REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte di Appello di Napoli - ottava sezione civile - in persona dei magistrati

Dr. Alessandro Cocchiara	Presidente
Dr. Antonio Quaranta	Consigliere
Dr. Alberto Canale	Consigliere est.

riunita in camera di consiglio, ha pronunziato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa in grado di appello iscritta al n. 4834 del ruolo generale degli affari contenziosi dell'anno 2019 con

OGGETTO: risarcimento danni da esercizio di attività sanitaria e vertente

TRA

Parte_1 (C.F. e P. IVA *P.IVA_1*), in persona del Direttore Generale pro tempore, rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] (CF: *C.F._1* *[...]*) e *Parte_2* (CF: *CodiceFiscale_2*) in virtù di procura in calce all'atto di appello e con loro elettivamente domiciliata in *Pt_1* alla *Parte_3* presso la sede legale dell'Ente.

APPELLANTE

E

CP_1 [redacted] *Pt_1* [redacted] (C.F. *CodiceFiscale_3*), *CP_2* [redacted] *Pt_1* [redacted] (C.F. *CodiceFiscale_4*), *CP_3* [redacted] *Pt_1* [redacted] (C.F. *[...]* *C.F._5*) e *Controparte_4* [redacted] *Pt_1* [redacted] (C.F. *CodiceFiscale_6*), quali eredi di *Persona_1* [redacted] *Pt_1* [redacted] tutti rappresentati e difesi dall'avv. [redacted] (C.F. *CodiceFiscale_7*) in virtù di procura depositata in sede di costituzione telematica e con lei elettivamente domiciliati in [redacted] alla [redacted] presso l'avv. [redacted]

APPELLATI

CONCLUSIONI

PER L'APPELLANTE: *"Con atto di appello del 30/10/2019 l'* *Parte_1* *ha impugnato la sentenza n.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

1781 del 26/09/2019 emessa dal Tribunale di Avellino all'esito del giudizio iscritto a n. R.G. 5193/2011 poiché fondata esclusivamente sulle risultanze della ctu medico legale, del tutto contrastante con i rilievi probatori emersi in corso di causa. I due aspetti della fattispecie contestati e recepiti pedissequamente nella sentenza di primo grado riguardano la terapia antibiotica somministrata al paziente e la gestione del paziente al domicilio. Si premette che la fattispecie in esame attiene ad un'ipotesi di infezione della sacca contenente il dispositivo cardiaco (CIED) impiantato chirurgicamente la quale, dopo la dimissione al domicilio, sviluppava un'infezione da Stafilococco Aureo che determinava il decesso del paziente. Il dr. Per_2 *, ctu, è pervenuto alla conclusione che l'infezione determinatasi a seguito della penetrazione di uno Stafilococco Aureo nella tasca cutanea in cui era stato collocato il defibrillatore, fosse avvenuta presumibilmente nel corso del ricovero ospedaliero in relazione alla procedura chirurgica effettuata mentre ha ritenuto poco probabile una penetrazione successiva dell'agente batterico nella tasca. Come emerso dagli esami laboratoristici l'infezione verificatasi non era nosocomiale ed inoltre risulta che i medici del* Pt_1 *misero in atto tutte le strategie finalizzate alla riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza. Sul punto è già stato evidenziato che risulta documentata un'adeguata terapia antibiotica durante il ricovero, la cui somministrazione, a detta dello stesso ctu, avveniva secondo le indicazioni delle linee guida. Lo stesso, poi, afferma che il paziente era correttamente invitato a tornare a "Controllo ambulatoriale il 7/4/2011 ore 12.00". Nel caso in esame, contrariamente a quanto contestato dal ctu sulla breve durata della somministrazione antibiotica, si è dimostrato per tabulas come la profilassi antibiotica con cefazolina fu proseguita a scopo prudenziale anche nei giorni successivi all'impianto e fino alla dimissione, proprio per la comparsa di un ematoma della tasca, che in questi casi rappresenta un fattore di rischio di infezione. Del resto, non si trattava di una terapia ma di una profilassi antibiotica disposta allo scopo di ridurre l'incidenza delle infezioni e in tal senso anche le linee guida citate non contenevano indicazioni a proseguire la profilassi antibiotica in pazienti con ematoma. Pertanto, l'infezione occorsa al sig.* CP_2 *doveva essere inquadrata come una complicanza prevedibile ma non prevenibile, sviluppatasi al di fuori dell'ambiente ospedaliero, con esclusione di qualsiasi addebito di responsabilità in capo ai sanitari. Quanto alla fase post-chirurgica infatti è lo stesso ctu* Per_2 *a sottolineare l'importanza della sorveglianza clinica successiva alle dimissioni al fine del riconoscimento delle infezioni precoci. È chiaro che i segni di infezione si manifestarono nel periodo di permanenza del paziente al domicilio dal momento che, come confermato anche dal dr.* Per_2 *, sia all'atto delle dimissioni che al controllo del 07/04/11 il paziente presentava una ferita*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

regolare e in fase di cicatrizzazione e dunque non si poneva indicazione ad un follow-up più ristretto rispetto a quello previsto a sei mesi. L'evoluzione dell'infezione, dunque, è chiaramente ascrivibile, come si evince dalla stessa ctu, alla scarsa attenzione prestata al paziente nel periodo post-operatorio, tanto da far giungere lo stesso al Pt_1 in una condizione già compromessa. Il Tribunale di Avellino non ha tenuto nella giusta considerazione tali aspetti della vicenda tramutando un evento avverso fortuito e indipendente dalla qualità dell'assistenza sanitaria prestata in un'inverosimile responsabilità assistenziale. Quanto alle condanne risarcitorie ha errato il giudice di prime cure laddove ha ritenuto che gli attori abbiano agito iure proprio e iure hereditatis. Infatti, gli odierni appellati hanno agito esclusivamente in qualità di eredi di Persona_1 e non anche in proprio. Pertanto nulla era reclamabile a titolo di danno biologico e da perdita del rapporto parentale e soprattutto nulla avrebbe dovuto essere liquidato a titolo di danno iure proprio. Viceversa, il Tribunale ha liquidato in via equitativa il danno parentale benché danno iure proprio. Si insiste dunque per la rinnovazione della ctu, attese le sue carenze ed incongruenze come meglio evidenziate nell'atto di appello che qui si richiamano integralmente. In subordine, si chiede che la causa sia trattenuta in decisione con concessione dei termini ex art. 190 c.p.c.".

PER GLI APPELLATI: *"Con atto di appello l' Parte_1 , in persona ex lege, conveniva in giudizio i sig.ri CP_1 , CP_2 , CP_3 e Controparte_4 , in proprio e quali eredi di Persona_1 , per ivi sentir accogliere le seguenti conclusioni: "…accogliere l'appello e per l'effetto, in riforma della sentenza impugnata n. 1781/2019 del Tribunale di Avellino, accogliere le conclusioni già formulate in prime cure e che in questa sede integralmente si ripropongono e per l'effetto respingere la domanda di risarcimento prodotta nei confronti dell' Parte_1 ; in via istruttoria per tutte le manchevolezze e incongruenze elencate nelle memorie ex art. 190 c.p.c. nel giudizio di primo grado e nella parte narrativa del presente atto, disporre la rinnovazione della c.t.u con altro e diverso consulente che, escluso il nesso causale, respinga la domanda proposta in primo grado; in ogni caso con vittoria di spese del doppio grado di giudizio…". Con memoria di costituzione e risposta si costituivano in giudizio i sig.ri CP_1 [...] , CP_2 , CP_3 e Controparte_4 , nella spiegata qualità, impugnando ogni avversa deduzione ed eccezione ed insistendo per il rigetto dell'appello proposto, in quanto infondato sia in fatto che in diritto. Si opponevano altresì alla richiesta di rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio, chiedendo all'Ecc.ma Corte adita che venisse confermata la sentenza di primo grado. Giova sottoporre all'attenzione*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

