N. R.G. 1494/2020

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE

QUARTA SEZIONE CIVILE

La Corte di Appello di Firenze, Sezione Quarta Civile, in composizione collegiale, in persona dei magistrati:

Dott. Alberto Panu	Presidente
Dott. Ernesto Covini	Consigliere
Dott.ssa Giulia Conte	Consigliere Estensore

Ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. 1494/2020 promossa da:

Parte_1 (c.f. *C.F._1*) e *Parte_2* (c.f. *C.F._2* , con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliati come da procura in atti

APPELLANTI

contro

Controparte_1 (c.f. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata come da procura in atti

Controparte_2

(partita iva: *P.IVA_2* , con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata come da procura in atti

APPELLATI

CONCLUSIONI

Per gli appellanti:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

"La Corte d'Appello di Firenze, per le ragioni svolte, accolga l'appello proposto da *Pt_1* *[...]* e *Parte_2* contro l' *Controparte_1* e il *[...]* *Controparte_2* avverso l'ordinanza del 29 giugno 2020, comunicata l'8 luglio 2020, pronunciata ai sensi dell'art. 702 ter del codice di procedura civile dal Tribunale di Siena, Giudice Paolo Bernardini, all'esito delle cause civili riunite iscritte ai numeri 2687/2019 R.G. e 2696/2019 R.G., riformando quell'ordinanza nel modo seguente: accertati i fatti e le ragioni descritte, accertate le responsabilità dell' *Controparte_1* e dell *Controparte_2* per quanto sofferto dal loro congiunto *Parte_3* e per la sua morte, accertati i danni che in conseguenza di ciò il loro congiunto e loro stessi hanno subito, determinato il loro ammontare complessivo in Euro 918.630,27, salva la diversa somma maggiore o minore ritenuta giusta, anche con valutazione equitativa, e il loro diritto all'integrale risarcimento di quei danni in proprio e come eredi di *Parte_3* condanni l' *Controparte_1* *[...]* e l' *Controparte_2* in solido fra loro o in ipotesi ciascuna per la propria responsabilità, a risarcire quei danni in loro favore nell'importo sopraindicato di Euro 918.630,27 o in quello che sarà determinato in esito di causa, anche in via equitativa, con rivalutazione e interessi legali dal dovuto al saldo, e a pagare a loro spese e onorari di questa causa, per entrambi i gradi di giudizio, e del procedimento di consulenza tecnica preventiva espletato, respingendo ogni domanda, eccezione e motivazione contraria."

Per l'appellata *CP_3* _

"Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze respingere l'appello perché infondato in fatto e in diritto e per l'effetto confermare l'ordinanza impugnata; in denegata ipotesi di riconoscimento di responsabilità in capo all' *Parte_4* , pronunciare condanna al risarcimento dei danni in via solidale con *Controparte_2* e comunque per importi inferiori a quelli richiesti. Con vittoria di spese e onorari di causa per entrambi i gradi di giudizio".

Per l'appellata *CP_2* :

"Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze, disattesa ogni contraria istanza ed eccezione, accogliere le ragioni della presente comparsa di risposta e conseguentemente: Nel merito in via principale rigettare l'appello promosso dalla Sig.ra *Parte_1* [redacted] e dal Sig. *Parte_2* [redacted] e confermare l'impugnata ordinanza resa dal Tribunale Ordinario di Siena; Nel merito in via subordinata previa declaratoria dell'assenza del nesso di causalità tra la morte del Sig. *Parte_3* e l'adeguatezza delle cure mediche prestategli presso il *Controparte_2* in persona del legale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

rappresentante pro tempore, dichiarare la esclusiva responsabilità dell' *[...]* *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante pro tempore, ponendo a carico di quest'ultima il risarcimento eventualmente riconosciuto per i fatti di causa alla Sig.ra *Parte_1* [redacted] ed al Sig. *Parte_2* [redacted] .

OGGETTO: appello avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. del Tribunale di Siena del 29 giugno 2020, comunicata l'8 luglio 2020, in materia di responsabilità sanitaria.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. I fatti di causa e le domande proposte.

Parte_1 e *Parte_2* hanno convenuto in giudizio innanzi a questa Corte l' *Controparte_1* e il *Controparte_2* *[...]* proponendo appello avverso l'ordinanza del 29 giugno 2020, comunicata l'8 luglio 2020, pronunciata ai sensi dell'art. 702 ter c.p.c. dal Tribunale Ordinario di Siena, che aveva respinto le loro domande risarcitorie.

Davanti a tale tribunale essi, in qualità, rispettivamente, di moglie e figlio di *[...]* *Parte_3* in proprio e *iure successionis*, avevano chiesto il risarcimento dei danni, patrimoniali e non, conseguenti la malattia ed il decesso del loro congiunto (per complessivi euro 918.630,27, salva la diversa somma maggiore o minore ritenuta giusta, anche con valutazione equitativa), con condanna in solido dell *Controparte_1* *[...]* e di *Controparte_2* sostenendo che il loro familiare era deceduto per le conseguenze di una grave infezione nosocomiale, non prevenuta da *CP_4* e non adeguatamente curata dalle strutture convenute.

Il primo giudice, discostandosi dalle indicazioni del collegio peritale, ha ritenuto che secondo il criterio di probabilità scientifica non vi era la prova che l'infezione fosse stata contratta presso le strutture ospedaliere convenute e che, soprattutto, fosse stata la causa del sopravvenuto decesso del paziente.

Gli appellanti hanno dedotto che tale ordinanza era errata per i seguenti motivi:

I. **Mancato esame dei fatti**: il tribunale non aveva compiutamente valutato l'*iter* clinico del *Parte_2* da cui ben risultava, invece, il progredire di una infezione che aveva iniziato a manifestarsi fin dai primi giorni successivi all'intervento cardiologico effettuato presso l'azienda senese, per poi svilupparsi ed aggravarsi senza soluzione di continuità nei mesi successivi;

II. **Mancato accertamento dell'origine dell'infezione e del nesso causale fra intervento chirurgico e infezione,** laddove la compiuta disanima del suddetto *iter*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

portava a ritenere che, secondo il criterio del più probabile che non, l'infezione fosse stata contratta al momento di sostituzione della valvola aortica;

III. **Omessa valutazione dei profili di colpa,** dell' *CP_4* per la mancata prevenzione dell'infezione, e di entrambe le strutture sanitarie per il non averla diagnosticata tempestivamente e per averla trattata in modo del tutto inadeguato.

IV. **Omesso accertamento del nesso di causalità fra infezione e istiocitosi emofagocitica**, laddove l'accertata sequenza temporale corrente fra l'insorgenza dell'infezione sternotomica, la sua persistenza e l'accertamento della sindrome emofagocitica non lasciava dubbi sul fatto che la sindrome emofagocitica, che aveva condotto *Parte_3* al decesso fosse stata causata proprio dall'infezione post operatoria della ferita chirurgica, che aveva agito come sua unica causa scatenante;

[redacted] **valutazione dei danni patiti.** Tale doglianza è meramente conseguenziale alle altre: gli appellanti, posto che sussisteva la responsabilità delle appellate per il decesso del loro congiunto, hanno lamentato l'omesso accertamento dei pregiudizi che ne erano derivati (quale conseguenza della negazione dell'*an debeatur)*.

A supporto della loro impugnazione, gli appellanti hanno anche insistito nelle prove orali non ammesse in primo grado e, pur ritenendo che la ctu fosse chiara ed esaustiva, in denegata ipotesi chiesto alla Corte d'Appello di convocare i CCTTUU a chiarimenti.

Le appellate si sono costituite, chiedendo il rigetto dell'impugnazione.

Acquisito il fascicolo di ufficio del procedimento di primo grado, questa Corte ha ammesso la prova testimoniale richiesta dagli attori, limitatamente al cap. 5, relativo alla consapevolezza da parte di *Parte_3* dell'imminenza della morte, e all'esito del suo espletamento ha trattenuto la causa in decisione, all'udienza collegiale del 17/01/2023, sulle conclusioni delle parti come in epigrafe trascritte, decidendola nella camera di consiglio del 26/04/2023.

2. Il decorso clinico di *Parte_3*

Appare opportuno, prima di passare all'esame delle valutazioni peritali e delle censure mosse alla sentenza di primo grado, ripercorrere per sommi capi la storia clinica di *Parte_3*

Alla obiettiva narrazione dei fatti, si accompagnerà, sin d'ora, la messa in evidenza di quelle circostanze che possono essere via via sintomatiche di un processo infettivo in corso, in quanto tali utili a comprendere quale sia stato il momento di insorgenza dell'infezione (e di conseguenza il luogo in cui essa è stata contratta ed in cui poteva essere diagnosticata).

Il 27 giugno 2011 *Parte_3* cardiopatico da lungo tempo, viene ricoverato presso il reparto di cardiologia dell' *Controparte_1* , in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

previsione di un intervento di sostituzione valvolare aortica, con diagnosi di stenosi valvolare aortica severa, cardiopatia ischemica cronica, stenosi aortica renale sinistra, stenosi carotidea e vertebrale sinistra, ipertensione arteriosa (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_3 – all. 12). Dopo gli accertamenti diagnostici preventivi, viene sottoposto ad angioplastica con impianto di stent a livello dell'arteria renale sinistra e dell'arteria carotide sinistra e vertebrale sinistra e dimesso il 12 luglio 2011 con consiglio di programmazione di intervento di sostituzione valvolare aortica. Nella scheda nosologica e di dimissione ospedaliera di quel ricovero, oltre alle cardiopatie che lo hanno determinato, sono indicate come concomitanze e complicanze: infarto miocardico pregresso, stato di aterosclerosi delle arterie renali, occlusione e stenosi della carotide senza menzione di infarto cerebrale, ipertensione essenziale benigna (cfr cartella clinica n. scheda I P.IVA_3 - all. 12 a pag. 2). Le note cliniche riportano altresì la presenza di diabete (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_3 – all. 12 a pag. 17, 22, 55, 56, 62, 74).

Il 20 settembre 2011 il Parte_2 si ricovera nuovamente presso la clinica dell' [...] Controparte_1 nel reparto di Cardiochirurgia dei Trapianti, per essere sottoposto all'intervento programmato di sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica per la cura chirurgica della stenosi aortica (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13).

L'intervento viene eseguito il 22 settembre 2011, con inserimento di protesi meccanica St. Jude 25 mediante sternotomia longitudinale mediana. Nella diagnosi all'ingresso è menzionato il precedente ricovero (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13 a pag. 1). La relazione di degenza del 3 ottobre 2011 descrive un decorso post-operatorio regolare fino alla comparsa di episodi di fibrillazione atriale; una lieve anemia è riscontrata negli esami postoperatori; la ferita sternale, medicata quel giorno, è indicata in ordine; la terapia alla dimissione non contiene prescrizione di farmaci antibiotici o comunque di cura della ferita da infezioni (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13 a pag. 6).

I profili glicemici degli esami ematochimici preoperatori, perioperatori e post operatori, indicano nei giorni 21, 22, 23, 25, 27, 28 settembre 2011 una ridotta tolleranza al glucosio, con valori di glucosio superiori a quelli di riferimento, indice della condizione di diabete (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13 a pagg. 34, 38, 41, 48, 52, 86, 90); viceversa non è indicato un corrispondente trattamento dei picchi glicemici; solo la Cartella CEC del 22 settembre 2011 riporta valori elevati di glicemia e la somministrazione di insulina (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13 a pag. 63); alcuni valori agli esami ematologici (emoglobina, piastrine) post operatori sono

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

alterati, e indice di possibile stato infettivo (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13 a pagg. 33, 44).

La terapia del 24, 25 e 26 settembre 2011 non comprende somministrazione di antibiotici (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_5 – all. 13 a pagg. 81, 82, 84, 85, 89); solo nel trattamento del 22 e 23 settembre 2016 (giorno dell'intervento e giorno successivo) è prevista la somministrazione di cefotaxime, una cefalosporina di terza generazione con spettro di maggiore attività orientato su batteri gram negativi, protratta fino alle ore 03:00 del 24 settembre 2011 (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_5 – all. 13 a pagg. 92, 93, 96, 97, 98, 100).

Nel diario clinico del 24 settembre 2016 è indicata febbricola (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_5 – all. 13 a pag. 92); il 28 settembre 2011 compare prurito alla ferita sternale, nella diaria di degenza del 29 settembre 2011 è indicata la presenza di una eruzione maculo-eritematosa al tronco; il 30 settembre 2011 viene prescritta una emocoltura in caso di febbre, prescrizione questa indicativa di sospetto di possibile infezione (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_5 – all. 13 a pagg. 120, 121).

La cartella infermieristica a sua volta indica che il paziente, con presenza di una lieve piressia il 26 e il 27 settembre 2011, riferisce prurito ("già presente ieri mattina") alla ferita sternale, che vi è la presenza di rash cutaneo (al torace), che il paziente il 28 settembre 2011 viene visitato dal Dott. Per per l'irritazione cutanea e che il 29 settembre 2011 è piretico; il 30 settembre 2011 viene annotato: "se febbre praticare colture"; è riportato infine che il 3 ottobre 2011 viene medicata ferita sternale (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_5 – all. 13 a pagg. 127, 128, 129 130). Dalla Checklist relativa alla prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al catetere venoso centrale non risultano prelievi ematici per emocoltura nei giorni dal 22 settembre al 26 settembre 2016 (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_5 – all. 13 a pag. 139).

