REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte di Appello di Palermo - Sezione Seconda Civile – riunita in camera di consiglio e composta dai sigg.ri magistrati:

Dott. Giuseppe Lupo Presidente

Dott.ssa Virginia Marletta Consigliere

Dott.ssa Sebastiana Ciardo Consigliere rel.

ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 324/2021 del R.G. di questa Corte di Appello, vertente in questo grado

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*) nata il *DtN_1* a *LuogoNascita_1* ; *Parte_2* (c.f. *C.F._2*) nata il *DtN_2* a *LgN_2* , in proprio e nella qualità di eredi della sig.ra *Persona_1* [redacted] *LgN_3* l *DtN_3* e [redacted] elettivamente domiciliati a [redacted] *Indirizzo_1* presso lo studio dell'avv.to Pa- [redacted] che le rappresenta e difende per mandato in atti;

– parte appellante –

CONTRO

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1* in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in *CP_1* nella *Indirizzo_2* , elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. [redacted] in Menfi, *Indirizzo_3* ,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

che le rappresenta e difende per mandato in atti

– parte appellata –

~~~~~~~~~~

***Conclusioni delle parti**:*

Appellante*: "come in atto di appello";* Appellata "*come in comparsa di costituzione e risposta"*

~~~~~~~~

MOTIVI DELLA DECISIONE

❖ Fatti di causa

Il Tribunale di Agrigento, con sentenza n. 605/2020 emessa in data 21.7.2020, rigettò le domande proposte da *Parte_1* e *[...]* *Parte_3* nei confronti dell' *Controparte_1* *[...]* (di seguito *Cont*), aventi ad oggetto il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale subito *iure proprio* e *iure successionis,* in conseguenza dell'intervenuto decesso della madre *Persona_1* causato dall'imperita condotta dei medici dell'ospedale " [redacted] di [redacted] condannandole a rifondere le spese di lite e quelle di ctu.

Avverso la predetta decisione proponevano appello le attrici in primo grado; resisteva al gravame l'*Cont*.

Disposta la trattazione scritta ai sensi dell'art. 127ter c.p.c., il giorno 18.4.2023, sulle conclusioni precisate come in epigrafe, la causa è stata posta in decisione, con assegnazione, ex artt. 352 e 190 c.p.c., dei termini di giorni sessanta per il deposito delle comparse conclusionali, e di giorni venti per il deposito delle memorie di replica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

~~~~~~~

❖ **MOTIVI DI APPELLO**

1. Con il primo motivo di appello viene censurata la sentenza di primo grado, nella parte in cui ha rigettato, perché erroneamente ritenuta sfornita di prova, la domanda risarcitoria conseguente alla dedotta lamentata responsabilità della struttura sanitaria per "disfunzione organizzativa", dimostrata dai ritardi diagnostici e dalle plurime negligenze rilevate dai consulenti tecnici di parte, emergenti dalla documentazione sanitaria prodotta che prova "la superficialità e l'approssimazione che ha caratterizzato l'organizzazione del reparto di rianimazione e l'irregolarità della cartella clinica".

2. Con il secondo motivo di gravame, le appellanti si dolgono per l'errata ricostruzione del nesso causale operata dal primo giudice, il quale non ha correttamente accertato il legame eziologico tra gli eventi e non ha tenuto conto della grave carenza informativa emersa dall'esame della cartella clinica. Rilevano che in ordine all'insorgenza "di diverse sovrainfezioni batteriche (da cui è dipesa la morte della donna – vds CTU pag. 13 cpv)" il ctu ha affermato che "qualora la terapia antifungina non fosse stata adeguatamente somministrata e nel caso in cui tali misure preventive di sovrainfezione batterica nosocomiale non fossero state adottate o, comunque, fossero state adottate in maniera inappropriata (circostanze non accertabili per l'incompletezza della cartella clinica), ciò avrebbe potuto determinare una riduzione di chance di sopravvivenza della sig.ra *Persona_1* " considerato che il progressivo aggravamento delle condizioni di salute della pa-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924
~~~~~~~

ziente è dipeso proprio dallo sviluppo del processo infettivo che ha condotto al decesso la Per_1 e ciò dimostra il nesso causale tra operato dei medici e la morte della paziente.

I motivi, da trattarsi congiuntamente, sono fondati nei termini che di seguito si espongono.