dell'Ill.mo Giudicante alcune notazioni che appaiono rilevanti alla luce delle prospettate eccezioni di controparte. Si legge, infatti, nell'atto di citazione in appello avverso l'impugnata sentenza n.1781/2019 resa dal Tribunale di Avellino: "stando a tutto quanto riportato, si ribadisce che l'infezione manifestata dal Sig. Persona_1 *deve essere inquadrata come complicanza prevedibile e non prevenibile rispetto alla quale nessun addebito può essere mosso ai sanitari che ebbero in cura il paziente presso l'* Controparte_5 *i quali misero in atto, attenendosi alle linee guida internazionali - tutte le strategie utili alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico". Ed ancora: "…è chiaro che i segni di infezione si manifestarono nel periodo di permanenza al domicilio del Sig.* Persona_1 *come attesta pure il dato anamnestico registrato al ricovero del 28.04.2011, che riporta la comparsa di febbre 2-3 giorni prima del suddetto ricovero"; "pertanto, il mancato precoce riconoscimento dei segni di infezione è da addebitarsi in via esclusiva al paziente stesso ed eventualmente al medico curante che, se consultato, ometteva di indagare le condizioni patologiche rappresentategli". Ma così non è!! Ed è proprio controparte, nel riportare nell'atto di appello alcuni passaggi della ctu espletata dal dott.* Persona_3 *(quivi per completezza di esposizione compiegata) a cristallizzare un punto decisivo ai fini della definizione della controversia. Vi si legge, infatti, che "all'origine delle infezioni da ICD vi sono batteri Gram+, in genere staphilococchi…i germi responsabili possono appartenere alla flora cutanea del paziente…oppure possono essere acquisiti nell'ambiente ospedaliero, dal personale o dagli oggetti inanimati, come sembrerebbe suggerito dall'elevata frequenza con cui sono isolati Staphilococchi multi resistenti…vi sono certamente fattori di rischio, ben noti, per le infezioni delle ICD, rappresentati da tutte quelle malattie che comportano uno stato di immunodepressione del paziente: il diabete mellito, l'insufficienza renale cronica, lo scompenso cardiaco, la febbre nelle 24 ore precedenti l'impianto. Altre condizioni di rischio sono la terapia anticoagulante, la formazione di un ematoma della tasca…". Proprio quest'ultima circostanza ha rappresentato la causa principale della morte del Sig.* Persona_1 *. Ripercorrendo i tratti salienti della perizia medico legale si può notare, infatti, che nella ricostruzione fatta dall'ausiliario del giudice dott.* Per_2 *appare indiscutibile che nella maggioranza dei casi le infezioni degli ICD sono localizzate alla tasca del generatore, dove si può osservare dolore o fastidio, cute eritematosa e aderente al generatore, oppure una tumefazione calda e fluttuante…le manifestazioni sistemiche sono invece dovute alla diffusione dei germi nel sistema cardiocircolatorio ed agli elettrodi nelle sezioni cardiache destre dove si possono formare delle vegetazioni. Queste frequentemente embolizzano nel circolo polmonare causando focolai settici polmonari. La*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

principale porta di ingresso dell'infezione è rappresentata dalla cute del paziente al momento della manipolazione chirurgica. L'infezione è, infatti, quasi sempre endogena (80% dei casi). Tuttavia, per lo stafilococco aureo, il rischio è elevato anche in caso di batteriemia con foci a distanza, molto più di quanto avviene per altre specie batteriche. In seguito al taglio della cute i germi infettano la tasca del generatore, e da qui possono poi diffondersi agli elettrocateteri, nel sistema venoso fino alle sezioni destre dove possono formare vegetazioni sugli elettrocateteri, sulla valvola tricuspide e sulla superficie endocardica atriale e ventricolare. Alternativamente una batteriemia, come già detto, soprattutto da Staphylococcus Aureus proveniente da un focolaio di infezione distante, può colonizzare gli elettrocateteri o il generatore e provocare l'infezione del device. Tutte contingenze, purtroppo, verificatesi nel caso di specie, dove una diagnosi precoce, fondata sul riconoscimento di alterazioni locali della tasca chirurgica (dolore spontaneo, aderenza ai tessuti circostanti, colorazione cutanea anomala) e sul riscontro di manifestazioni sistemiche, avrebbe sicuramente scongiurato l'evento morte. Si rammenta che subito dopo l'intervento del 1.04.2011 al Sig. Persona_1 *veniva riscontrato ematoma in sede d'impianto (cfr. cartella clinica n.* [redacted] *. Tuttavia il predetto ematoma veniva citato nel diario infermieristico già alle ore 14.15 del 1.4.2011, tanto che veniva consigliato al paziente di non muovere l'arto superiore sinistro; e successivamente lo si rilevava nel medesimo diario infermieristico anche alla data del 2.4.2011; mentre nel diario clinico l'ematoma predetto veniva citato solo alla data del 2.4.2011. Ciò nonostante, il paziente veniva dimesso il 4.04.2011 privo di qualsiasi prescrizione di terapia domiciliare a base di antibiotici. Pertanto, appare evidente che la morte del Signor* CP_2 *, così come suffragato nelle conclusioni della CTU espletata nel primo grado di giudizio, è avvinta da nesso di causalità con l'intervento chirurgico effettuato presso l'Ospedale* [redacted] *di* Pt_1 *, durante il quale si verificava la penetrazione di uno Stafilococco Aureo nella tasca cutanea in cui era stato collocato il defibrillatore. L'infezione che ne conseguiva determinava una grave sepsi e, quindi, l'exitus. Si ribadisce, anche in questa sede, quanto agli accadimenti del sinistro de quo, come vi sia stata sicuramente un'omessa sorveglianza e un mancato controllo da parte dell'* Parte_1 *che sono peraltro già lapalissianamente messe in evidenza dalle discrepanze tra il diario clinico e la cartella infermieristica. Si ravvisa nell'accaduto la fattispecie di responsabilità medica dovuta alla negligenza ed imperizia degli operatori medici ed infermieristici che hanno seguito i ricoveri del signor* CP_2 *e l'intervento cui è stato sottoposto in data 1° aprile 2011 e successivamente in sede del ricovero finale del 28.4.2011. In definitiva l'evento morte è da addebitarsi all'esclusiva*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

responsabilità della Controparte_6 convenuta così come ben delineato sia nella prima consulenza tecnica a firma del dr. Per_4 sia nella seconda redatta dallo specialista Dr. Per_2 il quale sul punto reca: "l'evoluzione sfavorevole della vicenda clinica del signor CP_2 è da attribuirsi alla scarsa diligenza ed alla imprudenza degli operatori sanitari dell' Controparte_7 , in relazione ad una gestione poco attenta del decorso post-operatorio, in presenza, tuttavia, di una grave patologia primaria, rappresentata da una severa cardiomiopatia dilatativa".. Tanto premesso, con le presenti note di trattazione scritta lo scrivente difensore chiede la conferma della sentenza di primo grado n. 1781/2019, resa in data 26.09.2019 dal Tribunale di Avellino…pubblicata il 2.10.2019 all'esito del giudizio iscritto al n. 5195/2011 r.g. ed il rigetto dell'appello proposto, infondato sia in fatto che in diritto, per tutti i motivi dettagliatamente esposti nella memoria di costituzione, quivi da intendersi per ripetuti e trascritti. Con ogni consequenziale statuizione e con favore di spese e competenze di giudizio da attribuirsi al sottoscritto difensore antistatario. Infine, chiede che la causa sia trattenuta a sentenza, con la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito di note conclusionali e di replica".

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con citazione notificata il 07.10.2011 ma non iscritta a ruolo e successivo atto di riassunzione notificato il 02.12.2011 CP_1 CP_2 , CP_3 e Controparte_4 hanno riferito di essere rispettivamente la moglie ed i figli di Persona_1 il quale, in data 21.03.2011, si ricoverava presso [redacted] di Avellino per essere sottoposto ad un intervento chirurgico di impianto di un defibrillatore automatico biventricolare perché affetto da cardiopatia dilatativa.

A seguito di tale intervento, eseguito in data 01.04.2011, veniva rilevata dal personale ospedaliero la comparsa di un ematoma in sede di impianto, annotata nel diario infermieristico già alle ore 14.15 di quello stesso giorno, con consiglio al paziente di non muovere l'arto superiore sinistro.

L'esistenza di tale ematoma veniva ancora segnalata nel diario infermieristico e nel diario clinico del 02.04.2011 ma, ciò nonostante, il paziente veniva dimesso in data 04.04.2011 prescrivendogli unicamente la terapia di routine relativa alla sua patologia cardiopatica.

