REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE D'APPELLO DI L'AQUILA

composta dai Signori magistrati:

Dott. Francesco S. Filocamo Presidente

Dott. Silvia Rita Fabrizio Consigliere relatore

Dott. Alberto Iachini Bellisarii Consigliere

ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 485/2023 R.G. posta in deliberazione all'udienza collegiale del 10/09/2025 e vertente

TRA

Parte_1 , *Parte_2* , *Parte_3* *Parte_4* *[...]* , *Parte_5* , quali congiunti di *Persona_1* [redacted], rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] in forza di procura rilasciata su foglio separato congiunto materialmente all'atto di citazione in appello ed elettivamente domiciliati presso lo Studio del nominato difensore in Spinetoli - Pagliare del Tronto (AP) alla [redacted] la quale autorizza la Cancelleria, ai sensi dell'art. 176 comma 2 c.p.c., ad effettuare le comunicazioni al [redacted] e/o all'indirizzo PEC estratto da Reginde: *Email_1* da intendersi ai sensi e per ogni effetto di legge quale domicilio digitale;

APPELLANTI

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Controparte_1 con sede in [redacted], Codice Fiscale *P.IVA_1* e Partita Iva *P.IVA_2* in persona del legale rappresentante pro tempore, Dott.ssa *Controparte_2* rappresentata e difesa in forza di procura speciale alle liti, rilasciata su foglio separato e congiunto telematicamente, ex art. 83 comma 3 c.p.c, dall'avvocato [redacted] (CF: *C.F._1*), del Foro di Milano, ed elettivamente domiciliata presso il suo studio sito in Milano, [redacted] e all'indirizzo PEC: *Email_2*

APPELLATA APPELLANTE INCIDENTALE

-

Controparte_3, c.f. e p. Iva *P.IVA_3*, corrente in *CP_3* alla [redacted] in persona del suo legale rappresentante pro tempore, il Direttore Generale Dott. *Controparte_4* c.f. *CodiceFiscale_2*, il quale elegge il proprio domicilio fisico in *CP_3* al [redacted] e quello digitale, per ogni notifica, presso la casella di P.E.C. dell'Avv. [redacted] del Foro di *CP_3*, c.f. *CodiceFiscale_3* (il quale chiede di ricevere gli scritti, le comunicazioni e le notifiche di causa a mezzo P.E.C. presso la casella [redacted] *Email_3*, difensore nominato con procura redatta su separato supporto cartaceo da considerarsi unita in calce al presente atto depositato in via telematica e come da autorizzazione all'incarico con delibera [redacted] (ALLEGATO 2).

APPELLATA

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Per parte appellante: “

“Voglia l’Ecc.ma Corte di Appello di Ancona, previa ogni declaratoria del caso e di legge, ogni diversa e contraria istanza ed eccezione rigettata, anche in via istruttoria ed incidentale, in riforma e/o annullamento della sentenza n. 702/2024 emessa dal Tribunale di Pescara, Sezione Civile, Giudice Dott.ssa Medica, nell’ambito del giudizio N.R.G. 1322/2021, pubblicata il 16/05/2024, mai notificata, accogliere le seguenti conclusioni:

- in via principale e nel merito, previa ogni necessaria declaratoria, accertare e dichiarare che il decesso del Sig. *Persona_1* è causalmente riconducibile alla condotta tenuta in via esclusiva dalla *Parte_6* alla luce di tutti gli elementi evidenziati nella narrativa del presente atto e per l’effetto condannare la *Pt_6* *[...]* al pagamento in favore degli odierni attori delle seguenti somme a titolo di risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, oltre interessi e rivalutazione monetaria dalla data della domanda al saldo, subiti e subendi in conseguenza del decesso del Sig. *Persona_1* :

1. *Parte_1*, moglie del de cuius nell’importo di € 331.920,00;

2. *Parte_2*, figlio del de cuius nell’importo di € 331.920,00;

3. *Parte_3*, figlia del de cuius nell’importo di € 331.920,00;

4. *Parte_4*, nipote del de cuius nell’importo di € 144.130,00;

5. *Parte_4*, nipote del de cuius nell’importo di € 144.130,00; 6. *Parte_5*, nipote del de cuius

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

nell'importo di € 144.130,00, ovvero, per tutti, nella maggiore o minore somma che sarà ritenuta equa di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria dalla data della domanda al saldo, detratte le somme ricevute con la sentenza gravata;

- In via subordinata, previa ogni necessaria declaratoria, accertare e dichiarare che il decesso del Sig. *Persona_1* è causalmente riconducibile in via solidale e/o pro quota alla condotta tenuta dalle convenute che avevano preso in cura il medesimo presso le rispettive strutture; per l'effetto condannare la *Parte_6* in solido e/o pro quota con la *Controparte_1*, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore degli odierni attori delle seguenti somme a titolo di risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, oltre interessi e rivalutazione monetaria dalla data della domanda al saldo, subiti e subendi in conseguenza del decesso del Sig. *Persona_1*:

- 1. *Parte_1*, moglie del de cuius nell'importo di € 331.920,00;

- 2. *Parte_2*, figlio del de cuius nell'importo di € 331.920,00;

- 3. *Parte_3*, figlia del de cuius nell'importo di € 331.920,00;

- 6. *Parte_4*, nipote del de cuius nell'importo di € 144.130,00;

- 7. *Parte_4*, nipote del de cuius nell'importo di € 144.130,00;

- 8. *Parte_5*, nipote del de cuius nell'importo di € 144.130,00, ovvero, per tutti, nella maggiore o minore somma che sarà ritenuta equa di giustizia, oltre interessi e rivalutazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

monetaria dalla data della domanda al saldo, detratte le somme ricevute a seguito della sentenza gravata;

- in ogni caso, si chiede che gli importi liquidati con la sentenza gravata vengano rivisti e modificati alla luce delle criticità mosse con il presente atto sulla illegittima riduzione dell'ulteriore 30% applicata dalla sentenza gravata in modo arbitrario, illegittimo ed in assenza di iter logico-giuridico come argomentato in narrativa."

In via istruttoria chiedono rinnovarsi la CTU e ammettersi le prove testimoniali dedotte sui capitoli di prova di cui alla memoria ex art. 171 ter cpc.

"Con vittoria di spese e compensi oltre il rimborso forfettario per spese generali oltre IVA e CPA come per legge relativi ad entrambi i gradi di giudizio.".

Per parte appellata-appellante incidentale *Controparte_1* *[...]*

"Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello di L'Aquila adita, disattesa e respinta ogni contraria domanda, istanza, eccezione e conclusione sia di merito che istruttoria ex adverso formulata,

In via preliminare/pregiudiziale dichiarare il passaggio in giudicato delle statuizioni della sentenza n. 702/2024 del Tribunale di Pescara, GI dr.ssa Medica, nei confronti dei signori *[...]* *Controparte_5* *Controparte_6* *Parte_5* in qualità di esercente la postestà sul minore *Persona_2* ;

Nel MERITO, previa ogni opportuna declaratoria del caso che l'Eccellentissima

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Corte d'Appello riterrà di pronunciare, in relazione all'Appello principale,

a) con riguardo al I motivo di appello principale, previo rigetto della istanza di rinnovazione integrale della consulenza svolta in Atp, in parziale adesione al primo motivo di gravame, accertare e dichiarare il riconoscimento, in capo alla *Parte_6* della responsabilità esclusiva della quota parte del danno attribuita all'operato sanitario (al netto della quota di incidenza determinata in modo indipendente dall'operato sanitario e pari alla stima già offerta dal Collegio dell'80%), con esclusione di ogni corresponsabilità della *Controparte_7* , sia in via solidale sia pro quota per i motivi sopra rassegnati;

b) con riguardo al secondo motivo di appello principale, ferma l'inammissibilità/infondatezza della richiesta di rinnovo della CTU e, quindi, fermo l'accertamento della incidenza preponderante della concausa naturale stimata dal Collegio peritale nell'80%, in parziale adesione al secondo motivo di appello principale, rideterminare la quota di responsabilità attribuita all'operato sanitario, ponendola a carico esclusivo della *Parte_6* . Con conseguente esclusione di ogni debenza da parte della *[...] Controparte_8* , sia in via solidale sia pro quota;

c) respingere il terzo motivo di appello principale, in quanto infondato, non sussistendo i presupposti né le ragioni in diritto per procedere ad una rideterminazione in aumento del quantum liquidato dalla sentenza di primo grado."

d) Ulteriormente, in via istruttoria, si oppone alla richiesta di rinnovazione integrale della CTU medico legale"…e alle prove orali inammissibili e irrilevanti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

"In ogni caso, IN [redacted] in parziale riforma della sentenza n. 702/2024 pubblicata in data 16.05.2024 dal Tribunale di Pescara, si chiede l'accoglimento dei seguenti motivi:

- in accoglimento del primo motivo di appello incidentale, in parziale riforma della sentenza di primo grado con riferimento ai capi nn. c.2, c.3, c.4, previa conferma delle risultanze peritali condotte nei limiti dell'accertamento dell'incidenza della concausa c.d. naturale ossia indipendente dall'operato umano (nella misura pari all'80%), porre a carico esclusivo dell' *Parte_7* la restante quota di responsabilità (i.e. 20%), con esclusione di qualsiasi contributo causale della clinica *CP_7* quale mera clinica riabilitativa presso la quale, in base alle competenze e allo scopo del ricovero riabilitativo, il paziente venne adeguatamente assistito e trattato, con conseguente insussistenza di responsabilità per il peggioramento occorso poco prima delle dimissioni e direttamente connesso alle sequele post chirurgiche e a quelle particolarmente gravose di tipo infettivologiche che in quella sede si innestarono in maniera irreversibile (di cui la *Controparte_9 [...]* , si ribadisce, non può essere ritenuta responsabile). Con conseguente rigetto di ogni domanda e riconoscimento risarcitorio, anche in via solidale, nei confronti della odierna appellante incidentale. In subordine, nell'ipotesi di riconoscimento di una quota di corresponsabilità, rideterminare la quota a carico della *CP_1* nella misura del 5% (ovvero a quella inferiore che vorrà essere riconosciuta) rispetto a quella prevalente imputabile alla *Parte_6* (nella misura del 15% ovvero in quella maggiore che si intenderà riconoscere).

