REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DI APPELLO DI NAPOLI

SEZIONE CIVILE NONA (ex QUARTA A)

riunita in camera di consiglio nelle persone dei seguenti magistrati:

dott. Eugenio FORGILLO Presidente

dott.ssa Natalia CECCARELLI Consigliere

dott.ssa Maria DI LORENZO Consigliere rel./est.

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile in grado di appello iscritta al n. 5577/2019 R.G.A.C., riservata in decisione all'esito dell'udienza di precisazione delle conclusioni del 17.06.2025, svoltasi ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c., con concessione dei termini ordinari di cui all'art. 190 c.p.c., e vertente

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), *Parte_2* (C.F. *C.F._2*), *Parte_3* (C.F. *C.F._3*) e *Parte_4* *[...]* (C.F. *C.F._4*), in proprio e nella qualità di eredi di *[...]* *Persona_1* rappresentati e difesi, in virtù di procura allegata all'atto di appello, dagli avvocati [redacted] (C.F. *C.F._5*) ed [redacted] (C.F. *C.F._6*), ed elettivamente domiciliati presso il seguente indirizzo PEC: *Email_1*

APPELLANTI

E

Controparte_1 *[...]* C.F. E P.IVA *P.IVA_1*), rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla comparsa di costituzione, dall'avvocato [redacted] (C.F. *C.F._7*), elettivamente domiciliata presso il suo studio, in Napoli, alla [redacted] e presso il seguente indirizzo di PEC: *Email_2*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[...]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

APPELLATA

OGGETTO: appello avverso la sentenza n. 10048/2019 del Tribunale di Napoli, pubblicata il 9.11.2019.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E CONCLUSIONI

§1.Con atto di citazione ritualmente notificato in data 27.2.2014, gli appellanti in epigrafe, in proprio e quali eredi di *Persona_1* convennero in giudizio l *[...]* *Controparte_2* (d'ora in avanti, per brevità, solo *CP_3*, chiedendo, previo accertamento della responsabilità della struttura in relazione al decesso della loro congiunta, la condanna al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali dagli stessi subiti, *iure hereditatis* e *iure proprio*, quantificati in € 1.700.000,00 o in quella diversa somma ritenuta di giustizia, oltre il danno da ritardo e gli interessi.

In particolare gli attori dedussero che *Persona_1* affetta da disturbi di disfonia e disfagia legati ad un prolasso delle corde vocali, veniva ricoverata presso la struttura ospedaliera convenuta e sottoposta in data 8.5.2009 ad un intervento per "*exeresi neoformazione corda vocale sinistra e prolasso corda vocale destra*", con biopsia laringea per esame istologico. In data 21.5.2009 le veniva diagnosticato un carcinoma epidermide alla corda vocale sinistra, come da referto istologico.

Precisarono che il 22.5.2009 la loro congiunta veniva nuovamente ricoverata presso la struttura convenuta nel reparto di otorinolaringoiatra e che, solo in data 9.6.2009, dopo diversi giorni di attesa, veniva sottoposta ad un intervento chirurgico di "*laringectomia subtotale ricostruttiva",* con posizionamento di una gastrostomia endoscopica percutanea per supporto nutrizionale (PEG) e di una cannula tracheostomica.

In data 12.6.2009, a seguito della perdurante fuoriuscita di secrezioni e liquidi dalla cannula gastrostomica, dovuta ad una dislocazione della PEG, i sanitari procedevano ad un intervento di riconfezionamento chirurgico del dispositivo e, in seguito, al trasferimento della paziente in terapia intensiva.

Gli attori aggiunsero che, con riferimento al lasso di tempo antecedente l'intervento di riconfezionamento chirurgico del dispositivo, "*la stanza in cui si trovava ricoverata la paziente era completamente aperta ad un andirivieni di visitatori, e dunque per tale ragione maggiormente esposta ad infezioni di qualsiasi genere, di quanto già non sia di per sé la degenza presso gli ambienti nosocomiali: tant'è che la paziente continuava ad avere dei decimi di febbre (37°-37,5° - 38° C).*" (cfr. pag. 3 dell'atto di citazione).

In data 15.6.2009, a causa del costante stato febbrile in cui versava la paziente e delle continue secrezioni dalla cannula tracheostomica, veniva effettuato dai sanitari un tampone colturale, risultato positivo per un'infezione batterica complessa, circostanza che non veniva comunicata ad essi familiari.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

Gli attori dedussero, inoltre, che, in seguito, la loro congiunta veniva sottoposta a terapia antibiotica e a continui controlli e visite nonché ad esami diagnostici (tac addominale) e precisarono: "*la paziente continuava ad espettorare sangue con muchi dal sondino posizionato alla gola, mucosità che le venivano aspirati con una cannula monouso, che però sin dall'inizio non era mai sostituita, e che veniva pulita nell'acqua raccolta dal rubinetto (conduttore idriche poste poi, come si dirà in seguito,* [redacted] *per la presenza di colonie batteriche di legionella e pseudomonas)* (cfr. pag. 5 dell'atto di citazione).

