REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte di Appello di Lecce – II^ Sezione Civile

composta dai signori:

dott.ssa Raffaella Brocca - presidente

dott.ssa Consiglia Invitto - consigliere

dott. Giovanni Surdo - consigliere est.

ha emesso la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 667/2022 R.G., trattenuta in decisione all'udienza del 13/2/2024 con assegnazione dei termini per comparse conclusionali e note di replica ex art.190 c.p.c., vertente

T R A

Parte_1 (*C.F._1* , *Parte_2* (*C.F._2*), *Parte_3* (*C.F._3*) e *Pt_4* *[...]* (*C.F._4*), rappresentati e difesi dall'avv. [redacted]

appellanti

contro

Controparte_1 (cf: *P.IVA_1*) in persona del Direttore p.t. rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

appellata

OGGETTO: appello avverso la sentenza n.1043/2022 del Tribunale di Brindisi pubblicata il 5.7.2022.

I procuratori delle parti hanno precisato le conclusioni mediante note scritte sostitutive di udienza ex art.127 ter c.p.c. per l'udienza del 13 febbraio 2024, con le quali si sono riportati ai rispettivi scritti.

MOTIVAZIONE

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

1.-Il Tribunale di Brindisi ha rigettato la domanda proposta da *Pt_1* *[...]* *Parte_2* , *Parte_3* e *Parte_4* diretta ad ottenere dalla *Controparte_1* (d'ora innanzi *Cont* il risarcimento di tutti i danni subiti a seguito del decesso del loro congiunto *Persona_1* , sostenendo che la morte fosse dovuta a infezioni ospedaliere contratte durante la degenza presso l *Org_1* di *CP_1*

1.1. Il primo giudice ha rigettato la domanda, affermando, da una parte, che il [redacted] *Persona_1* [redacted] presso il Reparto di Rianimazione/Terapia Intensiva dell'Ospedale *Org_1* di *CP_1* "*è stato determinato da una meningite da Acinectobacter baumanii/calcoaceticus complex multiresistente, di origine nosocomiale, associata ad un quadro di sepsi polimicrobica da Enterococcus faecalis multiresistente, anch'essa di origine ospedaliera"* e, che, dall'altra, "*è fondatamente presumibile che i medici che ebbero in cura il paziente nello svolgimento della loro attività si siano attenuti alle linee guida ed alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica o leggi e regolamenti,…e che non è riscontrabile alcuna accertata violazione delle regole tecniche o di comuni regole di prudenza e/o diligenza*".

2.-Avverso detta sentenza, hanno proposto <u>appello</u> *Parte_1* *Pt_2* *[...]* , *Parte_3* e *Parte_4* , lamentando l'errata applicazione degli articoli 1218 , 2697, 2729 c.c e dell' art. 115 cpc.

A sostegno, premesso di aver assolto al loro onere probatorio, avendo dimostrato che la morte fu dovuta ad infezione nosocomiale ed il nesso di causalità materiale con il trattamento sanitario ricevuto, gli appellanti deducono che il giudice avrebbe dovuto valutare la condotta della struttura sanitaria, cui incombeva l'onere di dimostrare l'esatta esecuzione della prestazione o la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione.

Il primo giudice ha ritenuto che la *CP_1* avesse assolto a tale onere sulla base di una mera presunzione espressa dai consulenti tecnici d'ufficio. In realtà, la parte convenuta non ha fornito alcuna prova in ordine alla osservanza di protocolli e linee guida in materia: oltre a non depositare alcun documento, non ha sollevato alcuna contestazione al riguardo. Non vi è alcuna prova che furono

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

adottate, implementate e monitorate nel *Organizzazione_2* di *CP_1* tutte le procedure previste per la prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Gli appellanti inoltre contestano il fatto che l'esistenza del CIO (Comitato Infezioni *Org_2*) presso l'Ospedale *Org_1*, mai allegata dalla parte convenuta, è stata irritualmente rilevata dai consulenti tecnici, facendo peraltro rinvio al sito web della *Cont* in ogni caso, la sola esistenza del Comitato non esaurisce l'ampio ventaglio di adempimenti da adottare per contenere il rischio infettivo.

