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

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE D'APPELLO DI NAPOLI

Nona sezione civile

riunita in camera di consiglio in persona dei magistrati:

- dr.ssa Maria Di Lorenzo - Presidente -

- dr. Antonio Criscuolo Gaito - Consigliere -

- dr. Sandro Figliozzi - Giudice Ausiliario relatore -

ha deliberato di emettere la presente

S E N T E N Z A

nel processo civile d'appello avverso la sentenza pronunziata dal Tribunale di Napoli, , pubblicata il 15.02.2019 e contraddistinta dal n.1746/19, **iscritto al n. 3703/2019 del ruolo generale degli affari civili contenziosi**, rimesso in decisione all'udienza del 15 aprile 2025 e pendente

tra

Parte_1 **, (C.F.** *C.F._1* **),**

Parte_2 **, (C.F.** *C.F._2* **),**

Parte_3 **(** *CodiceFiscale_3* **,**

tutti rappresentati e difesi, giusta procura a margine dell'atto di citazione in appello, dall'Avv. [redacted] [redacted] (C.F. *C.F._4*), pec: *[...]* *Email_1*

-appellanti-

e

Controparte_1 (C.F.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

P.IVA_1), in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa giusto mandato in atti, e deliberazione n. [redacted] dall' Avv. [redacted]

(*C.F._5* , pec: *Email_2*

-appellata-

****

Svolgimento del processo e conclusioni delle parti

1. *Parte_1* , *Parte_2* e *Parte_3* , con citazione notificata il 29.7.2019 appellavano la sentenza indicata in epigrafe, di rigetto della domanda attorea proposta dagli attuali appellanti, eredi e congiunti di *Persona_1* , nei confronti dell *Controparte_1* Gli attori avevano agito in giudizio per sentir dichiarare l'accertamento delle responsabilità della struttura sanitaria convenuta che, omettendo colposamente di porre la corretta diagnosi e di somministrare le necessarie cure ad un paziente affetto da una grave sindrome neurologica, ne provocava il decesso. Chiedevano quindi la condanna della controparte al risarcimento dei danni subiti.

2. *Persona_1* , di anni 66, marito e padre degli attori, il 20 gennaio del 2010 veniva colto da un mancamento a seguito del quale cadeva al suolo riportando ferite. Si recava al pronto soccorso dell'ospedale [redacted] di *CP_1* ove accedeva con diagnosi di 'trauma facciale e cranico' ed era sottoposto ad esame radiografico della colonna cervicale e delle ossa nasali che consentiva di diagnosticare una infrazione delle ossa proprie del naso. Nella cartella clinica era quindi annotato che alle ore 16:50 il paziente si allontanava. *Persona_1* doveva tuttavia essere soccorso e ricondotto presso il medesimo P.S. alle ore 18:00 della medesima giornata, a mezzo del Servizio di Emergenza territoriale 118, per un "trauma facciale con escoriazioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

multiple da riferita caduta accidentale". Sottoposto ad una TAC cerebrale, che escludeva la presenza di raccolte ematiche, il paziente era quindi ricoverato nel reparto di Neurochirurgia con diagnosi di cura di trauma facciale. *Persona_1* rifiutava il ricovero e si dimetteva volontariamente salvo essere nuovamente soccorso, e questa volta ricoverato, alle ore 20:20 per politrauma.

Sottoposto all'esecuzione di esame TC del cranio emergeva "estesa lacero-contusione emorragica interessante quasi i due terzi del lobo temporale di sinistra. sottile falda ematica intra-scissurale interemisferica con tenui tracce ematiche subaracnoidee al vertice di sinistra". Nei giorni seguenti gli esami di laboratorio risultavano nella norma ad eccezione di una lieve iperglicemia ed il controllo TC cerebrale mostrava la sostanziale stabilità del focolaio lacero contusivo in regione temporale sinistra e la slatentizzazione di ulteriori focolai emorragici in sede frontale, parasigittale sinistra di circa 1,5 cm con infiltrazione ematica intrascissurale ed al polo parietale posteriore omolaterale. Il 22.01.2010 il paziente iniziava a verbalizzare qualche parola e il 23.01.2010 iniziava ad eseguire ordini semplici. Il 25.01.2010, invece, la situazione mostrava segni di peggioramento ed era richiesta l'esecuzione di esame TC cerebrale urgente così refertata: "rispetto alla TC del 21/01/2010 non si rilevano importanti modificazioni dei reperti precedentemente segnalati: invariato in estensione e sostanzialmente stabile il focolaio ematico di tipo lacero-contusivo esteso nel lobo temporale sinistro e circondato da alone di ipodensità da edema e malacia. Slatentizzazione di piccolo focolaio lacero-contusivo temporo-polare anteriore omolaterale lungo il margine della piccola ala dello sfenoide. Pressoché invariati gli altri focolai emorragici segnalati in sede frontale parafalciana sinistra con infiltrazione ematica intrascissurale e falce territoriale. residuano tracce di ESA". Il 26.01.2010 le condizioni cliniche erano descritte come "compromesse, sveglio, afasico, non collaborante…respiro spontaneo sufficiente, scarsa motilità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