Vi sono, dunque, seppur ancora molto modesti e non tali da destare a tale momento significativa preoccupazione (perché *ex ante* non sufficientemente univoci), elementi suscettibili d'indicare che l'infezione nella sua fase iniziale fosse già presente durante quella degenza.

Il 3 ottobre 2011 Parte_3 viene dimesso, ma l' 8 ottobre 2011 e il 13 ottobre 2011 deve accedere al Pronto Soccorso del [redacted] senese per episodi di fibrillazione atriale; in relazione a quegli accessi non risultano rilevazioni di febbri né referti riguardanti lo stato della ferita sternale, che pertanto non appare oggetto di attenzione (essendo tale attenzione tutta rivolta alle fibrillazioni), ma i prelievi ematici fatti alle stesse date evidenziano alterazioni di valori per proteina C reattiva, rispettivamente 2,47 e 1,73 mg/dl (v.r. inf. 0,5) e emoglobina 10,6 g/dl (v.r. 12,8 - 18,0), anch'essi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

compatibili con uno stato di (ancora leggera) infezione (relazioni sanitarie di pronto soccorso dell' 8 ottobre 2011 e del 13 ottobre 2011 con referti - all. 14, 15).

Il 14 ottobre 2011, passati pochi giorni dalla prima degenza a Siena, *Parte_3* viene ricoverato a *CP_2* presso l' *Organizzazione_1* del centro clinico della *Controparte_2* per proseguire il percorso assistenziale in ambito cardiologico-riabilitativo, dalla quale viene dimesso il 4 novembre 2011 (cfr. cartella clinica n. [redacted] – all. 16). Durante tale periodo le criticità della ferita si fanno più evidenti. Nel diario clinico del periodo di riabilitazione sono segnalate alla data del 29 ottobre 2011 una iperestesia cutanea a livello della ferita, alla data del 31 ottobre 2011 "ferita chirurgica sternale arrossata con riferito lieve prurito, per cui si intraprende tp antibiotica empirica di copertura, con somministrazione di *Org_2* 1g 1cpx2 per i successivi cinque giorni, E.O. nei limiti", mentre l' 1 novembre 2011 viene osservata fuoriuscita di materiale sieroso in modesta quantità dalla ferita, evidenze tutte appartenenti alla sintomatologia delle infezioni (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pagg. 21, 22). Anche gli esami ematochimici all'ingresso in riabilitazione del 15 ottobre 2011 evidenziano uno stato infiammatorio con valori alterati di VES 39 mm/ora (v.r. 2 - 37), proteina C reattiva 8,57 mg/dl. (v.r. <0,5) ferritina 407,5 ng/ml (v.r. 20 - 200), fosfatasi alcalina sierica 338 U/l (v.n. 99-270), oltre a valori bassi di albumina 3,44 g/dl (v.n. 3,84 - 5.18) e di emoglobina 10,8 g/dl (v.r. 13.0 - 17.0), alterazioni confermate per alcuni valori dagli esami del 19 ottobre 2011, 22 ottobre 2011, 26 ottobre 2011, 29 ottobre 2011, 31 ottobre 2011, 1 novembre 2011, 3 novembre 2011 (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pagg. 28, 29, 31, 33, 34, 36, 39, 40, 42, 43, 46, 47, 50, 51).

La relazione clinica di degenza indica che al momento della dimissione le ferite chirurgiche si presentano pulite e in ordine (peraltro, come evidenziato dai CCTTUU a p. 24, in inspiegabile contrasto con le secrezioni ed anche con la presenza di una pustola a livello sternale); nondimeno, alla relazione è allegato uno schema relativo alla terapia farmacologica consigliata, che indica la somministrazione di *Org_2* per tre giorni dalla dimissione, evidentemente nel timore dei sanitari che l'aspetto esteriore delle ferite possa nascondere comunque la progressione di un evento infettivo in profondità (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pagg. 4, 5, 6).

Parte_3 tuttavia, anche nei giorni successivi continua a percepire dolore non sopportabile alla ferita chirurgica, per cui procede ad altri accessi presso il [redacted] senese; gli esami diagnostici del 2 dicembre 2011 riportano anemia e valori alterati per emoglobina, VES, proteina C reattiva e gamma globuline, anch'essi compatibili con uno stato di infezione; la TAC del torace del 19 dicembre 2011 evidenzia "clips metalliche che determinano limitati artefatti da indurimento del fascio radiogeno ... limitato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

ispessimento tissutale in sede mediastinica superiore-anteriore di incerto significato (residuo timico? esiti chirurgici?)" (cfr. referto TAC del 19 dicembre 2011 - all. 19).
Persistendo la sofferenza del paziente, il 23 dicembre 2011 vengono rimossi presso il reparto di cardiochirurgia del [redacted] senese *Organizzazione_3*) due punti di acciaio che hanno causato reazione granulomatosa da corpo estraneo in corrispondenza del nodo, come documentato dal quadro clinico e TAC torace. Il paziente viene dimesso con terapia antibiotica (*Org_2*); gli esami ematici alla stessa data presentano fibrinogeno alto, elemento che, unitamente alla reazione granulomatosa, appare indicativa di uno stato di infiammazione (cfr. relazione di degenza del 23 dicembre 2011 e esami ematici del 23 dicembre 2011 - all. 20, 21).
Il 5 gennaio 2012 *Parte_3* si sottopone a ecotomografia eseguita dal Dott. *Persona_2* presso un [redacted] di [redacted] che evidenzia che: "nella regione sternale tragitti cutanei [ovverosia fistole] aperti nei reliquati non cicatrizzati dei punti di sutura guadagnano i tessuti profondi, raggiungendo il piano osseo sternale, che appare quindi sovrastato da materiale sieroematico, flogistico, formante una lacuna di alcuni centimetri". Il tratto prossimale della ferita chirurgica, pur risultando integro a livello della superficie cutanea, mostra in profondità delle minute raccolte, corrispondenti anche esse ai punti di sutura rimossi (cfr. referto di ecotomografia del 5 gennaio 2012 - all. 22). Si tratta di un quadro del tutto compatibile con uno stato di infezione.
Il 7 gennaio 2012 *Parte_3* che continua a avvertire forte dolore alla ferita, viene ricoverato nuovamente presso il [redacted] senese *Organizzazione_4* *[...]* e lì l'11 gennaio 2012 è sottoposto in anestesia generale alla rimozione di tutti punti sternali mediante riapertura della ferita sternale fino al piano sternale e alla toelette dei tramiti fistolosi presenti in corrispondenza dei punti in acciaio; quindi, a seguito di rialzo termico, avvenuto nella prima giornata, il 12 gennaio 2012 è sottoposto a tampone della ferita sternale, ma epidermico, non profondo, e a esami colturali che riportano (referto *Organizzazione_5*) risultato negativo, nessuno sviluppo; nondimeno, come a non credere all'esito negativo del risultato, gli stessi sanitari senesi sottopongono il *Parte_2* dal 10 gennaio 2012 a terapia antibiotica con vancomicina (500 mg ev il 10 gennaio 2012 con due somministrazioni al giorno e il 12 e 13 gennaio 2012 con tre somministrazioni al giorno) e poi il 14 gennaio 2012 ad una somministrazione di ciprofloxacina; il paziente viene dimesso quindi il 14 gennaio 2012, con la prescrizione di ciprofloxacina; nella diaria di degenza, infatti, risulta l'indicazione a terminare la terapia antibiotica il 12 gennaio 2012, ma vengono segnalati, anche, febbre molto alta e il 13 gennaio 2012 abbondante secrezione sierosa, che probabilmente inducono i sanitari a far

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

riprendere la terapia antibiotica (cfr. relazione di degenza con allegati; referto di esame del 13 gennaio 2012 - all. 23, 24, cartella clinica allegata alla relazione del CTU).

Il 16 febbraio 2012 *Parte_3* si fa sottoporre a TC del torace presso [redacted] di [redacted] *Organizzazione_6*), dalla quale risulta "rimaneggiamento osseo sternale in particolare a livello del manubrio, più verosimilmente correlabile agli esiti chirurgici in assenza di segni di flogosi. Modicamente inspessito il tessuto adiposo retrosternale al corpo-manubrio - presenza di alcune formazioni linfonodali con diametro massimo centimetrico nelle stazioni del mediastino antero-superiore e medio, in sede epifrenica destra e ascellare bilaterale" (cfr. referto del 16 febbraio 2012 – all. 25); a seguito di ulteriore accesso al reparto di cardiochirurgia del [redacted] senese, il 22 febbraio 2012 viene certificato che il paziente risulta affetto, a distanza di cinque mesi dall'intervento cardiochirurgico, da persistente deiscenza della ferita sternotomica, malgrado ripetuti tentativi di bonifica locale con rimozione sia dei punti sottocutaneo-fasciali, sia dei punti metallici sternali. I piani cutanei sono sempre infiltrati ed edematosi, e secernono liquidato sierocorpuscolato (eseguita oggi ennesima coltura): il paziente presenta vivo dolore nella parte: alla TAC torace apparentemente non osteomielite, ma edema della parete.

Anche gli esami del 27 febbraio 2012 presentano anemia e un quadro infiammatorio con aumento della VES (49 mm/h) e delle alfa e beta globuline (cfr. referto dell'1 marzo 2012 - all. 27).

Il 7 marzo 2012 il medico dell *Organizzazione_4* del [redacted] senese rileva che *Parte_3* "sottoposto a sostituzione valvolare aortica presso la nostra U.O. il 22/09/2011, è affetto da grave sternite asettica, con fistolizzazioni cutanee e dolore locale intenso, complicanza post-operatoria di sternotomia mediana" (certificato del 7 marzo 2011 - all. 28). La relazione del medico dell *Org_7* dello stesso [redacted] segnala che l'intervento chirurgico di sostituzione valvolare del 22 settembre 2011 si è complicato con infezione della ferita sternale e successivo reintervento di rimozione dei punti metallici (11/01/2012) di sutura dello sterno. "Nonostante tale intervento e cicli di terapia antibiotica persiste flogosi a carico della ferita sternale con secrezioni seriose a livello del terzo superiore dello sterno; all'esame obiettivo risulta presenza di secrezioni sierose a livello del terzo superiore dello sterno" (cfr. relazione del 7 marzo 2012 con referti visita neuroradiologica e ecodoppler - all. 29).

L'8 marzo 2012 del materiale prelevato dalla ferita sternale viene inviato per una biopsia all' *Organizzazione_8* del [redacted] senese; il 22 marzo 2012 viene diagnosticato che il frammento inviato è costituito da spicola ossea e tessuto adiposo e da una micro area con flogosi produttiva ed essudativa con granulociti neutrofili (causati

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

normalmente da infezione) a ridosso di un corpo estraneo non identificabile compatibile con materiale inorganico (cfr. referto del 22 marzo 2012 - all. 30).

Il 22 marzo 2012 *Parte_3* continuando a soffrire per la ferita, si reca [redacted] *Controparte_5* presso [redacted] *Org_9* di [redacted] gli viene diagnosticata la presenza di ulcere cutanee croniche lungo la rima di sutura sternale come conseguenza di deiscenza intervento di "protesi valvolare aortica" su precedente sternotomia per By-pass aortici (1997). In particolare "*lungo la rima di sutura lunga 24 cm ca. si trovano 3 lesioni circolari di ca. 1 cm di diametro con sottominature di ca 1,5 cm (leakage) con essudativo abbondante nonostante 3 cambi la settimana con Medicazioni Avanzate in particolare fibre caricate con argento antibatterico in falda 10cmx10cm; viene consigliato di fare un tampone batteriologico del fondo (cfr. referto del 22 marzo 2012*" - all. 31).

Il 19 aprile 2012 viene quindi eseguito, sempre [redacted] di [redacted] per la prima volta, un tampone batteriologico del **fondo** dell'ulcera, che risulta **positivo per lo Staphylococcus epidermidis.**

Il referto del tampone elenca gli antibiotici ai quali il batterio è resistente e quelli ai quali viceversa è sensibile (cfr. referto del 23 aprile 2012 - all. 32); dalla documentazione precedente alla data di quel referto non risulta che a *Parte_3* siano mai stati somministrati antibiotici ai quali risulti sensibile quel tipo di batterio, fatta salva la somministrazione di vancomicina, ma in bassi dosaggi, nei giorni 10, 12, 13 gennaio 2012, peraltro poi interrotta il 13 gennaio 2012 e mai ripresa.

Ciò consegue, con ogni evidenza, al fatto che le somministrazioni precedenti sono state sempre empiriche, non mirate, "al buio", mai precedute dalla identificazione del batterio responsabile.

Conseguentemente il 25 aprile 2012 *Parte_3* viene ricoverato d'urgenza presso il reparto di Malattie Infettive Ospedaliere dell *Controparte_1* con diagnosi di accettazione di sospetta sternite e diagnosi di uscita alla dimissione del 17 maggio 2012 di infezione dello sterno post-operatoria da staphylococcus epidermidis (cfr. cartella clinica N. scheda I *P.IVA_6* a pag. 1, 4 - all. 33).