Gli appellanti concludono che la *Controparte_1* non ha fornito alcuna prova di avere correttamente adempiuto la prestazione cui era tenuta con conseguente sua condanna al risarcimento dei danni patiti dagli attori, sulla scorta della pronuncia della S.C. n. 4864 del 23.2.2021, secondo cui in ambito di infezioni nosocomiali la struttura sanitaria deve non solo provare di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis* ma anche dimostrare di avere applicato tali protocolli nel caso specifico.

3. Si è costituita l' *Controparte_1* con comparsa depositata il 15.11.2022, nella quale ha dedotto l'infondatezza delle doglianze esposte nell'atto di gravame, assumendo che non sussiste rapporto di causalità tra l'operato dei medici e l'evento lesivo della salute, di tal che nessuna omissione o mancanza di diligenza è riscontrabile nel proprio operato. In particolare, i consulenti tecnici d'ufficio, dott. *Persona_2* e Dott. *Persona_3* nella relazione dell'8 aprile 2019, hanno chiaramente escluso qualsivoglia "responsabilità ascrivibili a uno o più soggetti o alla struttura ospedaliera" specificando che si è trattato "[…] di un'infezione da germe opportunista, che ha colpito un soggetto gravemente defedato nel quale l'impiego di tecniche invasive quali la DVE era indispensabile per evitare il decesso per ipertensione endocranica". Nella medesima relazione, i consulenti non hanno rilevato alcuna "violazione delle regole tecniche o di comuni regole di prudenza e/o diligenza", aggiungendo poi che "[…] L'opera dei medici, con particolare riferimento al trasferimento in Rianimazione/Terapia Intensiva ed all'impianto di DVE, fu svolta in stato di necessità sanitaria, in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

considerazione dell'estrema gravità delle condizioni del paziente" nonché "[…] la scelta dei tempi e dei mezzi diagnostici e terapeutici fu obbligata dalle condizioni del paziente" e che "[…] Le procedure diagnostiche, le indicazioni al trattamento medico chirurgico prescelto, le modalità di esecuzione e l'assistenza appaiono adeguate e tempestive".

Rileva altresì l'appellata che la condotta diagnostica terapeutica posta in essere dai sanitari fu conforme alle comuni *leges artis* e che la successiva insorgenza della infezione nosocomiale ha avuto sua principale fonte nella complicanza in relazione alla sussistenza di un rischio incomprimibile di tale infezione, nonostante l'adozione di tutte le procedure e controlli a vari livelli organizzativi e strutturali.

Nel caso in esame, difatti, il paziente risultava degente in un reparto (terapia intensiva) ad elevato rischio di infezioni ospedaliere e versava in condizioni favorenti che hanno necessitato di trattamenti invasivi (DVE) anch'essi associati a rischio di infezioni gravate da una certa mortalità. Invero, i cc.tt.uu. concludevano che "è fondatamente presumibile che i medici che ebbero in cura il paziente nello svolgimento della loro attività si siano attenuti alle linee guida ed alle buone pratiche_accreditate dalla comunitá scientifica o leggi e regolamenti […] non è riscontrabile alcuna accertata violazione delle regole tecniche o di comuni regole di prudenza e/o diligenza".

L'*Con* ha inoltre sottolineato che non si possono non tenere in considerazione le gravi condizioni cliniche che il paziente presentava già al ricovero. Proprio in ragione di tali gravi condizioni, i consulenti d'ufficio hanno escluso un danno da invalidità temporanea nel periodo che è intercorso tra il giorno dell'evento lesivo e quello del decesso, trattandosi di soggetto che appunto versava già in condizioni di totale invalidità in virtù della patologia per cui fu necessario il ricovero. Difatti, i predetti consulenti hanno affermato che "il decesso per infezione ospedaliera appare dunque come una complicanza, nel caso specifico difficilmente o affatto evitabile, di una situazione clinica estremamente grave e di per sé tale da comportare elevate probabilità di esito infausto". È chiaro che anche per i CCTTUU la patologia di base del paziente avrebbe in ogni caso e con elevata probabilità condotto lo stesso al decesso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