spontanea". Era annotato il peggioramento delle condizioni generali e neurologiche e l'esame radiografico del torace rilevava: "incremento della trama polmonare con aspetto finemente reticolo-micronodulare su sfondo iperdiafano enfisematoso". Le indagini laboratoristiche mostravano la presenza di leucocitosi neutrofila, rialzo di urea (286 mg/dl), creatinina (3,0 mg/dl), urato (15,5 mg/dl), ipersodiemia (150 mEq/l), iperosmolarità (317 mosm/l), rialzo dei valori di transaminasi (AST pari a 67 U/l, ALT pari a 155 U/l, della GGT (219 U/l) e della LDH (548 U/l). il 28.01.2010 le condizioni erano descritte come molto scadute, alle ore 10:00 registrata la presenza di polipnea, alle h.11 le condizioni cliniche erano descritte come gravissime, ulteriormente peggiorate, con presenza di pause respiratorie. Il paziente era condotto in rianimazione. Le indagini di laboratorio mostravano la persistenza della leucocitosi con rilievo di ulteriore peggioramento della funzionalità renale e della ipernatremia. Alle ore 11.25 il paziente si presentava in gasping, pertanto si procedeva ad IOT e ad "aspirazione di secrezioni giallastre in notevoli quantità". La diuresi in busta era pari a circa 100 ml. Nei giorni successivi le condizioni cliniche erano descritte come gravissime. Dalla rx del torace si evinceva la presenza di "incremento della trama polmonare con aspetto finemente reticolo-miconodulare su sfondo iperdiafono…". Le indagini di laboratorio mostravano sempre alterazione degli indici di funzionalità epatica e renale nonché la ipernatremia e la iperosmolarità. In data 01.02.2010 il paziente era indicato come tetraparetico con occhi aperti e non collaborante. Nella medesima giornata era trasferito presso la Rianimazione di Parma ove accedeva con diagnosi di ingresso di "stato di coma in trauma cranico", restando degente fino al 22.02.2010 allorquando era trasferito presso centro riabilitativo [redacted] ove restava fino al 04.05.2010 per il manifestarsi di "insufficienza respiratoria ipercapnica in bronchite cronica riacutizzata" presso il Dipartimento di Emergenza [redacted] di [redacted] Il 07.05.2010 rientrava presso la struttura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

riabilitativa. Il 15.06.2010 era condotto nuovamente presso il P.O. di [redacted] per "insufficienza respiratoria riacutizzata in pz con esiti di TC da caduta accidentale in coma vigile". Il [redacted] sopraggiungeva il decesso per "insufficienza respiratoria in soggetto in coma vigile per ESA + contusione cerebrale da trauma cranico occorso a gennaio 2010. Stato cachettico con decubito sacrale portatore di tracheostomia con infezione bronchiale da germi multiresistenti portatore di PEG in nutrizione enterale".

3. Gli attori in primo grado imputavano alla convenuta tre diverse condotte colpose costituite da culpa in vigilando per avere consentito che il paziente si allontanasse dal Pronto Soccorso "eludendo la vigilanza", nonostante fosse palese la sua incapacità tanto che ebbe, dopo, due ulteriori mancamenti, l'imperizia per non avere adeguatamente raccolto e valutato l'anamnesi del paziente il primo giorno, non avendo neppure sospettato l'esistenza di problemi neurologici, e l'inadeguatezza del trattamento dopo il ricovero. A seguito dell'aggravamento del 25 gennaio 2010 il paziente era correttamente sottoposto ad una risonanza magnetica, che nulla rilevava, con omissione di altri esami necessari per individuare la causa dell'aggravamento. Il trasferimento nel reparto di rianimazione per gli attori era avvenuto in ritardo.

Ulteriore contestazione aveva ad oggetto il mancato avviso ai familiari del paziente "almeno in occasione del secondo ricovero in pronto soccorso".

Tali condotte erano indicate quali causa del peggioramento delle condizioni dell'attore sino alla morte o, in subordine, avevano pregiudicato più cospicue chances di sopravvivenza.

4. L *Controparte_1* opponeva, costituendosi in giudizio, l'infondatezza della domanda attorea e l'insussistenza dei profili di colpa e del nesso di causalità con l'evento dannoso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

5. Al termine dell'istruttoria, consistita nell'escussione di testimoni e nella CTU medico legale affidata al Prof. *Persona_2* che escludeva la sussistenza del nesso causale tra le cure e l'aggravamento delle condizioni del paziente, con l'impugnata sentenza il Tribunale rigettava la domanda attorea motivando che non v'era stata colpa per imperizia dei sanitari, secondo quanto sul punto relazionato dal CTU, non aderendo alle contestazioni provenienti dagli attori, escludendo la colpa in vigilando per l'allontanamento volontario del paziente che non era incapace di intendere di volere.

6. Con il gravame gli appellanti sottoponevano alla Corte i seguenti motivi:

(a) Erronea valutazione dell'istruttoria ed appiattimento ingiustificato sulla c.t.u. nella parte in cui il giudice riteneva il paziente capace d'intendere e di volere. L'allontanamento volontario da parte di *Persona_1* non implicava che fosse anche cosciente e v'era stata violazione degli obblighi di protezione. La sentenza manifestava la mancata valutazione delle risultanze istruttorie ulteriori rispetto alla CTU. Il paziente presentava una sintomatologia di rilievo neurologico, non indagata, e il secondo svenimento costituiva sintomo rivelatore e che comunque comportava la necessità di informare i familiari.