Il 2 maggio 2012 la consulenza dermatologica evidenzia la presenza di tre ferite in sede sternale; "quella centrale e altra presentano un tramite fistoloso; il 9 maggio 2012 obbiettivamente a livello sternale i tramiti fistolosi sono ancora evidenti, con eritema circostante"; il 17 maggio 2012 alla dimissione non si pone indicazione ad intervenire chirurgicamente sullo sterno (rischi ben superiori ai benefici, in assenza di segni di mediastinite e di deiscenza dei monconi) (cfr. cartella clinica N. scheda I *P.IVA_6* a pagg. da 10 a 31 - all. 33).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

La lettera del 17 maggio 2012 del Direttore della *[...]* *Parte_5* al medico di *Parte_3* riporta la dimissione del paziente con diagnosi di infezione dello sterno da Staphylococcus epidermidis. Dà conto che la scintigrafia è risultata suggestiva di moderata ma significativa infezione in atto a livello sternale, e che la TC della regione sternale ha documentato un quadro compatibile con interessamento flogistico/infettivo (osteomielite).

Il Dott. *Tes_1* della *Parte_5* della [redacted] senese nella sua lettera del 12 giugno 2012, successiva alla dimissione, scrive al medico di base che il paziente ha ottenuto un discreto risultato con la terapia antibiotica, ma che a suo giudizio "La situazione non è ancora trattata": PCR e fibrinogeno sono ancora a valori non normali; prescrive per questo come strategia plausibile la somministrazione di *Parte_6* in dosi che definisce "inusuali" (cfr. lettera del 12 giugno 2012 - all. 36).

I valori però permangono alterati negli esami successivi; il 21 giugno 2012 il *Parte_2* ha febbre elevata (T max 40 °C); il tampone della ferita sternale eseguito il 27 giugno 2012 mostra la presenza di staphyloccoccus hominis (cfr. referto tampone del 2.7.2012 - all. 40); l'infezione dilaga.

Parte_3 si rivolge allora alla [redacted] dell' *Organizzazione_10* *[...]* di Firenze, dove viene ricoverato dal 28 giugno 2012 nel reparto di Malattie Infettive e Tropicali. Il referto della TC del 29 giugno 2012 indica diastasi dei monconi sternali e presenza di tessuto interposto fra i monconi stessi.

Il referto dell'esame emopatologico del 4 luglio 2012 rivela tuttavia anche un quadro diagnostico di **istiocitosi** midollare, con ipoplasia di tutte le serie emopoietiche in presenza di un'infiltrazione diffusa di istiociti HLA-DR+, CD68+ e una morfologia al Citoaspirato Midollare che indica: "Depresse tutte le serie emopoietiche. Presenza di numerosi istiociti associati a rari fenomeni di **emofagocitosi**".

Da quel momento, nonostante le cure, il quadro ematochimico si presenta via via più drammatico, fino a che il paziente comincia a presentare episodi di confusione mentale.

Il 30 agosto 2012 viene rilevata una situazione di "scadimento delle condizioni generali, rallentamento ideo-motorio e stato confusionale"; il 4 settembre 2012 viene eseguita una ecografia dell'addome che evidenzia epatomegalia con segni di steatosi in assenza di lesioni a carattere focale; il 5 settembre 2012 viene eseguita una biopsia osteomidollare e c'è un ulteriore peggioramento clinico; il 6 settembre 2012 viene rilevato paziente astenico, deflessione tono dell' umore; il 7 settembre 2012 dolore addominale, cospicuo sanguinamento da sede di BOM, paziente in scadute condizioni generali, pallido, addome teso, dolente, sottile falda fluida perisplenica e periepatica, lieve versamento liquido fra

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

le anse intestinali, paziente apiretico, asintomatico, sonnolento, risvegliabile; l' 8 settembre 2012 peristalsi torpida, sudorazione algida; il [redacted] dolore intenso ridotto per morfina, finché avviene il decesso, alle [redacted] **diagnosticato per "linfoistiocitosi emofagocitica, con possibile evoluzione in insufficienza epatica**" (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 49).

3. Le valutazioni dei CCTTUU.

I CC.TT.UU., dott. *Per_3* medico-legale, e dott.ssa *Per_4* infettivologa, nella loro relazione medico-legale depositata il 14 giugno 2019 nel procedimento per accertamento tecnico preventivo, **con motivazione invero coerente e logica, hanno ritenuto che** *Parte_3* **abbia contratto l'infezione durante l'intervento e la degenza presso il reparto di cardiochirurgia del [redacted] senese, che quella complicanza non sia stata adeguatamente prevenuta, valutata, diagnosticata e curata da parte dei sanitari del [redacted] senese, e in minore misura anche da parte di quelli del centro di riabilitazione di** *CP_2* **, e che sia stata la causa della istiocitosi emofagocitica, che ha determinato il decesso di** *[...]* *Parte_3* **determinando i danni derivati da quella catena di eventi per quanto di loro competenza medico legale**.

Nelle loro conclusioni hanno affermato che nel lungo e articolato percorso assistenziale preso in esame nel corso dell'indagine peritale si ravvisano i seguenti elementi di criticità:

• il sig. *Parte_2* fu vittima di un'infezione nosocomiale attendibilmente contratta in occasione del ricovero presso la U.O. *Org_11* dell' *Org_12* ove il 22.09.2011 fu sottoposto ad intervento di sostituzione della valvola aortica;

• tale evento infettivo, rappresentante una prevedibile complicanza del trattamento posto in essere, non fu adeguatamente prevenuto da parte dei sanitari curanti che eseguirono una incongrua profilassi antibiotica, in contrasto con quella prevista dalle Linee Guida di riferimento dell'epoca;

• l'infezione, probabilmente sostenuta da germi a scarsa virulenza, iniziò a manifestarsi in maniera clinicamente evidente durante il ricovero presso l' *CP_2* di *CP_2* . ove il paziente fu ricoverato in data 14.10.2011 per proseguire il trattamento riabilitativo cardiologico. Presso questa Struttura, i segni e i sintomi dell'infezione furono sottovalutati e di conseguenza non furono messe in atto le adeguate misure diagnostiche (prelievi per esame microbiologico e diagnostica strumentale) che avrebbero verosimilmente consentito di individuare l'agente eziologico e di valutare l'estensione del processo infiammatorio;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

• le successive manovre di rimozione dei punti di sutura, eseguite presso la Cardiochirurgia dell[redacted] per la bonifica dei focolai di infezione, non furono precedute da adeguate indagini microbiologiche atte ad individuare l'agente eziologico di infezione, né seguite da terapie antibiotiche congrue.

Hanno poi aggiunto che: "*le criticità ascrivibili a carico dei sanitari dell'CP_2 di CP_2, verosimilmente, hanno avuto modesta rilevanza nel condizionare la successiva sfavorevole evoluzione della vicenda clinica, segnata, principalmente, dalla condotta incongrua dei sanitari dell'Org_12 che ebbero ad assistere a più riprese il paziente, anche successivamente alla dimissione da CP_2, fino allo sviluppo della sindrome emofagocitica che ne determinò il decesso. Nella disamina complessiva del caso, alla condotta omissiva dei sanitari dell'CP_2 di CP_2, sebbene determinante un ritardo nell'individuazione dell'agente patogeno responsabile della complicanza infettiva, deve, in sostanza, essere attendibilmente attribuita una marginale incidenza nel determinismo dell'evoluzione peggiorativa della complicanza settica che avrebbe potuto essere comunque intercettata e adeguatamente trattata dai sanitari dell'Org_12 che, come detto, intervennero nel percorso assistenziale anche successivamente alla dimissione dall'CP_2, quando la situazione clinica non risultava ancora gravemente compromessa. Un corretto approccio diagnostico, ove posto in essere, avrebbe ancora permesso di instaurare un trattamento antibiotico adeguato con conseguente verosimile controllo del processo infettivo ed interruzione dell'attivazione immunologica che, per quanto precedentemente considerato, ha attendibilmente determinato la disfunzione immunitaria alla base dello sviluppo della sindrome emofagocitica secondaria, responsabile del decesso del Sig. Parte_2*

Alla censurabile condotta dei sanitari dell'CP_6 come detto incidente sia nel determinismo della complicanza infettiva che della sua persistenza e, conseguentemente, della sindrome emofagocitica, può pertanto essere causalmente ricondotto il decesso del paziente".

4. Le valutazioni dell'ordinanza appellata.

Il Giudice di primo grado non ha accolto le conclusioni dei CCTTUU, ma fatto propria la tesi opposta dell'Controparte_1, secondo cui, in primo luogo, l'infezione non sarebbe stata contratta da Parte_3 in occasione dell'intervento di cardiochirurgia - posto che, fino a quando era rimasto ricoverato a Siena dopo l'intervento, il paziente non aveva manifestato segni di infezione, accertata per la prima volta soltanto nel mese di aprile 2012, sette mesi dopo quell'intervento, quando era stato sottoposto a un tampone profondo della ferita presso l'Organizzazione_13 [redacted] di [redacted] che aveva consentito di identificare l'agente patogeno presente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

nello Staphilococcus Epidermidis, non emerso invece da tutti gli esami e i controlli precedenti. Dunque, non vi sarebbe adeguata dimostrazione dell'epoca e della causa dell'insorgenza di quella infezione; "*anche i CC.TT.UU. nella loro relazione avrebbero evidenziato che* Parte_3 *dopo l'intervento chirurgico non presentava più febbre dal 30 settembre 2011 né problemi alla ferita sino al successivo ricovero presso il centro di riabilitazione di* CP_2 *, dove si erano manifestati sintomi compatibili con una patologia infettiva, ma pure con distinti problemi legati ai punti di sutura poi risolti presso* [redacted] *di Siena; gli stessi avrebbero dato atto che il primo tampone batteriologico, effettuato sulla ferita del paziente il 9 gennaio 2012 presso la struttura senese, aveva dato esito negativo, e che anche le emocolture erano risultate negative; l'infezione si era manifestata soltanto con la ripetizione dell'esame a distanza di qualche mese presso altro centro sanitario, ma a quel punto era stata trattata e curata, tanto che nell'agosto del 2012 il quadro infettivo sternale era risolto; del resto, anche i CC.TT.UU. erano stati perplessi in ordine all'epoca di insorgenza dell'infezione, avendo affermato prima che la presenza del batterio poteva essere stata determinata plausibilmente da una contaminazione successiva della ferita, data l'oggettiva negatività dei precedenti tentativi di isolamento, e poi concluso invece apoditticamente che sarebbe stata un'infezione nosocomiale".*

In secondo luogo, il tribunale, rilevato che la causa del decesso del Parte_2 era la sindrome emofagocitica (un grave disordine della immunoregolazione, caratterizzata da una eccessiva proliferazione dei linfociti e dei macrofagi) con interessamento epatico e conseguente insufficienza epatica, correlata al quadro di istiocitosi midollare, ha ritenuto che non vi fosse prova neppure della derivazione di tale sindrome dall'infezione batterica. Ha rilevato, in particolare, che tale patologia poteva essere primitiva (o congenita) o secondaria (o acquisita), quest'ultima associata ad un eterogeneo gruppo di condizioni morbose, "soprattutto" patologie neoplastiche, prevalentemente ematologiche, ma anche a malattie autoimmuni ed infettive; fra quest'ultime erano implicate "soprattutto" le infezioni virali (Epstein Barr Virus, Herpes virus, Citomegalovirus, virus influenzali e parainfluenzali, HIV, rosolia), le infezioni parassitarie (Leishmania in particolare) e, "più raramente", le infezioni batteriche. Ha dunque rilevato che erroneamente nel caso in esame i CCTTUU avevano escluso tutte le cause più probabili, ed ha concluso che non vi era la prova (secondo il criterio di probabilità scientifica) che l'infezione fosse stata contratta presso le strutture ospedaliere convenute (date pure le soluzioni di continuità dei relativi ricoveri) e che, soprattutto, fosse stata la causa del sopravvenuto decesso del paziente.

5. Le regole di giudizio.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

Le regole di giudizio da applicare ai fatti di causa sono le seguenti: sugli appellanti, già attori in primo grado, grava intanto l'onere di dimostrare il **nesso causale** tanto tra la pratica sanitaria cui è stato sottoposto il loro congiunto e l'insorgere e/o il progredire dell'infezione (avendo essi addebitato all' *CP_4* sia di non aver prevenuto l'insorgere dell'infezione, sia di non averla curata adeguatamente, ed al *Controparte_2* solo quest'ultimo profilo), quanto tra l'infezione e la linfoistiocitosi emofagocitica che, ciò è pacifico, ha condotto alla morte del loro congiunto.

In merito all'onere di dimostrare la **colpa** delle appellate occorre invece distinguere: per le domande proposte *iure successionis*, con le quali gli appellanti hanno fatto valere crediti del defunto conseguenti la dedotta *malpractice,* la responsabilità imputata alle strutture sanitarie ha natura contrattuale, e dunque è onere delle convenute dimostrare d'aver correttamente adempiuto; per le domande proposte *iure proprio*, invece, contrariamente a quanto sostenuto dagli appellanti, grava sui medesimi anche l'onere di dimostrare la ricorrenza dei concreti profili di colpa addebitati.