Quanto alla presunta mancata prova circa le procedure per la prevenzione delle infezioni nosocomiali eccepita da controparte, l'*Con* assume che dalla cartella clinica del Sig. *Pt_1* in atti si evince che prima dell'ingresso nel reparto di terapia intensiva, lo stesso veniva sottoposto a tampone nasale, faringeo, rettale e broncoaspirato. Tali adempimenti rappresentano di per sé una adeguata prassi finalizzata a fotografare all'ingresso la situazione del paziente sotto il profilo di eventuali infezioni in atto, sia da un punto di vista della diagnosi precoce, che del monitoraggio durante il ricovero stesso.

Inoltre, la *CP_1* in materia di prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere adotta molteplici protocolli interni (Nota prot. N [redacted] del 02/02/2010: norme di accesso e di comportamento nelle Sale Operatorie e nelle Terapie Intensive – *Organizzazione_3* di *CP_1* Nota prot. N [redacted] del 01/06/2011: organizzazione attività blocco operatorio *CP_1* (contenente, tra gli altri, disposizioni circa l'accesso e uso delle sale operatorie al fine di prevenire l'insorgenza di infezioni ospedaliere); Nota prot. N [redacted] del 13/05/2013: opuscolo informativo UOC di *CP_2* – *Org_4* - *Org_3* UOC Anestesia Rianimazione (raccolta di norme comportamentali seguite da chi vi accede in tali reparti); delibera n [redacted] del 09.09.2013 *CP_1* : approvazione delle linee guida aziendali relative alla gestione di enterobatteri produttori di carbapenamasi; delibera n [redacted] del 18.10.2013: approvazione delle linee guida da adottare per il trasporto e l'esecuzione di esami strumentali o consulenze specialistiche a pazienti in isolamento da contatto per enterobacteriaceae carbapenemasi e raccomandazioni sulla gestione di pazienti di pazienti colonizzati/infetti da *Org* .

Nel corso del giudizio di appello, acquisito il fascicolo del primo grado, all'udienza del 13 febbraio 2024, sulle conclusioni precisate dalle parti, la causa è stata riservata per la decisione, previa assegnazione dei termini per comparse conclusionali e repliche.

** ** **

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

4. L'appello risulta fondato con conseguente accoglimento della domanda formulata dagli appellanti per quanto di ragione.

4.1. Non vi sono contestazioni in ordine alla ricostruzione del quadro patologico di cui era affetto Persona_1 e delle cause che hanno portato al suo decesso.

La sentenza impugnata, facendo proprie le conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio espletata a mezzo del dott. Persona_2 e del Dott. [...] Per_3 ha accertato che il [redacted] Persona_1 [redacted] presso il Reparto di Rianimazione/Terapia Intensiva dell Org_1 di CP_1 "*è stato determinato da una meningite da Acinectobacter baumanii/calcoaceticus complex multiresistente, di origine nosocomiale, associata ad un quadro di sepsi polimicrobica da Enterococcus faecalis multiresistente, anch'essa di origine ospedaliera*".

Nella specie, risulta pertanto acquisita la prova che le infezioni che hanno portato al decesso del paziente sono state contratte in ambito ospedaliero.

4.2. In materia di infezioni nosocomiali, la giurisprudenza di legittimità ha affermato che "*la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio" (Cass. n. 16900/2023, Rv. 667849 - 01)

Nel caso specifico, l'*Cont* di *CP_1* non ha fornito alcun elemento di prova circa l'osservanza di linee guida e buone prassi in materia di prevenzione delle infezioni; anzi, al riguardo, non ha neppure fornito alcuna indicazione concreta sull'applicazione delle molteplici misure elencate dalla S.C. nella pronuncia citata.

Non può essere condiviso l'assunto del Tribunale, secondo cui la *CP_1* avrebbe assolto tale onere alla luce delle osservazioni contenute nella relazione dei consulenti di ufficio, i quali hanno affermato che "*è fondatamente presumibile che i medici che ebbero in cura il paziente nello svolgimento della loro attività si siano attenuti alle linee guida ed alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica o leggi e regolamenti*".