In data 10.7.2009, il giorno successivo alla rimozione della cannula tracheale, la paziente, nonostante il perdurare di un lieve stato febbrile ed episodi di svenimenti e malori verificatisi nei giorni immediatamente precedenti, veniva dimessa con la sola indicazione di consulenza oncologica e di controlli periodici, senza prescrizione di alcuna terapia antibiotica e indicazione sul trattamento domiciliare delle ferite chirurgiche.

Il 15.7.2009 veniva nuovamente ricoverata a causa di difficoltà di deglutizione, persistendo uno stato febbrile con gravi difficoltà respiratorie. La paziente, a causa di un significativo peggioramento della sintomatologia respiratoria, veniva trasferita in terapia intensiva, dove le veniva somministrata una terapia antibiotica e antimicotica e fornita assistenza ventilatoria.

Gli attori evidenziarono che "*Il quadro settico si presentava complesso, in quanto nei muchi espettorati dalla paziente (riscontrati a seguito quindi di bronco aspirato ed accertamenti similari) e nel liquido addominale, anch'esso analizzato dai medici, vi era la presenza di batteri di cui molti gram negativi, di natura meramente nosocomiale, quali l'acinotobacter baumannii, lo pseudomnonas, la klebisiella, il citrobacter, l'enterococcus avium, l'enterococcus faecalis, la candida albicans e la candida tropicalis (cfr. cartelle cliniche e foglio batteri allegato)*" (cfr. pag. 8 dell'atto di citazione).

In data [redacted] si verificava un episodio di bradicardia spinta, seguito da arresto cardiocircolatorio che, nonostante la terapia rianimatoria, conduceva la paziente all'*exitus*.

Ricostruiti i fatti che caratterizzarono la vicenda clinica occorsa alla loro congiunta, gli attori dedussero che l'aggravamento delle condizioni della paziente, sino all'*exitus* per stato settico tossico, era da ricondursi all'erroneo inserimento della PEG, al colpevole ritardo con cui veniva eseguito l'intervento di laringectomia e, poi, quello di riposizionamento della PEG, nonché alle dimissioni "*frettolose*", senza prescrizione di terapia antibiotica.

Lamentarono, inoltre, la mancata adozione da parte della struttura convenuta delle misure necessarie ad eliminare il rischio di infezioni ospedaliere, deducendo al riguardo: "*Il processo settico di tipo severo, che ha costituito la causa del decesso, è stato certamente provocato dalla lunga degenza in ambiente ospedaliero e dalla coincidenza del ricovero con l'infestazione dell'* Controparte_4 *da batteri patogeni pericolosi, quali la legionella e lo pseudomonas: ciò risulta confermato da* [redacted] *della sig.ra* Per_1 *in dipendenza dei quali*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

[redacted] *della Struttura (cfr. doc. n. 5-servizio giornalistico "* CP_1 [redacted] *)*. (cfr. pag. 14 dell'atto di citazione).

Contestarono, infine, ai sanitari l'omessa acquisizione di un valido consenso informato al trattamento chirurgico di exeresi, all'impianto della PEG e alla successiva rimozione della cannula tracheale, per non avere rappresentato alla paziente le possibili complicanze delle descritte pratiche mediche, e, infine, la non corretta tenuta della cartella clinica.

Incardinatasi la lite, si costituì l' CP_3 chiedendo il rigetto della domanda, in quanto infondata, sul rilievo che non sussistevano i lamentati comportamenti, asseritamente colposi, dei sanitari.

Acquisita la consulenza tecnica disposta di ufficio, la causa fu decisa con la sentenza oggi appellata, con la quale il Tribunale rigettò la domanda attorea, escludendo, sulla base della espletata c.t.u. e della documentazione medica acquisita agli atti, qualsivoglia responsabilità a carico del personale medico della azienda convenuta nella produzione del lamentato danno. Compensò nella misura del 50% le spese di lite, ponendo il restante 50% a carico di parte attrice soccombente.

In particolare, il Tribunale evidenziò come fossero stati esclusi dal consulente nominato di ufficio, dott. Per_2 (e dall'infettivologo, dallo stesso interpellato, dott. [redacted] e dai tecnici nominati dal Pubblico Ministero, condotte colpose a carico dei sanitari con riferimento ai primi due profili di inadempimento allegati dagli attori ovvero "*errato inserimento della PEG e colpevole attendismo nell'eseguire dapprima l'intervento di laringectomia e successivamente quello di riposizionamento dello strumento*".

Quanto, invece, all'ulteriore profilo di inadempimento contestato, ovvero la "*frettolosa dimissione senza prescrizione di terapia antibiotica*" in data 10.7.2009, il Tribunale ritenne, pur rilevando sul punto le contraddizioni dell'elaborato peritale, che il c.t.u., in risposta alle osservazioni critiche del consulente di parte convenuta, avesse riconosciuto l'insussistenza di un nesso causale tra l'omessa prescrizione della terapia antibiotica ed il decesso della paziente Per_1 . Osservò, al riguardo, che "*questo è il solo senso attribuibile all'affermazione secondo cui non è possibile affermare, con l'affidabilità necessaria che questi casi richiedono, un determinismo nell'exitus della sig.ra* Per_3 *rispetto alla mancata prescrizione di terapia antibiotica*" (cfr. pag. 4 della sentenza impugnata).