- in accoglimento del secondo motivo di appello incidentale, nell'ipotesi di accoglimento del primo motivo formulato in via

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

incidentale, provvedere alla parziale riforma della sentenza di primo grado, rideterminando il riparto del quantum liquidato agli allora attori e odierni appellanti, nonché delle spese processuali e di CTU, ponendo il monte risarcitorio e le conseguenti spese a carico esclusivo della *Parte_6* ovvero, in subordine, ponendo in capo alla *Parte_6* la quota maggioritaria di ¾ ovvero la maggiore o diversa quota che, all'esito del gravame, si intenderà porre a carico della su citata *Pt_6*

In ogni caso, con rifusione di spese, diritti ed onorari del doppio grado di giudizio e del giudizio di Atp, oltre l'I.V.A. nella misura di legge ed il Contributo Cassa Previdenza Avvocati (pari al 4%) ai sensi della L. 576/80, nonché rimborso spese forfetario spese generali (15%) ai sensi dell'art. 2 D.M. n. 55/2014."

Per l'appellata *Pt_6*

"l'esponente *Controparte_3*, come sopra rappresentata e difesa, nel riportarsi ancora una volta, anche ai sensi dell'art. 346 c.p.c., a tutte le difese già spiegate in primo grado, dichiarando sin d'ora di non accettare il contraddittorio su eventuali nuove domande, eccezione ed allegazioni, chiede il rigetto integrale dei motivi d'appello, con conferma della sentenza impugnata. Con vittoria di spese ed onorari."

OGGETTO: appello proposto avverso la sentenza del Tribunale di Pescara n. 702/2024 del 16/05/2024 nell'ambito del procedimento iscritto al n. RG 1322/2021.

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con la sentenza suindicata il Tribunale di Pescara ha emesso un dispositivo del seguente tenore: "ACCERTATO che il decesso del sig. *Persona_3* è da ascrivere, nella misura del 20% alla responsabilità professionale solidale della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Parte_6 e della *Controparte_1*, che gestisce la Clinica [redacted] *CP_9*.

ACCERTATO che i danni non patrimoniali risarcibili, complessivamente subiti dagli attori, *Parte_1*, *Parte_2* *Parte_3* *Controparte_5* *CP_6* *[...]*, *Parte_4*, *Parte_4* e *Pt_5* *[...]*, sono pari complessivamente ad €.134.408,62 (32.977,00+21.199,50+32.977,00+8.796,34+ 8.387,29+30.071,49) già all'attualità, oltre accessori.

ACCERTATO che, nei rapporti interni tra le convenute *Parte_6* e *Controparte_1*, che gestisce la *Controparte_10*, la responsabilità va ripartita nella misura di ¼ a carico della prima e di ¾ a carico della seconda

CONDANNA la *Parte_6* e la *CP_1* *Controparte_1*, in solido tra loro, al pagamento a titolo risarcitorio, in favore degli attori, della somma di €. 134.408,62 già all'attualità oltre, a titolo di ristoro del danno da ritardo, gli interessi legali tempo per tempo vigenti, sulle predette somme, come via via devalutate e rivalutate anno per anno dal [redacted] sino alla data di pubblicazione della presente sentenza, oltre - sulle somme finali complessive di cui sopra (danno quivi liquidato + danno da ritardo nella liquidazione del primo) - gli interessi corrispettivi al tasso legale dal giorno successivo alla pubblicazione della sentenza al saldo.

RIGETTA la domanda formulata da *Parte_5* nell'interesse del minore *Persona_2*.

CONDANNA la *Parte_6* e la *Controparte_1* *[...]* in solido tra loro (nei rapporti interni tra le medesime nella misura rispettivamente di ¼ e di 3/4) a rifondere le spese del giudizio sostenute dagli attori che, previa compensazione nella misura del 50% liquida nel residuo, per la fase di istruzione preventiva in € 435,00 per esborsi ed € 5.357,80 per compensi e, per la presente fase, in € 1.713,00 per esborsi ed € 19.724,20 per compensi, importi tutti maggiorati di spese generali nella

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

misura del 15% oltre I.V.A. e C.A.P. come per legge. Spese da distrarsi in favore del difensore, antistatario.

PONE le spese della CTU, liquidate con separato decreto, a carico delle convenute in solido e, nei rapporti interni tra le medesime, a carico della *Parte_6* nella misura di ¼ e per la frazione residua a carico della *Controparte_1*, con conseguente obbligo di provvedere agli eventuali e relativi conguagli.

RIGETTA ogni altra domanda perché infondata, per le causali di cui in motivazione.

1.1. Alla sentenza di primo grado si addiveniva all'esito di procedimento instaurato con atto di citazione da *Parte_1*, moglie di *Persona_1* *Parte_2* e *Parte_3* figli di *Persona_1* *Controparte_5* *Controparte_6*, *Parte_4*, nipoti di *Persona_1* e *Parte_5*, anch'ella nipote di *Persona_1* costituita in proprio e nella qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore *Persona_2* *[...]*, che avevano convenuto in giudizio la *Parte_6* e la *[...]* *Controparte_1*, che gestisce la *Controparte_10* *[...]*, chiedendo la condanna delle convenute al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito del decesso del loro congiunto *Persona_1*

1.2. Questi i fatti come riferiti nella sentenza: A sostegno della domanda formulata (gli attori) hanno dedotto che il **7 maggio 2018**, a seguito di una caduta accidentale presso il proprio domicilio, *Persona_1* era stato trasportato al PS dell' *Parte_7* ed ivi sottoposto a TC cranio, che aveva evidenziato la presenza di un ematoma subdurale, con concomitanti focolai contusivi cerebrali in sede fronto-parietale sinistra. Trasferito presso il reparto di Neurochirurgia del medesimo nosocomio, in data 9 maggio 2018 era stato riportato in cartella clinica un deficit a carico dell'arto superiore sinistro, per il quale era stato richiesto un nuovo esame TC Cranio urgente, sostanzialmente sovrapponibile al precedente**.** In data **11 maggio 2018** il Sig. *Per_1* era stato dimesso, con appuntamento per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

controllo TC encefalo **al 18 (21) maggio 2018**. Poiché a seguito di tale controllo la massa risultava aumentata rispetto al precedente esame, *Persona_1* era stato nuovamente ricoverato presso l' *Parte_7* e sottoposto in data **22 maggio 2018** ad intervento di evacuazione di ematoma con accesso mediante craniotomia in sede frontale sinistra. In **data 23 maggio 2018** un nuovo esame TC aveva evidenziato la presenza di "pneumoencefalo e falda di ematoma sottodurale", per il quale il *Per_1* era stato sottoposto a nuovo intervento chirurgico.

In data **27 maggio 2018,** il paziente era stato trasferito in reparto per effettuare terapia riabilitativa. In data **6 giugno 2018,** visto lo stato comatoso in cui versava il paziente, era stato trasferito presso il Centro di Riabilitazione [redacted] con diagnosi di ingresso di stato di coma, con GCS (Glasgow Coma Scale per valutazione dello stato di coscienza) pari a 7, con lesioni da decubito al II stadio al sacro ed al pene. Gli esami colturali disposti all'ingresso del Centro di Riabilitazione [redacted] erano positivi per Pseudomonas aeruginosa. In data **25 giugno 2018**, a causa dell'aggravarsi delle condizioni generali, il *Per_1* era stato trasferito presso l [redacted] sempre in stato di coma con GSC pari a 3. All'ingresso presso il reparto di Rianimazione erano segnalate: piaga da decubito al III-IV stadio in regione sacrale e piaghe da decubito ai talloni destro e sinistro al II-III stadio. Durante la degenza le condizioni del paziente permanevano sempre estremamente gravi tanto che, in data [redacted] sopravveniva il decesso.

1.3. Gli attori avevano promosso davanti al Tribunale procedimento ex art. 696 bis cpc iscritto al RG n. 674/2019, finalizzato ad accertare se le cause del decesso del *Per_1* fossero da attribuire alla responsabilità dei sanitari dell' *Parte_7* Pescara e del Centro di Riabilitazione [redacted] Il Collegio peritale, con relazione depositata in data 7.10.2019, non riscontrata alcuna responsabilità a carico dei sanitari che avevano effettuato l'intervento neurochirurgico, avevano attribuito il decesso di *Persona_1* nella misura dell'80% alle complicanze prevedibili ma non evitabili, insorte a seguito dell'intervento e per il restante 20% agli effetti letiferi delle LDD inadeguatamente prevenute e trattate, nonché dell'ICA, contratta presso l'OC di *CP_3* , per inadeguata applicazione delle buone pratiche di assistenza. Responsabilità attribuita nella misura di ¾ al Centro di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Riabilitazione [redacted] e per la misura di ¼ [redacted] di Pescara.

1.4. Con atto di citazione depositato il 29.3.2021 gli attori, contestando gli esiti della CTU, hanno chiesto che il Tribunale, previo rinnovo della perizia, condannasse le strutture sanitarie convenute al risarcimento dei danni subiti.

1.5. Con comparsa depositata il 14.6.2021, si è costituita la *[...] Controparte_11*, contestando la fondatezza della domanda formulata dagli attori, nonché le risposte fornite dai periti nominati nel giudizio di ATP.

1.6. Con comparsa depositata il 25.6.2021, si è costituita la *Parte_6* contestando la fondatezza della domanda formulata dagli attori, nonché le risposte fornite dai periti, nominati nel giudizio di ATP.

1.7. Assegnati alle parti i termini indicati dall'art. 183 comma VI cpc, acquisito il fascicolo di ATP iscritto al n. 674/2019, ritenute non rilevanti le prove capitolate dalle parti ed accertato che la domanda di risarcimento del danno da perdita delle chance di guarigione di un prossimo congiunto, in conseguenza di una negligente condotta del medico che l'ebbe in cura, deve essere formulata esplicitamente e non può ritenersi implicita nella richiesta generica di condanna al risarcimento di tutti i danni causati dalla morte della vittima, la causa era stata rinviata per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 14.2.2024, nella quale, dopo la scadenza dei termini indicati dall'art. 190 cpc, è stata incamerata per la decisione.