Gli stessi cc.tt.uu. hanno indicato in dettaglio le misure di prevenzione che le strutture sanitarie devono adottare e le precauzioni standard in materia di igiene e profilassi, e hanno ipotizzato che fossero state seguite "*con molta probabilità anche all'interno della Controparte_1 e dell Org_1 apposite linee guida, come per altro agevolmente verificabile*". Gli stessi consulenti, tuttavia, hanno ammesso che "*la possibilità di provare di fatto l'adozione di tali misure di profilassi o la negligenza nella loro applicazione esula dai limiti di questa indagine peritale*".

In realtà, si tratta di mere presunzioni e ipotesi, prive di riscontro concreto, posto che l' *Controparte_1* non ha fornito elementi di prova sulla puntuale osservanza di protocolli e linee guida, quanto meno a livello di prassi, generalmente seguita nel periodo in cui vi è stato il ricovero di *Persona_1* .

In particolare, la parte convenuta non ha dimostrato di aver effettuato azioni di sanificazione periodica all'interno della struttura sanitaria all'epoca dei fatti, né in ordine ai report di prevalenza, agli esiti dei monitoraggi ambientali, alle procedure di antibioticoterapia e di antibioticoprofilassi, alle procedure di prevenzione e gestione delle infezioni del sito chirurgico, alla procedura di isolamento dei pazienti all'interno della Unità Operativa, alle procedure di gestione degli accessi venosi e dei cateteri, ecc.. Tale carenza da parte della Direzione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

Medica di Presidio costituisce elemento idoneo a fondare la responsabilità a titolo di concorso omissivo in ordine al contagio nosocomiale del paziente.

A fronte di precise indicazioni nell'atto di citazione circa l'esistenza di infezioni letali di origine nosocomiale, desumibili dalla cartella clinica e descritte nella consulenza tecnica di parte, allegata all'atto introduttivo, l'*Cont* si è limitata, in primo grado, a negare la propria legittimazione passiva, per via dell'iniziale ricovero presso l'Ospedale di [redacted] e a dedurre in termini del tutto generici il difetto del nesso di causalità, negando omissioni o mancanza di diligenza nell'operato dell' *Controparte_1* e in particolare del presidio ospedaliero di *CP_1* (v. comparsa di costituzione, pagg.16-17), senza il minimo cenno alle misure adottate per ridurre e contrarre il rischio di infezioni. In secondo grado ha elencato una serie di protocolli asseritamente adottati dalla stessa *[...]* *CP_1* , della cui esistenza, prima, e della cui osservanza, poi, non si riviene alcun elemento di riscontro.

4.3. Ciò posto, occorre considerare le pregresse patologie di cui era affetto il paziente. Attraverso la CTU, si è accertato che il [redacted] *Persona_4* [redacted] presso il reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'ospedale *Org_1* di *CP_1* "*è stato provocato da una serie di eventi patologici succedutisi nel tempo e culminati in un'infezione generalizzata (sepsi), che attraverso il torrente circolatorio ha provocato un deterioramento multiorgano e uno stato di scompenso cardiocircolatorio irreversibile (shock settico), che ha condotto all'exitus. Complice dell'evento terminale è stata una meningoencefalite secondaria al confezionamento di una derivazione ventricolare esterna (DVE), adottata per ottenere la decompressione dell'encefalo sede di una vasta emorragia (inondazione ventricolare). La complicanza infettiva è insorta dal momento in cui il pz, per una situazione di coma, ha dovuto essere trasferito nel reperto di Terapia Intensiva e Rianimazione, dove, come è noto, albergano microrganismi multiresistenti alle terapie antibiotiche attualmente disponibili".*

In particolare, il paziente nella notte tra il 23 e il 24 maggio 2014 dall'ospedale di [redacted] venne trasferito nel reparto Neurologia del presidio ospedaliero *Org_1* di *CP_1* per sospetto ictus cerebrale ischemico (alla TC: lesione ischemica cerebellare dx.)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