Il Tribunale, inoltre, sottolineò come la vicenda era stata esaminata anche dai periti del P.M., dottori Per_4 e Per_5 , i quali, all'esito dell'esame autoptico, pur criticando la dimissione del 10.7.2009 per l'omessa prescrizione di una terapia antibiotica e di indicazioni per il trattamento domiciliare delle ferite chirurgiche, evidenziarono, sulla base dello stato clinico della paziente al tempo del secondo ricovero (15.7.2009): "*l'analisi della vicenda esiziale della sig.ra* Per_1 *consente di affermare che una terapia antibiotica*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

empirica ad ampio spettro seppure intrapresa all'atto della dimissione del 10/7 e durante il periodo di permanenza domiciliare, non avrebbe garantito di dominare con certezza un così grave processo settico occorso in soggetto già debilitato da una complicata vicenda clinico-chirurgica e dalla presenza di patologia neoplastica alla laringe". (cfr. conclusioni dei periti trascritte a pag. 5 della sentenza impugnata).

Con riferimento, poi, al contestato deficit informativo, il Tribunale evidenziò come gli attori non avessero fornito la prova che la paziente, se correttamente informata, avrebbe rifiutato i trattamenti ed interventi ai quali fu sottoposta.

Infine, il Tribunale ritenne fuori dal *thema decidendum* la questione introdotta dall'affermazione del consulente di ufficio secondo cui "*la struttura sanitaria convenuta era gravata dell'onere di dimostrare di avere adottato le cautele prescritte dalla vigente normativa in tema di preservazione delle condizioni igieniche dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici ed al ricovero dei pazienti e di sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata*", rilevando, in proposito, che gli attori non avevano dedotto che la loro congiunta fosse deceduta per un processo settico innescato dalle cattive condizioni igieniche della strumentazione utilizzata e/o della struttura in cui fu ricoverata e operata.

Con atto di citazione notificato in data 12.12.2019, gli appellanti in epigrafe indicati, nelle rispettive qualità, hanno proposto tempestiva impugnazione avverso la citata pronuncia, rassegnando le seguenti conclusioni: "*Voglia la Corte d'Appello riformare integralmente la sentenza indicata nell'epigrafe di questo atto, e per l'effetto accogliere integralmente la domanda attrice quale proposta in primo grado, condannando l* Controparte_1 *appellata al risarcimento dei danni, quali indicati e partitamente discussi nell'atto di citazione introduttivo. Con interessi ex lege e danno da ritardo, e con condanna dell'appellata alle spese del doppio grado da distrarsi in favore dell'Avv.* [redacted] *procuratore antistatario ex art. 93 c.p.c.*".

Si è costituita in data 19.2.2020 l' CP_3 resistendo al gravame, del quale ha chiesto il rigetto.

All'esito della scadenza del termine per il deposito di note scritte, sostitutive dell'udienza di precisazione delle conclusioni del 17.06.2025, la causa, sulle rinnovate conclusioni delle parti, è stata riservata in decisione, con la concessione dei termini ordinari per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

§ 1.1. Con il primo motivo di gravame gli appellanti censurano la sentenza impugnata nella parte in cui il Tribunale ha escluso profili di responsabilità a carico dei sanitari con riferimento al contestato erroneo inserimento della PEG, lamentando sul punto un contrasto con le risultanze dell'istruttoria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

Infatti - osservano - il consulente nominato di ufficio aveva individuato la causa primaria del processo settico, che ha portato al decesso della loro congiunta, nella non corretta introduzione della PEG (pag. 99 della consulenza di ufficio: "*il primo movens dei successivi eventi infettivi a partenza addominale sembra riconoscibile nella dislocazione della PEG e nella conseguente fuoriuscita di materiale enterico dalla breccia gastronomica";* pag. 127: *"la successiva infezione della parete addominale non riconosce come primus movens un'infezione della ferita, bensì la dislocazione della PEG"*).

La circostanza sarebbe confermata anche dai periti del P.M. all'esito delle operazioni autoptiche eseguite sulla *Per_1* nell'ambito del procedimento penale a carico dei sanitari, conclusosi con l'archiviazione (alla pag. 18 dell'elaborato peritale si legge: "*l'impianto di tale dispositivo, seppure nell'immediatezza non sembrò creare particolari problemi clinici, a distanza di circa 3 giorni dall'intervento di posizionamento (12/6), considerata la presenza di riflusso della soluzione fisiologica introdotta nel dispositivo e di secrezioni giallastre in sede perofiziale sulla parete addominale, ecc."*).