1.8. Al collegio peritale, composto dal dott. *Persona_4*, specialista in anatomia patologica e medicina legale e dal dott. *Persona_5* specialista neurochirurgo, sono stati formulati i seguenti quesiti, che sostanzialmente riassumevano le doglianze espresse dagli attori: "1 se fosse indicato l'intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma nel corso del primo ricovero; 2 se sia stato prudente dimettere il paziente l'11 maggio 2018 considerata la variazione del quadro clinico e TAC in corso di ricovero; 3 se sia stata prudente la prescrizione di indagine TAC cranio per il 22 maggio, ad 11 giorni dalla dimissione e 15 giorni da trauma cranico; se sia stato prudente differire l'intervento neurochirurgico alla serata del 22 maggio nonostante la gravità della situazione evidenziata fin dalla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

mattinata del 21 maggio; 5 se l'intervento del 22 maggio sia da ritenersi corretto dal punto di vista tecnico; 6 se l'insorgenza di pneumoencefalo rientri tra le sequele prevedibili ed evitabili dell'intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma; 7 se l'intervento d'urgenza del 23 maggio sia stato correttamente praticato; 8 se i sanitari del centro di riabilitazione [redacted] *Controparte_10* abbiano adottato tutte le misure per prevenire le lesioni da decubito e la sindrome da allettamento del paziente che ha condotto a morte lo stesso per insufficienza multiorgano (MOF); 9 se sussiste un nesso di causalità tra la condotta dei sanitari, rispettivamente, di Pescara e del centro di riabilitazione di *CP_1*, e la morte del paziente. In caso di risposta positiva specificare la percentuale relativa al ruolo delle rispettive strutture nel determinismo dell'evento morte del paziente".

1.9. Su richiesta della difesa della *Pt_6* sono stati formulati ai CTU anche i seguenti quesiti: 1) valuti la conformità della prestazione medica in esame alle linee guida ed alle leges artis al tempo vigenti (2018) in ordine agli specifici addebiti di responsabilità allegati da parte ricorrente; 2) distingua, nella valutazione delle sequele, le conseguenze naturali, quelle imprevedibili e quelle inevitabili dalle eventuali conseguenze iatrogene e, tra queste, quelle eventualmente riconducibili a malpractice, specificando, nel caso vi fosse concomitanza di concausa, la quota percentuale attribuibile a ciascuna di esse in base ai rispettivi apporti nel determinismo dell'evento anche con riferimento ai diversi soggetti responsabili.

2. Esaminate le cartelle cliniche ed infermieristiche e la documentazione sanitaria allegata, riguardante i due ricoveri effettuati dal sig. *Persona_1* presso [redacted] di Pescara, in data il 7.5.2018 con dimissioni l'11 maggio ed in data 21.5.2018 con successivo trasferimento in data 6.6.18 presso la Struttura di riabilitazione [redacted] *CP_10* [redacted] e in data 25.6.2018 presso l[redacted] [redacted] dove era deceduto [redacted] il dott. *Persona_5* aveva evidenziato che *Persona_1* di 74 anni, al momento del primo accesso presso l'ospedale Civile di *CP_3* era affetto da diabete mellito ID; pregresso ictus cerebri risalente al 1994; esiti di angioplastica coronarica per IMA nel 2000; ipertensione arteriosa in terapia antiaggregante piastrinica con cardioaspirina; BPCO asmatiforme; Amaurosi bilaterale da glaucoma; Pregressa pancreatite nel 1990; Esiti di laparotomia per peritonite nel 1991.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

2.1.Ripercorsa analiticamente la vicenda sanitaria del paziente, il giudicante, dopo aver riportato le parti salienti dell'elaborato, ha evidenziato le conclusioni del neurologo, che, rispondendo ai quesiti formulati, ha affermato che: 1. Nel corso del primo ricovero non era indicato l'intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma; 2. Non è stato imprudente dimettere il paziente l'11 maggio 2018 considerato il quadro clinico e la TAC disposta in corso di ricovero; 3. Non è stata imprudente la prescrizione di indagine TAC cranio per il 22 maggio, ad 11 giorni dalla dimissione e a 15 giorni dal trauma cranico; 4. Alla luce di quanto documentato in cartella non è stato imprudente differire l'intervento neurochirurgico alla serata del 22 maggio, atteso che si trattava di un paziente sveglio e con lievi segni neurologici focali; 5. L'intervento del 22 maggio è da ritenersi corretto dal punto di vista tecnico; 6. L'insorgenza di pneumoencefalo rientra tra le sequele prevedibili, ma non evitabili dell'intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma; 7. L'intervento d'urgenza del 23 maggio è stato correttamente praticato.

2.2. Ha quindi riportato le parti salienti della parte successiva della relazione, curata dal dott. *Persona_4* , nella quale è stata analizzata la gestione delle lesioni da decubito (LDD) riportate da *Persona_1* che aveva accertato che " In definitiva le LDD, non adeguatamente trattate, si sono infettate con l'insorgenza di una sepsi che ha contribuito a causare il decesso del *Per_1* che già presentava un'elevata mortalità a seguito delle complicanze insorte all'esito dell'intervento neurochirurgico. Nell'ESDA (Ematoma Sottodurale Acuto) insieme al GCS (Glasgow Coma Scale per valutazione dello stato di coscienza) l'età dei pazienti è una variabile prognostica indipendente di mortalità (20% sotto i 40 anni, 65% per soggetti più anziani, 100% negli ultraottantenni). Nel caso del *Per_1* dopo l'insorgenza della complicanza neurochirurgica, la mortalità risultava elevata, assimilabile a quella dell'ESDA, anche a causa dell'età (74 aa) e del peggioramento sia del coma (la GCS passava dal valore di 7, rilevato all'ingresso, al valore di 3 della dimissione) che del diabete."

2.3. Ha quindi dato atto che: " I periti concludevano evidenziando che il contributo più rilevante al decesso del *Per_1* andava attribuito alle conseguenze delle complicanze insorte a seguito dell'intervento neurochirurgico, stimato nella misura dell'80%, mentre il restante 20% era da attribuire agli effetti letiferi delle LDD,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

inadeguatamente prevenute/trattate e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) contratte presso l' *Parte_8* per inadeguata applicazione delle buone pratiche di assistenza. La ripartizione della responsabilità era stata attribuita nella misura dei 3/4 della totale alla struttura *CP_7* e per la quota residua all' *Controparte_12* *[...]* ."

2.4. Il Giudicante ha inoltre riportato le controdeduzioni dei CCTTPP della *[...]* *Controparte_1* che, attribuendo il decesso ad un probabile evento cardiovascolare, sostenevano che l'infezione era stata risolta nel corso della degenza presso l[redacted] dove l'11.6.2018 era risultato apiretico e con valori dei globuli bianchi nel range di normalità e le risposte dei CCTTUU, che hanno evidenziato l'aumento dei livelli di PCT a riprova che il processo flogistico-infettivo si stava dispiegando nonostante la terapia antibiotica, costituendo evidenze della sepsi anche il progressivo deterioramento della funzionalità renale e di quella epatica, senza considerare che una disfunzione cardiaca è una complicanza frequente nei pazienti con sepsi.

2.5. Ha riportato, infine, le controdeduzioni dei CCTTPP di parte ricorrente, che assumevano che il sig. *Per_1* già dalla sera del 21.5.2018, fosse sicuramente in ipertensione endocranica, sì da rendere urgente l'intervento (invece eseguito il giorno dopo), mentre i CCTTUU avevano evidenziato che tale circostanza era smentita da quanto riconosciuto in letteratura come sindrome da ipertensione endocranica, non ravvisabile nella lieve ipostenia dell'emilato sx e nel rallentamento ideo-motorio essendosi in presenza di un ematoma subdurale cronico in cui il sanguinamento è venoso (dalle vene a ponte) e lentamente progressivo, e non acuto, che avrebbe invece imposto un intervento di urgenza, confermando che se non si fosse realizzata la complicanza dell'ematoma acuto/pneumencefalo, prevedibile ma non prevenibile, il paziente quasi certamente sarebbe guarito senza alcun esito neurologico.

2.6. Il giudicante, quindi, ritenuti condivisibili gli accertamenti svolti dal collegio peritale e le risposte fornite dai periti alle controdeduzioni delle parti, ha ritenuto acquisita la prova (da una prospettiva ex ante e sulla base del criterio più probabile che non) della riconducibilità del decesso del sig. *Persona_1* nella misura dell'80% alle conseguenze prevedibili ma non evitabili dell'intervento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

neurochirurgico e per la quota residua del 20% agli effetti letiferi delle LDD inadeguatamente prevenute/trattate e dell'ICA, contratta presso l'OC di *CP_3*, per inadeguata applicazione delle buone pratiche di assistenza.

2.7. Ha quindi proceduto alla quantificazione dei danni.

In proposito, considerati gli esiti della CTU, rilevato che lo stato di coma del sig. *Persona_1* conseguente all'intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma subdurale, non era addebitabile all' *Controparte_12* , ha determinato il danno risarcibile tenendo conto delle modalità di assistenza ricevute dal paziente presso le strutture sanitarie convenute e dell'incidenza che tale condotta aveva determinato sulla salute del paziente, in termini di presumibile durata della residua sopravvivenza, effettuando una liquidazione in via equitativa, attraverso il rinvio, in via analogica e con l'integrazione dei necessari correttivi, alle tabelle per il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale elaborate dal Tribunale di Milano, col sistema a punti, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione (Cassazione civile sez. III, 16/12/2022, n.37009)

2.8.Considerata l'età della vittima (74 anni) e degli attori al momento del decesso (73 anni la moglie, 53 anni il figlio, 50 la figlia, 30 la nipote *Pt_4* 28 il nipote *Pt_4* , 23 la nipote *CP_6* , 21 la nipote *Pt_5* e 18 anni il nipote *CP_5* *[...]* , la convivenza tra la vittima ed il coniuge ed il fatto che la figlia *Parte_3* ed i nipoti, *Parte_4* *Pt_4* e *Pt_5* , abitano nello stesso stabile dove insite l'unità abitativa del defunto, ha determinato l'importo del danno tabellare tenendo conto che le infezioni correlate all'assistenza e gli esiti letiferi delle LDD avevano inciso complessivamente nella misura del 20% sul decesso del sig. *Per_1* allettato e completamente immobile. Ha quindi ridotto l'importo medio tabellare dell'80%, ed ha applicato un'ulteriore riduzione del 30% **"**considerato che la patologia neurologica, determinatosi in maniera non dipendente dalla responsabilità delle convenute, aveva gravemente inciso sullo stato di salute del sig. *Persona_1* " pervenendo alle liquidazioni di cui al dispositivo, tenendo conto dell'intensità delle relazioni affettive con il defunto.