Benvero, la responsabilità della struttura sanitaria e dei medici per i danni da perdita del rapporto parentale, invocati *iure proprio* dai congiunti di un paziente deceduto, è qualificabile come extracontrattuale, dal momento che, da un lato, il rapporto contrattuale intercorre unicamente col paziente e, dall'altro, i parenti non rientrano nella categoria dei "terzi protetti dal contratto" (così Cass. 26/07/2021 n. 21404; 08/07/2020 n. 14258).

D'altro canto, nel valutare la colpa per l'omessa prevenzione dell'infezione si deve considerare che (cfr. Cass. 4864/21; 17696/20) la struttura ospedaliera è tenuta, sul piano generale, ad adottare, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza appunto di patologie infettive a carattere batterico (e dunque anche a garantire l'assoluta sterilità tanto dell'attrezzatura chirurgica quanto dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo) e, sul piano individuale, a praticare una corretta terapia profilattica pre e post-intervento.

6. Il primo ed il secondo motivo d'appello: la sussistenza del nesso di causa tra l'operato dei sanitari appellati e l'insorgere dell'infezione.

Stante la loro intima connessione, il primo ed il secondo motivo d'impugnazione, volti a sostenere il nesso causale tra l'operato dei sanitari senesi e la contrazione dell'infezione, vanno esaminati congiuntamente, e sono fondati.

Contrariamente a quanto ritenuto dal primo giudice, i CCTTUU non sono infatti stati contraddittori; solo, pur dando atto di non poter escludere con assoluta certezza che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

l'infezione fosse stata contratta dal Parte_2 successivamente all'intervento, hanno però ritenuto che secondo il criterio "del più probabile che non" essa fosse invece stata contratta proprio al momento dell'operazione cardiochirurgica.

Tale valutazione merita piena condivisione, posto che, come già evidenziato *sub* 2, vi sono fin da principio segni compatibili e indicativi della insorgenza dell'infezione subito dopo l'intervento di cardiochirurgia, quali l'alterazione di alcuni valori (emoglobina, piastrine) negli esami ematochimici fatti nei giorni immediatamente successivi all'intervento (il 25 settembre 2011 e il 28 settembre 2011), l'insorgere di febbricola annotata nel diario clinico del 24 settembre 2011 (cfr. cartella clinica n. scheda I P.IVA_4 – all. 13, a pag. 92), la comparsa di prurito alla ferita sternale del 28 settembre 2011, la presenza di un eruzione maculo-eritematosa al tronco indicata nella diaria di degenza del 29 settembre; ugualmente, i valori alterati per Proteina C Reattiva, emoglobina, ematocrito emersi in occasione dei ricoveri a Siena dell'8 ottobre 2011 e del 13 ottobre 2011, di poco successivi all'intervento, sono compatibili con uno stato di infezione (cfr. relazioni sanitarie di pronto soccorso dell'8 ottobre 2011 e del 13 ottobre 2011 con referti - all. 14, 15).

Tali indici si fanno poi ancora più univoci durante il successivo ricovero a CP_2 : l'iperestesia cutanea a livello della ferita, l'arrossamento della ferita chirurgica sternale con prurito, per la quale viene intrapresa terapia empirica antibiotica di copertura con Org_2 per i cinque giorni successivi (nell'evidente sospetto in capo ai sanitari della presenza di un'infezione), e la fuoriuscita di materiale sieroso dalla ferita sono indubbiamente sintomi di un'infezione in corso, che vengono osservati e annotati nel diario clinico rispettivamente il 29 e il 31 ottobre e l'1 novembre 2011 (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pag. 21, 22); i valori ematochimici alterati rilevati il 15 ottobre 2011, fra i quali quelli oltremodo elevati di VES, proteina C reattiva, ferritina, fosfatasi alcalica sierica, e quelli bassi per albumina e emoglobina, confermati per alcuni dagli esami del 19 ottobre 2011, 22 ottobre 2011, 26 ottobre 2011, 31 ottobre 2011, 1 novembre 2011 (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pag. 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 39, 40, 42, 43, 46, 47, 50, 51), evidenziano a loro volta uno stato infiammatorio, così come sono segni di un timore d'infezione le annotazioni nel diario infermieristico dedicato alle medicazioni di presenza di siero del 31 ottobre 2011, con la prescrizione di tenerla sotto controllo, di presenza di una pustola a livello sternale del 2 novembre 2011 (pustola che viene fatta vedere ai medici), del drenaggio di materiale caseoso dalla ferita sternale del 3 novembre 2011, con indicazione di uso esterno di betadine per il trattamento della ferita sternale (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pag. 68), nonché la somministrazione, peraltro empirica, non preceduta da identificazione dell'agente infettivo, dell'antibiotico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

Org_2 nei giorni 31 ottobre 2011, 1 novembre 2011, 2 novembre 2011, 3 novembre 2011 e 4 novembre 2011 (cfr. cartella clinica n. [redacted] - all. 16 a pag. 85, 87), e la raccomandazione fatta alla dimissione, contenuta nella cartella clinica di degenza, di profilassi antibiotica per l'endocardite infettiva (e l'allegazione alla relazione di dimissione di uno schema relativo alla terapia farmacologica consigliata, con prescrizione di somministrazione antibiotica di Org_2 per tre giorni dalla dimissione).

Ancora, sono sempre in tale direzione:

- l'anemia e i valori alterati per emoglobina, VES, proteina C reattiva e gamma globuline, compatibili con il permanere di uno stato di infezione, riportati dagli esami diagnostici del 2 dicembre 2011 (cfr. esami diagnostici del 2 dicembre 2011 – all. 18), svolti nuovamente a Siena;
- la TAC del 19 dicembre 2011 che evidenzia una condizione problematica della ferita sternale (referto TAC del 19 dicembre 2011 – all. 19) e induce i sanitari al primo intervento del 23 dicembre 2011 di riapertura della ferita sternale con rimozione di due punti di acciaio per la presenza di una reazione granulomatosa, significativa di stato di infiammazione, con l'evidente intento di fronteggiare un'infezione ormai evidente mediante bonifica della ferita in corrispondenza dei punti;
- la conseguente dimissione con prescrizione di terapia antibiotica con Org_2, sempre nel sospetto dei sanitari di infezione della ferita, e l'alterazione dei valori degli esami ematici alla stessa data con fibrinogeno alto, ugualmente significativo di stato di infiammazione (cfr. relazione di degenza e esami ematici del 23 dicembre 2011 – all. 20, 21);
- le fistole aperte nei residui non cicatrizzati dei punti di sutura, che guadagnano i tessuti profondi, raggiungendo il piano osseo sternale, che appare quindi sovrastato da materiale sieroematico, flogistico, formante una lacuna di alcuni centimetri, e il tratto prossimale della ferita chirurgica, che, pur risultando integro a livello della superficie cutanea, mostra in profondità delle minute raccolte, ovverosia ulcere profonde, corrispondenti anche esse ai punti di sutura rimossi, evidenziati dall'ecotomografia eseguita il 5 gennaio 2012 presso un [redacted] di [redacted] (cfr. referto di ecotomografia del 5 gennaio 2012 - all. 22), significativi entrambi di evidente stato di infiammazione anche in profondità della ferita sternale;
- l'intervento di riapertura della ferita fino al piano sternale e di toelette dei tramiti fistolosi presenti in corrispondenza dei punti in acciaio, che vengono tutti rimossi, reso necessario dall'evidente stato infetto di quella ferita;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

- la somministrazione di terapia antibiotica dal 10 gennaio 2012 con vancomicina e poi il 14 gennaio 2012 con ciprofloxacina e la dimissione con prescrizione ulteriore di ciprofloxacina, evidentemente nella convinzione degli stessi sanitari senesi di essere in presenza di un grave stato di infezione della ferita sternale, nonostante l'esito negativo del tampone della ferita e degli esami colturali del 12 gennaio 2012, a seguito di rialzo termico avvenuto il primo giorno di degenza;
- le segnalazioni di iperpiressia, e il 13 gennaio 2012 di abbondante secrezione sierosa, che inducono i sanitari a far riprendere la terapia antibiotica (cfr. relazione di degenza con allegati; referto di esame del 13 gennaio 2012 - all. 23, 24, cartella clinica allegata alla relazione del CTU);
- poi, la TAC del torace del 16 febbraio 2012 eseguita presso [redacted] di [redacted] dalla quale risulta rimaneggiamento osseo sternale in particolare a livello del manubrio, più verosimilmente correlabile agli esiti chirurgici in assenza di segni di flogosi (cfr. referto del 16 febbraio 2012 – all. 25);
- ancora a Siena, a seguito di ulteriore accesso al reparto di cardiochirurgia, la certificazione del 22 febbraio 2012 che *Parte_3* a distanza di cinque mesi dall'intervento cardiochirurgico, risulta affetto da persistente deiscenza della ferita sternotomica, malgrado ripetuti tentativi di bonifica locale con rimozione dei punti sia sottocutaneofasciali, sia dei punti metallici sternali; il rilievo che i piani cutanei sono sempre infiltrati, edematosi e secernono liquidato sierocorpuscolato, che il paziente presenta vivo dolore nella parte, che in corso consulenza infettivologica (cfr. certificato del 22 febbraio 2012, con esame ecocardiografico del 22 febbraio 2012 - all. 26);
- l'anemia e il quadro infiammatorio con aumento della VES e delle alfa e beta globuline risultati dagli esami del 27 febbraio 2012 (cfr. referto dell'1 marzo 2012 - all. 27);
- la certificazione del 7 marzo 2012 del medico dell *Organizzazione_4* *[...]* del [redacted] senese, che rileva che il Dott. *Parte_3* è affetto da grave sternite asettica, con fistolizzazioni cutanee e dolore locale intenso, complicanza post-operatoria di sternotomia mediana (cfr. relazione del 7 marzo 2012 con referti visita neuroradiologica e ecodoppler - all. 28);
- la relazione del medico dell'UOC Cardiologia 1 dello stesso [redacted] che segnala che l'intervento chirurgico di sostituzione valvolare del 22 settembre 2011 si è complicato con infezione della ferita sternale e successivo reintervento di rimozione dei punti metallici (11/01/2012) di sutura dello sterno e che nonostante

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

tale intervento e cicli di terapia antibiotica persiste flogosi a carico della ferita sternale con secrezioni seriose a livello del terzo superiore dello sterno;

- il referto della biopsia secondo cui il frammento inviato è costituito da spicola ossea e tessuto adiposo e da una micro area con flogosi produttiva ed essudativa con granulociti neutrofili a ridosso di un corpo estraneo non identificabile compatibile con materiale inorganico (cfr. referto del 22 marzo 2012 - all. 30).

Il tutto, fino all'esito del tampone profondo eseguito il 19 aprile 2012 con positività per lo Staphylococcus epidermidis (cfr. referto del 23 aprile 2012 – all. 32).

E' dunque evidente come, senza soluzione di continuità, vi sia un'*escalation* dell'infezione.

Se anche, quindi, nei primi giorni successivi all'intervento di sostituzione valvolare i sanitari potevano non aver colto l'innescarsi del processo infettivo, tuttavia, *ex post,* è ben enucleabile come il seme della poi devastante infezione fosse già presente.

Come evidenziato dai CCTTUU l'infezione era probabilmente sostenuta da **germi a scarsa virulenza**, e per questo iniziò a manifestarsi dapprima in modo, *ex ante,* non sufficientemente univoco - ciò che però, se impedisce di ritenere in colpa i sanitari in quella fase per l'omessa diagnosi, non impedisce *ex post* di riconoscere in taluni sintomi l'iniziale presenza di quei batteri che si manifesteranno in maniera clinicamente ben più evidente durante il ricovero presso l' *CP_2* di *CP_2* . (dove i sintomi dell'infezione furono colpevolmente sottovalutati) e la cui azione, col tempo, si fece sempre più devastante, e capace di minare il fisico del *Parte_2*

Il solo fatto che il paziente il 30 settembre 2011, dopo l'intervento chirurgico, occasionalmente non presenti febbre, vista la concomitanza di febbre e di sintomi cutanei negli altri giorni, non significa che l'infezione non vi fosse, ma solo che era ancora estremamente lieve.

Parimenti, che quando l'8 ottobre 2011 e il 13 ottobre 2011 il congiunto degli appellanti accede al Pronto Soccorso del [redacted] senese per episodi di fibrillazione atriale nulla venga rilevato riguardo allo stato della ferita sternale non appare significativo: in quelle due occasioni le attenzioni dei sanitari sono tutte assorbite dal problema cardiaco; peraltro, i prelievi ematici fatti alle stesse date evidenziano alterazioni di valori per proteina C reattiva, rispettivamente 2,47 e 1,73 mg/dl (v.r. inf. 0,5) e emoglobina 10,6 g/dl (v.r. 12,8 - 18,0), ben compatibili con uno stato infettivo (relazioni sanitarie di pronto soccorso dell' 8 ottobre 2011 e del 13 ottobre 2011 con referti - all. 14, 15).

Dunque, i sintomi poi manifestati a *CP_2* durante il periodo di riabilitazione cardiochirurgica, quali la fuoriuscita di materiale sieroso dalla ferita e la presenza di fistole - questi sì già segni inequivocabili d'infezione - erano (senza soluzioni di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

continuità) conseguenza di un aggravamento di quell'infezione che fin da subito si era insinuata nel loco dell'intervento.