L'errore tecnico commesso dai sanitari nell' inserimento della PEG, descritto dagli appellanti come un intervento di natura routinaria, con bassa incidenza di complicanze chirurgiche (1.5% secondo i consulenti del P.M.), sarebbe quindi eziologicamente collegato all'insorgenza del processo flogistico infettivo a base addominale, fondando così la responsabilità dei sanitari della struttura convenuta.

§ 1.2. Con il secondo motivo di impugnazione gli appellanti censurano la sentenza del primo giudice nella parte in cui ha escluso la responsabilità dei sanitari anche con riferimento alla omessa prescrizione di terapia antibiotica domiciliare all'atto delle dimissioni della paziente, in data 10.7.2009.

In particolare, gli appellanti valorizzano l'affermazione del consulente di ufficio secondo cui la terapia antibiotica domiciliare "*molto probabilmente avrebbe influito positivamente sul decorso del caso clinico*" (cfr. pag. 128 della consulenza) al fine di affermare la sussistenza di un nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno, secondo il criterio civilistico del "*più probabile che non*".

§ 1.3. I motivi, esaminati congiuntamente in quanto connessi, sono infondati.

Appare opportuno, preliminarmente, rilevare che il Tribunale ha correttamente scrutinato la fattispecie in esame, verificatasi in epoca anteriore all'entrata in vigore della legge n. 24/2017, alla luce degli orientamenti giurisprudenziali consolidati, affermando la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria e applicando il relativo criterio di riparto dell'onere della prova a carico delle parti.

In particolare, con specifico riferimento alle fattispecie di inadempimento delle obbligazioni professionali, tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica, è onere del creditore-attore dimostrare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

del professionista sia stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno lamentato (Cass. 07/12/2017, n.29315; Cass. 15/02/2018, n. 3704; Cass. 20/08/2018, n. 20812), mentre è onere del debitore dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inadempimento (o l'inesatto adempimento) è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza, e dunque sia oggettivamente non imputabile all'agente (Cass. ordinanza n.10050/2022; Cass. ordinanza n. 5808/2023; Cass. ordinanza n. 21511/2024).

Il paziente è, quindi, tenuto a provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale tra la condotta del medico, violativa delle regole di diligenza, e l'evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia), non essendo sufficiente la semplice allegazione dell'inadempimento del professionista.

Ciò premesso, con riguardo alla fattispecie in esame, si osserva quanto segue.

L'esame della documentazione clinica in atti e dell'elaborato peritale consente alla Corte di escludere - condividendo sul punto la decisione del Tribunale - una responsabilità dei sanitari rispetto all'exitus della paziente con riferimento ad entrambe le condotte asseritamente colpose ribadite in appello, ovvero la non corretta allocazione della PEG e l'omessa prescrizione della terapia antibiotica domiciliare.

Con riferimento al primo profilo di censura, il consulente nominato di ufficio, dopo aver analizzato la storia clinica della paziente, ha rilevato come i primi problemi clinici presentati nel corso del ricovero fossero da attribuirsi ad una dislocazione della PEG, con conseguente fuoriuscita di materiale gastrico e successivo riscontro di presenza della raccolta nella parete addominale, conseguente alla mancata chiusura della breccia gastrostomica.

Il consulente di ufficio ha chiarito, però, anche riportando il parere del proprio consulente infettivologo, che, sebbene il *primum movens* dei successivi eventi infettivi, a partenza addominale, sembrava individuabile nella dislocazione della PEG, le sovrapposizioni infettive furono gestite in modo adeguato con terapie antibiotiche empiriche e mirate, nonché corrette sia nella scelta delle molecole utilizzate che nei dosaggi.

Ha rilevato come le frequenti medicazioni addominali nella sede della gastrostomia e l'invio di campioni multipli microbiologici a provenienza addominale denotino una particolare attenzione all'aspetto infettivologico del caso, al pari delle terapie farmacologiche praticate dai sanitari sulla base dei rilievi della flora microbica di volta in volta individuata.

In definitiva, sulla base della consulenza di ufficio, correttamente il Tribunale ha escluso la sussistenza di una condotta colposa a carico dei sanitari in relazione alla dislocazione della PEG, rappresentata dal

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

consulente come mera complicanza dell'intervento chirurgico di inserimento del *device*, e fonte della primaria infezione correttamente gestita dai sanitari.

Con riferimento, inoltre, al secondo profilo di censura, lo stesso consulente di ufficio ha ritenuto di non poter affermare "*con l'affidabilità necessaria che questi casi richiedono*" che la mancata prescrizione di terapia antibiotica domiciliare abbia avuto un ruolo significativo nel decesso della paziente.

Invero il consulente, pur stigmatizzando la condotta omissiva dei sanitari, ha escluso rispetto alla stessa un determinismo nell'*exitus* della paziente. La circostanza, come correttamente rilevato dal Tribunale, trova riscontro anche nelle valutazioni dei consulenti del PM, i quali affermarono, a fronte della rilevata complessità del processo flogistico-infettivo esistente a carico della paziente al momento del secondo ricovero, che "*una terapia antibiotica empirica ad ampio spettro seppure intrapresa all'atto della dimissione del 10/7 e durante il periodo di permanenza domiciliare, non avrebbe garantito di dominare con certezza un così grave processo settico occorso in soggetto già debilitato da una complicata vicenda clinico-chirurgica e dalla presenza di patologia neoplastica alla laringe*".