Il 27.04.2011, per la comparsa di febbre alta e di una tumefazione nella sede di impianto dell'ICD (defibrillatore cardiaco impiantabile), Persona_1 si era nuovamente ricoverato, volontariamente e d'urgenza, presso l' Parte_1 dove veniva formulata diagnosi di *"sepsi di tasca di ICD"* e gli veniva

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

praticata una puntura evacuativa seguita dall'esame microbiologico che rilevava la presenza di Staphylococcus Aureus. Nel corso di tale secondo ricovero si era poi assistito ad una condizione progressivamente ingravescente di sepsi con finale insorgenza di shock settico e M.O.F. terminale (multiple organ failure), a cui seguiva l'exitus del paziente verificatosi alle ore 20,20 circa del [redacted]

Tanto premesso gli istanti, dichiarando di agire in qualità di eredi di *Persona_1* e facendo valere la responsabilità dell' *Parte_1* per le condotte che determinavano il decesso del loro congiunto (infezione da *Staphylococcus Aureus* della tasca di ICD e mancata prescrizione di una cura appropriata nonostante la formazione di un ematoma in sede di impianto), l'hanno convenuta in giudizio innanzi al Tribunale di Avellino chiedendo la sua condanna al risarcimento *"di tutti i danni civili, materiali e morali, compreso il danno biologico e quello alla vita di relazione, presenti e futuri, ed in particolare del danno morale e biologico subito dal signor Persona_1 sino al momento della sua morte e del danno arrecato all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia agli odierni istanti nei diversi aspetti del danno morale e del danno all'integrità della vita familiare, da accertarsi e quantificarsi in corso di causa con la richiesta consulenza tecnica con interessi e rivalutazione dal tempo del fatto e fino all'effettivo soddisfo, oltre spese, diritti ed onorari del presente giudizio, con attribuzione"*.

L' *Parte_1* costituitasi in giudizio, ha chiesto il rigetto della domanda deducendo che nel praticare l'intervento erano state rispettate tutte le indicazioni dei suoi protocolli ed in specie: a) del protocollo di profilassi peri-operatoria n. [redacted] dell [redacted] del protocollo di lavaggio delle mani approvato il [redacted] c) del protocollo di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico n. [redacted] del [redacted] La convenuta ha inoltre dedotto che il modesto ematoma formatosi nel post-operatorio non necessitava di svuotamento chirurgico, essendo destinato a riassorbirsi spontaneamente in 15 giorni; che la profilassi antibiotica era stata corretta e che i controlli ambulatoriali post-dimissioni erano stati quelli di routine.

La causa, effettuata una prima c.t.u. affidata allo specialista in medicina legale dr. *Persona_5* e disposta la rinnovazione delle indagini peritali mezzo dello specialista in cardiologia dr. *Persona_3* , è stata decisa con sentenza pubblicata il 02.10.2019 e notificata l'08.10.2019 la quale ha accolto la domanda condannando l' *Parte_1* al pagamento di € 294.000,00 in favore di *CP_1 [...]* e di € 270.000,00 ciascuno in favore di *CP_2* , *CP_3* e *Controparte_4* nonché alla corresponsione, a favore di tutti gli eredi di *Persona_1* , della complessiva somma di € 135.000,00, *"liquidata*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

per danno iure hereditatis trasmissibile sulla base delle percentuali di legge", oltre interessi legali su tutti tali importi dalla sentenza al soddisfo.

L' *Parte_1* è stata infine condannata al rimborso delle spese di lite avversarie distratte in favore dell'avv. [redacted]

Detta sentenza è stata in particolare così motivata: *"… In riferimento alle cause del decesso del Sig.* *[...]* *Per_1* *ed ai profili di responsabilità dei sanitari che lo ebbero in cura si osserva quanto segue: il CTU, nominato nella persona del Dott.* *Persona_3* *, come esaustivamente esposto nella relazione, da intendersi integralmente richiamata e trascritta, ha concluso in termini di sussistenza del nesso di causalità tra la condotta fattiva ed omissiva dei sanitari e l'esito finale descritto, asserendo che l'evoluzione sfavorevole della vicenda clinica del Sig.* *CP_2* *è da attribuirsi alla scarsa diligenza ed alla imprudenza degli operatori sanitari dell'Ospedale* [redacted] *in relazione ad una gestione poco attenta del decorso post - operatorio in presenza, tuttavia, di una grave patologia primaria rappresentata da una severa cardiopatia dilatativa.*

La morte del Sig. *CP_2* *è avvinta da nesso di causalità con l'intervento chirurgico effettuato presso l'Ospedale* [redacted] *durante il quale si verificava la penetrazione di uno Stafilococco Aureo nella tasca cutanea in cui era stato collocato il defibrillatore. L'infezione che ne conseguiva determinava una grave sepsi e, quindi, l'exitus. Il consulente è giunto a tanto dopo aver ripercorso l'intero e dettagliato iter dei fatti. Nel premettere che l'intervento era ben tollerato e si svolgeva in assenza di complicazioni, il giorno seguente i sanitari evidenziavano la comparsa di un ematoma nella sede di impianto del defibrillatore.*

Il giorno 04/04/2011 il Sig. *CP_2* *veniva dimesso con la seguente diagnosi "Aritmia extrasistolia ventricolare BBS. Fibrillazione atriale permanente. Cardiopatia dilatativa con severa depressione contrattile. Impianto di defibrillatore automatico biventricolare. Gli veniva prescritta terapia domiciliare. A controllo ambulatoriale il 07/04/2011.*

In tale data tornava a controllo presso l'ospedale [redacted] *- Struttura Aritmologia Interventistica dove risultava "Controllo ICD: ICD ben funzionante. Prossimo controllo 08/09/2011.*

Il 28/04/2011 veniva nuovamente ricoverato in relazione alla presenza di Sepsi di tasca ICD. Il giorno seguente iniziava terapia antibiotica; gli veniva riaperta la tasca e ciò dava adito alla fuoriuscita di notevole siero purulento e quindi si procedeva all'espianto del generatore e dei cateteri endocavitari che venivano inviati in laboratorio per gli esami colturali che risultavano positivi a Stafilococco Aureus. Il suo decesso avveniva in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

relazione ad infezione da Stafilococco Aureo. La penetrazione di uno Stafilococco Aureo nella tasca cutanea in cui era stato collocato il defibrillatore si ritiene avvenuta nel corso del ricovero ospedaliero in relazione alla procedura chirurgica effettuata.

Poco probabile è invece una penetrazione successiva dell'agente batterico nella tasca; l'integrità della cute che si stabilisce dopo pochi giorni dall'intervento avrebbe impedito l'accesso di germi anche perché non risultano evidenziate lesioni cutanee. Come correttamente evidenziato anche dai cardiologi del Pt_1 *l'ematoma, comparso il giorno dopo l'intervento, si accompagna ad una maggiore frequenza di fatti settici.*

Proprio questa consapevolezza avrebbe dovuto indurre ad una più accurata ed attenta sorveglianza del paziente nella fase post – operatoria, in particolare all'atto della dimissione prevedendo controlli ambulatoriali periodici fino alla completa guarigione del paziente.

L'evoluzione sfavorevole della vicenda clinica del Sig. CP_2 *è da attribuirsi alla scarsa diligenza ed alla imprudenza degli operatori sanitari dell'Ospedale* [redacted] *in relazione ad una terapia antibiotica insufficiente e ad una gestione poco attenta del decorso post-operatorio.*

Nel caso in esame le conseguenze dell'evento settico sono state aggravate dal ritardo con cui si è pervenuti alla sua diagnosi e ciò in relazione ad una carente sorveglianza del paziente nel post-operatorio.

Gli attori, nell'atto introduttivo del giudizio, hanno espressamente richiamato il danno biologico e da perdita del rapporto parentale, che è danno iure proprio, e il danno morale e biologico maturato in capo al loro congiunto, che è danno iure ereditario.

Nulla è dovuto agli attori a titolo di danno biologico iure proprio. Il danno alla salute, ovverossia la lesione all'integrità psico-fisica subita dai prossimi congiunti…è subordinato all'esistenza di una lesione medicalmente accertabile ed è quindi risarcibile iure proprio nei confronti dei prossimi congiunti ove sia adeguatamente allegato e provato…Gli attori non hanno precisamente dedotto né hanno dimostrato il tipo di lesione permanente subita; alcun elemento è emerso dall'istruttoria sul punto, né risulta depositata in atti certificazione medica idonea attestante una qualsivoglia patologia (…)

Ai prossimi congiunti della vittima spetta iure proprio il diritto al risarcimento dei danni subiti in prima persona, anche detti danni riflessi, a causa della morte del proprio familiare avuto riguardo al rapporto affettivo che li legava. Un risarcimento del danno sia…inerente alle sofferenze psico-fisiche conseguenti alla morte di una persona cara, e sia morale-esistenziale, relativo alla modifica tragica delle proprie abitudini di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

vita quotidiana e relazionali in conseguenza del decesso.