L' *CP_4* per contrastare tale giudizio dei ccttuu, ha attribuito grande rilievo al fatto che quando, il 9 gennaio 2012, in occasione della rimozione dei punti di sutura da parte dei cardiochirurghi del [redacted] senese (che avverrà poi l'11 gennaio 2012 mediante la riapertura della ferita e la pulizia dei tramiti fistolosi, proprio per alleviare la sofferenza del paziente), viene effettuato un tampone batteriologico alla ferita sternale, esso dà esito negativo, e che anche le emocolture effettuate nei giorni successivi risultano parimenti negative.

Tuttavia, come ben evidenziato dal collegio peritale, tali risultati non debbono trarre in inganno.

Il tampone infatti, differentemente da quello che sarà poi effettuato a [redacted] è un tampone cutaneo non profondo, quindi inidoneo all'accertamento di un'infezione che si sviluppa non esternamente, ma nella profondità della ferita chirurgica fino al piano sternale. I sanitari erano peraltro a conoscenza che la condizione del paziente aveva causa in un'affezione profonda dell'osso sternale, tanto è vero che già avevano rimosso precedentemente alcuni punti metallici e nuovamente si erano accinti a riaprire la ferita e a rimuovere tutti punti metallici per procedere alla pulizia interna delle fistole infette; per questo, dunque, avrebbero dovuto procedere ad una raccolta di campioni microbiologici profondi durante quell'intervento di rimozione dei punti metallici dell' 11 gennaio 2012 a ferita aperta fino allo sterno e in condizioni di diastasi dei monconi sternali e, anzi, ciò avrebbero dovuto fare anche in occasione della precedente rimozione di punti metallici del 23 dicembre 2011.

Quanto agli esami ematochimici effettuati il 13 gennaio 2012, anch'essi non sono attendibili, a causa del fatto che era in atto già da tre giorni un trattamento antibiotico con Vancomicina (l'unico antibiotico, tra quelli somministrati fino a quel momento, che si scoprirà poi essere efficace).

Peraltro, come evidenziato dai CCTTUU, in quella fase non c'erano neppure condizioni di urgenza infettivologa, che imponessero un inizio immediato della cura antibiotica, con somministrazione di un antibiotico prima ancora di una adeguata e corretta raccolta di campioni microbiologici profondi e comunque prima di qualsiasi altro accertamento microbiologico dell'agente eziologico, dato che il paziente non aveva febbre e non vi erano altri sintomi di crisi immediata; l'inizio di tale terapia prima dell'intervento e degli accertamenti microbiologici è stato quindi ingiustificato, e tale da pregiudicare l'attendibilità degli esami del sangue.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

Dunque, non già di una prova di mancanza dell'infezione, si può discutere, ma di un ulteriore errore di trattamento. Invero, proprio gli interventi per la bonifica dei focolai di infezione costituiscono un'ulteriore occasione mancata, per negligenza dei sanitari, non venendo accompagnati, appunto anche per via della tempistica errata del concomitante trattamento antibiotico, da indagini microbiologiche adeguate a individuare l'agente batterico dell'infezione, così che, ancora una volta, ad essi non fanno seguito terapie antibiotiche.

Ma di questo si deve parlare *sub* 7, in relazione al terzo motivo d'appello.

7. Terzo motivo d'appello: la colpa dei sanitari, tanto per non aver prevenuto l'infezione, quanto per non averla poi tempestivamente diagnosticata ed adeguatamente trattata.

Come premesso sub 6, *Parte_3* è stato vittima di un'infezione nosocomiale contratta attendibilmente in occasione del suo ricovero presso il [redacted] senese, quando è stato sottoposto a intervento chirurgico di sostituzione della valvola aortica, e già per questo il nosocomio *CP_1* è in colpa, **per mancata prevenzione dell'infezione.**

Quell'infezione rappresentava, infatti, una complicanza prevedibile – tanto più nel caso in esame, in cui il paziente per comorbilità, soprattutto a causa del diabete, era un soggetto a più alto rischio di contrarre infezioni - e prevenibile dell'intervento (oltre che, successivamente, curabile in modo adeguato), ma non è stata prevenuta in modo competente da parte dei medici del [redacted] senese.

Non solo, infatti, l'azienda senese non ha provato né offerto di provare di aver adottato tutte le misure di prevenzione del rischio infettivo relative alla pulizia, disinfezione e asepsi di persone, materiali, strumenti e ambiente, che avrebbero evitato la contaminazione della ferita in sede d'intervento chirurgico – come sarebbe stato suo onere quantomeno rispetto alle domande risarcitorie proposte *iure successionis* (per quanto esposto sub 5) - ma, ancor più radicalmente, è stata positivamente accertata la sua imperizia nella scelta della profilassi antibiotica da praticare - di talché la sua colpa dev'essere affermata anche in relazione alle domande proposte *iure proprio*.

Come ben evidenziato dai CCTTUU, in contrasto con quanto previsto dalle Linee Guida di riferimento dell'epoca, l' *CP_4* ha somministrato al *Parte_2* un antibiotico non adeguato al tipo di contaminazione prevedibile: invero, i sanitari senesi optarono per la somministrazione di cefalosporina di terza generazione, laddove tali Linee Guida prevedevano (e prevedono) l'uso di una cefalosporina di prima o di seconda generazione, per la loro maggiore attività sui batteri Gram positivi, in confronto alle cefalosporine più recenti, il cui spettro è più orientato sui Gram negativi.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

Ciò perché, come evidenziato nella relazione peritale, la maggioranza delle complicanze infettive della cardiochirurgia è da attribuirsi a germi Gram positivi (in primo luogo Stafilococco aureo e, appunto, Stafilococco epidermidis), nei confronti dei quali dunque deve orientarsi la scelta degli antibiotici somministrati quali profilassi perioperatoria - laddove il contrario assunto della *CP_4* si fonda su letteratura non pertinente (perché relativa ad interventi chirurgici in altri distretti).

Non solo, proprio gli specifici fattori di rischio infettivo del paziente avrebbero dovuto poi allertare i sanitari in sede di **diagnosi** dell'infezione, mentre, come già evidenziato nel paragrafo precedente, essi trascurarono segni evidenti di tale patologia ed omisero adeguate indagini (tamponi profondi ed esami del sangue non alterati da profilassi antibiotica).

In particolare, come evidenziato dai ccttuu, il 10.1.2012 non sussistevano condizioni che rendessero indispensabile la somministrazione dell'antibiotico prima di una adeguata e corretta raccolta di campioni microbiologici "profondi" che sarebbe stato utile eseguire durante l'intervento chirurgico programmato dell'11.01.2012, prelevandoli dal sottocutaneo e dai tramiti fistolosi dell'osso sternale; è proprio l'inidoneità delle indagini effettuate ad identificare l'agente dell'infezione, d'altro canto, che conduce il 12 gennaio 2012 a sospendere la terapia con *Org_14* (che solo il 19 aprile 2012 si saprà su base scientifica essere il farmaco adeguato a fronteggiare l'infezione) ed iniziare una terapia con *Org_15*, cui però il batterio era resistente e che infatti si rivela del tutto inefficace.

Come sottolineato dai CCTTUU, si può ragionevolmente presumere che l'identificazione dell'agente eziologico, a questo punto del decorso clinico del paziente, avrebbe ancora potuto consentire l'adozione di un trattamento antibiotico adeguato con conseguente controllo del processo infettivo.

D'altro canto, non è poi vero che il tampone profondo del 19 aprile 2012, che ha identificato per la prima volta l'agente patogeno, sia stato fatto in condizioni parzialmente diverse, costituite dalla presenza di ulcere, poiché le ulcere erano presenti anche al tempo dell'intervento di rimozione dei punti sternali dell'11 gennaio 2012, dato che erano state rilevate già dall'ecotomografia del 5 gennaio 2012 e che quell'intervento era stato programmato all'esito di quella tomografia proprio per la presenza e la necessità di medicare quelle ulcere nel profondo della ferita.

Dunque, finanche qualora la ferita del *Parte_2* si fosse infettata al di fuori della struttura ospedaliera, comunque sussisterebbe la responsabilità di entrambe le appellate per non aver impedito che l'infezione dilagasse, effettuando una diagnosi chiara e precisa, individuando l'agente patogeno e, di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

conseguenza, somministrando al paziente un antibiotico al quale il batterio fosse sensibile (anziché procedere "alla cieca" con somministrazioni del tutto inadeguate, anche per durata del trattamento, di antibiotici ai quali lo stafilococco responsabile del processo settico era resistente).

Peraltro, contrariamente a quanto sostenuto dal tribunale, non è affatto vero che l'infezione sia stata accertata per la prima volta nel mese di aprile 2012 presso [redacted] di [redacted] l'infezione era già evidente da tempo, [redacted] di [redacted] nel mese di aprile 2012 è stato accertato soltanto il suo agente patogeno, lo Staphilococcus Epidermidis, che mai prima era stato identificato; la circostanza dell'identificazione tardiva, peraltro, non depone certamente a favore di chi aveva già avuto in cura *Parte_3* e che nel corso di tutti i mesi precedenti, come risulta dalla documentazione, mai aveva provveduto a praticargli quel tipo di tampone nel profondo della ferita, limitandosi a prelievi superficiali.

Entrambe le appellate hanno dunque colpevolmente concorso al determinarsi della devastante infezione: l'azienda senese non solo per la cura inadeguata, ma anche nel momento genetico, in cui l'infezione fu contratta dal paziente, quella [redacted] solo sotto il profilo dell'omessa compiuta diagnosi dell'infezione.

Riguardo alla condotta di *Controparte_2* appare opportuno spendere qualche parola in più, perché tale appellata, anche sulla scorta di un'ambigua affermazione dei CCTTUU, ha escluso che la condotta dei propri sanitari avesse avuto una qualche incidenza nel determinare gli eventi per cui è causa, sostenendone la riconducibilità alla sola condotta dei sanitari del [redacted] senese.

Essa, in particolare, non solo ha contestato che nel periodo di ricovero presso di lei il paziente mostrasse già chiari segni d'infezione, ma ha anche sostenuto che la serie causale di azioni e/o omissioni poste in essere dall' *Controparte_1* *[...]* fosse da considerarsi autonoma e tale da superare eventuali sue omissioni.

Nessuno di tali assunti appare fondato.

Quanto al primo, emerge dalla documentazione relativa al ricovero presso tale centro che "il 29 ottobre 2011 il paziente aveva lamentato iperestesia a livello della ferita sternale, il 31 ottobre 2011 tale ferita era stata descritta come arrossata e lievemente pruriginosa, tanto da prescrivere una terapia antibiotica empirica con *Org_2*, mentre i valori di PCR erano rimasti costantemente elevati – almeno 10 volte quelli di riferimento; dalla scheda delle medicazioni risultava poi la presenza il 31 ottobre 2011 di una secrezione di siero dalla ferita e il 2 novembre 2011 di una pustola a livello sternale, mentre il 3 novembre 2011 veniva drenato materiale caseoso. Tali annotazioni contrastano, dunque, con quanto riportato alla dimissione: "le ferite chirurgiche si presentano pulite ed in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

ordine", e del resto che i sanitari dell' CP_2 di CP_2 abbiano sospettato la presenza di una patologia infettiva è dimostrato dal fatto che all'atto delle dimissioni prescrissero (del tutto empiricamente) la somministrazione di Org_2 .

La situazione della ferita avrebbe meritato già in tale sede un approccio diagnostico adeguato sia microbiologico, con esami colturali da effettuarsi prima della somministrazione dell'antibiotico, che con indagini strumentali atte a valutare l'estensione del processo infiammatorio.

Gli stessi CC.TT.UU. hanno chiarito che erano ravvisabili anche a carico di tale struttura delle omissioni, che avevano determinato un ritardo nella individuazione dell'agente patogeno responsabile della complicanza infettiva, sebbene abbiano poi aggiunto che a quelle criticità poteva essere attribuita una "*incidenza marginale nel determinare un'evoluzione peggiorativa di quella complicanza, che comunque avrebbe potuto essere intercettata e trattata adeguatamente dai sanitari di Siena nel loro percorso assistenziale successivo alla dimissione da* CP_2 *, quando la situazione non era ancora gravemente compromessa e un corretto approccio diagnostico, se posto in essere, avrebbe permesso ancora di instaurare un trattamento antibiotico adeguato, con conseguente verosimile controllo del processo infettivo ed interruzione dell'attivazione immunologica che ha determinato attendibilmente la disfunzione immunitaria alla base dello sviluppo della sindrome emofagocitica responsabile del decesso di* Parte_3 (cfr. relazione dei CC.TT.UU. - all. 11f, 11g e 89 – a pag. 30).

Tuttavia, ciò che rileva è che, seppur il successivo contegno dei sanitari senesi possa definirsi più colpevole – perché man mano che il tempo passava i segni dell'infezione erano più chiari ed evidenti e la colpa dei sanitari nell'ignorarli o comunque nel non affrontarli adeguatamente più grave – di tale maggiore o minore responsabilità non ci si deve occupare in questa sede, posto che la responsabilità delle due strutture è solidale e non vi sono domande trasversali, l'una nei confronti dell'altra, che impongano una graduazione di responsabilità.

D'altro canto, non si può certo affermare che la successiva condotta dei sanitari senesi sia stata tanto eccezionale, od eccentrica, da recidere il nesso di causa tra l'omissione del centro CP_2 ed il dilagare dell'infezione. Tale, infatti, può essere considerata solo quella condotta che crei un rischio nuovo, incommensurabile e letale rispetto al rischio originario, mentre nel caso in esame **il rischio è il medesimo, che non scongiurato da** CP_2 **ha continuato a non esserlo neppure da** CP_4 .