Lo specialista infettivologo (che ha collaborato con il c.t.u.) ha evidenziato, a carico della paziente, un quadro caratterizzato da due eventi settici significativi: "*1) La presenza della raccolta nella parete addominale secondaria alla mancata chiusura della breccia gastrostomica; 2) L'insufficienza respiratoria secondaria alla comparsa di addensamenti polmonari a patogenesi di non certa definizione*". Ha quindi descritto l'evoluzione del quadro clinico della paziente come severo e indicativo di una sfida clinica di elevata difficoltà e solo in parte gestibile sulla base delle indicazioni dei testi di medicina, delle evidenze scientifiche riportate in letteratura e delle linee guida, anche in considerazione delle comorbilità, della fragilità della paziente e dell'isolamento di germi multiresistenti. (pag. 74 consulenza tecnica di ufficio – valutazione infettivologica).

Va, inoltre, rilevato che, nelle sue conclusioni, il consulente di ufficio ha ribadito che i trattamenti sanitari risultavano corretti; all'atto dell'intervento di laringectomia subtotale, la paziente era sotto copertura antibiotica e la patologia infettiva, quasi immediatamente rivelatasi, veniva gestita nel migliore dei modi. Nessuna censura è stata, poi, mossa ai sanitari in ordine all'iter diagnostico e terapeutico seguito, mentre le cure prestate alla paziente sono definite "*adeguate sotto ogni profilo*".

Alla luce delle esposte considerazioni, la Corte condivide la decisione del Tribunale che, sulla base degli esiti della consulenza tecnica, risultati conformi anche alle conclusioni a cui sono pervenuti i consulenti nominati dal PM, ha ritenuto non dimostrata l'esistenza del nesso causale tra l'omessa prescrizione della terapia antibiotica all'atto delle dimissioni del 10.7.2009 e il decesso della paziente.

§ 2. Con il terzo motivo di gravame, gli appellanti censurano la sentenza impugnata laddove il Tribunale ha ritenuto che "*l'affermazione del CTU, secondo cui <<la struttura sanitaria convenuta era gravata dell'onere di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

dimostrare di avere adottato le cautele prescritte dalla vigente normativa in tema di preservazione delle condizioni igieniche dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici ed al ricovero dei pazienti e di sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata>>, introduce una questione che è fuori dal thema decidendum perché gli attori non hanno dedotto che la loro congiunta morì per un processo settico innescato dalle cattive condizioni igieniche della strumentazione utilizzata e/o della struttura in cui fu ricoverata e operata "(cf. pag. 5 della sentenza impugnata).

Gli appellanti argomentano il motivo di impugnazione riproducendo testualmente le allegazioni e le deduzioni contenute nell'atto di citazione e nei successivi scritti difensivi del primo grado, in cui delineano la natura nosocomiale dell'infezione, al fine di evidenziare l'errore in cui è incorso il Tribunale per aver ritenuto la questione *de qua* al di fuori del *thema decidendum*.

§ 2.1. Il motivo è fondato.

Non è revocabile in dubbio che, già nell'atto di citazione introduttivo del primo grado, gli odierni appellanti abbiano prospettato un'origine nosocomiale del precesso settico che aveva colpito la loro congiunta, conducendola all'exitus. Il Tribunale, pertanto, avrebbe dovuto esaminare nel merito la domanda, in presenza, peraltro, di una consulenza di ufficio che aveva espressamente riconosciuto la natura nosocomiale dell'infezione contratta dalla paziente.

Del resto, la giurisprudenza di legittimità ha affermato in materia di responsabilità sanitaria il principio secondo cui non è richiesta una specifica individuazione *ex ante*, da parte dell'attore, di elementi tecnico/scientifici che – di norma – possono acquisirsi compiutamente soltanto all'esito dell'istruttoria e con l'espletamento di una c.t.u.. Diversamente opinando, secondo la Cassazione, si graverebbe l'attore di un onere di preventiva individuazione delle cause del danno e delle condotte colpose (anziché di mera allegazione della derivazione del danno dall'inesatto adempimento dell'obbligazione) che si tradurrebbe in un limite ingiustificato all'esercizio del suo diritto di azione. (Cass. ord. n. 6850/2018).

A questo punto, va esaminata nel merito la domanda - introdotta, come detto, già nell'atto di citazione introduttivo del primo grado - volta ad ottenere l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria in relazione al decesso della *Per_1* , quale conseguenza di un'infezione nosocomiale.

§ 3. In linea generale, in tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione cd. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova, anche a mezzo di presunzioni, della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria.