2.9. Considerata la specifica domanda formulata dalle convenute, nei rapporti interni tra le coobbligate in solido, la somma complessiva come sopra determinata,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

è stata posta per 1/4 a carico della *Parte_6* e per la frazione residua di 3/4 a carico della *Controparte_1*, che gestisce la *Controparte_10* *[...]* ed ha regolato le spese compensandole nella misura della metà tra gli attori e le convenute, ponendo la residua metà a loro carico solidale come da dispositivo sopra indicato. Nei rapporti interni tra le convenute le ha poste a carico della *Pt_6* nella misura di ¼ e di *CP_13* nella misura di ¾.

3. Avverso la decisione hanno proposto appello *Parte_1* (vedova del de cuius) *Parte_2* (figlio) *Parte_3* (figlia) e i tre figli di quest'ultima, *Parte_4* *Pt_4* e *Pt_5*, affidandolo a tre motivi, che saranno delibati partitamente. Non hanno proposto appello *Controparte_5* e *Controparte_6* (nipoti ex figlio del de cuius) e *Persona_2* (pronipote figlio di *Pt_5* *[...]*). Gli appellanti hanno quindi concluso come in epigrafe.

4. Si è costituita la *Controparte_1* che gestisce il *[...]* *Controparte_14* contestando gli assunti degli appellanti e proponendo due motivi di appello incidentale, che saranno delibati nel prosieguo. Ha quindi concluso come in epigrafe.

5. Si è costituita la *Parte_6*, contestando gli assunti delle controparti e concludendo come in epigrafe.

6.1.Con il primo motivo dell'appello principale, gli appellanti denunciano la:

A) **Violazione degli artt. 99 – 112 – 115 – 121 - 132 cpc - insufficiente e/ o erronea e/o illogica e/o contraddittoria motivazione della sentenza 702/24 sul punto riguardante la condotta colposa dei sanitari [redacted] di Pescara e del centro di riabilitazione [redacted] – omesso esame dei fatti decisivi controversi.**

Parte appellante sostiene che il Giudice di Prime cure si sia limitato ad un acritico copia incolla della relazione peritale espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c., che viene censurata in quanto contraria alle proprie

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

ragioni, che trovano invece avallo nella relazione medico legale di parte, a firma del Dott. *Persona_6* e del Dott. *CP_15* che sarebbe "risolutiva" nell'individuare le responsabilità per la morte del sig. *Per_1* in quanto valorizza circostanze trascurate dai CCTTU e dalla sentenza, ma da considerarsi invece decisive nell'individuazione della causa della morte del *Per_1*

6.2. Così compendia la condotta colposa dei sanitari nella gestione successiva al trauma cranico subito dal *Per_1* "1.Al momento del ricovero del 21 maggio, non è stato prudente, e foriero di sfavorevole risultato, differire di più di 30 ore l'intervento chirurgico al 22 maggio, poiché la T.A.C. del 21 maggio aveva evidenziato un incremento di volume dell'ematoma ed un incremento dello shift della linea mediana di 15 mm.".

6.3. La doglianza è infondata: è bene ricordare che, al momento del primo ricovero, non vi era alcuna indicazione chirurgica in ragione dello spessore inferiore ai 5 mm dell'ematoma subdurale acuto provocato al *Per_1* dall'incidente domestico del 7.5.2018. La dimissione effettuata l'11.5.2018 è stata ritenuta corretta dai CCTTU considerando altresì il dato clinico, che è predominante rispetto ai criteri tomodensitometrici dell'ematoma, e che evidenziava che il paziente era asintomatico e quindi che l'ematoma non determinava alcun segno neurologico focale e men che meno una sindrome da ipertensione endocranica.

Pertanto, la decisione di trattare conservativamente il paziente era assolutamente condivisibile e corretta, improntata a criteri di prudenza, diligenza e perizia, considerato che l'ematoma subdurale acuto di quelle ridotte dimensioni andava monitorato con controlli TAC seriati, nella speranza che si riassorbisse o che, al peggio, cronicizzasse (ossia diventasse un ematoma subdurale cronico più agevole da rimuovere chirurgicamente per la sua consistenza).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

6.4. Con riguardo alla tempistica, i CCTTU hanno precisato che non esistono protocolli riguardanti il timing delle TAC di controllo, che, in linea di massima, non devono essere troppo ravvicinate, altrimenti sarebbero poco significative. Hanno ritenuto quindi non censurabile la condotta dei sanitari che avevano avuto in cura il *Per_1* fino all' 11/05/18. Infatti, al momento delle dimissioni era stato prescritto un controllo TAC per il 18/05/19 probabilmente concordato con la radiologia, che (il motivo non è stato chiarito), era stato effettuato il 21/05/18. Ad ogni modo, tenendo sempre presente il criterio clinico al momento del secondo ricovero, il *Per_1* si presentava rallentato e con una lieve ipostenia destra, dunque non in una situazione clinica suggestiva di ipertensione endocranica, per cui il ritardo nella esecuzione della TAC, rispetto ai tempi previsti, non può aver inciso sull'outcome del *Per_1*

6.5. Non può certamente ritenersi che il Collegio abbia operato una "lettura inesatta della cartella clinica" avendo, al contrario, proceduto ad una attenta e analitica valutazione dei fatti di causa, sostenuta da motivazione adeguata e logicamente convincente.

I CC.TT.UU. hanno infatti chiarito che "Le misurazioni possono essere fatte in più punti e mediamente lo shift della linea mediana è inferiore ai 5 mm, sia pure di poco, e lo spessore dell'ematoma è inferiore al centimetro, sia pure di poco."; resta il fatto, però, che "il punto qui non è il 13 millimetro in più o in meno. Il punto fondamentale è il dato clinico", ovvero il fatto che il paziente era asintomatico, senza segni neurologici ed in assenza di sindrome da ipertensione endocranica.

6.6. Affermano poi gli appellanti che: "2. l'intervento clinico del 22 maggio doveva comunque consistere in ampio sportello cranio o craniectomico, onde poter decomprimere l'edema e realizzare in modo più efficace l'evacuazione dell'ematoma" (cfr. pag. 28 dell'impugnativa). Si tratta di una assoluta novità, relativa a circostanze attinenti alla modalità dell'intervento,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

introdotta con la consulenza di parte prodotta in appello e mai evidenziata prima dagli allora (diversi) CCTTPP, sulle quali i CCTTUU non sono stati interpellati e che non possono certamente entrare nel giudizio in sede d'appello, vieppiù se si considera che la *Pt_6* sul punto ha dichiarato – ovviamente – di non accettare il contraddittorio,

6.7. Analoghi rilievi vanno effettuati sulla terza sub doglianza, del tutto nuova, con cui gli appellanti rilevano che: "3. Il sequestro aereo (pneumoencefalo) rientra tra le sequele prevedibili ma evitabili in caso di evacuazione chirurgica dell'ematoma adottando la tecnica della cranio craniectomia con sportello osteo-durale allargato": anche tale addebito è infondato quanto tardivo ed anche sul punto l' *Pt_6* ha dichiarato di non accettare il contraddittorio sul punto.

6.8. Altrettanto deve osservarsi con riferimento alla quarta sub doglianza, pure questa del tutto nuova: "4.Anche l'ulteriore sportello del 23 maggio, sarebbe stato più efficacemente eseguito se si fosse adottato lo sportello allargato": anche in questo caso l'Ausl ha dichiarato di non accettare il contraddittorio sul punto trattandosi di censura tecnica all'operato dei sanitari mai fatta valere prima.

6.9. Lamenta, ancora, parte appellante che, pur avendo precisato che "Non si comprende quindi per quale motivo un intervento programmato dal 21/5 sia stato eseguito alle 21:40 del giorno dopo in regime di urgenza", il Collegio non abbia, poi, approfondito la cosa, non avendo, peraltro, "dato sufficiente peso alle annotazioni sul diario medico, ove era riportato che il paziente era descritto quale rallentato e con ipostenia destra, a dimostrazione del peggioramento clinico …".

7. Si tratta di un assunto che può essere agevolmente contrastato. Deve in proposito darsi atto che i CCTTU hanno poi specificato che: "Solo quando il 21/05 si è obiettivato il peggioramento clinico, che si associava (inevitabilmente) ad un peggioramento del quadro TAC, l'indicazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

chirurgica era chiara ed incontestabile. Relativamente al timing dell'intervento chirurgico la letteratura fornisce indicazioni sul timing dell'ematoma subdurale acuto ma in relazione all'ematoma subdurale cronico non vi sono indicazioni particolari, atteso che ciò che rappresenta la "stella polare" è sempre l'elemento clinico. Nel caso di specie è documentato che, al momento del secondo ricovero, il *Per_1* era paucisintomatico. Prova ne è l'esame neurologico all'ingresso, dove è riferito un rallentamento e una lieve ipostenia e, soprattutto, la circostanza che il ricovero è stato disposto a seguito di una Tac cranio di controllo e non successivamente ad un peggioramento clinico." Peraltro, i CCTTUU rilevavano come in cartella clinica non sia mai descritta la presenza di "cefalea" sicché non vi erano gli elementi clinici tipici di una sindrome da ipertensione endocranica. Considerato che, al momento del ricovero, le condizioni cliniche non apparivano tali da ipotizzare un quadro di ipertensione endocranica, era corretto preparare il paziente all'intervento chirurgico (eseguire esami preoperatori, programmare il digiuno).