In definitiva, la responsabilità dell'infezione grava su entrambe le appellate: *[...]* Parte_3 è stato verosimilmente vittima di una infezione nosocomiale contratta in occasione del suo ricovero presso il CP_7 senese, quando il 22 settembre 2011 è

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

stato sottoposto a intervento chirurgico di sostituzione della valvola aortica; questo evento infettivo, che rappresenta una complicanza prevedibile e prevenibile di quell'intervento, non è stato prevenuto adeguatamente da parte dei sanitari di quel [redacted] che al momento dell'intervento chirurgico eseguirono una profilassi antibiotica incongrua, in contrasto con quella prevista dalle Linee Guida di riferimento dell'epoca; l'infezione iniziò a manifestarsi già nel corso di quel primo ricovero – sebbene all'epoca fosse difficile effettuare una diagnosi certa e fosse ancora giustificabile un atteggiamento attendista - e poi con evidenze cliniche sempre maggiori durante il ricovero di riabilitazione cardiologica presso l' *Controparte_2* quando già avrebbero dovuto essere disposti esami puntuali ed adeguati; in ogni caso, anche a prescindere dalla sua specifica eziologia, in entrambe le strutture sanitarie i segni e i sintomi dell'insorgere e dell'evolversi dell'infezione furono sottovalutati e di conseguenza non furono messe in atto adeguate misure diagnostiche (prelievi per esame microbiologico e diagnostica strumentale), che verosimilmente avrebbero consentito di individuare l'agente patogeno e di valutare l'estensione del processo infiammatorio; in mancanza di adeguata diagnostica, neppure furono intraprese tempestivamente terapie mirate e risolutive; viceversa, per molti mesi dall'insorgere dell'infezione furono adottate soltanto terapie empiriche, discontinue, con antibiotici inadatti, perciò non adeguate a fronteggiare il patogeno e l'aggravarsi dell'infezione; gli stessi interventi di rimozione dei punti di sutura, eseguiti presso il [redacted] senese per la bonifica dei focolai di infezione, non furono, anche per la tempistica errata del concomitante trattamento antibiotico, accompagnati da indagini microbiologiche adeguate a individuare l'agente batterico dell'infezione, di talché anche in tale occasione non furono somministrate terapie antibiotiche congrue.

Ai fini del decidere dell'*an debeatur*, rimane dunque da stabilire se la sindrome emofagocitica che ha causato il decesso di *Parte_3* sia stata, o non, causata dall'infezione post operatoria della ferita chirurgica.

8. Il quarto motivo d'appello: l'errata negazione del nesso di causalità fra l'infezione e l'istiocitosi emofagocitica, e dunque tra l'operato dei sanitari e il decesso del paziente.

Come spiegato dai CCTTUU, la sindrome emofagocitica è un grave disordine della immunoregolazione, caratterizzata da una eccessiva proliferazione dei linfociti e dei macrofagi, con fenomeni di emofagocitosi sia a livello del midollo osseo che del sangue periferico. Può essere primitiva (o congenita) ovvero secondaria (o acquisita), quest'ultima associata ad un eterogeneo gruppo di condizioni morbose, soprattutto patologie neoplastiche, prevalentemente ematologiche, ma anche malattie autoimmuni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

ed infettive. Fra queste ultime sono implicate soprattutto le infezioni virali (Epstein Barr Virus, Herpes virus, Citomegalovirus, virus influenzali e parainfluenzali, HIV, rosolia), le infezioni parassitarie (Leishmania in particolare) e, più raramente, le infezioni batteriche. L'anomala attivazione macrofagica, indotta dallo stato infiammatorio della malattia di base, conduce a una "tempesta citochinica" con coinvolgimento sistemico e grave sintomatologia clinica, comprendente febbre, epatospenomegalia, pancitopenia, iperglicemia, ipofibrinogenemia, disturbi neurologici e emofagocitosi nel midollo osseo, nel fegato e nella milza. La sindrome emocitofagica è gravata da un alto tasso di mortalità, variabile dal 20 all'88% dei casi, in relazione alla malattia di base e al frequente ritardo nella sua diagnosi.

Nel caso di specie, l'accertata sequenza temporale fra l'insorgenza dell'infezione della ferita sternotomica, la sua persistenza e l'accertamento della sindrome emofagocitica induce a ritenere verosimile - dovendosi escludere una forma primaria ed in assenza di altre possibili cause scatenanti la forma secondaria - l'esistenza di una correlazione causale tra il lungo decorso della complicanza infettiva post -operatoria, la conseguente persistenza di una **significativa attivazione immunologica** e la sindrome emofagocitica.

Invero, il contrario giudizio del tribunale – che, alla luce dei generali ed ipotetici fattori eziologici riferiti dai CCTTUU, ha criticato l'esclusione da parte dei medesimi di tutte le cause più probabili, in favore di quella batterica, più rara, ed è giunto così a negare il nesso causale tra l'infezione e l'istiocitosi emofagocitica - non appare condivisibile, perché sostituisce all'accertamento **in concreto** considerazioni del tutto astratte ed avulse dalla specifica vicenda oggetto d'esame.

Intanto, la presenza di una forma primaria, congenita, di quella sindrome, nel caso del *Parte_2* è ragionevolmente da escludere, dato che essa, come tale, si manifesta normalmente in età neonatale o comunque pediatrica, ed è del tutto inverosimile che abbia atteso oltre 60 anni per scatenarsi; d'altro canto, dall'anamnesi del paziente non emergono difetti genetici.

Mancano, poi, tracce di tutte le altre possibili cause della forma secondaria, necessariamente correlate alla presenza di altre patologie, diverse dall'infezione batterica, che non hanno trovato riscontro negli accertamenti e le indagini diagnostiche, cui è stato sottoposto il *Parte_2* sia prima che dopo l'intervento chirurgico e nei successivi accessi e degenze. Neppure le appellate hanno saputo indicarle con un minimo di supporto logico e documentale, nonostante il congiunto degli appellanti sia stato oggetto di cure mediche per un anno intero, durante il quale è stato sottoposto dai sanitari di Siena, di *CP_2* e poi anche di Firenze a ripetute anamnesi, a innumerevoli

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

accertamenti diagnostici, esami ematochimici, visite mediche in corsia e durante gli accessi in struttura, ecodoppler, ecotomografie, interventi di riapertura della ferita, prelievi di materiale dalla ferita, tamponi cutanei e profondi, TAC, istologie, scintigrafie, medicazioni della ferita, biopsie, con esiti tutti refertati, valutati e relazionati dai sanitari. Mai da tutti quegli accertamenti è risultato che *Parte_3* fosse affetto da patologie neoplastiche, tanto meno ematologiche, o da malattie autoimmuni, o da infezioni virali di nessun genere, tanto meno per i virus rilevanti per tale patologia; mai è risultato affetto da infezioni parassitarie, men che meno da Leishmaniosi; gli accertamenti fatti per la ricerca dell'Epstein Barr Virus, del Citomegalovirus, del Parvovirus e della Leishmania presso la struttura di *Org_10* hanno dato esito negativo; la presenza di quelle patologie non è stata riscontrata o ipotizzata neppure dai consulenti medico legali delle parti convenute durante le operazioni della consulenza tecnica preventiva.

Dunque, se **astrattamente** vi possono essere cause scatenanti l'istiocitosi emofagocistica più probabili dell'infezione batterica, **in concreto** è invece ben più probabile, con assoluta preponderanza, che sia stata proprio la persistenza di una grave infezione batterica – che, lo si sottolinea, **la scienza medica indica come possibile causa scatenante, per la significativa attivazione immunologica** che suscita – a determinare tale patologia.

Mentre la presenza di quel quadro infettivo, che costituisce comunque valida causa di attivazione della sindrome emofagocitica, e la stretta conseguenzialità temporale fra quel quadro infettivo e la sindrome emofagocitica, sono state ben accertate in questo giudizio, in base alla documentazione medica in atti la presenza di altre cause di quella sindrome, pur teoricamente possibili, non ha trovato riscontro alcuno; per questo, dunque, in modo del tutto logico, razionale e conforme alla scienza medica, i CC.TT.UU. hanno ritenuto di escluderle, e di affermare che quella sindrome è stata provocata proprio dall'unica causa scatenante accertata in questa vicenda, l'infezione batterica sempre più grave, con cui il paziente ha dovuto convivere dall'intervento chirurgico fino al decesso.

Pertanto, in applicazione del noto principio giurisprudenziale della "probabilità prevalente" e del "più probabile che non" (v. da ultimo Cass. 02/09/2022 n. 25884), si deve affermare la sussistenza del nesso di causa tra il contegno dei sanitari e il dilagare dell'infezione batterica, prima, e tra tale infezione e lo scatenarsi dell'istiocitosi emofagocitica, poi, e, dunque, in ultima analisi, tra il decesso del congiunto degli appellanti ed il contegno delle appellate.

9. La quantificazione del danno.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

Le appellate debbono quindi risarcire agli appellanti i danni conseguenti la malattia, prima, e la morte, poi, del loro congiunto.

10 a) Il danno biologico e morale terminale, *iure successionis.*

In punto di danno non patrimoniale, gli appellanti hanno chiesto, intanto, *iure successionis*, il risarcimento del danno correlato alla malattia patita dal loro congiunto, invocando il protrarsi dell'infezione e il sopraggiungere della sindrome emofagocitica, senza soluzione di continuità, fino al decesso, con i vari ricoveri, le degenze, gli accessi ripetuti in ospedali e ambulatori, a Siena, [redacted] Firenze, per sottostare a terapie e interventi chirurgici invasivi (quali quelli di riapertura della ferita sternale e di rimozione dei punti metallici), con la continua sofferenza derivante dal grave processo flogistico infettivo, la diastasi dei monconi sternali sopportata dal mese di gennaio 2012 fino al giorno del [redacted] il dolore talvolta indicibile proveniente dall'area della ferita, la febbre persistente per lunghi periodi, le eruzioni cutanee, le pustole, le ulcere, le secrezioni continue di pus dalla ferita, e in generale l'alterazione persistente delle sue condizioni di salute, dei suoi valori vitali, lo scadere della sua forza fisica, anche a causa dalle pesanti cure antibiotiche, antidolorifiche, cortisoniche, chemioterapiche, praticate inutilmente nei suoi riguardi fino all'esito finale del decesso, col sopraggiungere della sindrome emofagocitica il danno epatico, l'astenia, l'irritabilità, e poi, ancora, nell'avvicinarsi della morte, il rallentamento ideomotorio e lo stato mentale confuso degli ultimi giorni di vita.

Hanno quindi dedotto che l'infezione contratta a seguito dell'intervento chirurgico e poi la sindrome emofagocitica avevano compromesso in modo totale e radicale l' integrità psicofisica di *Parte_3* la sua vita quotidiana nelle sue molteplici esplicazioni personali, familiari, sociali, in una intensità massima, senza possibilità di recupero, fino all'esito finale del decesso, sottolineando altresì come il loro congiunto, in quanto medico, aveva avuto piena consapevolezza del progressivo aggravarsi delle sue condizione, maturando nel corso dei mesi la convinzione che la malattia lo avrebbe condotto alla morte.

Secondo i più recenti arresti giurisprudenziali (v. Cass. 17/09/2019 n. 23153; 05/07/2019 n. 18056; S.U. 22/7/2015 n. 15350), in caso di morte cagionata da un illecito, nel periodo di tempo interposto tra la lesione e la morte (purché si tratti di un lasso di tempo apprezzabile) ricorre il **danno biologico terminale**, cioè il danno biologico *stricto sensu* (ovvero danno al bene "salute"), al quale, nell'unitarietà del *genus* del danno non patrimoniale, può aggiungersi un danno morale peculiare – cd. **danno morale terminale o catastrofale -** ovvero il danno da percezione, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'*exitus,* 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, essendo quindi irrilevante, a fini risarcitori, in tale ipotesi, il lasso di tempo intercorso tra la lesione personale ed il decesso.

Specificamente, il danno biologico temporaneo di regola sussiste solo per sopravvivenze superiori alle 24 ore e deve essere accertato senza riguardo alla circostanza se la vittima sia rimasta o meno cosciente; per converso il danno non patrimoniale consistito nella "formido mortis" andrà verificato di caso in caso e ricorrerà esclusivamente ove la vittima abbia avuto la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente, anche per un lasso di tempo ridotto.

Ovviamente, in concreto possono verificarsi entrambi i profili di danno, distinti solo dal punto di vista descrittivo, e costituire insieme un'unica voce di danno non patrimoniale temporaneo. Come evidenziato dalla Suprema Corte (v. Cass. 18056/19 cit.), la persona che sopravviva *quodam tempore*, e poi muoia a causa delle lesioni sofferte, "*può patire un danno non patrimoniale. Questo danno può teoricamente manifestarsi in due modi, ferma restando la sua unitarietà quale concetto giuridico. Il primo è il pregiudizio derivante dalla lesione della salute; il secondo è costituito dal turbamento e dallo spavento derivanti dalla consapevolezza della morte imminente. Ambedue questi pregiudizi hanno natura non patrimoniale, come non patrimoniali sono tutti i pregiudizi che investono la persona in sé e non il suo patrimonio. Quel che li differenzia non è la natura giuridica, ma la consistenza reale: infatti il primo (lesione della salute): ha fondamento medico legale; consiste nella forzosa rinuncia alle attività quotidiane durante il periodo della invalidità; - sussiste anche quando la vittima sia stata incosciente. Il secondo, invece: - non ha fondamento medico legale; - consiste in un moto dell'animo; - sussiste solo quando la vittima sia stata cosciente e consapevole".*

Nel caso in esame ricorrono, appunto, entrambi i suddetti profili.