E' emerso, all'esito delle operazioni peritali, che il decesso della *Per_1* è stato provocato da uno stato settico diffuso con disfunzione multiorgano in un soggetto ospedalizzato - in assenza di patologia infettiva al momento del ricovero - per una neoplasia laringea e, pertanto, sottoposto a laringectomia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

subtotale, con conseguente inserimento di tubo tracheostomico e applicazione di PEG per la nutrizione enterale. (*diagnosi medico-legale: Insufficienza cardiorespiratoria da sindrome da disfunzione multiorgano per stato settico tossico in soggetto con orifizio fistoloso parete anteriore dello stomaco, raccolta parietale addominale, polmonite bilaterale, in paziente operata di laringectomia subtotale ricostruttiva per K laringeo. Exitus*).

A parere del consulente di ufficio, la sepsi irreversibile che ha condotto la *Per_1* all'*exitus*, è conseguenza di un'infezione nosocomiale ovvero di un episodio infettivo contratto dalla paziente durante la permanenza in ambiente ospedaliero. Detta convinzione è suffragata dalla tipologia dei microrganismi isolati nel corso dei ricoveri e dalla circostanza, documentalmente accertata e comunque pacifica, che la paziente al momento dell'accesso presso l' *CP_3* on era affetta da patologia infettiva.

Inoltre, il consulente ha escluso che le comorbilità presenti possano aver favorito il processo settico poi sviluppatosi. Nel caso di specie - ha chiarito il consulente di ufficio - il rischio di infezione nosocomiale a carico della paziente era invece aggravato dall'inserimento di dispositivi medici come la PEG e dalla permanenza della paziente in un ambiente non sterile ovvero in una stanza di degenza generica, aperta ai visitatori.

Per quanto esposto, la Corte ritiene, condividendo le conclusioni del consulente nominato di ufficio dal Tribunale, sussistente il collegamento eziologico del decesso all'insorgenza del processo infettivo di origine nosocomiale. Invero, dall'istruttoria espletata emerge che la causa del processo settico complesso che ha colpito la *Per_1* è da ricondurre al ricovero della stessa presso la struttura dell' *CP_3* appellata e, in particolare, alle pratiche mediche ed assistenziali a cui è stata sottoposta.

Tutti gli elementi acquisiti nel corso del giudizio depongono nel senso della contrazione dell'infezione da parte della *Per_1* durante il ricovero fruito dal 22.5.2209 al 10.7.2009 (data dimissioni) presso l' *CP_3* n detto periodo era già stata riscontrata dai sanitari sia l'infezione a sorgente intraddominale (cfr. referto esame colturale del 22.6.2009) sia di quella polmonare (cfr. referto RX del torace, suggestiva di versamento pleurico, del 18.6.2009), situazioni originarie a cui il c.t.u. ha ricondotto la successiva evoluzione del quadro clinico, la condizione settica e infine il decesso (cfr. pag. 125 consulenza).

A ciò si aggiunga che la paziente, dopo le dimissioni del 10.7.2009, a causa di un repentino aggravamento della sintomatologia, era costretta a un nuovo ricovero in data 15.7.2009, a distanza di soli cinque giorni.

Non è infine neppure ipotizzabile l'incidenza di un'altra causa infettante, diversa da quella nosocomiale, essendo quest'ultima suffragata dalla storia clinica della *Per_1* e fondata su un dato storico e documentale ovvero la degenza in nosocomio. Diversamente ogni altra prospettazione operata dalla difesa della *CP_3* rimane confinata nell'ambito della mera astrazione, poiché priva di validazione fattuale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

Una volta assolto dagli odierni appellanti l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombeva sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dalla paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

Al riguardo la giurisprudenza ha affermato che la prova non va intesa riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato (Cass. ord. n. 5490/2023). "*La struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni nosocomiali, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e 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 delle 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 della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio*". (Cass. sentenza n. 6386/2023).

Nel caso di specie la struttura sanitaria non ha fornito alcun elemento di prova idoneo ad esonerarla da responsabilità in ordine al danno, essendosi anzi limitata a generiche difese e a contestazioni non specifiche dell'elaborato peritale.

Si deve in conclusione riconoscere la responsabilità dell' *CP_3* n ordine all'infezione nosocomiale che ha condotto la paziente *Per_1* all'*exitus*.

L'accertamento della responsabilità della appellata azienda impone alla Corte di quantificare l'importo che dovrà essere corrisposto in favore degli appellanti a titolo risarcitorio.

3.1. Danno *iure hereditatis*.

A seguito del decesso della propria congiunta, deve essere riconosciuto agli appellanti, in qualità di eredi di *Persona_1* il risarcimento del danno non patrimoniale patito da quest'ultima, comprensivo del pregiudizio subito per la lesione alla salute che l'ha condotta alla morte (danno biologico terminale) e della "lucida agonia" ovvero della sofferenza morale provata, in quanto certamente consapevole della gravità della patologia stessa e del probabile esito mortale (danno morale terminale).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

Al riguardo si evidenzia che la paziente nel corso del secondo ricovero viene descritta come sveglia e collaborante, nonché in grado di riferire sull'aggravamento della propria sintomatologia (cfr. documentazione clinica del 18.7.2009).