Dall'analisi documentale, come ricostruita nel diario esposto dal ctu, risulta che la Per_1 giungeva presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di [redacted] verso le ore 6,00 del mattina nella giornata del 9.8.2012 in condizioni di salute già gravi e un quadro clinico compatibile con polmonite complicata da versamento pleurico e da ischemia miocardica con arresto respiratorio, trattata, nell'immediatezza dai sanitari del nosocomio, con manovre rianimatorie risultate efficaci "*la sig.ra Per_1 veniva assistita con ventilazione con pallone di CP_3 e richiesto l'intervento del Rianimatore il quale, alle ore 6:45, interveniva sulla paziente "... dispnoica, tachipnoica, non collaborante ..." (che quindi aveva, grazie all'assistenza in CP_3 ripreso una propria attività respiratoria) sottoponendola ad intubazione orotracheale e ventilazione assistita*", tant'è che, rimanendo costantemente monitorata e ventilata artificialmente, recuperava gradualmente un certo benessere. La prima emocoltura ed urinocoltura del 10.08.2012 risultava negativa, di contro, il 15.08.2012 la paziente all'esame del broncoaspirato, risultava positiva per presenza di " Persona_2 e le veniva somministrata la terapia con fluconazolo. Il diario clinico registrato in cartella è così riassunto dal ctu, sulla base della documentazione prodotta: "il *20.08.2012 si registrava un "discreto miglioramento", con reperto au-*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

scultatorio toracico migliorato con presenza di qualche sibilo all'apice di destra. Il 21.08.2012 veniva posta in respiro spontaneo. L'EGA (emogasanalisi) mostrava buoni risultati. Alle 12:30 dello stesso giorno, veniva estubata. Intorno alle ore 22:00 veniva, tuttavia, reintubata per insufficienza respiratoria e richiesto esame rx torace di controllo. Il 22.08.2012 la paziente veniva sedata. La radiografia del torace mostrava un peggioramento del quadro radiografico. Veniva, quindi, programmato un ulteriore *Part* *per il giorno successivo. Nei giorni successivi il quadro clinico restava stazionario. Il 25.08.2012 "... si sospende terapia antibiotica in atto per limite di tempo. Si sostituisce con Tazobactam 2.250 gr x 3 al dì ...". Il 29.08.2012, stante il mancato miglioramento clinico "... si modifica l'antibioticoterapia ...". Il 30.08.2012 veniva richiesta broncoscopia",* che però, seppur ripetutamente richiesta dai medici del reparto, veniva eseguita solo in data 4.9.2012. Da quel momento si registrava un progressivo peggioramento delle condizioni di salute della *Per_1* , sebbene fosse seguita e monitorata, a causa dell'insorgenza di un grave processo infettivo "*nel B.A.L. del 29.08.2012 venivano isolati: Stafilococco coagulasi-negativo, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter Baumanii, Pseudomonas Aeruginosa. Nel BAL del 06.09.2012 venivano rilavati: Stafilococco Coagulasi-negativo, Proteus Mirabilis, Klebsiella Pneumoniae. Nel broncoaspirato del* [redacted] *venivano isolati: Pseudomonas Aeruginosa Candida Tropicalis".* Già dai primi esami radiografici del torace risultava evidente un iniziale massivo opacamento del polmone di sinistra ed un rinforzo diffuso della trama polmonare, indici sintomatici di versamento pleurico bilaterale da polmonite.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

Il consulente, con valutazione condivisibile, ha rilevato la correttezza delle scelte terapeutiche adottate dai sanitari: corretta è stata la scelta di non procedere al drenaggio del versamento in presenza di ventilazione sufficientemente efficace, per evitare rischi di ulteriori contaminazioni batteriche; corretta è stata la scelta di non utilizzare venodilatatori ed inoltre, corretta è stata la somministrazione di terapia antibiotica – seppur non segnalata in cartella clinica solo ipotizzata dal ctu in relazione agli esiti degli esami ematochimici – ed antifungina con (fluconazolo), tuttavia somministrata, quest'ultima, solo a partire dal 15.8.2012, dopo l'esito dei primi esami da cui risultò la presenza di Candida. Ancora una volta emerge la carenza di informazione della cartella clinica ove manca ogni indicazione sulla posologia del farmaco e sulle dosi somministrate, sicché, rileva lo stesso ctu, "*Agli atti non risulta se, dal 09.08.2012 al 15.08.2012, sia stata effettuata o meno una copertura antibiotica empirica*", soggiungendo, tuttavia, con valutazione rilevante sul nesso causale rispetto al successivo aggravamento che "*anche qualora non fosse stata effettuata una copertura antibiotica, ciò non avrebbe modificato il quadro clinico, né avrebbe apportato benefici alla paziente. Sarebbe stata, infatti, praticata una copertura generica empirica antibatterica in attesa del responso dell'antibiogramma, ma non una terapia antifungina (non prevista dalle raccomandazioni vigenti come terapia empirica di copertura) che, nel caso in specie, sarebbe stata l'unica dotata di una possibile efficacia*". Tale assunto, però, non tiene conto dei gravi ritardi che emergono dal momento del primo prelievo colturale fino a quando, peggiorate in maniera purtroppo rivela-