"*Dopo un transitorio miglioramento seguiva un improvviso peggioramento clinico per la comparsa di uno stato di decadimento delle funzioni cerebrali e dello stato di coscienza fino al coma, tanto da rendersi necessario il trasferimento in Rianimazione nella mattinata del 29 maggio. Una TAC di controllo nello stesso giorno evidenziava una vasta emorragia intracranica* (…). *L'emorragia, mettendo in pericolo la vita del paziente, ha richiesto un intervento urgente di decompressione cerebrale, che si ottiene con un dispositivo che è la derivazione ventricolare esterna (DVE), eseguito alle ore 16 del 29 maggio*. (…) *Questo dispositivo, che risulta essenziale per garantire la sopravvivenza, espone però il paziente al rischio del passaggio di germi dall'ambiente esterno al cervello con conseguenti infezioni (meningiti, meningoencefaliti)*".

L'intervento, eseguito in urgenza, determinò un abbassamento della PI (pressione intracranica) e un miglioramento del quadro clinico con ripresa parziale della coscienza. Nel corso del ricovero in Rianimazione (6 giugno) fu effettuato un ecocardiogramma, che evidenziò la presenza di vegetazioni a carico della valvola aortica (…). Le vegetazioni endocardiche sono espressione di una infezione denominata endocardite.

"*Lo stesso quadro di endocardite ed embolizzazione settica si complicò successivamente con un'emorragia intracerebrale. In base a queste evidenze sulla scorta delle varie emocolture eseguite veniva impostata adeguata terapia antibiotica nel tentativo di risolvere l'infezione della valvola cardiaca.*

Le condizioni del paziente si mantennero stabili fini al 13 giugno, quando improvvisamente ricomparve nuovamente un repentino peggioramento dello stato di vigilanza fino al coma questa volta accompagnato da rialzo febbrile (…) La comparsa dei segni meningei (rigidità nucale) confermò il sospetto di meningite batterica associata alla sepsi. Nei giorni successivi le condizioni del paziente peggiorarono senza mostrare alcun miglioramento, nonostante le molteplici cure antibiotiche, tanto da innescare uno stato di coma irreversibile che ha condotto all'exitus il [redacted] .

"*In sintesi ciò che ha condotto il paziente all'exitus sono stati due eventi infettivi. Uno contratto prima del ricovero e rimasto a lungo misconosciuto*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

(endocardite) e uno contratto in UTI (sepsi e meningite). Il secondo evento verificatosi in UTI può e deve essere considerato a tutti gli effetti una vera e propria infezione ospedaliera" (relazione di CTU, pagg.14-18).

Le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti tecnici di ufficio sono nel senso che "*la morte è da porsi in rapporto di causalità materiale con il trattamento medico chirurgico praticato sul paziente (impianto di derivazione ventricolare esterna) che ha favorito l'infezione ospedaliera*". I consulenti hanno altresì affermato che "*il trattamento medico chirurgico non è stato la causa esclusiva dell'evento morte, ma ha agito in concorso con altre cause, in particolare con la patologia che richiese il trattamento (endocardite complicata da multipli focolai ischemici dell'encefalo ed inondazione ventricolare con grave defedamento e compromissione delle condizioni generali del paziente)*".

I consulenti hanno altresì precisato che "*non vi è stato un danno da invalidità temporanea totale o parziale subito dalla vittima nel periodo intercorso tra il giorno dell'evento lesivo e quello del decesso, trattandosi di soggetto già in condizioni di totale invalidità per la patologia che aveva reso necessario il ricovero*".

In conclusione sussiste un concorso di cause nella determinazione dell'evento letale, alcune delle quali - quelle che hanno determinato (o non impedito) l'insorgenza delle infezioni ospedaliere – certamente ascrivibili all' *CP_1* sanitaria convenuta.

4.4. Orbene, in tema di concorso di cause incidenti sulla responsabilità per colpa medica, la giurisprudenza ha affermato che "*in ipotesi di morte del paziente dipendente (anche) dall'errore medico, qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, tale ultima dovendosi ritenere lo stato patologico non riferibile alla prima, l'autore del fatto illecito risponde "in toto" dell'evento eziologicamente riconducibile alla sua condotta, in base ai criteri di equivalenza della causalità materiale, potendo l'eventuale efficienza concausale dei suddetti eventi naturali rilevare esclusivamente sul piano della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., ai fini della liquidazione, in chiave complessivamente equitativa, dei pregiudizi conseguenti,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

ascrivendo all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose da rapportare, invece, all'autonoma e pregressa situazione patologica del danneggiato" (Cass. n.26851/2023, Rv. 668759 - 01).