Alla luce di ciò ogni familiare è titolare di un diritto al ristoro del pregiudizio subito, in relazione alla durata e intensità del vissuto, alla capacità di affrontare il trauma, alla propria età e a quella della vittima, alla composizione del nucleo familiare in grado di prestare assistenza morale ed economica. In tal modo, la tutela risarcitoria in ordine alla lesione subita dalla vittima al proprio bene-vita viene accordata a una pluralità di soggetti essendo definita l'azione illecita un'azione plurioffensiva e rendendo così i prossimi congiunti legittimati ad agire per veder ristorato il "danno arrecato all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e all'inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia", come stabilito dalla Corte di Cassazione, nella sentenza n. 23725 del 2008. (…).

I danni risarcibili iure hereditatis, invece, sono quelle pretese risarcitorie avanzabili dalla vittima che, nell'impossibilità di usufruirne a causa del decesso, si alienano agli eredi in via successoria. Ovviamente, oltre ai danni patrimoniali, sono trasmissibili anche i danni non patrimoniali a determinate condizioni, quali il tempo di sopravvivenza dalle lesioni alla morte; un arco temporale necessario a far sorgere nella sfera giuridica del de cuius quella posta risarcitoria come tale trasmissibile iure successionis agli eredi. L'arco temporale ritenuto apprezzabile affinché si configuri tale condizione è stato individuato dalla Cassazione in 24 ore o 3 giorni e la somma da risarcire va rapportata non alla vita media futura della vittima, ma alla vita effettivamente vissuta, utilizzando il parametro tabellare della liquidazione a punti per ogni giorno di invalidità assoluta con opportuno correttivo di congrua personalizzazione (…).

All'erede della vittima di un incidente stradale spetta il risarcimento del danno biologico terminale e di quello morale catastrofale, ma non del danno tanatologico, se il de cuius è deceduto sul colpo o subito dopo il sinistro, in quanto non c'è stato un lasso di tempo sufficiente affinché il credito risarcitorio fosse acquisito al patrimonio del defunto (…).

Le tabelle del Tribunale di Milano…che questo Giudice ritiene di applicare, in caso di danno alle vittime secondarie per morte di un familiare indicano un danno non patrimoniale risarcibile diverso dal biologico unitariamente inteso ed indicano quali vittime secondarie i genitori della vittima, i figli, la moglie o la convivente, i fratelli ed i nonni.

Tale danno può essere equitativamente liquidato, in considerazione di tutto quanto sopra espresso, in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

relazione ai dati oggettivi esaminati ed alle risultanze istruttorie, nella misura di € 294.000,00 per il coniuge del Sig. *Persona_1* *già liquidato all'attualità e comprensivo di interessi.*

Quanto alla somma liquidata deve meglio evidenziarsi che le tabelle milanesi rispondono ampiamente ai criteri ed ai principi sopra esposto ai quali questo Giudice ritiene di aderire poiché prevedono una forbice che consente l'adeguamento del danno non patrimoniale al fine di personalizzare il danno patito alla luce proprio di eventuali emergenze istruttorie significative e caratterizzanti. L'importo del danno suindicato, liquidato come sopra, risente dell'età della persona deceduta, 59 anni, e di quella del superstite, 59 anni. Eguale forbice è prevista per ciascun figlio cui va liquidato per ognuno la somma di € 270.000,00 in applicazione degli stessi principi e delle stesse considerazioni.

Gli attori hanno espressamente chiesto il danno biologico e morale maturato in capo al proprio congiunto senza chiedere il diverso danno tanatologico o da perdita della vita che secondo giurisprudenza costante pure deve essere oggetto di separata ed autonoma domanda.

Poiché il Sig. *Persona_1* *, anche se per pochi giorni, è rimasto lucido, ha percepito il proprio aggravamento, ha sofferto, può essere equitativamente liquidato in suo favore un danno biologico e morale di € 135.000,00 prendendo come parametro la metà del danno minimo riconosciuto al coniuge ed ai figli, che si trasmette agli eredi (…). Tutte le somme suindicate debbono ritenersi già comprensive di interessi e rivalutazione; sulle stesse sono dovute gli interessi legali dalla presente sentenza al soddisfo…".*

§§§§§§

Con atto notificato il 30.10.2019 ed iscritto a ruolo il 7.11.2019 l' *Parte_1* *[...]* ha tempestivamente appellato tale sentenza chiedendo a questa Corte di riformarla, sulla scorta dei motivi nel prosieguo indicati, rigettando la domanda risarcitoria proposta nei suoi confronti, previa rinnovazione delle indagini peritali, con vittoria delle spese processuali.

CP_1 e i suoi tre figli, costituitisi in giudizio, hanno chiesto il rigetto dell'appello, con vittoria delle spese da distrarre in favore del difensore antistatario, opponendosi alla richiesta di rinnovo della c.t.u.

La causa, acquisito il fascicolo di primo grado, è stata rinviata per la precisazione delle conclusioni fissando un'udienza poi sostituita dalla concessione di un termine per il deposito di note scritte ex art. 127-ter c.p.c. Scaduto il termine per il deposito delle suddette note, il cui contenuto è stato trascritto in epigrafe, la causa è stata introitata in decisione disponendo il deposito delle difese finali nei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

§§§§§§

Con il primo motivo di gravame l'*Parte_1* lamenta l'erroneità della sentenza di primo grado deducendo che la stessa è *"fondata esclusivamente sulle conclusioni riportate nella CTU medico legale che sono del tutto contrastanti con i rilievi probatori emersi in corso di causa"*.

Nello sviluppare tale motivo l'appellante afferma che le infezioni delle tasche cutanee di alloggio dei dispositivi cardiaci elettronici impiantabili chirurgicamente rappresentano una temibile complicanza la cui incidenza, secondo le linee guida britanniche pubblicate sul *"Journal of Antimicrobial Chemotherapy"*, è stimabile in una percentuale inferiore al 2%.

Prosegue l'appellante sostenendo che, nella fattispecie in esame, non si è trattato di un'infezione nosocomiale in quanto, nel trattamento del paziente, furono seguiti i protocolli di profilassi peri-operatoria, di lavaggio delle mani e di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

Ciò dimostrerebbe che la complicanza infettiva non era in alcun modo prevenibile poiché, in base a quanto emerge dalla letteratura internazionale, l'applicazione di adeguate regole di asepsi riduce drasticamente ma non azzera la possibilità di contrarre infezioni come, ad esempio, viene segnalato in uno studio pubblicato nel 2010 sulla rivista *"New England Journal of Medicine"* da cui è emerso che il tasso di infezioni del sito chirurgico, in più di 800 pazienti trattati con asepsi cutanea preoperatoria con clorexidina o iodopovidone, è risultato comunque essere rispettivamente pari al 9,5% ed al 16,1%.

Tale evidenza, prosegue l'appellante, era stata ben recepita dal primo c.t.u., vale a dire dal dr. *Per_5 [...]* il quale scriveva nel suo elaborato: *"...la maggior parte delle infezioni (circa il 70%) non è in alcun modo prevedibile...vi erano chiari fattori di rischio predisponenti endogeni...l'intervento cui fu sottoposto il Sig. CP_2, anche nelle migliori condizioni di prevenzione di eventi infettivi, presentava di per sé un consistente rischio di infezione...Pertanto non può essere posto a carico dei sanitari della struttura clinica e di questa stessa la malaugurata complicanza infettiva..."*.

Quanto poi alla contestazione del c.t.u. dr. *Persona_3* relativa alla troppo breve durata della terapia antibiotica, l'appellante deduce che - in accordo agli standard internazionali - fu somministrata al paziente una profilassi antibiotica con cefazolina proseguita a scopo prudenziale anche nei giorni successivi all'impianto del defibrillatore, fino alle dimissioni, per la comparsa di un ematoma della tasca cutanea il quale, come sottolineato dal c.t.u., rappresenta un fattore di rischio di infezione dei dispositivi elettronici cardiaci. Prolungare la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

somministrazione di antibiotici, a dire dell'appellante, non avrebbe avuto senso poiché la profilassi antibiotica, a differenza della terapia, ha funzione di copertura prevedendo l'assunzione di antibiotici, pur in assenza di un'infezione in atto, allo scopo di prevenirne l'insorgenza e la diffusione. Sua funzione sarebbe, in altri termini, quella di ridurre la carica batterica nel sito di intervento chirurgico ad un livello che possa essere controllato dalle difese immunitarie del paziente.