(b) Mancata disamina delle condotte colpose ascritte alla convenuta, con riferimento alla mancata informazione dei familiari in considerazione delle condizioni del paziente, al quale furono sottoposti moduli prestampati al momento del ricovero ormai in stato precomatoso. Non era stato considerato il tardivo trasferimento in rianimazione e neppure la mancata sottoposizione del paziente ad alcun trattamento nei primi sette giorni di ricovero,

(c) recepimento di una consulenza tecnica errata perché carente nell'affrontare il problema della omessa informazione e della omessa vigilanza sul paziente. Il CTU af-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

fermava l'esistenza di fatti indimostrati ed indimostrabili, violando il principio secondo il quale l'incompletezza della cartella clinica pone a carico del sanitario e della struttura una presunzione de facto di sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'evento infausto.

Illustrate analiticamente la ragioni in virtù delle quali la CTU depositata in primo grado non poteva costituire valido riferimento per il giudice, gli attori reiteravano anche le domande per il danno da perdita di chance procedendo all'illustrazione dei danni lamentati dagli appellanti, che quantificavano.

Così concludevano: - "accertare la responsabilità esclusiva dell *Controparte_1* *[...]* in persona del legale rappresentante pro tempore, nella causazione della morte del sig. *Persona_1* e per l'effetto condannare la parte appellata al risarcimento di tutti i danni subiti dagli appellanti, danni non patrimoniali iure proprio e iure haereditatis, e patrimoniali, nessuno escluso, calcolati secondo le Tabelle adottate dal Tribunale di Milano, come indicato in parte motiva, o nella somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal dì del sinistro sino al saldo;- con vittoria di spese, diritti ed onorari del doppio grado giudizio, ivi comprese le spese generali, da distrarsi in favore della sottoscritta procuratrice dichiaratasi antistataria."

7. L' *Controparte_1* si costituiva in appello perorando la conferma della sentenza di primo grado perché legittima e ben motivata.

Eccepiva l'inammissibilità ed infondatezza dell'appello e, nel merito, ribadiva come il decesso del paziente non fosse stato conseguenza diretta di una presunta culpa in vigilando dell'ente, ma dovuta a cause esterne e a patologie già preesistenti, con

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

un'incidenza altamente infausta, perché *Persona_1* era affetto da sofferenza totale cerebrale.

Il comportamento dei sanitari era stato caratterizzato da perizia e tempestività e la condotta medica conforme alla buona pratica clinica in tutte le fasi della degenza. Le complicanze degenerative non erano dipese dalla poca diligenza della struttura sanitaria.

Eccepiva come gli attori non avessero dedotto o provato alcun danno, non indicando specifici pregiudizi da contrazione del reddito suscettibile di essere risarcito, in termini di lucro cessante, per effetto della vicenda in esame, contestando anche la pretesa inerente il danno non patrimoniale e tutte le altre voci risarcitorie avanzate.

Così concludeva: a) In via del tutto preliminare emettere ordinanza di inammissibilità ex art. 348 bis cpc; b) Sempre in via preliminare emettere ordinanza di inammissibilità ex art. 348 ter cpc; c) Sempre in via del tutto preliminare e comunque nel merito, dichiararsi inammissibile ed improponibile, nonché infondato il proposto appello, con conferma della sentenza impugnata per tutte le ragioni di cui sopra e nei limiti di cui alle difese espletate, alla luce anche dell'incontestabile CTU, che ha escluso categoricamente ogni nesso causale tra la morte del *Per_1* e la condotta dei sanitari; d) In via principale, impugnata pienamente la domanda attrice in ogni suo aspetto, nonché l'intera documentazione depositata, per le ragioni sopra esposte e per tutte le controdeduzioni che saranno rese in corso di causa, dichiarare infondata la domanda attorea, in quanto nessuna colpa per la verificazione del danno poteva essere eventualmente imputata alla comparente, in quanto, al di là della strumentazione diagnostica della struttura sanitaria stessa, la colpa dell'evento lesivo era da imputare ad un evento del tutto imprevedibile per la scienza medica sotto l'effetto consequenziale, e di cer-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

to non ai sanitari, intervenuti repentinamente e con particolare approfondimento; la colpa dell'evento lesivo è da ricercare nel nell'imprevedibilità del fatto – danno o quanto meno a situazioni pregresse all'intervento ed al ricovero presso altre strutture sanitarie, stante anche il quadro clinico – diagnostico al momento dell'intervento; e) Nel merito, in via principale, rigettare la domanda perché inammissibile ed infondata, in quanto non provata nella sua sequenza causale in ordine al fatto storico e nè dimostrata in ordine al nesso eziologico; f) Sempre nel merito rigettare la domanda per la esagerata quantificazione dei danni, e soprattutto per la omessa qualificazione del calcolo, nonché per la mancata prova; g) In via del tutto subordinata, sempre nella denegata ipotesi di riconoscimento della pretesa risarcitoria vantata dall'attore, rigettare la domanda nei confronti della Azienda convenuta, in quanto in ottemperanza alle leggi attuali di medicina, nessuna colpa per la verificazione del danno le sarebbe eventualmente imputabile, stante la corretta e prudente applicazione della clinica medica, diagnostica e farmacologica, e per tale ragione estrometterla dal presente giudizio, dichiarando tenuta a mallevarla da quanto fosse obbligata a pagare all'attore per l'effetto dell'emananda sentenza la sola impresa assicuratrice; h) Riconoscere legittimo e giusto l'intervento della struttura sanitaria nella conduzione dell'intervento e comunque per aver tempestivamente informata la parte attrice sulla gravita' e sulla evoluzione progressiva della patologia cerebrale; i) Rigettare la domanda in relazione al danno esistenziale ed al danno morale; l) Rigettare il danno iure hereditatis, assolutamente non provato; m) Emettere ogni altro provvedimento del caso.