La malattia, fino all'agonia, del Parte_2 si è protratta senza soluzione di continuità con sintomi tali da creare apprezzabile sofferenza grossomodo dal dicembre 2011 fino al decesso, del [redacted] Quantomeno dal dicembre 2011, la ferita è divenuta il principale problema del paziente, che in mancanza d'infezione avrebbe, altrimenti, a quel momento cominciato a riprendersi dal pesante intervento cardiaco ed a ritrovare, gradualmente, un certo benessere.

Si tratta, dunque, di circa 8/9 mesi (v. in tal senso anche la ctu, che ha ravvisato circa 2 mesi e mezzo di temporanea al 50%, tra fine dicembre e i primi di marzo, ulteriori 2 mesi al 75% e gli ultimi 4 mesi d'invalidità temporanea assoluta) in cui la vita del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

congiunto degli attori è stata via via più profondamente pregiudicata dalla sofferenza fisica, dai continui ricoveri, dalle ripetute invasive terapie e dall'angoscia. Se inizialmente la condizione di salute non appariva ancora terminale, perché ben avrebbe potuto essere curata e superata, gli ultimi 4/5 mesi sono invece caratterizzati da un quadro in via di irreversibile peggioramento.

Si consideri, poi, quanto alla sofferenza fisica ed alla compromessa qualità della vita, tra tutti, il fatto che, dall'intervento del mese di gennaio 2012 di rimozione dei punti metallici di sutura dello sterno fino al decesso, *Parte_3* è rimasto praticamente con la ferita aperta e lo sterno diviso in due monconi, quasi nell'impossibilità di fare movimenti del tronco per il dolore provocato dalla deiscenza di quei monconi.

La temporanea lesione della salute è dunque innegabile ed incontestata, ed anche se fosse il solo profilo ravvisabile andrebbe liquidata tenendo conto delle peculiarità del caso concreto, dunque non limitandosi ad applicare la diaria prevista per un'invalidità temporanea destinata ad evolvere in una guarigione (seppure con postumi).

Ma non è tutto: l'istruttoria espletata in questo grado ha dato pieno conto di come il *Parte_2* che proprio in quanto medico aveva piena consapevolezza del progressivo aggravarsi della sua situazione, nel giro di qualche mese cominciò a scoraggiarsi, prima, e a disperarsi, poi, manifestando agli amici la propria angoscia, per la convinzione (purtroppo fondata) che non ne sarebbe uscito vivo.

I testimoni ascoltati all'udienza del 17 marzo 2022 (*Tes_2* *Tes_3* e *Tes_4* indifferenti) hanno confermato tutti che il *Parte_2* che appariva via via sempre più stanco e più debole, negli ultimi mesi di vita aveva confidato loro la propria convinzione che l'infezione non stava guarendo e che dopo tanto tempo ciò era un brutto segno. Il *Tes_3* inoltre, ha riferito che ad un certo punto, circa un mese prima della sua morte, il *Parte_2* gli aveva chiesto di farlo ricoverare in una struttura per malati terminali, dicendogli che non ce la faceva più, che non vedeva alcuna prospettiva, e che aveva bisogno di cure palliative che gli alleggerissero l'estrema sofferenza.

Se anche, dunque, negli ultimi giorni la malattia, unita alla somministrazione di morfina, era arrivata al punto di obnubilarlo, certamente egli prima di tale fase estrema ebbe piena consapevolezza dell'approssimarsi dell'inevitabile *exitus*.

La tabella milanese nel liquidare tale voce di danno applica il principio di unitarietà ed onnicomprensività, adottando una definizione onnicomprensiva del "danno terminale", tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente.

Poiché nel caso in esame ricorrono entrambi i profili (biologico e morale), le somme ivi indicate vanno certo riconosciute integralmente; tuttavia, premesso che tale tabella

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

liquida per i primi tre giorni di sofferenza la somma di 30.000,00 euro e poi, dal 4° al 100° giorno compresi, ulteriori euro 53.235,00, nel presupposto che la sofferenza sia massima nel momento iniziale, e poi il danno tenda a decrescere col passare del tempo, per una sorta di "adattamento", si debbono operare degli aggiustamenti, per tener conto delle peculiarità della concreta vicenda in esame.

Intanto, il danno in oggetto si è protratto oltre i cento giorni (per i quali sarebbe da riconoscersi in base alla tabella la somma di euro 83.235,00); inoltre, proprio il fatto che si tratti di una malattia in evoluzione – anzi, addirittura di una malattia (l'infezione) che poi ne ha causato un'altra (l'istiocitosi emofagocitica) – si deve ritenere che comunque sempre di danno temporaneo si sia trattato, seppur qualificabile tecnicamente come terminale, per l'irreversibile esito, solo negli ultimi circa 4 mesi (ovvero dal manifestarsi della sindrome emofagocitica).

Poi, proprio l'*escalation* della malattia esclude che nel caso di specie ci sia stata quella sorta di "adattamento", salvo forse negli ultimi giorni, quando era in via di compimento il progressivo distacco dalla vita del *Parte_2*

Posto che anche le tabelle milanesi consentono, comunque, a fronte di comprovate peculiarità, una personalizzazione fino al 50%, appare equo nel caso in esame riconoscere al congiunto degli attori un danno non patrimoniale – tenuto conto anche del lungo lasso di tempo trascorso dal maturare del diritto, ciò che rileva, trattandosi di credito di valore - di complessivi euro **120.000,00**, *omnia,* trattandosi di liquidazione equitativa**.**

9 b) Il danno parentale, *iure proprio*.

Gli appellanti, fin dal primo grado, hanno fatto altresì valere, quale danno *iure proprio*, la sofferenza e lo stravolgimento delle loro vite durante la lunga e straziante malattia del loro congiunto, prima, e la perdita conseguente la morte ed il dolore ad essa connesso, poi, chiedendo a tale titolo la somma, comprensiva di entrambe le voci, di euro 300.000,00 ciascuno (oltre accessori).

E' principio ormai noto e consolidato in giurisprudenza quello secondo cui tra le sottovoci di danno non patrimoniale, risarcibile quale conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto ed inviolabile, per il quale sia ravvisabile la gravità dell'offesa, va annoverato il danno arrecato alla intangibilità della sfera degli affetti e dei legami familiari, la cui tutela discende dagli artt. 2, 29 e 30 della Costituzione.

In questo senso, l'interesse giuridicamente tutelato che vien fatto valere nel caso di danno da uccisione del congiunto consiste nella violazione della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito della peculiare formazione sociale-famiglia, e nell'immane sofferenza che ne deriva.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

Trattandosi di un pregiudizio che si proietta nel futuro, nel liquidarlo si deve aver riguardo tanto al presumibile periodo di tempo per il quale si sarebbe esplicato il godimento del rapporto col congiunto, quanto all'intensità del legame.

Al riguardo, occorre considerare l'età della scomparsa e dei superstiti, l'intensità del vincolo parentale sussistente tra la vittima e gli istanti, la sussistenza, o non, di una relazione di convivenza, la presenza di altri congiunti, nonché tutti gli elementi peculiari della fattispecie concreta, in modo da addivenire ad una corretta ed effettiva personalizzazione del risarcimento.

Al pari, per quanto attiene alla compromissione del rapporto con la vittima primaria, si deve aver riguardo alla gravità della malattia ed al tipo di legame esistente col congiunto.

Nel caso in esame, il *Parte_2* al momento del decesso aveva 63 anni; la moglie ne aveva 59 e conviveva con lui, il figlio 33 e anch'egli conviveva coi genitori (v. doc. 77: la circostanza è peraltro incontestata).

Tanto premesso, nel liquidare il danno per la perdita del congiunto, si deve applicare la tabella milanese, come aggiornata al 2022 (onde tener conto delle indicazioni della Suprema Corte - v. Cass. 21/04/2021 n. 10579 e Cass. 29/09/2021 n. 26300 - circa la preferibilità di una tabella basata sul "sistema a punti", che offre maggiori garanzie dell'uniformità delle decisioni ed assicura, al contempo, un maggior grado di prevedibilità della liquidazione equitativa, che viene ad essere orientata in modo più puntuale).

In base ad essa, in caso di perdita del coniuge o del genitore sono attribuibili **118** punti, con una soglia non superabile del risarcimento (salvi casi eccezionali) di € **336.500,00**; la distribuzione dei punti avviene tenendo conto dell'età della vittima primaria, dell'età della vittima secondaria, della convivenza, della sopravvivenza di altri congiunti al *de cuius*, e della qualità e intensità della relazione affettiva.

Cominciando dalla moglie convivente, considerata l'età dei coniugi, la convivenza, la presenza di un figlio convivente, adottato il parametro medio, il credito ammonta alla somma di euro **265.835,00.**

Quanto al figlio convivente, in base ai medesimi parametri, dev'essere riconosciuta la somma di euro **279.295,00**.

La malattia, poi, specie con l'aggravarsi delle condizioni di salute, ha compromesso non solo per il *Parte_2* ma anche per i suoi familiari, lo svolgersi in modo appagante del rapporto affettivo con lui, creando nei medesimi dolore e angoscia per la constatazione dello stato di sofferenza del proprio congiunto e dell'inefficacia delle cure, nonché per il timore via via più fondato di un esito infausto.

Stante il calvario vissuto dal congiunto degli attori, secondo l'*id quod plerumque accidit*, in considerazione dello stretto legame affettivo e della convivenza, si deve presumere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

un'intensa sofferenza e lo sconvolgimento delle abitudini di vita dei familiari, impegnati, tra l'altro, in continui accessi in ospedale, visite mediche, quali accompagnatori, e prestazioni di cura ed assistenza; ciò vale soprattutto per la moglie, mentre è plausibile ipotizzare per il figlio, ultratrentenne, che per quanto travolto dalla malattia del padre abbia conservato una maggiore autonomia, rispetto alla Pt_1

Dunque, occorre riconoscere una somma, equitativamente determinata, anche a tale titolo.

Allora, considerato il protrarsi della sofferenza nei mesi (come già detto per il danno temporaneo patito dal Parte_2 per oltre 8 mesi), si deve riconoscere la somma chiesta dagli appellanti, di complessivi 300.000,00 euro ciascuno, tra danno per il periodo di malattia e quello per la morte del congiunto - che significa riconoscere a titolo di danno temporaneo al figlio la somma di euro 20.705,00 ed alla moglie la somma di euro 34.165,00 (dunque una somma per lei maggiore perché appunto verosimilmente essa è stata maggiormente condizionata in ogni momento della sua vita dagli eventi), somme che appaiono eque anche ove rapportate alla quantificazione di tale voce risarcitoria per la vittima primaria.

Trattandosi di debiti di valore, su tali somme (di euro 300.000 per ciascun danneggiato), già rivalutate, debbono essere computati, quali danno per il danno per il ritardato pagamento, gli interessi legali, che dovranno essere calcolati, giusta Cass. Sez. Un. 22.4.94-17.2.95 n. 1712, devalutando la somma qui riconosciuta al momento del fatto (settembre 2010), e computando gli interessi legali su tale somma rivalutata anno per anno in base agli indici istat.

I suddetti crediti ammontano dunque ad euro **323.493,71.**

Quindi, cumulate le voci subb 10 a) e 10 b), a titolo di danno non patrimoniale, *iure proprio* e *iure hereditatis*, agli appellanti spetta la somma di euro **383.493,71 ciascuno,** oltre interessi legali dalla presente sentenza al saldo.

10 c) Il danno patrimoniale, *iure successionis.*

Il Dott. Parte_3 operava in [redacted] come medico di medicina generale e per questo era retribuito dall' Parte_7 ma svolgeva anche attività medica privata, consentita dal suo rapporto con l' Parte_7 per certificazioni sanitarie per patenti di guida, porto d'armi, fini assicurativi, medico legali, invalidità civile, medicina del lavoro, funzionalità respiratoria dei dipendenti, retribuita separatamente, ed avrebbe potuto continuare la sua professione fino all'età di settanta anni, dunque per altri sette anni.

Nel corso degli anni 2009 e 2010 immediatamente antecedenti a quello del ricovero e dell'intervento cardiochirurgico (del mese di settembre 2011), il Parte_2 ha tratto dalla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

sua complessiva attività professionale redditi rispettivamente di Euro 65.940,00 e di Euro 62.483,00.

Ovviamente, dal ricovero e per tutta la restante parte della sua vita il medesimo non ha più potuto svolgere ulteriore attività professionale, non essendo nelle condizioni fisiche per farlo (tanto che prima di morire aveva anche formalmente cessato il rapporto a convenzione), e nell'anno 2012 il suo reddito, comprensivo delle prestazioni previdenziali, è stato di euro 36.772,00 (cfr. modelli PF Persone Fisiche 2012 e 2013 - all. 62, 63 comunicazione della *Organizzazione_16* fogli pensione; CUD 2013 - all. 64, 65, 66, 67, 68, 69).

