3* **secondo quanto indicato nei rispettivi decreti di liquidazione,** mentre non risultano documentati gli esborsi sostenuti per le spese di ctp.

13.Invece con riferimento al rapporto processuale tra *Parte_1* da un lato e *[...]* *Controparte_2* e *CP_1* dall'altro e considerata la conferma – in detto segmento processuale - della statuizione di rigetto della sentenza gravata per le ragioni diffusamente espresse nella presente motivazione, ne consegue in primo luogo la conferma della statuizione sulla compensazione delle spese del primo giudizio, non espressamente impugnata dai due appellati.

Inoltre, in relazione alle spese del presente grado, ricorrono comunque "gravi ed eccezionali ragioni" per compensare anche le spese di questo grado ai sensi dell'art. 92 co.2 cpc (per un'interpretazione costituzionalmente orientata di detta norma, occorre confrontarsi con Corte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

Cost., sentenza n.77/2018, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 92 c.p.c., comma 2, nel testo modificato dal D.L. 12 settembre 2014, n. 132, art. 13, comma 1, convertito, con modificazioni, nella L. 10 novembre 2014, n. 162, nella parte in cui non prevede che il giudice possa compensare le spese tra le parti, parzialmente o per intero, anche qualora sussistano altre analoghe gravi ed eccezionali ragioni).

La compensazione delle spese deve quindi essere statuita – anche in sede di impugnazione - in ragione della **estrema complessità anche scientifica nonché della oggettiva difficoltà degli accertamenti in fatto,entrambe idonee a incidere sull'esatta conoscibilità a priori delle rispettive ragioni delle parti.**

14. Stante l'assorbimento degli appelli incidentali condizionati proposti da *CP_1* *[...]* , *Controparte_2* *Controparte_3* , **non può esservi condanna al pagamento del doppio del contributo unificato**, trattandosi di sanzione conseguente alle sole declaratorie di infondatezza nel merito ovvero di inammissibilità o improcedibilità dell'impugnazione, ex art. 13, comma 1-quater, del d.P.R. n. 115 del 2002.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente decidendo sull'appello principale proposto da *Parte_1* (in proprio e quale erede di *Persona_1*) e sugli appelli incidentali condizionati rispettivamente proposti da *CP_1* , *Controparte_2* *[...]* *Controparte_3* in persona del Commissario Liquidatore pro-tempore, tutti avverso la sentenza del Tribunale di Firenze n. 954/2014 del 25.3.2014, così provvede:

1) in parziale accoglimento del gravame ed in parziale riforma della pronuncia impugnata, accertata e dichiarata la responsabilità della *Controparte_3* *[...]* nella causazione della morte di *Persona_1* , condanna la *Controparte_3* convenuta, in persona del legale rappresentante pro-tempore, a corrispondere all'appellante principale *Parte_1* a titolo di risarcimento, per le causali di cui in parte motiva, la somma complessiva di € 376.285,50 espressa in moneta attuale e quindi da incrementare degli interessi legali sulla somma previamente devalutata alla data dell'evento luttuoso ([redacted] e poi via via rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza e oltre interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo;

2) rigetta ogni altra domanda nei confronti di *CP_1* e *Controparte_2*

3) dichiara assorbiti gli appelli incidentali condizionati rispettivamente proposti da *CP_1* *[...]* , *Controparte_2* *Controparte_3* ;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269

4) conferma nel resto la sentenza gravata (ivi compresa la statuizione sulla compensazione delle spese di primo grado tra *Parte_1* da un lato e *Controparte_2* e *CP_1*);

5) condanna la *Controparte_3* in persona del Commissario Liquidatore pro- tempore a rifondere all'appellante *Parte_1* le spese relative ad entrambi i gradi di giudizio liquidate, come meglio specificato in parte motiva, quanto al primo grado, in € 12.200 per compensi oltre € 340,00 per esborsi, oltre rimborso forfettario del 15%, IVA e CAP di legge; quanto al secondo grado, in € 19.160 per compensi, oltre € 2556 per esborsi, oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge. ;

6) pone definitivamente le spese di tutte le CTU espletate in primo grado e nel presente grado a carico della *Controparte_3* ;

7) compensa integralmente le spese del presente grado tra *Parte_1* *[...]* *Controparte_2* e *CP_1* .

Così deciso in Firenze il 29.7.2020

Il Presidente rel.est.

d.ssa Simonetta Afeltra

Nota

La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-269