8. La Corte convocava a chiarimenti il CTU al quale aggiungeva la dott.Ssa *Per_3 [...]*, Medico-Chirurgo, specialista in Medicina Legale, e tratteneva la causa in decisione all'udienza del 15.4.2025, tenuta a trattazione scritta, con concessione dei termini ordinari per il deposito delle difese finali.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

9. Il Collegio peritale relazionava, in merito all'assistenza prestata al paziente in occasione dei primi due accessi presso l *CP_1* *CP_1* di *CP_1* in conseguenza delle cadute accidentali, ricapitolando l'assistenza prestata, quale evinta dalle cartelle cliniche, ed affermando la coerenza del percorso clinico diagnostico-assistenziale con quanto previsto dalle linee guida e dalla letteratura specialistica dell'epoca per l'esecuzione dell'esame TC del cranio e per la richiesta di ricovero, rifiutato dal paziente.

L'esame TC effettuato in occasione del secondo accesso in P.S. era refertato esclusivamente in relazione all'assenza o meno di lesività endocranica, coerentemente con il quesito clinico ed anche l'esame effettuato in occasione del terzo accesso non descriveva la presenza di una vasculopatia cerebrale cronica, bensì evidenziava la presenza della grave lesività presentata dal paziente, ovvero la presenza della "estesa lacero-contusione emorragica interessante quasi i due terzi del lobo temporale di sinistra. sottile falda ematica intra-scissurale inter emisferica con tenui tracce ematiche sub aracnoidee al vertice di sinistra. ventricoli in asse, non deformati".

Non era pertanto riportata in tale descrizione la presenza di qualsivoglia elemento tecnico indicativo di una vasculopatia cerebrale cronica che non emergeva neppure nei successivi controlli strumentali (TC ed RM) che evidenziavano segni di una emorragia cerebrale e di successivi episodi ischemici acuti.

Per il collegio peritale non vi era quindi alcun dato oggettivo che potesse indicare la presenza di una severa vasculopatia cerebrale cronica in grado di far prevedere ai curanti una condizione di incapacità del paziente in occasione dei primi due accessi presso l *CP_1* " *CP_1* . I due episodi di caduta potevano anche essere attribuiti a patologie del sistema nervoso periferico o interessanti l'apparato muscolo-scheletrico.

In merito al peggioramento clinico osservato a partire dal quarto giorno di degenza, precisavano che l'esame colturale effettuato su aspirato bronchiale - raccolto in data

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

01.02 - risultava essere positivo per Staphylococcus sp coagulasi neg.; c'era riduzione dei valori di sodio urinario, alterazione dei parametri emocoagulativi con rialzo dei valori di fibrinogeno e d-dimero, alterazione dei valori di funzionalità renale ed epatica, ipersodiemia, rialzo dei valori di LDH e CPK, leucocitosi neutrofila, anemia e piastrinopenia. Alle dimissioni dall *CP_1* *CP_1* di *CP_1* il paziente presentava una condizione di disidratazione con iperdodiemia e altresì segni clinici (aspirazioni di notevole quantità di secrezioni giallastre dalle vie aeree) e laboratoristici (citolisi epatica, alterazioni coagulative, leucocitosi neutrofila) in uno con il rilievo all'accesso presso [redacted] di Parma – da riferire a colonizzazione avvenuta presso la precedente struttura ove il paziente era ricoverato – dello stafilococco risultante dall'esame colturale effettuato su broncoaspirato.

Il quadro clinico del paziente – già compromesso dalla grave patologia cerebrale – era complicato da una infezione delle vie aeree e per uno stato di disidratazione conseguente alla terapia antiedemigena, non rapidamente individuato e non trattato per la mancata impostazione di una adeguata terapia correttiva della severa ipernatriemia e per la mancata consulenza nefrologica. Gli esami di laboratorio mostravano un costante aumento dei valori di sodio che potevano compromettere marcatamente lo stato di vigilanza e determinare un progressivo passaggio dallo stato di sopore allo stupore, al coma, fino alla morte.

In merito all'incidenza del mancato trattamento dell'ipersodiemia e della infezione stafiloccica, i CCTTUU precisavano che le lesioni traumatiche determinavano un effetto vasogenico ed il conseguente edema cerebrale e l'ipernatremia è in grado di determinare emorragie cerebrali e deficit neurologici. La sola ipernatremia è in grado di peggiorare la prognosi e determinare un aumento della mortalità (fino al 40%) e morbidità nei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva.

Si verificava una infezione delle vie aeree sostenuta da stafilococco che determinava uno stato settico con multiple disfunzioni d'organo (renale, epatica).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

Consideravano che il trauma cranico patito dal sig. *Per_1* determinava una grave lesività encefalica caratterizzata da mortalità che supera il 50% e che il ritardo nella esecuzione di indagini di laboratorio, con il conseguente ritardo nella somministrazione antibiotica e, soprattutto, il ritardo nell'adeguato approccio terapeutico della ipernatremia – determinata dalla terapia antiedemigena – riduceva le chance di sopravvivenza del paziente peggiorando il quadro neurologico dello stesso ed indicendo nella progressione del coma, determinando una perdita di chance di sopravvivenza nell'ordine del 25-30%.