Quando la morte è stata determinata, come nel caso di specie, da cause ascrivibili alla struttura sanitaria (come le infezioni nosocomiali), si applica il seguente principio espresso dalla giurisprudenza di legittimità: "*qualora la produzione di un evento dannoso risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, tale ultima dovendosi ritenere lo stato patologico non riferibile alla prima, l'autore del fatto illecito risponde in toto, in base ai criteri di equivalenza della causalità materiale, dell'evento di danno eziologicamente riconducibile alla sua condotta, a nulla rilevando l'eventuale efficienza concausale anche dei suddetti eventi naturali, che possono invece rilevare, sul piano della causalità giuridica, ex art. 1223 cod. civ., ai fini della liquidazione, in chiave complessivamente equitativa, dei pregiudizi conseguenti, ascrivendo all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose da rapportare, invece, all'autonoma e pregressa situazione patologica del danneggiato, non eziologicamente riferibile, cioè, a negligenza, imprudenza o imperizia del sanitario* (Cass., 21/07/2011, n. 15991, Cass., 11/11/2019, n. 28986, Cass., 23/02/2023, n. 5632, Cass., 12/05/2023, n. 13037, richiamate da Cass. n.26851/2023, cit.).

Nel caso di specie, alla luce delle conclusioni dei consulenti tecnici di ufficio sopra richiamate, è stato accertato che la causa naturale (gravi patologie esistenti al momento dell'insorgenza della infezione, avvenuta in data 29 maggio 2014 a seguito del trattamento DVE) riveste efficacia eziologica non esclusiva, ma soltanto concorrente rispetto all'evento: ne consegue che la responsabilità dell'evento deve essere ascritta per intero alla struttura ospedaliera, con riferimento alle infezioni ospedaliere (*sepsi e meningite*). Pertanto la domanda, valutata in termini generali, è da ritenersi fondata quanto *all'an debeatur.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

5. In ordine alle voci di danno di cui gli attori chiedono il risarcimento, va tenuto presente che gli attori hanno dedotto i seguenti pregiudizi connessi alla morte del congiunto *Persona_1*, coniuge di *Parte_2* e genitore di *Pt_1* *[...]* *Pt_3* e *Pt_4*:

a) danno non patrimoniale con riferimento sia al danno morale soggettivo sia al cosiddetto danno da perdita del rapporto parentale; per la liquidazione hanno invocato l'applicazione delle tabelle del 2014 dell'Osservatorio per la giustizia civile del Tribunale di Milano, nella misura di euro 326.150 in favore della vedova *Parte_2* e di euro 300.000 per ciascuno dei figli;

b) danno da perdita della vita del *de cuius*, in relazione alla circostanza che *Persona_1* ha certamente compreso che si stava avvicinando alla morte (danno "catastrofale" o "da lucida agonia"), da liquidarsi nella somma di euro 500.000;

c) danno da perdita di *chance*, posto che *Persona_1* ha subito la lesione del diritto "a mantenere integre le proprie chance di sopravvivenza", quale "bene intermedio diverso da quello della vita e da quello della salute", acquisito da *Persona_1* e trasmesso agli eredi.

Il danno sub a) viene in rilievo quale pregiudizio subito dai congiunti *iure proprio* da lesione del rapporto parentale, mentre i danni sub b) e c) vengono richiesti dagli attori *iure successionis*, quali eredi del *de cuius*.

Ciò posto, ritiene la Corte che nella specie debbano escludersi i danni da perdita della vita e da perdita di *chance* richiesti dagli attori.