L'infezione contratta da *Persona_1* dovrebbe pertanto essere inquadrata come una complicanza prevedibile ma non prevenibile rispetto alla quale nessun addebito potrebbe essere mosso ai sanitari che lo ebbero in cura.

Anche il *follow up* e la gestione domiciliare del paziente nella fase post-chirurgica sarebbero, infine, immuni da censura. Ciò in quanto lo stesso dr. *Per_2* ritiene che tanto al momento delle dimissioni del 04.04.2011 quanto al controllo del 07.04.2011 la cicatrizzazione della ferita fosse avvenuta in modo fisiologico. Non vi era pertanto indicazione per un controllo più ravvicinato rispetto a quello a sei mesi normalmente previsto dalle linee guida.

Sempre in riferimento alla fase post-chirurgica, deduce poi l'appellante che i segni di infezione si manifestarono nel periodo di permanenza del paziente al proprio domicilio come emerge anche dal dato amnestico del secondo ricovero, quello del 28.04.2011, dove si parla di febbre comparsa 2-3 giorni prima.

Il mancato riconoscimento precoce dei segni dell'infezione sarebbe pertanto da addebitare in via esclusiva al paziente ed al suo medico curante, che ometteva di indagare a fondo sulla condizione patologica del suo assistito, come ritenuto anche dal dr. *Per_2* che nelle sue conclusioni ha scritto: *"Si ribadisce che la responsabilità della gestione del paziente nel post-operatorio non interessa esclusivamente i sanitari ospedalieri in quanto la gravità del quadro clinico al momento del secondo ricovero, avvenuto il 28 aprile 2011, lascia ritenere che vi sia stato un notevole ritardo nella percezione della gravità del quadro clinico e nella formulazione della diagnosi per cui il paziente ritornava all'Ospedale* [redacted] *ormai già in gravi condizioni generali e con sepsi avanzata determinandosi, in tal modo, una significativa perdita di chance ai fini del trattamento e della prognosi sfavorevole che si realizzava".*

§§§§§§

Il motivo deve essere rigettato perché infondato. Sul punto giova in primo luogo evidenziare che la nozione di complicanza, nella letteratura medica, sta a identificare un evento, rilevabile con una data frequenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

nella statistica sanitaria, che insorge nel corso dell'iter terapeutico e che è perciò prevedibile ma che non necessariamente può essere evitato dall'operatore in quanto la medicina non è una scienza esatta. Gli studi medici possono in altri termini indicare la riuscita o la non riuscita di un trattamento sanitario in termini statistici, e non in termini assoluti, poiché la medicina, pur essendo una scienza con elevati margini di precisione, non può garantire a priori, in modo assolutamente certo, gli esiti di una data cura.

Il concetto di complicanza, di natura non giuridica, ha dunque una valenza del tutto neutra nei giudizi di responsabilità medica dove non assume alcuna rilevanza giacché, per poter superare la presunzione di cui all'art. 1218 c.c., non basta dimostrare che un evento dannoso è previsto nella statistica sanitaria ma occorre piuttosto accertare se la sua verificazione era prevedibile ed evitabile, e perciò ascrivibile a colpa dell'operatore medico, oppure risultava non prevedibile o non evitabile integrando perciò l'esimente della causa non imputabile (cfr. così cass. 13328/2015 e cass. n. 35024/2022). Nella fattispecie in esame non ha pertanto alcuna rilevanza che le infezioni da Staphylococcus Aureus delle tasche cutanee di impianto dei dispositivi cardiaci elettronici costituiscano una complicanza nota e suscettibile di verificarsi in una data percentuale dei casi essendo di tutt'altra natura l'accertamento da compiere.

Con riferimento ai danni subiti in conseguenza di un'infezione nosocomiale grava, infatti, sul soggetto danneggiato la prova della riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria.

Una volta che il paziente abbia assolto, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incomberà poi sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti subiti dall'ammalato, l'onere di dimostrare l'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione medica per una specifica causa imprevedibile o inevitabile da intendere non già, riduttivamente, quale mera ed astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali, bensì come impossibilità in concreto della prestazione di protezione rispetto al singolo paziente colpito dall'evento lesivo (cfr. in termini cass. n. 5490/2023).

In tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha infatti 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, a seconda dei casi, 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)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

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 direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario di effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio (cfr. così cass. n. 6386/2023 e cass. n. 16900/2023 la quale ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non che li avesse specificamente applicati nel caso specifico).

Nella fattispecie in esame i familiari di *Persona_1* hanno provato la contrazione in ambito ospedaliero dell'infezione che condusse a morte il loro congiunto. Il c.t.u. dr. *Persona_3* ha infatti chiarito che, all'origine delle infezioni ICD (dispositivo cardiaco impiantabile), vi sono dei batteri gram-positivi, tra cui lo *Staphylococcus Aureus,* i quali possono appartenere alla flora cutanea del paziente o possono essere acquisiti nell'ambiente ospedaliero, dal personale o dagli oggetti inanimati come è suggerito dall'elevata frequenza con cui sono stati isolati stafilococchi multiresistenti.

Per quanto concerne lo Stafilococco Aureo, l'ausiliare ha precisato che non si tratta di un saprofita cutaneo in quanto esso è abitualmente ospite del *"vestibulum nasi"* sicché la sua presenza sulla cute è frutto di una contaminazione occasionale e transitoria che avviene a seguito di dispersione dalle coane nasali. Per tale motivo il trattamento preventivo con mupirocina per uso locale (endo-nasale) viene consigliato da molte linee guida internazionali, essendosi dimostrato efficace nel ridurre le infezioni del sito chirurgico.

L'importanza della prevenzione delle infezioni da Staphilococcus Aureus correlate all'impianto di dispositivi cardiologici, prosegue l'ausiliare, deriva dal fatto che esse, pur essendo meno frequenti, sono le più gravi, perché caratterizzate da setticemia e disseminazione batterica metastatica, per cui le linee guida prevedono anche un'adeguata profilassi antibiotica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

La principale porta di ingresso dell'infezione è poi rappresentata dalla cute del paziente, al momento dell'incisione chirurgica, ma per lo Staphilococcus Aureus i fattori di rischio sono più numerosi rispetto ad altri germi potendo la batteriemia provenire anche da foci a distanza. In particolare, a seguito del taglio della cute, i batteri infettano la tasca del generatore e, da qui, possono poi diffondersi agli elettrocateteri e quindi, attraverso il sistema venoso, raggiungere le sezioni destre del cuore e formare vegetazioni anche sulla valvola tricuspide e sulla superficie endocardiaca atriale e ventricolare.

Tra i fattori noti di rischio di infezione da stafilococco vi è poi la formazione di un ematoma della tasca. Il sangue rappresenta, infatti, un buon terreno di coltura per la flora batterica per cui la presenza di un ematoma rappresenta una condizione favorente l'attecchimento dello stafilococco e l'insorgenza dell'infezione.

Quanto infine alla diagnosi, essa si fonda sul riconoscimento di alterazioni locali della tasca chirurgica (dolore, aderenza ai tessuti circostanti, colorazione cutanea anomala) e sul riscontro di manifestazioni sistemiche con la precisazione che, *"ai fini di una diagnosi precoce dell'infezione è di fondamentale importanza la sorveglianza clinica post-dimissione, con medicazioni e controlli fino a un mese dall'intervento, al fine di cogliere tempestivamente i segni che la caratterizzano così da poter provvedere immediatamente alla rimozione totale del device"* (così a pag. 34 della c.t.u.).

Il trattamento delle infezioni è infatti radicale non essendovi alcuna alternativa alla rimozione completa del materiale infetto che deve comprendere cateteri, generatore di impulsi, fili di sutura, manicotti, capsula connettivale della tasca chirurgica sottocutanea e quant'altro in sito, con parallelo avvio di una terapia antibiotica pre e post-estrazione la quale deve essere guidata dai risultati delle analisi batteriologiche.

Ciò premesso, il c.t.u. ha ritenuto senza alcun'ombra di dubbio che l'evento infettivo per cui è lite si sia verificato durante il ricovero nell'Ospedale [redacted] ed a causa della procedura chirurgica ivi effettuata, apparendo ben poco probabile una penetrazione dell'agente batterico nella tasca cutanea dopo le dimissioni.