I CCTTUU replicavano alle osservazioni dei consulenti di parte. Quelli del *CP_1* osservavano che l'individuazione di una perdita di chance di sopravvivenza nella misura del 25-30% non implicava che la condotta avesse determinato il decesso in una percentuale del 25-30%, ma che l'inidonea gestione negava al paziente una possibilità di ottenere un migliore risultato nella misura del 25-30%. Per i CCTTPP nulla poteva essere fondatamente contestato con riferimento alla gestione del paziente per il trattamento della ipernatremia, potendosi muovere le stesse censure anche all'iter clinico presso l[redacted] di Parma e che durante la degenza presso l *CP_2* diminuivano i valori di sodiemia per le opportune correzioni terapeutiche e per la prevenzione del rischio infettivologico, con mancanza di un rapporto causale con il decesso, verificatosi mesi dopo.

I CCTTUU replicavano che dalla cartella clinica emergeva un peggioramento del quadro clinico- e nello specifico neurologico – a decorrere dal 25.01.2010, non correlato ad un peggioramento delle lesioni cerebrali perché l'esame TAC mostrava una sostanziale stabilità del quadro cerebrale, e ciò nonostante solo il 27.01.2010 erano effettuati esami di laboratorio che mostravano la presenza di leucocitosi neutrofila con approfondimento laboratoristico completo del giorno seguente che evidenziava la presenza di iperglicemia, alterazione dei valori di funzionalità renale, epatica e squilibri idroelettrolitici. In tale condizione sarebbe stato necessario procedere ad una consu-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

lenza nefrologica al fine di impostare l'adeguata terapia reidratante utile a ridurre i valori di sodiemia. Gli esami di laboratorio ed EGA del 27.01.2010 ponevano in evidenza il rilievo di leucocitosi neutrofila, alterazione della funzionalità renale ed epatica ed elevazione degli indici di flogosi, mostrando un quadro di alcalosi ed ipernatremia severa e non era impostata una adeguata terapia correttiva né effettuata una consulenza nefrologica, tanto che i successivi esami di laboratorio mostravano un costante aumento dei valori di sodio che raggiungevano il 28.01.2010 il valore di 170 con osmolarità pari a 365. Il paziente era ricoverato presso il [redacted] di Parma con un quadro di insufficienza renale acuta, disidratato e con ipersodiemia.

I CCTTUU precisavano che dinanzi "ad un peggioramento clinico, ad indagini di laboratorio coerenti con l'evidenza di una disfunzione multiorgano, nulla di fattivo venne fatto. Solo all'ulteriore peggioramento del quadro clinico, coincidente con il massimo valore di sodiemia, si dispose il trasferimento del paziente presso la Rianimazione." Evidenziano come gli stessi consulenti di parte avessero affermato che la diagnosi di Sviluppo di Staphilococcus hominis veniva fatta il 1°.02.2010 e che il trasferimento a Parma non avesse consentito la terapia, così confermando il ritardo rispetto a quanto emerso dagli esami che i sanitari avevano trattato con "terapia antibiotica empirica".

In merito alla prevenzione del rischio infettivologico, i CCTTUU evidenziavano come i consulenti di parte si fossero limitati ad elencare le attività effettuate dall *[...]* *CP_1* in un periodo successivo rispetto a quello in esame, senza nulla esibire circa l'effettività dell'esecuzione delle procedure. Se è vero che in Parma vennero a verificarsi ulteriori infezioni nosocomiali è da quanto avvenuto nel *CP_1* "che si deve attribuire tutta la successiva cascata di eventi."

Motivi della decisione

7. L'elaborato peritale collegiale redatto in appello, finalizzato a fornire i richiesti chiarimenti alla precedente relazione depositata in primo grado, chiarisce analiticamente tutta l'evoluzione della vicenda clinica. La relazione è logica, esaustiva, comple-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

ta e capace anche di replicare in modo convincente alle osservazioni dei consulenti di parte, come sinteticamente riportato nel punto precedente della sentenza. La Corte quindi adotta l'elaborato a riferimento tecnico delle questioni da esaminare, non rintracciando osservazioni critiche convincenti provenienti dalle parti. Gli esami di laboratorio eseguiti il 27 gennaio 2010 rendevano chiara la necessità di effettuare tempestivamente una consulenza nefrologica che avrebbe consentito di poter approntare una terapia adeguata, laddove, invece, la terapia adottata era stata carente. La diagnosi del 1° febbraio 2010 sostanzialmente confermava il ritardo ormai verificatosi.

La CTU quindi costituisce valido supporto tecnico, con conseguenziale rigetto dell'istanza di rinnovazione formulata dall'appellata con la conclusionale, fermo restando che di certo non possono essere acriticamente assunte come corrette le affermazioni dei CCTTUU inerenti considerazioni riservate al giudice perché di natura giuridica come, ad esempio, quelle sulla qualificazione dell'accaduto come perdita di chance.