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

tasi irreversibile, le condizioni di salute della *Per_1* , veniva riscontrato un gravissimo processo infettivo in atto che contribuì ad aggravare le già precarie condizioni di vita della paziente, fino al suo decesso.

Sul punto, non può non assumere rilevanza determinante anche, come si dirà nel proseguo, sul profilo della corretta distribuzione degli oneri probatori, la gravissima carenza informativa della cartella clinica nella quale sono state omesse indicazioni importanti, ai fini della corretta ricostruzione degli eventi in termini di nesso causale.

Difatti, non si ha alcuna informazione sulla terapia farmacologica adottata dai sanitari e i soli dati indicati nel diario clinico non riportano informazioni sufficienti considerato che la cartella clinica non é corredata dal foglio di terapia né dal diario infermieristico. Tale ultimo documento sarebbe stato indispensabile in ordine all'accertamento della corretta procedura adottata dal personale del nosocomio per prevenire l'insorgenza dei processi infettivi cui la paziente era fortemente esposta, sia per le sue gravi condizioni di salute sia per le manovre ventilatorie praticate.

Quanto alla terapia antibiotica ed antifungina effettivamente somministrata, ancorché non correttamente registrata, tuttavia la erogazione in misura adeguata deve desumersi dai valori emersi dagli esami ematochimici e, in particolare, al valore di 16.900 dei globuli bianchi registrato al momento del primo prelievo eseguito alle ore 6:15, della giornata del ricovero, che in serata, alle ore 19:04, aumentava a 18.200 WBC, per poi decrescere nei giorni successivi e mante-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

nersi stabile a dimostrazione del positivo effetto dei farmaci somministrati ed evidentemente "*variati a seconda dei responsi degli esami colturali del secreto bronchiale eseguiti nel corso degenza per progressiva sovrapposizione di germi opportunisti alla iniziale pneumopatia da Candida*".

Per converso, è censurabile la mancata annotazione del diario infermieristico che avrebbe consentito di verificare la correttezza nell'adozione dei protocolli di igiene ed asepsi che il caso grave avrebbe imposto, peraltro, neppure mai allegati dall'*Cont* convenuta, gravata del relativo onere probatorio.

Sul punto, il ctu così si esprime: "*la sig.ra Per_1 rappresentava una paziente ad alto rischio di sovrainfezioni opportunistiche nosocomiali, stante la necessità di ventilazione artificiale prolungata e la lunga degenza in reparto di terapia intensiva. Le infezioni polmonari correlate alla ventilazione artificiale prendono il nome di VAP (polmonite associata a ventilatore). La prevenzione delle VAP che riconosce la coesistenza di molteplici fattori fisiopatologici inizia ancora prima dell'intubazione. Gli infermieri rappresentano la prima linea di difesa nella prevenzione delle colonizzazioni batteriche dell'orofaringe e del tratto gastro-intestinale. Il lavaggio meticoloso delle mani costituisce una misura economica facile per minimizzare la trasmissione di infezioni. Il ristagno di secrezioni va gestito osservando un'attenta asepsi durante l'esecuzione di aspirazione endotracheale. Mantenere un'adeguata idratazione, assicurare l'appropriata umidificazione del circuito ventilatorio e l'uso di nebulizzatori o di agenti mucolitici possono aiutare a di-*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

minuire la viscosità delle secrezioni eliminando così la necessità di instillare soluzioni saline. La mobilizzazione passiva attraverso la rotazione routinaria del paziente ogni 2 ore può aumentare il drenaggio delle secrezioni e diminuire il rischio di VAP. Anche la colonizzazione del circuito ventilatorio può giocare un ruolo nello sviluppo delle VAP, viene raccomandato quindi di cambiare il circuito di ventilazione quando appare visibilmente sporco, mentre non ha dimostrato particolare utilità il cambio giornaliero. Il posizionamento dei pazienti semiseduti con la testa del letto elevata da 30 a 45° previene il reflusso e l'aspirazione di batteri dallo stomaco verso le vie respiratorie. Tale semplice misura, quando possibile riduce la frequenza della VAP del 34%. A tal proposito, non riscontrandosi in cartella il diario infermieristico, non è possibile determinare se siano stati adottati tali accorgimenti utili nella prevenzione della VAP, incorsa nella fattispecie tramite numerose sovrainfezioni batteriche che aggravarono ulteriormente il quadro clinico della paziente sino al decesso".