Ciò in quanto l'integrità della cute, che si ristabilisce entro pochi giorni dall'intervento, impedisce l'accesso dei germi per cui, non essendo state evidenziate lesioni cutanee né in occasione del controllo del 07.04.11 né al momento del ricovero ospedaliero del 28.04.11, occorre ritenere che la chiusura della ferita sia avvenuta nei tempi fisiologici e che, quindi, non vi erano le condizioni per l'insorgenza di un'infezione della tasca dopo le dimissioni.

Anche il lasso temporale intercorso tra l'intervento chirurgico e la comparsa dei segni dell'infezione è

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

stato poi ritenuto dal consulente compatibile con la sua natura nosocomiale. La sua latenza piuttosto lunga è infatti da attribuire, con ogni verosimiglianza, alla modesta entità della carica microbica iniziale.

La prova, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, può dunque dirsi raggiunta, in base al criterio della probabilità prevalente, in forza dei seguenti indici presuntivi: a) riconducibilità dell'infezione al novero delle complicanze note degli interventi di impianto di ICD; b) insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento; c) assenza di possibili cause sopravvenute; d) compatibilità temporale tra l'intervento e la comparsa dei primi sintomi della patologia infettiva.

Incombeva a questo punto sull' *Parte_1* , per poter andare esente da responsabilità, l'onere di provare non già l'astratta predisposizione di protocolli di profilassi peri-operatoria, di lavaggio delle mani e di prevenzione delle infezioni del sito operatorio ma la loro osservanza nel caso concreto e cioè: a) di aver praticato a *Persona_1* un trattamento preventivo con mupirocina per uso locale (endonasale) al fine di prevenire un'infezione da stafilococco aureo; b) di aver provveduto ad un'accurata disinfezione della cute del paziente e della strumentazione operatoria prima di procedere all'incisione chirurgica; c) di aver attuato misure di sorveglianza, basate sui dati microbiologici di laboratorio, provvedendo alla periodica redazione di report volti a monitorare la diffusione in reparto di germi patogeni e ad individuare la loro natura; d) di aver realizzato interventi di sanificazione ambientale ed attività di prevenzione dei rischi emersi dai report in tempi assai prossimi all'esecuzione dell'intervento per cui è lite.

Tale onere probatorio non risulta assolto dall' *Parte_1* e, di conseguenza, non è dimostrata la sussistenza della causa di esonero da responsabilità rappresentata dalla derivazione dell'infezione che ha condotto al decesso di *Persona_1* da causa non imputabile.

Non è peraltro vero che il precedente c.t.u., ossia il dr. *Persona_5* abbia affermato che non può essere posta a carico della struttura sanitaria la malaugurata complicanza infettiva che condusse a morte il paziente. Quelli riportati tra virgolette dall'appellante sono, infatti, brani della consulenza d'ufficio che riportano le osservazioni del c.t.p. dell' *Parte_1* Prof. *Per_6* , a fronte delle quali il c.t.u. ha ritenuto di *"riconfermare quanto oggetto della relazione",* ossia che: *"anche se è impossibile stabilire quale sia stato il momento esatto in cui si è interrotto il circuito di sterilità e/o di asepsi* ***è possibile ricondurre l'infezione a fattori connessi all'ambiente operatorio****...Pertanto emerge chiaramente la responsabilità della struttura sanitaria convenuta nel determinismo dell'infezione post-operatoria che ha portato all'exitus del sig.* *CP_2* *"*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

(così pag. 19 della c.t.u. iniziale).

Tanto è sufficiente per l'affermazione della responsabilità risarcitoria della *Parte_1* appellante anche a prescindere dagli altri addebiti di cui, *ad abundantiam*, va ribadita la fondatezza.

Il c.t.u. dr. *Per_2* , con argomentazioni appieno condivisibili, ha infatti affermato che l'insorgenza di un noto fattore di rischio infettivo, rappresentato dalla formazione di un ematoma nel sito di impianto del defibrillatore, *"avrebbe dovuto indurre ad una più accurata ed attenta sorveglianza del paziente nella fase post-operatoria, in particolare all'atto delle dimissioni, prevedendo controlli ambulatoriali periodici fino alla completa guarigione del paziente. Nel caso in esame risulta, invece, che l'assistenza nel periodo successivo alla dimissione si sia limitata ad un unico controllo ambulatoriale, avvenuto il 7 aprile 2011, allorquando il signor CP_2 era rimandato ad una successiva visita per i primi giorni di settembre, a distanza di cinque mesi.*

Lo scrivente ritiene tale scelta inadeguata, propria di ***una condotta poco diligente ed imprudente, che contribuiva in misura determinante all'evoluzione sfavorevole del caso clinico fino al decesso. Sarebbe stata, invece, opportuna una maggiore attenzione nel monitoraggio della ferita nelle fasi successive alla dimissione, in relazione ai tempi di riassorbimento dell'ematoma…così da poter riconoscere tempestivamente l'insorgere dei segni di infezione e adottare precocemente tutte quelle misure di trattamento necessarie per migliorare la prognosi di tale complicanza****".*

Con motivazione altrettanto condivisibile il c.t.u. ha inoltre ritenuto *"poco prudente anche la mancata prescrizione di antibiotici all'atto della dimissione, che da prassi sarebbe raccomandata dopo un intervento chirurgico,* ***ancor più in considerazione della presenza di un ematoma****, e che, invece, non risulta dalla relazione di dimissione del 4-4-2011".*

In contrario non vale, infine, quanto rilevato dall'appellante in merito al fatto che anche il c.t.u. ha ritenuto che la responsabilità per la cattiva gestione del paziente nel post-operatorio non interessi solo i sanitari ospedalieri in quanto la gravità del quadro clinico, al momento del secondo ricovero, lascia intendere che vi sia stato un notevole ritardo nella sua percezione e nella formulazione della relativa diagnosi per cui il paziente ritornava all'Ospedale [redacted] in una condizione di sepsi già molto avanzata.

Ipotizzare una corresponsabilità, o addirittura una responsabilità esclusiva del paziente, per non aver saputo rendersi conto prima della gravità della sua situazione, è infatti evidentemente assurdo in quanto, in difetto di competenze mediche, sintomi quali il dolore locale, la colorazione cutanea e la febbre comparsa un

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

paio di giorni prima del ricovero del 28.04.2011, ben possono essere stati interpretati da un profano della materia come conseguenze normali dell'intervento e come segni di una banale influenza.

Quanto poi ad un'eventuale colpa del medico curante, per non aver saputo apprezzare correttamente o per aver omesso di approfondire la situazione patologica rappresentatagli dall'assistito, essa è del tutto irrilevante per l'esito della lite. È infatti risaputo che, in presenza di un evento dannoso imputabile a più soggetti, i principi in tema di responsabilità solidale fanno sì che ciascuno di essi sia tenuto a rispondere per l'intero del danno arrecato ancorché le condotte lesive siano tra loro autonome ed anche se siano diversi i titoli di responsabilità dei diversi soggetti obbligati. Ciò non tanto per l'estensione anche alla responsabilità contrattuale dell'art. 2055 cod. civ., dettato per la responsabilità extracontrattuale, quanto perché, sia in tema di responsabilità contrattuale che di responsabilità extracontrattuale, se un unico evento dannoso è imputabile a più persone, al fine di ritenere la responsabilità di tutte nell'obbligo risarcitorio, è sufficiente, in base ai principi che regolano il nesso di causalità ed il concorso di più cause efficienti nella produzione dell'evento (di cui l'art. 2055 c.c. costituisce un'esplicitazione), che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrlo (cfr. *ex multis* cass. n. 7618/2010 e cass. n. 24405/2021).

§§§§§§

Con il successivo motivo di gravame l' *Parte_1* deduce che il tribunale, incorrendo in errore, ha ritenuto che gli attori abbiano agito sia *iure proprio* che *iure hereditario* mentre essi hanno agito esclusivamente nella qualità di eredi di *Persona_1* per cui non doveva essere riconosciuto loro il danno da perdita del rapporto parentale.

La ricorrenza di tale danno, che si traduce in una sofferenza morale soggettiva e che non può essere considerato esistente *in re ipsa*, non risulterebbe inoltre dimostrata dal momento che gli attori non hanno fornito alcuna prova né della prostrazione psicologica e del vuoto determinato dalla perdita del loro congiunto né dell'alterazione di un sistema di vita fondato sull'affettività, sulla condivisione reciproca e sulla quotidianità dei rapporti.