7.1. La circostanza che non si siano chiarite le ragioni dell'intervento chirurgico, effettuato il 22/5 alle h. 21,40 a fronte del ricovero effettuato alle h: 16:00 del giorno prima e dunque in un orario definito "non di elezione" non risulta significativa, posto che il predetto "ritardo" non ha condizionato l'esito dell'intervento, come sottolineato dai CCTTUU, i quali hanno evidenziato che un elemento che induce ad escludere un quadro di pressione endocranica è costituito dalla cartella infermieristica, allegata a pag. 38 della relazione, da cui emerge che, nel turno 7-14, gli infermieri riportano la seguente nota: digiuno per intervento chirurgico in urgenza**.** Agitato e disorientato a tratti" e descrivono il paziente come "stazionario": gli infermieri appuntano una situazione stazionaria del quadro clinico, attestando l'assenza di un peggioramento tale da richiedere l'intervento di un neurochirurgo che, invece, quando si è trattato di correggere la glicemia, è stato interpellato. Gli Esperti hanno quindi concluso che: "Non risultando

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

chiari ed inequivocabili elementi documentali a favore della tesi che il quadro clinico del *Per_1* fosse peggiorato prima dell'intervento, non vi sono elementi clinici documentati per imputare un ritardo terapeutico ai neurochirurghi".

7.2. I CCTTUU hanno dunque approfondito adeguatamente le motivazioni sottese all'esecuzione dell'intervento eseguito alle h. 21:00 il 22 maggio 2018 motivando perché, sulla base dei significativi elementi clinici sopra citati, il quadro clinico del paziente, seppure rallentato e con ipostenia destra, non manifestasse un quadro suggestivo di pressione endocranica.

7.3. Ed infatti, al momento del secondo ricovero il *Per_1* era paucisintomatico, come si evince dall'esame neurologico effettuato all'ingresso, che evidenziava solo un rallentamento e lieve ipostenia, dovendo pure considerarsi che il ricovero era dipeso dall'esecuzione di una Tac cranio di controllo e non da un peggioramento clinico e, soprattutto, l'assenza del sintomo più significativo della pressione endocranica, ossia di cefalea e in proposito i CCTTUU hanno citato copiosa letteratura evidenziando solo che la lieve ipostenia dell'emilato sx ed il rallentamento ideo-motorio giustificavano la correttezza della indicazione all'intervento chirurgico evacuativo ma non possono certamente essere considerati criteri di urgenza/emergenza, mentre i CCTTPP non avevano supportato le proprie teorie con alcun elemento bibliografico; deve poi sottolinearsi che gli Esperti hanno evidenziato che non esiste in letteratura un riferimento circa il timing della evacuazione di un ematoma subdurale cronico, che, a differenza di quello acuto, nel quale un'attesa eccessiva potrebbe esitare in exitus, stante il sanguinamento attivo e rapidamente progressivo, non comporta indicazione di urgenza poiché il sanguinamento è venoso (dalle vene a ponte) e lentamente progressivo. Hanno aggiunto che, sicuramente, una decompressione fatta a paziente sveglio, sia pure con lievi segni di lato, è molto difficile che possa esitare in un exitus, se non impossibile, in assenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

di complicanze. Ed hanno aggiunto che: “Nel caso in questione se non si fosse realizzata la complicanza dell’ematoma acuto/pneumencefalo, il paziente quasi certamente sarebbe guarito senza alcun esito neurologico. Riguardo al digiuno di 24 ore cui è stato sottoposto il *Per_1* si concorda con i CCTTPP che possa essere stato irrispettoso per il paziente e per i suoi familiari, ma questa mancanza di rispetto non configura profili di colpa medica. Ciò detto non c’è alcun ritardo da “giustificare”[…] Si ribadisce che non vi era alcuna urgenza nella evacuazione dell’ematoma subdurale cronico.”.

7.4. Ed ancora: “Si precisa che documentalmente non è possibile dedurre dalla cartella clinica che il paziente stesse progressivamente peggiorando dall’ingresso in Ospedale all’intervento chirurgico di craniectomia. Ciò significa che il paziente era da ritenersi stabile neurologicamente. […] Per quanto poi riguarda la “brutalità” con cui può avvenire un peggioramento clinico, si ricorda ai CCTTPP che si trattava di un ematoma subdurale cronico e non acuto, e dunque per definizione l’evoluzione dell’ematoma ed il peggioramento clinico è progressivo e non brutale. […] A questo proposito si ricorda che il drenaggio subdurale è un emodrenaggio, ovvero un drenaggio dell’ematoma o liquidi reflui e non già un drenaggio dell’aria. […] In realtà, se si guarda con attenzione la TAC […] L’estremità del drenaggio è in piena raccolta fluida sottodurale e lontana dalla corteccia. […] Si ricorda che il paziente era antiaggregato in quanto già sottoposto ad angioplastica coronarica per IMA ed aveva anche avuto una ischemia cerebrale nel 1994. Di conseguenza si trattava di una profilassi secondaria e non primaria, di conseguenza sarebbe stato imprudente e negligente non somministrare eparina a bpm in sostituzione della cardioaspirina.”.

7.5. Evidenzia poi parte appellante come i CCTTUU e il giudicante non abbiano adeguatamente considerato il secondo accesso neurochirurgico nelle prime ore del 23.5.2018 a causa di una condizione di pneumoencefalo e falda di edema sottodurale acuto, ma anche in questo caso si tratta di una

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

doglianza non fondata, avendo i CCTTUU affermato: “A seguito di questo intervento chirurgico è documentato che si realizzò una duplice complicanza legata sia al pneumoencefalo sia ad una piccola raccolta di ematoma subdurale acuto che è stata trattata chirurgicamente in tempi idonei. Si tratta di complicanza prevista in letteratura, in quanto il pneumocefalo iperteso può insorgere come complicanza di una craniectomia per l’evacuazione di un ematoma subdurale cronico. Si pensa che ciò sia dovuto all'aria che entra nello spazio subaracnoideo attraverso una fissurazione della membrana viscerale dell’ematoma e della aracnoide. Il meccanismo comunemente proposto per lo sviluppo del pneumocefalo iperteso è il meccanismo della valvola a sfera. In base a ciò, l'aria entra nella cavità intracranica attraverso un difetto ogni volta che la pressione extra cranica supera la pressione intra cranica (ad esempio durante lo starnuto o la tosse). Dopo che l'aria è entrata nella cavità intracranica, la pressione intracranica aumentata spinge il parenchima cerebrale per bloccare il sito di entrata. In questo modo intrappola efficacemente l'aria intracranica. Bastano appena 25 ml di aria per causare pneumocefalo iperteso. Anche una parziale sostituzione del fluido con l'aria può causare un deterioramento neurologico perché la vulnerabilità del cervello all'aria subdurale è abbastanza variabile da paziente a paziente e può effettivamente comportare meccanismi più complessi piuttosto che una semplice compressione fisica. Che tale complicanza non fosse evitabile è dimostrato dal verbale operatorio dal quale non emergono criticità, come difficoltà nell’emostasi in apertura e soprattutto in chiusura. Il fatto che tale complicanza prevedibile, non fosse prevenibile, esclude profili di responsabilità professionale a carico dei neurochirurghi.”

7.6. In ogni caso, il secondo intervento, iniziato alle 3 di notte, poco dopo la conclusione del primo, avvenuta alle 22,35, aveva avuto buon esito, evidenziato dalla tac di controllo post-operatoria con la avvenuta risoluzione

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

dello pneumencefalo, dell'ematoma subdurale e con il riallineamento quasi completo delle strutture della linea mediana.

7.7. I CCTTU hanno dunque decisamente escluso la sussistenza di condotte inadempienti o inadeguate da parte dei neurochirurghi, che avevano agito con perizia, prudenza e diligenza, senza riuscire ad arrestare l'infausta evoluzione degli eventi che, in un paziente in condizioni cliniche generali non ottimali, all'esito di un ematoma subdurale acuto prima e di un ematoma subdurale cronico dopo, a seguito di una grave complicanza chirurgica, era entrato in coma con allettamento prolungato.

7.8. Pertanto, non può dirsi che lo pneumoencefalo sia "evenienza rara" né che lo pneumoencefalo e la nuova falda di ematoma siano state "due situazioni alquanto atipiche", mentre non sta in piedi l'assunto che il Giudice di primo grado abbia confuso tra complicanza e prova liberatoria, dovendo evidenziarsi come trattasi di complicanze che prescindono da possibili criticità dell'intervento, come spiegato dagli Esperti (cfr p. 41 della relazione).

7.9. Un'ultima doglianza, sempre inerente al primo motivo, riguarda l'assunto che il Collegio non abbia dato "… sufficiente rilievo al fatto che gli esami colturali effettuati durante la degenza in terapia intensiva dell' *Parte_7* (prima del trasferimento al *CP_7* , erano risultati positivi:

1. due referti di bronco aspirato positivi per serratia marcescens [il 25 maggio (100 UFC/ML) e il 29 maggio (10.000 UFC/ML)];

2. un referto su punta di catetere venoso centrale positivo per serratia marcescens, il 30 maggio (1.000.000 UFC/ML);

3. Esame colturale su espettorato in data 7 giugno positivo per Pseudomonas aeruginosa (1.000.000 UFC/ML). Le infezioni acquisite a *CP_3* , quindi, sono, giova evidenziarlo, consequenziali alla problematica neurochirurgica e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

alla condotta imperita dei sanitari dell' *Parte_7* , come analizzato anche dallo specialista dr. *Persona_6* e dal Dott. *CP_15* (relazione del 12/12/24)".

8.Sul punto, basti evidenziare che i CCTTUU hanno ritenuto la responsabilità dell' *Pt_6* per l'insorgenza delle ICA.