8. Il primo motivo di appello è infondato.

L'accesso in P.S. del primo pomeriggio del 20 gennaio 2010 era motivato da un "trauma facciale e cranico" e l'esame eseguito dai sanitari era costituito da un esame radiografico della parte del corpo infortunata. Il paziente, all'esito, come indicato nella cartella clinica, si allontanava. Dopo poche ore riportava un ulteriore trauma facciale ed era sottoposto ad un esame TAC che escludeva la presenza di raccolte ematiche. Disposto il ricovero, dalla cartella clinica risultava che il "paziente viene messo al corrente della necessità di ricovero in osservazione e del rischio di complicazioni, anche gravi, legate al trauma per cui è ricoverato (ematoma intracranico, problemi cervicali ecc.) nonostante la negatività dei referti radiologici in pronto soccorso. Il paziente ha ben compreso ed esce contro il parere sanitario". *Persona_1* era descritto sveglio, senza vomito o perdita di conoscenza ed i CCTTUU, evidentemente a seguito di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

tale descrizione, lo consideravano capace di intendere e di volere. Oppongono gli appellanti che la pienezza della condizione mentale del *Per_1* sarebbe stata frutto di affermazione arbitraria dei consulenti; la Corte, invece, la considera come logica conseguenza delle circostanze note per i CCTTUU. Ancora, secondo i congiunti del paziente, doveva essere valorizzato che il paziente si allontanava due volte e l'irrilevanza della sua volontarietà in mancanza dell'assolvimento all'obbligo di informazione del paziente da parte dei sanitari.

La Corte invece constata come quanto avvenuto in occasione del primo allontanamento, secondo quanto annotato nella cartella clinica, deve essere qualificato come un semplice allontanamento volontario senza che vi fosse la possibilità di far sottoscrivere al paziente nulla. Risultava semplicemente che il paziente si era allontanato in assenza di motivazioni note in virtù delle quali considerare il paziente incapace di intendere e volere o tali da indurre ad adottare misure contenitive. L'allontanamento con tali modalità precludeva la possibilità di informarlo.

La successiva documentazione, inerente il secondo ricovero, dimostra che l'obbligo di informazione era poi regolarmente adempiuto come emergente dalla dichiarazione dal paziente sottoscritta. Non erano emersi dati clinici idonei a poter supporre una condizione di incapacità di *Persona_1*, sottoposto ad esame TAC. Il paziente non mostrava condizioni particolari neppure a seguito della disamina delle condizioni generali. La mera ripetizione della caduta, in sé considerata, non costituiva fatto dal quale dedurre, in via presuntiva, secondo i canoni ermeneutici dettati dall'art. 2729 c.c. (presunzioni gravi, precise e concordanti) la sussistenza di una condizione di incapacità, da ritenersi esclusa in virtù dell'esame diretto espletato e descritto nella sintesi clinico anamnestica della cartella clinica (*Persona_1* era descritto sveglio, senza vomito o perdita di conoscenza). Il paziente capace di intendere e volere può rifiutare le cure

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

e decidere di allontanarsi dalla struttura (Cass. civ. sez. 3, del 02.08.2016, n. 16039; Cass. civ. sez. I. del 03.07.2013, n. 16620; Cass. n 23918/06; Cass. S.U. 13533/01, Cass. S.U., n. 577/2008) ed i CCTTUU precisano come le cadute potessero risultare frutto di patologie del sistema nervoso periferico o interessanti l'apparato muscolo-scheletrico, per motivi indipendenti la capacità del paziente. Non v'erano quindi indici sintomatici di una incapacità.

9. In merito alla mancata anamnesi dopo il primo ricovero, la Corte concorda con i CCTTUU che motivano detta circostanza per l'allontanamento del paziente. Risulta dalla cartella clinica che *Persona_1* giungeva in P.S. alle h. 15,55, che le sue condizioni richiedevano l'esecuzione di esami urgenti, come tali evidentemente da espletare con precedenza su ogni altro incombente, indicati nella radiografia delle ossa nasali e Tac cranico. Eseguita la radiografia, il paziente, ancor prima della TAC, successivamente effettuata in occasione del secondo ricovero, alle h. 16,50 si allontanava rendendo impossibile l'esecuzione della TAC e dell'anamnesi clinica. Non convince l'assunto degli appellanti secondo il quale necessariamente l'anamnesi avrebbe dovuto precedere la cura. La deduzione, ovvia nell'ordinarietà dei casi, non è giusta quando un evidente trauma facciale comporti l'ineludibile necessità di immediati esami del cranio dell'infortunato (raggi e Tac). Il motivo è quindi infondato.

10. L'informazione ai familiari, per le ragioni esposte nei punti che precedono, in presenza di un paziente vigile che volontariamente si allontana dopo aver ricevuto le informazioni che illustravano la necessità del ricovero, non doveva essere fornita.

11. Dalla disamina della CTU emerge che le cure nei confronti del paziente non furono adeguate. I CCTTU relazionano che la convenuta non affrontava con la dovuta perizia e diligenza l'insorta condizione del paziente, caratterizzata da leucocitosi neu-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

trofila, presenza di iperglicemia, alterazione dei valori di funzionalità renale, epatica e squilibri idroelettrolitici. I sanitari accumulavano un colpevole ritardo e non affrontavano diligentemente il problema.

In nulla incide la mancata allegazione in citazione del profilo colposo dei sanitari rilevato dai CCTTUU. A tal proposito la Corte condivide quanto esposto dagli appellanti in virtù del consolidato l'indirizzo della S.C. – tra le altre: le decisioni nn 9471/2004, 6386/2023, 15438/2025 - secondo il quale l'esito dell'espletamento di una c.t.u., può comportare l'accoglimento della domanda in base al concreto riscontro di profili di responsabilità diversi da quelli in origine ipotizzati, senza violazione del principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato.