Deduce ancora l'appellante che la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale deve avvenire con una valutazione equitativa che tenga conto dell'intensità del legame familiare, della situazione di convivenza o meno e di ogni circostanza del caso concreto, quali la consistenza del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima, etc., mentre il giudice di primo grado non ha dato conto della valutazione effettuata in base a tali

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

criteri riconoscendo indiscriminatamente la stessa somma a ciascuno dei tre figli del paziente deceduto.

Quanto, infine, ai danni richiesti *iure ereditario,* l'appellante ha dedotto che il danno biologico terminale, riconoscibile solo quando vi è stato un lasso di tempo apprezzabile tra la lesione e la morte, deve essere liquidato avendo riguardo agli importi previsti per l'invalidità temporanea che possono solo essere personalizzati tenuto conto del fatto che, nel caso di specie, la lesione non esita nella guarigione per cui tale danno, seppur temporaneo, è massimo nella sua entità e intensità.

Quanto invece al cd. danno catastrofale, esso è riconoscibile nella sola ipotesi in cui il danneggiato sia rimasto lucido nel lasso temporale compreso tra la lesione ed il decesso in quanto esso si sostanza nel risarcimento della sofferenza morale patita dalla vittima rendendosi conto della gravità del proprio stato e dell'avvicinarsi ineluttabile della morte.

La sentenza sarebbe pertanto errata nella parte in cui ha liquidato *sic et simpliciter* la somma di € 135.000,00 agli eredi di *Persona_1* , a titolo di danno biologico e morale patito dal de cuius ed a loro trasmesso *iure successionis,* affermando che l'uomo, anche se per pochi giorni, è rimasto lucido ed ha percepito l'avvicinarsi della propria morte.

Tale affermazione sarebbe infatti smentita dagli atti di causa ed in specie dalla cartella clinica dalla quale si evincerebbe che la morte di *Persona_1* sopraggiunse durante lo stato di shock in cui era caduto per cui egli non ebbe modo di avere contezza delle sue condizioni e dell'approssimarsi della fine.

§§§§§§

Il motivo, solo in parte fondato, va accolto per quanto di effettiva ragione. Affermando che gli attuali appellati hanno agito solo *iure hereditario* e non anche *iure proprio,* per cui non doveva essergli riconosciuto il danno da perdita del rapporto parentale, l' *Parte_1* si appiglia, infatti, ad un dato meramente formalistico, e cioè alla circostanza che nell'intestazione dell'atto introduttivo della lite si legge *[...] CP_8 CP_9 Persona_7 CP_10 qualità di eredi del sig. Persona_1* [redacted] *Pt_1* [redacted] *...citano",* senza tener conto che nelle conclusioni rassegnate, a chiara riprova dell'esercizio dell'azione anche in proprio, è stata espressamente richiesta la condanna della convenuta al risarcimento *"del danno arrecato all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia".*

Per quel che attiene poi alla carenza di prova del legame affettivo con il de cuius e della prostrazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

psicologica cagionata dalla sua morte, non vi è dubbio che, in linea generale, spetti alla vittima dell'illecito altrui dimostrare i fatti costitutivi della propria pretesa e, dunque, l'esistenza del pregiudizio patito.

La giurisprudenza di legittimità è tuttavia concorde nel ritenere che, a fronte del decesso per fatto illecito di un appartenente alla cosiddetta famiglia nucleare (coniuge, genitore, figlio, fratello), è l'esistenza stessa del rapporto di parentela a far presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite giacché tale conseguenza è, per comune esperienza, connaturale all'essere umano. Naturalmente, trattandosi di una praesumptio hominis, sarà sempre possibile per il convenuto dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra vittima e superstite. L'uccisione di una persona fa in altri termini presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli o ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del quantum debeatur) per cui, in tal caso, grava sul convenuto l'onere - nella fattispecie non assolto - di provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio e che, di conseguenza, la morte della prima non abbia causato pregiudizi di sorta al secondo (cfr. tra le tante termini Cass. n. 3767 del 2018 e Cass. n. 23397 del 2022).

È invece corretta, in via di principio, l'affermazione di parte appellante secondo cui il giudice di primo grado, per una corretta liquidazione di tale danno, avrebbe dovuto dar conto dei criteri seguiti valorizzando una serie di dati quali l'intensità del vincolo familiare, la convivenza, l'età della vittima e dei congiunti, le abitudini di vita, etc. mentre il tribunale, per quel che concerne i figli, ha riconosciuto a tutti indiscriminatamente la medesima somma.

Per liquidare tale posta di danno il giudice si è invero rifatto al cd. "sistema a forbice", all'epoca impiegato dal Tribunale di Milano, il quale si limitava ad indicare per ogni categoria di congiunti un importo minimo e massimo all'interno del quale il giudice poteva liberamente orientarsi.

Detto sistema è stato tuttavia "bocciato" dalla Suprema Corte la quale ha ritenuto che per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale - diversamente da quanto accade per il pregiudizio arrecato all'integrità psico-fisica - le tabelle predisposte dal Tribunale di Milano non costituiscono una garanzia di concretizzazione paritaria dell'equità su tutto il territorio nazionale per il loro eccessivo grado di discrezionalità.

Detta garanzia, sempre secondo la Suprema Corte, è invece offerta dal sistema all'epoca sperimentato ed adottato dal solo Tribunale di Roma che, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

del caso concreto, ma anche un'uniformità di giudizio per tutti i casi analoghi, prevede una tabella basata sul criterio dei punti il cui valore unitario è estratto dai precedenti giudiziari concernenti casi analoghi ed il cui numero dipende da una serie di circostanze di fatto rilevanti tra cui devono indefettibilmente figurare l'età della vittima, l'età dei superstiti, il grado di parentela e la convivenza (cfr. in termini cass. n. 29495/2019, cass. n. 26300/2021 e cass. n. 10579/2021).

Ciò in quanto un evento luttuoso, in base a nozioni di comune esperienza, ha conseguenze afflittive la cui intensità è tanto maggiore quanto più giovane è l'età della vittima, venendo a frustrare la legittima aspettativa dei superstiti di un lungo percorso di vita comune, e tanto più elevata quanto più ridotto è il numero dei componenti il nucleo familiare venendo ad essere limitata la possibilità di trovare reciproco conforto e sostegno nell'affrontare e superare la perdita.

Lo stesso è a dirsi per quanto concerne l'età dei superstiti essendo del pari notorio che, quanto più la stessa è acerba, maggiore è la difficoltà di affrontare l'evento traumatico mentre, con la maturità, si acquista una più elevata capacità di elaborare il lutto anche perché l'individuo inizia a proiettare le sue aspettative di vita al di fuori del nucleo familiare di origine costruendo stabili rapporti affettivi esterni al medesimo. Rilevanti sono infine la condizione di convivenza dei superstiti con il deceduto, e le loro abitudini di vita, essendo l'afflittività del lutto senz'altro più elevata in presenza di una maggior consuetudine di rapporti.

Nel caso di specie l'applicazione delle tabelle di liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale redatte dal tribunale capitolino nell'anno 2019 condurrebbe tuttavia ugualmente al riconoscimento a tutti e tre i figli di *Persona_1* del medesimo importo che, peraltro, risulterebbe più elevato di quello liquidato in loro favore della sentenza impugnata. I due maschi, all'epoca del decesso del padre, avvenuto a 58 anni, avevano infatti la stessa età (21 anni) mentre la femmina, pur essendo più grande (32 anni), rientra nella medesima fascia d'età considerata dal tribunale capitolino. Per nessuno è infine provata la convivenza e, per ciascuno, il numero di familiari superstiti dopo il decesso è pari a 3 (madre e due fratelli).

Orbene, a fronte di tali dati, la somma riconoscibile a ciascuno dei tre germani sulla base delle tabelle capitoline del 2019 era di € 274.587,60 a cui andrebbero sommati gli interessi che il tribunale ha riconosciuto al tasso legale sulla somma di anno in anno rivalutata dal fatto alla sentenza (valore del punto base = € 9.806,70 x 28 punti di cui 18 relativi al grado di parentela, 4 in base all'età del figlio, 3 in base all'età della vittima e 3 per l'assenza di altri familiari conviventi). L'autore della pronunzia impugnata ha invece riconosciuto a ognuno dei

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

tre figli di *Persona_1* il minor importo di € 270.000,00, comprensivo degli interessi legali maturati dal fatto alla sentenza. Il motivo deve pertanto essere rigettato poiché il suo accoglimento comporterebbe la violazione del divieto di *reformatio in peius* in appello.