I così detti "danni terminali" di fonte giurisprudenziale e cristallizzati dalla Suprema Corte (SS.UU. sent. n. 15350/2015) rappresentano poste di danno liquidabili alla vittima di lesioni mortali, a condizione che il decesso non sia immediato, ma avvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni.

Al riguardo la Corte di Cassazione ha affermato il principio in base al quale "*in tema di danno da perdita della vita, nel caso in cui intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse, è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla menomazione della integrità fisica patita dal danneggiato sino al decesso. Tale danno, qualificabile come danno biologico terminale, dà luogo ad una pretesa risarcitoria, trasmissibile iure hereditatis da commisurare solo all'inabilità temporanea, adeguando tuttavia la liquidazione alle circostanze del caso concreto, ossia al fatto che, se pur temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità, tanto che la lesione alla salute non è suscettibile recupero ed esita, anzi, nella morte*". (Cass. 23153/2019; 15491/2014; Cass. 2564/2012; Cass. 15537/2014).

Di conseguenza, come richiesto dagli appellanti, il danno non patrimoniale subito dalla *de cuius* va liquidato applicando le tabelle adottate dal Tribunale di Milano pubblicate nell'anno 2018, aggiornate al 2024, contenenti i criteri orientativi per la liquidazione del danno biologico terminale, per il periodo di giorni 30 dalla data del secondo ricovero (15.07.2009) alla data del [redacted], nella misura complessiva di € 59.223,00, come di seguito precisato: € 35.247,00 per i primi tre giorni + € 23.976,00 (€ 888,00 per ciascun giorno successivo al terzo e fino al trentesimo).

Non va riconosciuto l'aumento personalizzato del 50% in mancanza di allegazione e prova dei fatti che lo sostengano.

L'importo di € 59.223,00 va suddiviso tra gli appellanti in ragione delle rispettive quote ereditarie.

Gli importi riconosciuti a titolo risarcitorio, essendo stati calcolati aggiornati alla redazione della presente sentenza, vanno devalutati al momento del [redacted] e rivalutati anno per anno, applicando all'importo progressivamente rivalutato gli interessi legali fino alla presente pronuncia e, successivamente, applicando solo gli interessi legali (Cass. n. 11899/2016).

3.2 Danno *iure proprio.*

In termini generali la morte di un prossimo congiunto determina per i prossimi congiunti superstiti un danno *iure proprio* di natura non patrimoniale, in quanto viene meno il godimento del rapporto personale con il congiunto defunto (c.d. danno da perdita del rapporto parentale), specialmente nel suo essenziale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

aspetto affettivo o di assistenza morale. L'evento morte determina per i congiunti superstiti la perdita di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti.

Per quanto attiene all'onere della prova, non è corretto considerare il danno parentale come sussistente in *re ipsa*, per il mero fatto del decesso del parente; il danno, invece, va in ogni caso allegato e descritto dalla parte interessata e la prova deve essere diretta a dimostrare tutti gli aspetti sopra esaminati, per consentire di desumere, in primis, l'attualità del legame affettivo tra il parente e la vittima, la sua importanza e la sua non occasionalità.

Nel caso di specie, gli appellanti (coniuge e figli della *de cuius*) hanno chiesto nell'atto introduttivo del primo grado di lite il risarcimento dei danni non patrimoniali derivanti dalla perdita del congiunto deducendo esclusivamente il rapporto parentale, senza allegare e provare circostanze ulteriori. Pertanto, in conformità ai parametri predisposti dalle Tabelle di Milano aggiornate al 2024 ed al cd. valore del punto (€ 3.911,00), questa Corte ritiene equo, alla luce del deficit probatorio sopra evidenziato, riconoscere in favore di ciascuno degli appellanti le seguenti somme:

- a *Parte_1* (coniuge convivente, 57 anni al momento dell'evento) € 297.236,00, corrispondenti a 76 punti complessivi, suddivisi come segue: 18 punti per il parametro A (età della vittima primaria), 18 per il parametro B (età della vittima secondaria), 16 per il parametro C (convivenza), 9 per il parametro D (sopravvivenza di altri tre congiunti) e 15 per il parametro E (qualità ed intensità della relazione affettiva);

- *Parte_2* (figlia, 31 anni al momento dell'evento) € 230.749,00, corrispondenti a 59 punti complessivi, suddivisi come segue: 18 punti per il parametro A (età della vittima primaria), 22 per il parametro B (età della vittima secondaria), 0 per il parametro C (convivenza), 9 per il parametro D (sopravvivenza di altri due congiunti) e 10 per il parametro E (qualità ed intensità della relazione affettiva);

- *Parte_3* (figlio, 23 anni al momento dell'evento) € 238.571,00, corrispondenti a 61 punti complessivi, suddivisi come segue: 18 punti per il parametro A (età della vittima primaria), 24 per il parametro B (età della vittima secondaria), 0 per il parametro C (convivenza), 9 per il parametro D (sopravvivenza di altri tre congiunti) e 10 per il parametro E (qualità ed intensità della relazione affettiva).