Data come premessa, anche sulla base della relazione peritale, da un canto che fino al termine del 2011 comunque il *Parte_2* non sarebbe rientrato al lavoro per la convalescenza legata all'importante intervento cardiochirurgico cui si era sottoposto, e dall'altro che i redditi dell'anno 2011 non sono pieni (stante appunto il post-operatorio) e quindi non sono significativi, per comprendere la perdita di reddito imputabile alle appellate si deve confrontare il reddito percepito nei circa 8 mesi di vita del 2012 con quello percepito negli anni 2009 e 2010, per il medesimo lasso di tempo (dunque moltiplicando tale reddito per 8/12).

La *CP_3* si duole che gli appellanti avrebbero prodotto esclusivamente la dichiarazione dei redditi dell'anno precedente all'intervento, mentre l'art. 137 D. lgs 209/2005 prescriverebbe che siano presi in considerazione le ultime tre dichiarazioni dei redditi. Tale doglianza è tuttavia infondata, non solo perché in realtà sono presenti le dichiarazioni dei redditi tanto per l'anno 2010 (doc. 61), quanto per l'anno 2009 (doc. 60), ma soprattutto perché l'art. 137 cod. ass dispone di determinare l'incidenza dell'inabilità temporanea sul reddito da lavoro più elevato degli ultimi tre anni, di talché, se anche gli appellanti avessero depositato il reddito di un solo anno tra i tre, ciò avrebbe impedito loro di invocare in ipotesi un reddito più elevato, ma non di operare il raffronto con quello in esame.

Dunque, dato il reddito più elevato di euro 65.940,00, del 2009, e verificato che per valori omogenei tale voce nel 2012 è stata di euro 30.077,00, ma per un periodo di soli 8 mesi (ciò che rileva, non potendosi considerare in questa voce risarcitoria il periodo successivo alla morte del *Parte_2* di cui si tratterà nel prossimo paragrafo), riproporzionato il reddito del 2009 agli 8 mesi del 2012 (per euro 43.960,00), si deve stimare un danno di euro **13.883,00**

Costituendo oggetto di un'obbligazione di valore, esso dev'essere maggiorato della rivalutazione monetaria intervenuta dal [redacted] (quando s'è appalesato il complessivo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

danno) ad oggi e sulla somma rivalutata anno per anno sono dovuti gli interessi legali, di talché il complessivo debito degli appellati a tale titolo è di euro **17.773,05.**

Ciascuno degli appellanti, in qualità d'erede, è dunque titolare a tale titolo di un credito di euro **8.886,52.**

10 d). Il danno patrimoniale *iure proprio*.

Gli appellanti hanno poi dedotto che il loro congiunto non spendeva pressoché niente per se stesso e destinava tutto il suo reddito al mantenimento della famiglia, sostanzialmente a suo carico, non svolgendo attività di lavoro remunerata né la moglie casalinga né il figlio convivente, per lo più disoccupato.

In realtà, dalla dichiarazione dei redditi risulta a carico la sola moglie (che, è pacifico, era casalinga), non anche il figlio, e d'altro canto Parte_2 essendo ultratrentenne, e non inabile al lavoro, aveva un onere rafforzato di allegare e dimostrare peculiari ragioni del suo dedotto mantenimento e l'effettiva sussistenza di esso, mentre nulla ha allegato né provato a tale riguardo.

Soltanto la Pt_1 dunque, ha effettivamente maturato un credito da lucro cessante *iure proprio.*

Nel liquidare tale danno, si deve muovere dalla premessa che parte appellante ha limitato la propria pretesa ai guadagni che sarebbero verosimilmente maturati fino al 70esimo anno d'età del *de cuius*, e chiesto a tale titolo la somma di euro 130.000,00, determinata tenendo conto della pensione di reversibilità percepita dalla Pt_1 (che ha scorporato).

Allora, tenuto conto che il Parte_2 avrebbe potuto lavorare come medico dell Pt_7 fino al massimo dell'età pensionabile, ovverosia fino al mese di [redacted] (e sempre fino a tale età anche come libero professionista), percependo i maggiori compensi che gli sarebbero spettati dalla continuazione del rapporto fino a quell'età, quali risultano quanto meno dalle dichiarazioni dei redditi sopra indicate (ciò che peraltro non è contestato dalle appellate), è presumibile che tali redditi sarebbero stati divisi tra i coniugi a metà e che la moglie avrebbe goduto godere del 50% di tale reddito per sei anni e tre mesi, per euro 206.062,50 (65.940 x 6,25 / 2).

Poiché, come premesso, la Pt_1 ha tuttavia limitato la propria pretesa ad euro 130.000,00 (anche negli scritti conclusivi di questo grado), in considerazione dello scomputo della pensione di reversibilità percepita, di tale quantificazione si deve tener conto ex art. 112 c.p.c., pur avendo la Suprema Corte a Sezioni Unite (v. pronuncia 22/05/2018 n. 12564) risolto il contrasto giurisprudenziale in materia nel senso che *"Dal risarcimento del danno patrimoniale patito dal familiare di persona deceduta per colpa altrui non deve essere detratto il valore capitale della pensione di reversibilità accordata dall* CP_ *al familiare superstite in conseguenza della morte del congiunto, trattandosi di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

una forma di tutela previdenziale connessa ad un peculiare fondamento solidaristico e non geneticamente connotata dalla finalità di rimuovere le conseguenze prodottesi nel patrimonio del danneggiato per effetto dell'illecito del terzo". Benvero, a fronte di una compiuta ricostruzione del danno patito, che ha escluso espressamente che in esso rientrasse la quota coperta dalla pensione di reversibilità (con un ragionamento peraltro plausibile, come dimostra il fatto che la giurisprudenza sul punto almeno fino alle sezioni unite fosse divisa), il solo fatto che l'appellante abbia concluso, ma solo in via generale, con riferimento al complessivo danno, con la formula "salvo il più o il meno di giustizia" non altera quella che è stata la sua compiuta e motivata valutazione del nocumento subito a titolo di lucro cessante iure proprio, a cui quindi appare doveroso attenersi.

Dunque, alla *Pt_1* spetta tale ulteriore somma, maggiorata della rivalutazione monetaria e degli interessi calcolati anno per anno sugli importi risarcitori via via maturati dal 2012 al 2019 (posto che si sarebbe trattato di un danno futuro, ma venendo liquidato solo a posteriori esso si è già integralmente consumato e, in quanto debito di valore, dev'essere maggiorato dei suddetti accessori), per complessivi euro **159.367,00.**

10 e). Danno emergente, per spese affrontate.

Infine, la vicenda in esame ha comportato dei costi, alcuni sostenuti direttamente da *Parte_3* altri sopportati dai suoi familiari.

In particolare, sono stati sopportati dal *Parte_2* i costi per visite mediche, ritenuti congrui dai CCTTUU, per euro 392,00.

Trattandosi di debito di valore, da maggiorare di rivalutazione ed interessi sulla somma rivalutata anno per anno, il credito degli appellanti *iure successionis*, da dividere al 50%, è di euro 518,00, e dunque di euro **259,00** ciascuno.

Non può invece, sempre a tale titolo, essere riconosciuta l'ulteriore somma di euro 218,00 relativa a scontrini per l'acquisto di farmaci non meglio individuati, in mancanza di prova della correlazione tra la spesa e la malattia imputabile ai sanitari, come già evidenziato dai CCTTUU.

Quanto agli esborsi sostenuti dai congiunti, nulla può essere riconosciuto per spese di trasporto e relative all'assistenza prestata, non documentate ma, ancor prima, neppur compiutamente allegate.

Debbono invece essere riconosciute le spese successorie, pari ad Euro 3.517,99 per imposte di successione (v. doc. 73), che maggiorate di rivalutazione ed interessi determinano un credito di euro 4.499,39, da suddividere al 50% tra i due eredi, e dunque di euro **2.250,00** (arrotondati) ciascuno.

Alla sola *Pt_1* (intestataria della fattura) deve essere riconosciuta anche la somma di euro 566,28 relativa alla fattura [redacted] del 2012 della Geom. *Pt_8* per la presentazione della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

denuncia di successione e della relativa voltura catastale (doc. 73), somma che, maggiorata dei suddetti accessori, porta ad un credito di euro **724,25**.

Infine, sempre alla sola *Pt_1* intestataria della relativa fattura (v. fattura [redacted] del 2012 della *Parte_9*, doc. 74), spettano le spese funerarie di euro 2.000,00, che maggiorate degli accessori integrano un credito di euro **2.558,26**.

Dunque, in conclusione, il complessivo credito della *Pt_1* a titolo di danno patrimoniale, emergente e da lucro cessante, *iure proprio* e *iure successionis*, è di euro **174.045,00;** quello di *Parte_2* di euro **11.396,00.**

Su tali somme sono dovuti gli interessi legali dalla presente sentenza al saldo.

11. Le spese di lite.

La riforma della decisione impugnata, che determina la caducazione della pronuncia inclusa quella accessoria sulle spese, impone al giudice di appello di liquidare nuovamente le spese del doppio grado di giudizio, sulla base dell'esito finale della lite.

Secondo il costante indirizzo della Cassazione, infatti, 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 o globale; esclusivamente in caso di conferma della sentenza impugnata, la decisione sulle spese può essere modificata soltanto se il relativo capo della sentenza abbia costituito oggetto di specifico motivo d'impugnazione (cfr., *ex multis:* Cass., Sez. 3 - , Ordinanza n. 9064 del 12/04/2018; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 1775 del 24/01/2017; Sez. L, Sen tenza n. 11423 del 01/06/2016).

Nel regolare tali spese, si deve muovere dalla premessa che gli appellanti all'esito dei due gradi sono risultati totalmente vincitori.

Premesso che tali spese debbono essere liquidate sulla base de D.M. 55/14 come modificato dal D.M. 127/22, al fine di individuare lo scaglione di riferimento applicabile si deve avere riguardo al valore della lite come determinato ex art. 10 c.p.c., in forza del rinvio operato dall'art. 5 D.M. 55/14, tenendo presente che le domande proposte da più parti contro il medesimo soggetto ex art. 10 c.p.c. non si cumulano, di talché al fine di determinare il valore della controversia si deve avere riguardo al credito più elevato riconosciuto, che è quello della *Pt_1* pari oggi ad euro 557.538,71.

Dunque, ritenuta la complessità media della controversia, e considerato che anche al momento dell'introduzione del giudizio di primo grado tale credito (maggiorato della rivalutazione monetaria e degli interessi sulla somma rivalutata anno per anno maturati sino a tale data - posto che ex art. 10 comma secondo c.p.c tali accessori si sommano col

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

capitale) collocava la controversia nello scaglione 520.001-1.000.000, ma verso il basso, e considerato altresì che il compenso va maggiorato del 10%, ex art. 4 comma 2 D.M. 55/14, stante la difesa di due parti, si debbono liquidare:

- Per il primo grado, applicati i valori minimi alla fase istruttoria, consistita nella sola acquisizione dell'atp con relativa disamina, ed i valori medi alle restanti fasi, nella somma di euro 23.000,00 per il giudizio di cognizione (a fronte di un compenso da scaglione, con la maggiorazione ex art. 4, di euro 24.668, ed operata una lieve diminuzione perché il credito si colloca ai minimi di scaglione), e di euro 7.000,00 per la fase di atp (a fronte di un compenso da scaglione di euro 7.691,00 – senza maggiorazione per il numero delle parti perché irrilevante in tale fase - e sempre operata una lieve diminuzione perché il credito si colloca ai minimi di scaglione);
- Per il secondo grado, applicati i valori medi a tutte le fasi, nella somma di euro 27.000,00 (a fronte di un compenso da scaglione, con la maggiorazione ex art. 4, di euro 28.770, sempre per la suddetta diminuzione).

Quanto, infine, alle spese di ctu, esse debbono gravare integralmente sugli appellati.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *Parte_1* **e** *Parte_2* **avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. in data 29.6.2020 del Tribunale di Siena, ogni altra domanda, istanza, eccezione, e deduzione disattesa od assorbita, in accoglimento dell'appello così provvede:**

- **condanna le appellate in solido tra loro a corrispondere agli appellanti la somma di euro 383.493,71 ciascuno a titolo di danno non patrimoniale, *iure proprio* e *iure successionis*, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;**
- **condanna altresì le appellate in solido tra loro a corrispondere alla** *Pt_1* **la somma di euro 174.045,00 a titolo di danno patrimoniale, *iure proprio* e *iure successionis*, e al** *Parte_2* **la somma di euro 11.396,00, a titolo di danno patrimoniale, *iure proprio* e *iure successionis,* oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;**
- **condanna infine le appellate in solido a corrispondere agli appellanti le spese di lite, che liquida per il primo grado (comprensivo di atp) nella somma di euro 30.000,00 e per il secondo grado nella somma di euro 27.000,00, oltre rimborso spese generali, iva e cap come per legge;**

dispone che le spese di ctu gravino in via definitiva sulle appellate.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 26.4.2023.

Il Consigliere estensore **Il Presidente**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274

dott.ssa Giulia Conte **dott. Alberto Panu**

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 ex D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-274