12. La Corte non ritiene che quanto rilevato dai CCTTUU rilevi in punto di perdita di chance. In realtà si verte in ipotesi di anticipazione dell'evento morte che comunque era destinato a verificarsi in considerazione della condizione naturale del paziente caratterizzata da una probabilità di mortalità che superava il 50%.

I CCTTUU affermano che l'errore dei medici "incise sulla progressione del coma" e quindi, in sostanza, lo avesse reso più celere e grave anticipando il decesso del paziente, così escludendo la riconducibilità della fattispecie nella distinta ipotesi di perdita di chance che si rintraccia nella distinta ipotesi in cui sia certamente incerto il nesso di causa tra la condotta ed il decesso.

La perdita di chance, secondo quanto dalla S.C. affermato sin dalla sentenza n. 4400/2004 si verifica quando l'inadempienza del sanitario aggrava la possibilità "che l'esito negativo si produca". In sostanza è la possibilità perduta di realizzare il risultato auspicato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

La S.C., in relazione a questione sovrapponibile a quella in esame, con la sentenza n. 26861/2023 precisa che in ipotesi di morte dipendente anche dall'errore medico, deve essere data continuità al principio per cui, 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 c.c., 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).

Nella fattispecie in esame, secondo le emergenze della relazione dei CCTTUU, applicando il noto criterio probabilistico del “più probabile che non” per la determinazione del nesso causale nel contenzioso civile, l’evento morte si sarebbe verificato, con una percentuale superiore al 50%, indipendentemente dalla responsabilità dei sanitari. Per i consulenti detto evento, in virtù del criterio probabilistico, sarebbe avvenuto per le condizioni in cui il paziente si trovava per la patologia che lo affliggeva, ma era anticipato per la progressione del coma imputabile ai sanitari ai quali “si deve attribuire tutta la successiva cascata di eventi.” La mancata tempestiva cura dell’infezione peggiorava il quadro neurologico del paziente provocando la progressione del coma e il danno da perdita anticipata della vita (che si sarebbe comunque verificata per effetto della

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

patologia). Da ciò ne consegue che la certezza di non aver vissuto più a lungo per un tempo determinato comporta l'imputabilità dell'evento, sia pure comunque destinato a verificarsi altrimenti con alta probabilità, ed esclude l'applicabilità alla fattispecie in esame del danno da perdita di chance di sopravvivenza che consiste nella possibilità perduta, seria apprezzabile e concreta, e non una mera ipotesi o speranza, ma incerta nell'an e nel quantum, di vivere più a lungo.

La S.C., con la sentenza n.35998/2023 precisa a anche che è possibile discorrere (risarcendolo) di "danno da perdita anticipata della vita", con riferimento al diritto "iure proprio" degli eredi, rappresentato dal pregiudizio da minor tempo vissuto dal congiunto (Cass., n. 26851 del 2023, cit.). Per gli *Parte_4* è possibile discorrere (risarcendolo) di "danno da perdita anticipata della vita", con riferimento al diritto iure proprio degli eredi, solo definendolo il pregiudizio da minor tempo vissuto ovvero da valore biologico relazionale residuo di cui non si è fruito, correlato al periodo di tempo effettivamente vissuto. Precisano gli *Parte_4* che: "Sono quindi alternativamente concepibili e risarcibili iure hereditario i danni conseguenti alla condotta del medico che abbia causato la perdita anticipata della vita del paziente (determinata nell'an e nel quantum), come danno biologico differenziale (peggiore qualità della vita effettivamente vissuta), non risultando risarcibile iure hereditario un danno da "perdita anticipata della vita" con riferimento al periodo di vita non vissuta dal paziente ; pertanto, "quando sia certo che la condotta del medico abbia provocato (o provocherà) la morte anticipata del paziente, la morte stessa diviene, di regola, evento assorbente di qualsiasi considerazione sulla risarcibilità di chance future, salvo quanto si dirà... Nell'esigenza di pervenire ad una terminologia chiara e condivisa, va pertanto chiarito che: a) 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, rappresenta un danno bio-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

logico (differenziale); b) nel contempo, 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, costituisce un danno morale, inteso come sofferenza interiore e come privazione della capacità di battersi ancora contro il male; perdere la possibilità, seria apprezzabile e concreta, ma incerta nell'an e nel quantum, di vivere più a lungo a causa di diagnosi e/o cure tardive da errore medico, è un danno da perdita di chance; c) la perdita anticipata della vita per un tempo determinato a causa di un errore medico in relazione al segmento di vita non vissuta, è un danno risarcibile non per la vittima, ma per i suoi congiunti, nei termini prima chiariti, quale che sia la durata del "segmento" di esistenza cui la vittima ha dovuto rinunciare." Il tutto si traduce nella necessità di dover liquidare, jure hereditatis, il danno biologico differenziale riferito al periodo di vita vissuto in sofferenza per l'infezione non individuata e curata e da liquidarsi equitativamente, in considerazione del breve lasso temporale deducibile secondo quanto esposto dai CCTTUU, e della condizione di sofferenza già presente nel paziente. Detta somma, per i parametri non definiti inerenti la quantificazione del tempo dell'anticipazione, non lungo, per il percorso della malattia comunque in progressione, e per lo stato di sostanziale mancanza di coscienza del paziente, viene dalla Corte quantificata equitativamente in €.4.500,00, pari a €. 1.500,00 per ciascun erede. I segni di peggioramento riscontrati dal 25.01.2010 erano evidentemente frutto dell'insorgenza della ulteriore patologia ascrivibile alla responsabilità dei sanitari, con danno riportato dal paziente, che in precedenza aveva mostrato segni di miglioramento e di cui i congiunti devono essere ristorati, per la particolarità della situazione, in via equitativa, con somma comprensiva del danno morale, nell'importo suindicato. Non emerge un danno da consapevolezza del paziente, po-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

sto che i CCTTUU menzionavano un aggravio della progressione del coma, con effetti quindi verificatosi in una condizione di incoscienza preesistente.