- *Parte_4* (figlia, 21 anni al momento dell'evento) € 238.571,00 corrispondenti a 61 punti complessivi, suddivisi come segue: 18 punti per il parametro A (età della vittima primaria), 24 per il parametro B (età della vittima secondaria), 0 per il parametro C (convivenza), 9 per il parametro D (sopravvivenza di altri tre congiunti) e 10 per il parametro E (qualità ed intensità della relazione affettiva).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

Nello specifico va precisato che viene escluso il parametro della convivenza in relazione ai figli in mancanza di prova della stessa e in considerazione della loro età adulta; diversamente la convivenza viene presunta per il coniuge non separato in mancanza di contrari elementi di prova.

Ai fini dell'attribuzione dei punti per il parametro E, a fronte della mancata allegazione e prova di ulteriori circostanze di fatto qualificanti il rapporto parentale perduto in termini di intensità, si ritiene equo attribuire il punteggio di 15 al marito convivente e 10 ai figli, tenendo in considerazione lo stretto vincolo di parentela. Gli importi riconosciuti a titolo risarcitorio, essendo stati calcolati aggiornati alla redazione della presente sentenza, vanno devalutati al momento del [redacted] e rivalutati anno per anno, applicando sull'importo progressivamente rivalutato gli interessi legali fino alla presente pronuncia e, successivamente, solo gli interessi legali (Cass. n. 11899/2016).

Va da ultimo rigettata la domanda di risarcimento dei danni patrimoniali in quanto priva di supporto probatorio.

§ 4. Va infine dichiarato inammissibile, ai sensi dell'art. 342 c.p.c., l'ultimo motivo di gravame, con il quale gli appellanti censurano la sentenza impugnata lamentando l'omessa pronuncia da parte del Tribunale in ordine alla contestata non regolare e incompleta tenuta della cartella clinica.

Gli appellanti, invero, si limitano ad un generico richiamo delle pagine 18 e 19 dell'atto di citazione e neanche deducono l'eventuale conseguenza dell'omissione contestata.

§ 5. Spese di lite.

L'accoglimento dell'appello comporta la rideterminazione delle spese del primo grado di giudizio, tenendo conto dell'esito complessivo della lite.

Le spese del doppio grado del giudizio seguono la soccombenza dell' *CP_3* vengono liquidate come da dispositivo, facendo applicazione dei parametri di cui al D.M. 55/2014, come integrato con il D.M. n. 37/18 e modificato D.M. n.147/2022, negli importi previsti per le cause di valore superiore ad € 520.000,00, attestando i compensi nei minimi per il secondo grado, in considerazione dell'attività difensiva concretamente svolta e del fatto che, in sede di gravame, non è stata svolta alcuna attività istruttoria, con attribuzione all'avvocato [redacted] dichiaratosi antistatario.

Le spese della consulenza tecnica del giudizio di primo grado vanno poste definitivamente a carico dell' *Controparte_1*

P.Q.M.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930

La Corte, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *Parte_1* , *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_4* nei confronti di *[...]* *Controparte_2* avverso la sentenza in epigrafe indicata, così provvede:

1) in accoglimento dell'appello per quanto di ragione e in riforma della sentenza impugnata,

a) condanna l' *Controparte_5* *[...]* al pagamento, in favore di *Parte_1* , *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_4* della somma di € 59.223,00 da suddividere tra gli stessi in ragione delle rispettive quote ereditarie, oltre interessi legali da calcolare sulla somma devalutata alla data dell'evento [redacted], e rivalutata anno per anno in base agli indici istat, fino alla presente pronuncia;

b) condanna l' *Controparte_5* *[...]* l pagamento, in favore di *Parte_1* dell'importo di € 297.236,00, in favore di *Parte_2* dell'importo di € 230.749,00, in favore di *Parte_3* dell'importo di € 238.571,00 e in favore di *Parte_4* dell'importo di € 238.571,00; alle suddette somme vanno aggiunti gli interessi legali da calcolare sui medesimi importi devalutati alla data dell'evento [redacted], e rivalutati anno per anno in base agli indici istat, fino alla presente pronuncia;

2) condanna l' *Controparte_5* *[...]* , al pagamento delle spese di lite in favore di *Parte_1* , *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_4* , spese che, con attribuzione all'avvocato [redacted] si liquidano, per il primo grado, in euro 1.505,44 per esborsi ed euro 29.194,00 per compensi, oltre rimborso spese generali al 15%, iva e cpa, e, per il presente grado, in euro 2.556,00 per esborsi ed euro 13.078,00 per compensi, oltre rimborso spese generali in misura del 15%, iva e cpa. Pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio del giudizio di primo grado definitivamente a carico dell' *[...]* *Controparte_2*

Così deciso, nella camera di consiglio del 29.12.2025

Il Consigliere Estensore — Il Presidente

dott.ssa Maria Di Lorenzo — dott. Eugenio Forgillo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-930