In buona sostanza, la doglianza sul punto si profila inammissibile, posto che la corresponsabilità dell'Ausl fonda sulle ICA che si assumono pacificamente contratte presso l'OC di *CP_3* e anche sulle lesioni LDD, per il trattamento delle quali tuttavia le responsabilità maggiori sono state ascritte al Centro [redacted] anche per le complicanze (sepsi) che ne sono derivate e non vi è alcun motivo per disporre il rinnovo, propugnato dagli appellanti, della CTU, che ha invece adeguatamente approfondito tutti gli aspetti sanitari della vicenda

8.1. Deve ora essere delibato il secondo motivo dell'appello principale, relativo a:

B) **Violazione degli artt. 99 – 112 – 115 – 121 - 132 cpc - insufficiente e/ o erronea e/o illogica e/o contraddittoria motivazione della sentenza 702/24 sul punto riguardante l'accertamento del nesso di causalità per la compresenza di dell'operato di due agenti responsabili della morte del** *Per_1*

Sostengono gli appellanti che non sia condivisibile l'attribuzione di responsabilità dell'evento morte al solo Centro di Riabilitazione [redacted] "dal momento che nella presente fattispecie è evidente come la condotta del *Controparte_14* non abbia innescato un percorso causale autonomo da quello determinatosi presso l' *Parte_7* *[...]* e non abbia rappresentato una linea di sviluppo del tutto anomala e imprevedibile della condotta antecedente ", potendo il nesso di causalità essere interrotto dal fatto del terzo e nella presente fattispecie è evidente che la condotta del *Controparte_14* non ha

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

innescato un percorso causale autonomo da quello determinatosi presso l' *Parte_7* e non ha rappresentato una linea di sviluppo del tutto anomala e imprevedibile della condotta antecedente, posto che il percorso causale che ha condotto a morte il *Per_1* ha avuto origine presso [redacted] di Pescara, ove lo stesso era stato sottoposto a due interventi neurochirurgici che ne hanno causato il deterioramento clinico, con l'instaurarsi anche di infezioni nosocomiali e piaghe da decubito: presso il Centro di Riabilitazione si è verificato solo un aggravamento del rischio creato dall' *Parte_8* che è rimasto lo stesso, dovendo accertarsi la responsabilità esclusiva dell' *Parte_7* nel determinismo della morte del sig. *Per_1* mentre va escluso che la condotta della Centro di Riabilitazione [redacted] abbia avuto efficacia interruttiva del nesso causale.

8.2. Questo motivo, del quale non è chiaro l'interesse, è simile al primo motivo dell'appello incidentale proposto dalla *Controparte_1*, che, dopo aver definito "ineccepibile" la condotta degli operatori sanitari del Centro, ha censurato la sentenza anch'essa:

"…**in relazione ai capi c.2. c.3 e c.4. Violazione e falsa applicazione dell'art.115 e 116 c.p.c. nonché degli artt. 40 e 41 c.p. Erroneità/illogicità della decisione in ordine alla configurazione e al riparto delle responsabilità della** *Parte_6* **e della** *CP_1* **.**

8.3. La *CP_1* ha ovviamente condiviso la domanda degli appellanti di riforma della sentenza di primo grado con riferimento all'accertamento della responsabilità esclusiva della *Parte_6* rilevando che la sentenza è superficiale nell'esame dell'operato della *Pt_6* e, quindi, anche delle plurime infezioni nosocomiali ivi contratte dal paziente, accentuando invece il peso delle presunte manchevolezze degli operatori del Centro, da ritenersi invece non rilevanti in termini di incidenza causale nella determinazione del decesso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

8.4. Premesso che il Centro è struttura di riabilitazione e non presidio ospedaliero, l'appellante ha evidenziato che il paziente era ivi stato trasferito per la riabilitazione il giorno 6 giugno 2018 dall' *Parte_7* in condizioni particolarmente compromesse dal punto di vista neurologico, clinico ed infettivologico all'esito della degenza e dei due interventi chirurgici subiti per ematoma subdurale, presentandosi tracheostomizzato, in stato comatoso e con processi settici ancora in atto ed occorsi nella precedente degenza, nonché con piaghe da decubito di I e II grado a livello del sacro e del glande; era stato subito predisposta la valutazione degli obiettivi clinici ed il programma riabilitativo. In data 16.06.2018, veniva aggiornato il quadro clinico funzionale con indicazione di sola LDD II stadio al sacro, in quanto il decubito a livello del glande risultava guarito, ma successivamente, il paziente manifestava un peggioramento progressivo generalizzato, connesso allo stato comatoso derivante da problematica eminentemente neurologica connessa all'ematoma, tale da non consentire il prolungamento della degenza in una struttura riabilitativa (qual era la *Controparte_7*). Cosicché, in data 25.06.2018, veniva trasferito presso l [redacted] dove rimaneva degente per circa un mese fino al [redacted] Ha quindi contestato ogni addebito, rilevando come la degenza presso il Centro fu ineccepibile dal punto di vista della condotta medica tenuta dai sanitari. Sin dal momento del ricovero, infatti, il paziente veniva continuamente assistito sulla base di uno specifico programma riabilitativo e di gestione della ipomobilità e delle piaghe da decubito (già in essere) e, non appena si verificava il peggioramento drastico delle condizioni (avvenuto in modo del tutto indipendente dallo stato delle piaghe e esclusivamente connesso alla patologia subdurale), questi veniva opportunamente e scrupolosamente trasferito presso l [redacted] non essendo esigibile alcun'altra condotta dai propri operatori sanitari, svoltasi secondo protocollo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

8.5. Ha evidenziato che statisticamente non è possibile per i sanitari garantire la rapida guarigione o l'arrestarsi della progressione delle piaghe da decubito, anche dopo aver applicato tutti i trattamenti richiesti dal caso e raccomandati dalle linee guida, incidendo sul decorso le condizioni del paziente e le vicissitudini del suo decorso clinico, nonché gli stati infettivi che il sig. *Per_1* aveva subito, non essendo dato sapere se, laddove il paziente fosse rimasto in vita e non deceduto, le suddette piaghe si sarebbero sanate tramite il prolungamento o la modifica del trattamento terapeutico già in corso.

Peraltro, l'insorgenza delle piaghe da decubito era ascrivibile, evidentemente, ad omissioni degli operatori sanitari della *Parte_6* che avevano il dovere di prevenirle.

8.6. Ha quindi sottolineato come, in relazione alla problematica infettivologica, l'infezione da pseudomonas aeurginosa, non fosse imputabile al Centro, in quanto il contagio era già presente e reso manifesto dal tampone effettuato all'atto del ricovero e che il decesso sopravvenne dopo un mese di degenza presso l[redacted] dove il paziente non venne adeguatamente curato, sicché nessuna responsabilità era imputabile al Centro e non vi era alcuna connessione causale tra la condotta imputata ai sanitari della *Controparte_7* riguardante unicamente la gestione delle piaghe da decubito, con il decesso.

8.7. Ha contestato, ancora (ferma restando la condivisione in termini di accertamento dell'incidenza di fattori imprevenibili/inevitabili nella verificazione del decesso nella misura prevalente del 80%), la conclusione dei CCTTUU relativa al riparto interno della quota residuale ritenuta imputabile, assegnando alla Casa di Cura deducente il 15% e solo il 5% all' *Controparte_16* , sempre valorizzando la circostanza che sia le piaghe da decubito che il contagio infettivo avevano avuto indubbia origine durante la degenza del *Per_1* presso l' *Parte_7* .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

8.8. Ha sottolineato, infine, come i CCTTUU avessero omesso di effettuare un'indagine controfattuale che, al contrario, avrebbe escluso la sussistenza di un concorso della condotta degli operatori del Centro con l'exitus, che i propri CCTTPP avevano ritenuto da ascriversi, probabilmente, "a evento cardiovascolare a genesi ischemica (movimento enzimatico positivo."

9. I motivi sono entrambi infondati.

9.1. Basti in proposito riportare quanto affermato dai CCTTUU a proposito della condotta degli operatori del Centro [redacted] "Effettivamente dalla documentazione sanitaria esaminata risulta che, durante la degenza presso la struttura *CP_10* , non solo la LDD sacrale è peggiorata, dal secondo al terzo-quarto stadio, ma sono comparse LDD ai talloni; quest'ultime, al momento del ricovero presso l[redacted] sono state inquadrate al secondo-terzo stadio. Preliminarmente pare opportuno riportare, per quanto qui d'interesse, alcuni dati di letteratura in merito alle LDD. La prevenzione delle LDD ed il loro trattamento, soprattutto a carico di pazienti anziani allettati, rappresenta oggi uno degli obiettivi più importanti dell'assistenza infermieristica erogata in ospedale, nelle strutture di lungodegenza e nelle cure domiciliari/palliative. In soggetti già compromessi, quali sono gli anziani portatori di pluripatologie e/o laddove l'assistenza sanitaria erogata sia scarsa o insufficiente (in termini qualitativi e quantitativi) tali lesioni possono dar luogo a complicanze sia a livello locale (infezioni della lesione e dei tessuti sottostanti, osteomieliti), sia a livello sistemico (sepsi). Nella pubblicazione " Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani - http://asr.regione. *[...]* *Email_4* - dell' *Controparte_17* *[...]* dell'Emilia-Romagna (Dossier 188/2010) viene riportato che " La presenza di una lesione da pressione è associata a un aumento della mortalità; diversi studi hanno infatti segnalato tassi di mortalità elevati, superiori al 60% per anziani con una lesione da pressione nel primo anno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

dopo la dimissione da un ricovero ospedaliero; generalmente la LDP provoca un declino delle condizioni generali dello stato di salute della persona anziana (Lyder, 2002)."