5.1. Va innanzitutto osservato che non è configurabile la voce di danno sub c) quale danno da "perdita di chance di sopravvivenza", in quanto, come precisato dalla S.C., se la morte è già intervenuta, come nel caso di specie, "l'incertezza eventistica, che ne costituisce il fondamento logico prima ancora che giuridico (Cass. n. 5641 del 2018, cit.), è stata, di regola, smentita da quell'evento".

Va rilevato altresì che l'accertamento del danno da premorienza o da perdita anticipata della vita dovrà effettuarsi secondo il criterio del "più probabile che non", proprio della responsabilità civile. Tale danno dovrà accertarsi non solo in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

base ai principî di causalità generale e di regolarità statistica, ma anche in ragione del nesso di causalità specifica, ovvero tenuto conto, nel singolo caso, di tutti i dati medico-anamnestici peculiari del soggetto.

Va esclusa nella specie il danno da perdita anticipata della vita, il quale ha ad oggetto un pregiudizio, non risarcibile per la vittima, ma solo per i suoi congiunti (Cass., S.U., 22/07/2015, n. 15350), conseguente all'omissione colposa dell'agente e consolidatosi nel tempo in capo alla vittima quale minor vissuto. In questo caso l'evento di danno è rappresentato non dalla *possibilità* di vivere più a lungo (a questa possibilità è correlata la perdita di chance), bensì dalla perdita anticipata della vita, perdita che pure si sarebbe, in tesi, comunque verificata, sia pur in epoca successiva, per la pregressa patologia" (v. Cass., 11/11/2019, n. 28993, pag. 12, richiamata da Cass. n.26851/2023, cit.).

Tuttavia, se, come nel caso in esame, la vittima è già deceduta al momento dell'introduzione del giudizio da parte degli eredi, "non è concepibile, né logicamente né giuridicamente, un "danno da perdita anticipata della vita" trasmissibile iure successionis" (Cass., 04/03/2004, n. 4400, Cass. 5641 del 2018, cit. e Cass., Sez. U., n. 15350 del 2015, cit. e Cass. 26851/2023 cit.), "non essendo predicabile, nell'attuale sistema della responsabilità civile, la risarcibilità del danno tanatologico (…)".

5.2. Non è risarcibile il danno "catastrofale" o "da lucida agonia" predicato sub b). In relazione a tale danno vengono in considerazione sia il danno biologico c.d differenziale, consistente nel "vivere in modo peggiore, sul piano dinamico-relazionale, la propria malattia negli ultimi tempi della propria vita a causa di diagnosi e/o cure tardive da errore medico", e sia il danno morale, inteso come sofferenza interiore e come privazione della capacità di battersi ancora contro il male, consistente nel "trascorrere quegli ultimi tempi della propria vita con l'acquisita consapevolezza delle conseguenze sulla (ridotta) durata della vita stessa a causa di diagnosi e/o cure tardive da errore medico" (Cass. n. 26851/2023 cit).

Nella specie, va esclusa questa voce di danno, in quanto i consulenti tecnici d'ufficio hanno chiaramente precisato che *non vi è stato un danno da invalidità*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

temporanea totale o parziale subito dalla vittima nel periodo intercorso tra il giorno dell'evento lesivo e quello del decesso, trattandosi di soggetto già in condizioni di totale invalidità per la patologia che aveva reso necessario il ricovero.

5.3. In conclusione, nel caso di specie, è risarcibile soltanto il danno da "perdita del rapporto parentale" richiesto dagli attori sub a) da liquidarsi in via equitativa e con criteri restrittivi, avuto riguardo alla situazione concreta del de cuius (c.d. vittima primaria) in ragione delle sue gravissime patologie, preesistenti al momento della insorgenza dalle infezione nosocomiali (i consulenti tecnici hanno rilevato una *endocardite complicata da multipli focolai ischemici dell'encefalo ed inondazione ventricolare con grave defedamento e compromissione delle condizioni generali del paziente,* che hanno comportato una *vasta emorragia intracranica* e uno stato di coma), patologie, queste, che con elevata probabilità avrebbero comunque portato al decesso. In altre parole, la minore durata della vita della vittima, conseguente alle infezioni ascrivibili alla struttura sanitaria, non può non rilevare quale elemento fattuale, specifico al caso concreto, da tenere presente, sul piano equitativo, nella liquidazione del danno subito *iure proprio* dai congiunti sul piano della perdita del rapporto parentale.