13. Il danno jure proprio da perdita del rapporto parentale, risarcibile in favore dei congiunti e da liquidarsi secondo le note tabelle del Tribunale di Milano, come evidenziato in precedenza per la Suprema Corte subisce un ridimensionamento rispetto quello ordinariamente liquidato (tra le tante, sentenza n. 15991/21), in considerazione del verosimile limitato arco temporale in cui i congiunti avrebbero potuto ancora godere, sia sul piano affettivo che economico, del rapporto con il soggetto anzitempo deceduto.

Nella fattispecie in esame in considerazione dell'evoluzione comunque capace del decesso in tempi non lunghi e della condizione di coma che l'omissione aggravava, l'abbattimento del danno parentale deve essere sostanziale e tale da liquidare ai congiunti jure proprio un quarto del minimo tabellare.

Persona_4 all'epoca aveva 66 anni, la moglie 62, i figli 39 (*Pt_2*) e 33 (*Per_5* *[illegible]*). L'importo dovuto in virtù delle note tabelle del Tribunale di Milano all'attualità, trattandosi di debito di valore, era di €. 234.660,00 per la moglie, convivente e con altri due familiari anche loro conviventi, come da Certificato di Stato di Famiglia versato in atti, e di €. 258.126,00 per ciascun figlio. Le somme, ridotte ad ¼, sono pari ad €. 58.665,00 per la moglie ed €.64.531,50 per ciascun figlio, determinate all'attualità, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al giorno del decesso e poi via via rivalutata.

14. Il danno patrimoniale da riconoscere in favore del coniuge, che sosteneva le spese, è pari alle spese funerarie documentate (€. 4.081,32 del [redacted] quelle per l'aeromobile attrezzato ed equipe medica per il trasporto a Parma (€.10.000,00 del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

04.2.2010), l'ambulanza (€. 300,00 dell'11.2.2010), per un totale di €.14.381,32, non concedendosi valenza probatoria alle mere ricevute provenienti da terzi e sfornite di indicazione anche di chi sarebbe il fruitore delle somme indicate sub13) del fascicolo di parte attrice in primo grado. Tale importo deve essere gravato di rivalutazione ed interessi dal fatto sino alla sentenza.

15. Dalla riforma della sentenza impugnata ne consegue la condanna dell'appellato al pagamento delle spese di lite per entrambi i gradi del giudizio con applicazione del tariffario nella forchetta di valore corrispondente alla somma liquidata e con liquidazione delle fasi del giudizio in un importo compreso tra i minimi ed i medi tariffari ed aumento del 30% per ciascuna parte patrocinata in più.

P. Q. M.

definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *Parte_1* , *Parte_2* *[...]* e *Parte_3* , avverso la sentenza del Tribunale di Napoli Nord n.2813/2018 pubblicata il 07.11.2018, in accoglimento dell'appello e in riforma dell'impugnata sentenza così provvede:

a) Accoglie la domanda proposta da *Parte_1* , *Parte_2* e *Parte_3* *[...]* per quanto di ragione e condanna l *Controparte_1* *[...]* al pagamento delle seguenti somme:

- € 74.546,32 (€. 58.665,00 + €.14.381,32 + €. 1.500,00= 74.546,32) oltre interessi al tasso legale su tale somma devalutata al [redacted] e poi via via rivalutata di anno in anno sino alla pubblicazione della presente sentenza, in favore di *Parte_1* ;

- €. 66.031,50 (€ 64.531,50+ € 1.500,00= 66.031,50) oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al [redacted] e poi via via rivalutata di anno in anno sino alla pubblicazione della presente sentenza, in favore di *Parte_2* ;

- €. 66.031,50 (€ 64.531,50+ € 1.500,00= 66.031,50) oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al [redacted] e poi via via rivalutata di anno in anno sino alla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797

pubblicazione della presente sentenza, in favore di *Parte_3* .

b) condanna *Controparte_1*

alla rifusione delle spese del giudizio in favore di *Parte_1* , *Parte_2* e *Parte_3* nella misura di €. 13.000,00 per competenze, €. 500,00 per esborsi, 15% per rimborso forfettario ed oneri accessori, per il primo grado, ed €. 12.000,00 per competenze, €. 800,00 per esborsi, 15% per rimborso forfettario ed oneri accessori, per l'appello, con attribuzione di dette somme all'avv.to [redacted] dichiaratasi antistataria;

c) pone definitivamente a carico dell' *Controparte_1* *[...]* le spese delle espletate CTU, sia di primo grado sia del grado di appello, come liquidate.

Così deciso il 5.09.2025

Il Giudice Ausiliario estensore — Il Presidente

dr. Sandro Figliozzi — dr.ssa Maria Di Lorenzo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-797