… La guarigione di una LdP di categoria/stadio 2 richiede solo poche settimane, mentre per la chiusura di una LdP a tutto spessore non complicata generalmente occorrono diverse settimane se non mesi, con una corretta alimentazione, ridistribuzione della pressione, e cura locale, ma questa tipologia di pazienti potrebbe non avere un'aspettativa di vita sufficiente per portare a termine la guarigione. [Langemo DK, Black J; National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2010) Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *[...]* *CP_18* 23(2):59-72]. Si deve considerare con molta attenzione quali interventi sono appropriati, perché la maggior parte di essi sono probabilmente dolorosi, fonte di angoscia, o dispendiosi in termini di tempo e di soldi. Il trattamento deve essere realistico e accettato dal paziente e dai caregiver. Se il trattamento non promuove la qualità della vita e un senso di benessere, dovrebbe essere modificato. Pochi trattamenti sono assoluti. [Langemo DK, Black J; National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2010) Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *Controparte_18* 23(2):59-72] Tra gli obiettivi del wound care palliativo (ved. Glossario) sono inclusi: controllo del dolore, mantenimento della qualità di vita, controllo dell'odore, preferenze del paziente e prevenzione di complicanze quali infezione, sanguinamento e peggioramento dello stadio/categoria della LdP. Applicare le indicazioni riportate dal protocollo per almeno 2 settimane [National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP/EPUAP/PPPIA). (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Disponibile da: http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14 Quick-Reference-Guide-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Controparte_19 16 Oct 2014.pdf]: se la LdP non mostra segni di progressione verso la guarigione, considerare l'utilizzo di medicazioni che permettano, mantenendo i criteri di appropriatezza, un buon rapporto costo-beneficio (ad esempio garze a bassa aderenza)."

9.2. Applicando questi concetti al caso in esame, gli Esperti hanno ritenuto essere evidenti nel percorso assistenziale messo in atto presso la struttura *CP_10* , le omissioni e comunque le criticità delle condotte del personale infermieristico nell'approccio alla prevenzione/trattamento delle LDD insorte sul paziente. Infatti si è innanzitutto accertata la non osservanza delle linee guida finalizzate alla prevenzione e trattamento delle LDD da parte del personale infermieristico, visto che, oltre al peggioramento della LDD sacrale, sono comparse LDD a carico dei talloni, neanche segnalate in cartella, da tanto deducendo i CCTTUU che non sia stata posta in essere neanche l'ispezione completa della cute, dalla testa ai piedi, che avrebbe dovuto essere effettuata con cadenza giornaliera posto che il *Per_1* era a rischio di perdita dell'integrità cutanea - Livello di evidenza Ia (RNAO 2011).

Hanno poi rilevato che, nei soggetti allettati e completamente immobili, come nel caso in esame, i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto mediante cuscino; la gestione della pressione a carico dei talloni quando il soggetto è allettato dovrebbe essere considerata indipendentemente dalla superficie di supporto (RNAO) concludendo che, "evidentemente ciò è stato omesso".

9.3. Hanno quindi proseguito affermando che: "Non è documentato il regime di riposizionamento, specificando la frequenza e la posizione adottata, e includendo una valutazione del risultato del regime stesso**.** Alla luce delle predette considerazioni è possibile affermare che la non validata, sotto il piano scientifico, erogazione di assistenza infermieristica risulta in nesso eziologico con l'aggravamento/insorgenza di LDD a carico del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Per_1 Quest'ultimo aveva LDD sia al terzo che al quarto stadio; in particolare al livello sacrale era presente un'estesa escara necrotica. Le ulcere necrotiche contengono elevati livelli sia di batteri aerobici che di anaerobici e ciò rende ragione del motivo per il quale l'infezione delle LDD si verifica raramente nelle lesioni di 1° e 2° stadio mentre è più comune nelle lesioni di 3° o 4° stadio soprattutto nei soggetti anziani che presentano un sistema immunitario deficitario a causa dell'età avanzata, malnutrizione o altre patologie concomitanti. I germi più frequentemente coinvolti nella colonizzazione delle LDD sono i GRAM positivi (come lo Staphilococcus Aureus) o i GRAM negativi (come lo Pseudomonas aeruginosa, il Proteus Mirabilis, l'Acinetobacter), ma anche i miceti (come Candida Albicans)."

9.2. In sostanza, i CCTTUU hanno sottolineato come presso il Centro S. *CP_10* si sia assistito: - ad un peggioramento della LDD sacrale (passata dal I-II stadio al III-IV); -alla comparsa di LDD ai talloni, neanche segnalate in cartella (il che lascia concludere per una mancata ispezione completa della cute). Al contempo, i CC.TT.UU. hanno chiarito che: ulcere di I-II stadio (quale la LDD sacrale all'ingresso in struttura) richiedono solo poche settimane per la guarigione; la chiusura di una lesione a tutto spessore non complicata richiede, invece, "diverse settimane se non mesi, con una corretta alimentazione, ridistribuzione della pressione, e cura locale, ma questa tipologia di pazienti potrebbe non avere un'aspettativa di vita sufficiente per portare a termine la guarigione.".

9.3. Quanto sopra rende evidente, quindi, come le censure della *CP_1 [...]* trovino smentita negli esiti della CTU. La circostanza che la *CP_7 [...]* sia una "struttura extra ospedaliera" è del tutto irrilevante, posto che proprio la riabilitazione intensiva postula nei pazienti una ipomobilità che richiede competenza nel prevenire e gestire lesioni da decubito.

9.4. I CCTTUU evidenziano, a proposito dell'ICA che : "Nel caso del *Per_1* nel corso della degenza presso la struttura *CP_10* si è

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

assistito, tra l'altro, al riscontro dello Pseudomonas aeruginosa all'esame emocolturale del 16 giugno; l'analogo esame, effettuato il 25 maggio, era risultato negativo", ma rilevano pure che già all'ingresso del paziente presso il Centro era risultato positivo, il che lascia presupporre che l'infezione era già presente. Essi proseguono: "Si consideri inoltre che la procalcitonina è risultata sempre negativa durante la degenza presso l' *Parte_7* mentre presso la struttura *CP_10* il singolo dosaggio del 25 giugno è risultato pari a 2,12 ng/ml, indicativo di elevata probabilità di sepsi batterica. Dunque, questi dati corroborati dalla presenza di picchi febbrili manifestati dal *Per_1* a partire dal 15 giugno (tanto che il 16 giugno vengono effettuati i campioni per emocoltura: positiva per Pseudomonas aeruginosa) depongono per una sepsi. Non può non evidenziarsi come gli esami colturali effettuati durante la degenza in terapia intensiva dell' *Parte_7* , sono risultati positivi per: - sul bronco aspirato: serratia *Parte_9* il 25 maggio (100 UFC/ML) e il 25 maggio (10.000 UFC/ML); - su punta catetere venoso centrale: serratia marcescens, il 30 maggio (10.000 UFC/ML). L'esame colturale su espettorato ripetuto in data 7 giugno presso la struttura *CP_10* è risultato positivo per Pseudomonas aeruginosa (1.000.000 UFC/ML). Com'è noto trattasi di batteri la cui trasmissione ai pazienti da parte del personale sanitario può verificarsi quando non vengono seguite scrupolosamente le pratiche di controllo dell'infezione come è altamente probabile che si sia verificato nel caso in esame.

9.5. In definitiva le LDD non adeguatamente trattate, si sono infettate con l'insorgenza di una sepsi che ha contribuito a causare il decesso del *Per_1* che già presentava un'elevata mortalità a seguito delle complicanze insorte a seguito dell'intervento neurochirurgico per le motivazioni già ampiamente riportate nella parte neurochirurgica della relazione; nell'ESDA, come già si è avuto modo di riportare, insieme al GCS l'età dei pazienti è una variabile prognostica indipendente di mortalità (20% sotto i 40 anni, 65% per soggetti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

più anziani, praticamente 100% negli ultra ottantenni). Nel caso del *Per_1* dopo l'insorgenza della complicanza neurochirurgica, la mortalità risultava elevata, assimilabile a quella dell'ESDA, anche a motivo dell'età (74 aa) e del peggioramento sia del coma (la GCS passava dal valore di 7, rilevato all'ingresso, al valore di 3 della dimissione) che del diabete. Ne consegue che il contributo più rilevante al decesso del *Per_1* è da attribuirsi alle conseguenze delle complicanze insorte a seguito dell'intervento neurochirurgico; tale contributo può essere stimato nella misura dell'80% (ottanta per cento) così da attribuire il restante 20% (venti per cento) agli effetti letiferi delle LDD inadeguatamente prevenute/trattate e dell'ICA contratta presso l'OC di *CP_3* per inadeguata applicazione delle buone pratiche di assistenza. La ripartizione della responsabilità delle rispettive strutture di cui sopra è valutabile nella misura dei 3/4 della totale per quanto riguarda la struttura *CP_7* e pari ad 1/4 per quanto l'OC di *CP_3* ".

9.6. In risposta, poi, alle note critiche alla CTU redatte per conto della struttura *CP_7* il Collegio si è espresso come di seguito: "I CCTTPP non hanno tenuto in debito conto il persistente innalzamento degli indici di flogosi aspecifici (VES, PCR, Procalcitonina, ecc.) come si evince dalle schede tratte dalla cartella clinica dell [redacted] allegate.

Con particolare riferimento alla procalcitonina (PCT) è noto come essa aumenta in risposta all'infiammazione sistemica, in particolare di origine batterica, come già riportato nella bozza. Nel caso in esame si evidenzia che i livelli di PCT sono andati progressivamente aumentando dopo il trasferimento dalla *Controparte_11* all [redacted] a testimonianza del fatto che il processo flogistico-infettivo si stava dispiegando nonostante l'antibiotico-terapia. Questi elementi in uno con del progressivo deterioramento sia della funzionalità renale (come testimonia il valore elevato della creatinina a partire dal 6 luglio – vedi schede allegate -) che di quella epatica (come risulta dall'elevazione degli indici di epatocitolisi a partire dall'8 luglio –vedi schede allegate -) consentono di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

ritenere sussistenti criteri di definizione di sepsi approvata a livello internazionale nel 2016 - pubblicata nel febbraio 2016 da parte dell'European Society of Intensive Care Medicine e della Society of Critical Care Medicine - Infine per quanto riguarda la patologia cardiaca a cui i CCTPP vogliono ricondurre la causa del decesso - la causa del decesso, con elevata probabilità, deve essere ascritta, da quanto risulta in particolar modo dagli esami ematochimici cui il paziente era sottoposto, a evento cardiovascolare a genesi ischemica (movimento enzimatico positivo) – pare opportuno evidenziare come una disfunzione cardiaca è una complicanza frequente nei pazienti con sepsi, e contribuisce alla ipoperfusione di altri organi implicando una prognosi severa; i meccanismi variano da un danno da ischemia/riperfusione agli effetti delle risposte infiammatorie e beta adrenergiche sistemiche (Donati A, Carsetti A, Damiani E.: The role of cardiac dysfunction in multiorgan dysfunction. *Controparte_20* 2016; 29:172-7). Tutto ciò premesso si confermano le conclusioni della bozza.".