In parte fondata è invece l'ultima doglianza con cui l' *Parte_1* censura la liquidazione in favore degli eredi di *Persona_1* della somma di € 135.000,00, per il danno terminale di natura biologica e morale patito dal *de cuius*, determinata *"prendendo come parametro la metà del danno minimo riconosciuto al coniuge ed ai figli"*. In più occasioni la giurisprudenza di legittimità ha infatti ribadito che, in presenza di un illecito da cui sia derivato il decesso non immediato della vittima, al danno biologico terminale, che si traduce in un danno da invalidità temporanea totale (sempre presente e che si protrae dalla data dell'evento lesivo fino a quella del decesso), può sommarsi una componente di sofferenza psichica (danno catastrofale) sicché, mentre nel primo caso la liquidazione va effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea, nel secondo la natura peculiare del danno rende necessaria una liquidazione equitativa, che tenga conto dell'enormità della sofferenza psichica, giacché tale danno, sebbene temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, tanto da esitare nella morte, e la durata della consapevolezza della vittima non rileva ai fini della sua oggettiva configurabilità, ma solo sul piano della quantificazione del risarcimento secondo criteri di proporzionalità e di equità (cfr. per tali principi cass. n. 16592/2019 e cass. n. 23183/2014 la quale ha respinto il ricorso avverso la sentenza di merito che aveva liquidato in via equitativa, quale danno biologico terminale patito dalla vittima, rimasta in vita 7 giorni, la somma di euro 2.500,00 *pro die*).

Del tutto irrazionale è stata pertanto la scelta del tribunale di liquidare tale danno in una somma pari alla metà dell'ammontare minimo del danno da perdita del rapporto parentale riconoscibile in favore dei figli e del coniuge, ossia commisurandolo ad un pregiudizio subito in via permanente da un diverso soggetto (i superstiti) e non al patimento fisico e morale (di natura temporanea) della vittima primaria dell'illecito.

Non è invece vero che quest'ultima non abbia avuto consapevolezza del tragico avvicinarsi dell'evento letale essendo la condizione di shock settico sopraggiunta solo nella fase finale di una lucida agonia durata sette giorni. Nella cartella clinica relativa al ricovero del 28.04.2011 è dato infatti leggere quanto segue: *"Ricovero per febbre e sospetta sepsi di impianto di ICD. Evacuazione, mediante puntura diretta della tasca, di circa 50 c.c. di liquido siero-ematico, non coagulante. Prelievo per antibiogramma e cultura…Consulenza neurologica;* ***paziente vigile, fasico, discretamente orientato nel tempo e nello spazio****…temperatura*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

*38.5°…**29/4**:Temperatura corporea 38.5°…Ferita tesa, dolente e arrossata, fluttuante per liquido sottocutaneo. Prelievo percutaneo di materiale siero purulento che si invia in laboratorio. Riapertura della tasca dopo **anestesia locale.** Fuoriuscita di notevole siero purulento; segni di infezione della tasca. Si procede ad espianto del generatore e dei cateteri endocavitari che si inviano per esame colturale. Disinfezione e prelievo della tasca…**30/04/2011**: Pressione arteriosa 90/65. Apiretico. **1/5/2011** ore 2,15: **Paziente intensamente dispnoico. Al torace rantoli a marea montante.** Avvia ventilazione meccanica con C-Pap…Pratica morfina 2 c.c. Applica catetere vescicale…Pressione arteriosa 75/50…Ore 18,30: temperatura corporea 38°…**Paziente dispnoico, sofferente. Rantoli crepitanti basali bilaterali.** 18,50: Ecg.: **tachicardia ventricolare** 140 battiti al minuto. **Pressione arteriosa 70/50. Pratica di DC shock a 100 Joule, seguito da rallentamento transitorio della frequenza cardiaca**…19.30: Consulenza rianimatoria urgente: **al nostro arrivo paziente marcatamente cianotico, estremità arti inferiori marezzate, assenza di polsi periferici, presenti i centrali**…Si procede a intubazione oro tracheale…Si trasferisce in rianimazione…Ore 20.40: paziente in gravi condizioni, intubato, in ventilazione meccanica assistita…Al torace murmore vescicolare su tutto l'ambito. Si monitorizza…[redacted] Ore 6.30. Condizioni generali estremamente critiche…Continua infusione di dopamina e dobutamina…febbrile (temperatura corporea maggiore di 38° centigradi)…9.30 consulenza cardiologica: Condizioni emodinamiche precarie. Pressione arteriosa 90/70. Paziente intubato e ventilato…ore 11,30: Esegue emocultura, urinocultira…modifica antibioticoterapia ciproxin per due…**ore 19.30 Al monitor improvvisa brachicardia con assenza di polsi periferici e centrali…ore 20.30: Exitus per collasso cardiocircolatorio irreversibile**".*

Ciò premesso, per la liquidazione del danno terminale ci si può rifare alle tabelle edite nel 2024 dal Tribunale di Milano le quali prevedono il riconoscimento per i primi tre giorni di un importo complessivo, a titolo di danno biologico e morale, fino a € 35.247,00 e, a partire dal quarto, fino ad un massimo di 100 giorni, una somma quotidiana progressivamente decrescente (€ 1.175,00 per il quarto giorno, € 1.164,00 per il quinto, € 1.153,00 per il sesto ed € 1.142,00 per il settimo). In applicazione di tali criteri la somma spettante per tale voce di danno agli eredi di *Persona_1* va dunque ridotta a € 39.881,00.

Su tale somma, come già statuito in prime cure, sono dovuti interessi al tasso legale da calcolare inizialmente sull'importo del risarcimento devalutato, in base agli indici Istat, alla data del [redacted] e quindi, anno per anno sino al momento della presente decisione, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione dell'importo dovuto al momento del fatto. Dalla presente sentenza, che converte l'originario debito

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603

di valore in un debito di valuta, sono invece dovuti gli interessi sull'importo finale liquidato da computare al tasso legale sino al saldo effettivo.

Le spese del presente grado di giudizio, tenuto conto dell'esito complessivo della lite che vede confermato l'obbligo risarcitorio dell *Parte_1*, anche se per un importo inferiore a quello riconosciuto in prime cure, devono gravare sull'appellante occorrendo operare una valutazione globale dell'esito della controversia e della soccombenza non limitato ai singoli gradi in cui il processo si è articolato (cfr. *ex multis* cass. n. 9064/2018). Dette spese vengono liquidate come da dispositivo riconoscendo i compensi medi previsti dal D.M. n. 147 del 2022 per le cause di valore fino a € 52.000,00, e distraendo la somma in favore dell'avv. [redacted] per dichiarato anticipo.

P. Q. M.

La Corte di Appello di Napoli - ottava sezione civile - con definitiva pronunzia sulla causa di appello di cui in narrativa, in parziale riforma del capo B) della sentenza del Tribunale di Avellino n. 1781/19 pubblicata il 2.10.19, così provvede:

1) Condanna l' *Parte_1*, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento di € 294.000,00 oltre interessi legali dal 02.10.2019 al saldo in favore di *CP_1*; al pagamento di € 270.000,00 ciascuno, oltre interessi legali dal 02.10.2019 al saldo, in favore di *CP_2*, *CP_3* ed *Controparte_4* nonché al pagamento in favore degli eredi di *Persona_1* della complessiva somma di € 39.881,00, oltre interessi legali conteggiati con le modalità indicate in motivazione, da ripartire tra i suddetti eredi secondo le quote di cui all'art. 581 c.c.

2) Condanna l' *Parte_1* al rimborso delle spese avversarie del giudizio di appello che si liquidano in € 9.991,00 per compensi professionali, oltre rimborso forfettario delle spese in misura pari al 15% di detti compensi ed accessori di legge, distraendo la somma in favore dell'avv. [redacted] per dichiarato anticipo ex art. 93 c.p.c.

Così deciso in Napoli, in camera di consiglio, il 28.04.2025

IL PRESIDENTE — IL CONSIGLIERE EST.

Dr. Alessandro Cocchiara — *Dr. Alberto Canale*

La presente sentenza è stata redatta con la collaborazione dell' CP_11 dr.ssa [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-603