5.4. La liquidazione equitativa viene condotta sulla base delle tabelle 2022 elaborate dal Tribunale di Milano (aggiornate al 2024), nelle quali sono stati previsti nuovi criteri orientativi per la **liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale** in ossequio a quanto stabilito dalla Corte di Cassazione (*Cass. 33005/2021;* **Cass. 10579/2021***; Cass. 26300/2021*). Per la liquidazione del danno in oggetto, dette Tabelle, nella loro versione precedente, non seguivano la tecnica del punto, ma individuavano **un tetto minimo ed un tetto massimo,** fra i quali ricorreva una significativa differenza. Invece, la Suprema Corte ha stabilito che "*al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella* ***basata sul sistema a punti****, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella» (Cass. 33005/2021).

Nel caso specifico, nella liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, occorre tenere conto che gli attori/appellanti sono la moglie e i figli conviventi (v. certificato anagrafico di stato di famiglia alla data del decesso e non contestato da controparte).

Come sopra esposto, per calcolare tale voce di danno, il giudice tiene conto di diversi fattori, come l'età della vittima al momento del decesso, la sua aspettativa di vita, il rapporto affettivo con i familiari, la loro età e l'eventuale dipendenza economica dal de cuius e la loro capacità di provvedere alle proprie esigenze. In ordine a questi ultimi aspetti (a prescindere dall'età desumibile dai certificati anagrafici in atti), nessun elemento specifico risulta allegato, né tanto meno provato, da parte degli attori. Sull'aspettativa di vita della vittima, già si è detto, parlando delle gravi patologie di cui era affetto *Persona_1* al momento di insorgenza delle infezioni nosocomiali (29 maggio 2013).

Valutando complessivamente questi elementi e tenendo conto dell'età della vittima e di ciascuno degli attori, nonché del vincolo parentale o di coniugio, della convivenza e della composizione del nucleo familiare, ritiene la Corte rispondente ad equità liquidare il risarcimento – prendendo come riferimento le Tabelle di Milano aggiornate al 2024 - nella misura di euro 200.000 in favore di *Pt_2 […]* e di euro 220.000 per ciascuno dei figli *Parte_1* *Pt_4* e *Pt_3* Detti importi dovranno essere maggiorati di interessi al tasso legale con decorrenza dal giorno in cui si è verificato l'evento dannoso ovvero dalla data della morte della vittima primaria (v. Cass. n.4658/2024, Rv. 670231-02) al soddisfo. Nulla è dovuto a titolo di rivalutazione monetaria, in quanto il risarcimento del danno è stato determinato all'attualità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

Il regolamento delle spese per il doppio grado segue la soccombenza, tenendo conto del valore della causa determinato in base al *decisum* e applicando la maggiorazione per la difesa di più parti.

P.Q.M.

La Corte, decidendo sull'impugnazione avverso la sentenza n.1043/2022 del Tribunale di Brindisi pubblicata il 5.7.2022, così provvede:

1) accoglie per quanto di ragione l'appello proposto da *Parte_1* *Parte_2* , *Parte_3* e *Parte_5* confronti dell' *Controparte_1*

2) per l'effetto, in riforma dell'impugnata sentenza, condanna l' *[...]* *Controparte_1* a pagare, a titolo di risarcimento del danno, la somma di euro 200.000,00 in favore di *Parte_2* e la somma di euro 220.000,00 ciascuno in favore di *Parte_1* *Parte_3* e *Parte_4* , oltre interessi legali dalla data del [redacted] al soddisfo;

3) condanna l' *Controparte_1* al pagamento delle spese processuali in favore degli appellanti, liquidate in complessivi euro 15.000 per il primo grado e in euro 17.000 per il secondo grado, ivi compresa la maggiorazione per la difesa di più parti, oltre rimborso spese di studio nella misura del 15%, iva e cap come per legge;

Lecce, 4 giugno 2024

Il consigliere est. Il Presidente

dott. Giovanni Surdo dott.ssa Raffaella Brocca

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-677