9.7. Dunque, gli Esperti hanno chiarito che Sig. *Per_1* "… aveva LDD sia al terzo che al quarto stadio; in particolare al livello sacrale era presente un'estesa escara necrotica. Le ulcere necrotiche contengono elevati livelli sia di batteri aerobici che di anaerobici e ciò rende ragione del motivo per il quale l'infezione delle LDD si verifica raramente nelle lesioni di 1° e 2° stadio mentre è più comune nelle lesioni di 3° o 4° stadio soprattutto nei soggetti anziani che presentano un sistema immunitario deficitario a causa dell'età avan zata, malnutrizione o altre patologie concomitanti."; "le LDD non adeguatamente trattate, si sono infettate con l'insorgenza di una sepsi che ha contribuito a causare il decesso del *Per_1*

9.8. Questi sono i motivi, più che sufficienti, che hanno indotto i CCTTUU – a ragione - ad attribuire maggiori responsabilità a carico della struttura privata, responsabile del peggioramento della LLD sacrale (che avrebbe potuto essere facilmente risolta ma che, invece, si è evoluta in "un'estesa

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

area necrotica" con conseguente infezione), della comparsa di LLD ai talloni, del peggioramento dell'infezione (riscontrata non più solo sull'espettorato ma a livello ematico). Se la lesione da decubito di I-II grado fosse stata curata, non si sarebbe peggiorata l'infezione e, quindi, gli effetti che ne derivarono, tra cui la sepsi.

9.9. Premesso che il secondo motivo di appello incidentale proposto dalla *Controparte_1* (***In ipotesi di accoglimento del primo motivo di appello incidentale.*** **Necessità di riforma della sentenza in ordine al capo d.3 sul riparto in punto di quantum debeatur. Riforma del capo f. in ordine al riparto delle spese processuali e di lite**) è subordinato all'accoglimento del primo con esso chiedendo di essere esonerata da ogni onere risarcitorio e dalle spese e quindi non va delibato, deve invece esserlo il terzo motivo dell'appello principale relativo al quantum:

C) **Omessa indicazione del percorso logico in base al quale la sentenza gravata è giunta alla monetizzazione del danno - errata interpretazione delle tabelle – errata valutazione dei danni**

10. Parte appellante censura la sentenza nella parte in cui giunge ad una abnorme riduzione (del 30% al già ridotto 80%) dell'importo medio tabellare, escludendo, in modo "palesemente fallace", la responsabilità dell' *Parte_7* .

La riduzione del 30% è ritenuta arbitraria e illegittima, non rispettosa della criteriologia medico-legale, discostandosi peraltro dalle conclusioni dei CCTTUU, così violando anche il diritto alla difesa delle parti, che, con estrema difficoltà e operando per tentativi hanno potuto verificare l'iter decisionale seguito dal Magistrato nella liquidazione complessiva del risarcimento, stante la inadeguatezza della motivazione sul punto, che non consente di ripercorrere l'iter seguito applicando la tabella standard, con la conseguenza che "la stima del danno ex novo operata dal Magistrato va rivista e riformata".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

10.1. Gli appellanti hanno quindi insistito per il rinnovo della CTU e, in via subordinata, nella denegata ipotesi di mancato accoglimento della richiesta di rinnovo, per la riforma della sentenza sul punto riguardante la riduzione del 30% applicata in modo del tutto arbitrario ed illegittimo in violazione di qualsiasi criterio logico giuridico, nonché medico-scientifico.

10.2. Questo motivo, seppur genericamente formulato, è parzialmente fondato, non condividendo la Corte la ulteriore riduzione nella misura del 30% effettuata dal giudicante dopo aver riconosciuto che le parti convenute avevano concorso a determinare il decesso del paziente nella misura del 20%. Questa la succinta motivazione: "l'importo medio tabellare andrà quindi ridotto dell'80% ed ulteriormente ridotto del 30% considerato che la patologia neurologica, determinatosi in maniera non dipendente dalla responsabilità delle convenute, aveva gravemente inciso sullo stato di salute del sig. *Persona_1* .

10.3. Ed in effetti, riducendo ulteriormente del 30% l'importo liquidato dopo la prima riduzione dell'80% del valore tabellare, giustificata attribuendo a questa quota la particolare condizione patologica del paziente, dovuta alle sue condizioni biologiche (diabete, cardiopatia, pregressa vasculopatia cerebrale) e cliniche (critiche condizioni neurologiche conseguenti alla caduta e ai due interventi correttamente eseguiti) il giudicante ha considerato due volte le medesime circostanze causali, posto che ha giustificato l'ulteriore riduzione del 30% qui censurata con la situazione patologica preesistente (patologia neurologica) che "aveva gravemente inciso sullo stato di salute del sig. *Persona_1* , in questo discostandosi anche dalle conclusioni della relazione dei CCTTUU.

10.4. Quanto al resto, non viene censurata la modalità di liquidazione del danno, se non con riferimento all'assenza di motivazione, che non consente di ripercorrere l'iter seguito dal giudicante nella determinazione delle somme liquidate e, in effetti, queste non sono agevolmente riconducibili al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

calcolo effettuato dal giudicante, anche se ha indicato i criteri applicati con riferimento all'età dei congiunti della vittima e di quest'ultima e a quello della convivenza, tant'è che ha tenuto conto della circostanza che la figlia e tre dei nipoti vivessero nel medesimo condominio del defunto.

10.5. Nonostante la genericità della censura, che va comunque integrata con le conclusioni dell'appello nel quale vengono indicati gli importi richiesti per ciascun familiare, ritiene la Corte di dover rinnovare il calcolo sulla base dei criteri già enunciati – ma non sufficientemente quanto ai risultati - dal giudicante sulla base – a questo punto, come indica la Cassazione (Cass. n. 22183/2025) - delle ultime tabelle di Milano del 2024, che conducono ad importi diversi e leggermente superiori rispetto a quelli riconosciuti in prime cure, tenendo conto degli importi medi, della convivenza e della presenza di altri familiari.

10.6. Effettuando il calcolo, le cui modalità – va ribadito - non sono state censurate, dovendosi in questa sede limitarci ad eliminare la ulteriore riduzione del 30% effettuata in prime cure, alla vedova, *Parte_1* *[...]* di 73 anni alla data del decesso della vittima convivente 74enne, spetta la somma di **€ 52.407,40,** con 67 punti (262.037,00-80%).

Ad *Parte_3* figlia 50enne alla data del decesso, che abita nel medesimo stabile, spetta la medesima somma di **€ 52.407,40,** con 67 punti (262.037,00-80%).

A *Parte_2* figlio 53enne non convivente, spetta la somma di **€ 44.585,40** con 57 punti (€ 222.927,00-80%).

A ciascuno dei tre nipoti figli di *Parte_3* che vivono nel medesimo stabile, ossia a *Parte_4* (30 anni), *Parte_4* (28 anni) e *Parte_5* (21 anni) spetta la somma di **€ 16.640,00** con 49 punti (83.202,00-80%).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Sui predetti importi, devalutati alla data del [redacted] e via via annualmente rivalutati, spettano gli interessi legali fino alla pubblicazione della presente sentenza e, di seguito, fino al saldo.

11. In conclusione, va parzialmente accolto il terzo motivo dell'appello principale mentre va respinto l'appello incidentale della *Controparte_1* *[...]*

12. Le spese del presente giudizio vanno compensate tra le parti nella misura della metà, stante l'accoglimento solo parziale dell'appello, con condanna delle appellate, in solido a rifonderle agli appellanti nella misura liquidata (per l'intero in base al decisum) in dispositivo con fase istruttoria al minimo, tenuto conto del numero delle parti.

Nel rapporto tra *Pt_6* e *CP_1* esse vanno compensate.

13.Deve darsi atto, infine, della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte dell'appellante incidentale, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto per il gravame, se dovuto.

P.Q.M.

LA Corte d'Appello pronunciando sugli appelli come sopra proposti avverso la sentenza emessa dal Tribunale di Pescara n. 702/2024 del 16/05/2024 nell'ambito del procedimento iscritto al n. RG 1322/2021così provvede.

1)Accoglie l'appello principale per quanto di ragione e, per l'effetto, in parziale riforma della sentenza impugnata, condanna la *Parte_6* e la *Controparte_1*, in solido tra loro, corrispondere agli appellanti le seguenti somme:

Parte_1 **€ 52.407,40**;

Parte_3 **€ 52.407,40;**.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820

Parte_2 **€ 44.585,40;**

Parte_4 , *Parte_5* **€ 16.640,00** ciascuno;

con gli interessi legali sull'importo devalutato alla data del [redacted] e via via annualmente rivalutato fino alla pubblicazione della presente sentenza e, di seguito, fino al saldo;

2) respinge l'appello incidentale proposto dalla *Controparte_1* ;

3) compensa nella misura della metà tra appellanti e appellate le spese del grado, che liquida per l'intero in € 30.169,42, oltre € 777,00 per spese, nonché rimborso spese generali ed accessori di legge e condanna le appellate *Pt_6* e *CP_1* in solido tra loro, a rifonderle agli appellanti nella misura della restante metà e le compensa integralmente tra le parti appellate;

4) dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte dell'appellante incidentale, in favore dell'erario, di un importo ulteriore, pari a quello del contributo unificato previsto per il gravame, se dovuto.

Così deciso in L'Aquila, nella camera di consiglio dell'8/07/2026

Il Consigliere est. Il Presidente

Silvia Rita Fabrizio Francesco S. Filocamo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-820