Così ricostruito l'iter fattuale, i motivi vertono, dunque, non tanto sulla correttezza dell'operato dei sanitari, le cui cure e terapie si rivelarono adeguate, anche in ragione delle condizioni di salute che si presentavano già fortemente compromesse fin dall'arrivo al pronto soccorso dell'Ospedale di [redacted] quanto sulla rilevanza delle carenze informative che non hanno consentito di verificare se vennero adottati adeguate misure per prevenire le gravissime infezioni nosocomiali e se, il ritardo del riscontro diagnostico, abbia assunto una valenza concausale nell'intervenuto decesso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

L'assunto, tuttavia, merita delle precisazioni.

Le attrici, le quali in primo grado, hanno avanzato domanda risarcitoria allegando un comportamento imperito e colposo dei medici all'origine causale della morte della madre, in appello investono di gravame la sentenza di primo grado, precipuamente rispetto al mancato riconoscimento delle carenze organizzative della struttura ospedaliera e della omessa informazione su terapia adottata e sulle misure per prevenire l'infezione che, in carenza di documentazione, devono ritenersi colposamente omesse al punto da avere pregiudicato una maggiore chance di sopravvivenza della madre.

Quindi, tali omissioni colpose non sono causa del decesso, che verosimilmente si sarebbe comunque verificato stante la gravità delle condizioni di salute della paziente - soggetto peraltro ad alto rischio per patologie polmonari perché accanita fumatrice, obesa ed affetta da poliomelite da giovane – ma assumono rilevanza causale nelle serie degli eventi giacché se fosse stato correttamente trattato in via preventiva il processo infettivo, ciò avrebbe accresciuto le probabilità di sopravvivenza in una misura percentuale significativa, indicata dal ctp dott.ssa *Per_3* nel range 30% - 40% che può condividersi come misura percentuale da determinarsi in via equitativa, non confutata dal ctu in risposta ai rilievi critici né contestata dalle parte convenuta in primo grado.

- **Inquadramento fattuale**

Deve premettersi che il collegio non reputa necessario procedere ad una rinnovazione della ctu perché possono trarsi tutti i dati me-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

dico-legali e scientifici dall'analisi condotta dal consulente dr. *[...]* *Per_4* anche nei chiarimenti forniti in risposta ai rilievi critici formulati dalla ctp dott.ssa *Per_3* .

Dalla predetta ricostruzione degli eventi e delle omissioni colpose, emerge, in primo luogo la prova della riconducibilità dell'infezione alla permanenza in ospedale per lungo tempo e alle somministrazioni delle terapie e cure, nonché l'aggravamento causato dal processo infettivo sviluppatosi, oggetto di allegazione da parte delle attrici fin dall'atto di citazione, supportata dalla produzione della consulenza di parte. Sicché, deve ritenersi assolto l'onere probatorio sulle medesime gravanti.

E' consolidato il principio di diritto, cui aderisce il collegio, in tema di corretta distribuzione degli oneri probatori, affermato dalla costante giurisprudenza: "*In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione C.D. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, 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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato" (Cassazione civile sez. III, 22/02/2023, n. 5490).

Nella specie l'*Cont* ha del tutto omesso di indicare quali misure in concreto ha adottato per scongiurare il pericolo dell'insorgenza di infezioni, nei confronti di una paziente ad altissimo rischio, particolarmente esposta all'insorgenza di complicanze infettive, che avrebbe richiesto, pertanto, maggiori accorgimenti, omettendo pure di indicare in astratto i protocolli e le procedure assunte, prescritte dalle *leges artis* dell'epoca, volte ad attuare un esatto processo di asepsi ed evitare la contaminazione batterica riscontrata nei giorni successivi al 15.8.2012, responsabili dell'aggravamento delle condizioni di salute della *Per_1* fino a provocarne il decesso.

In particolare, la questione fondamentale posta all'attenzione della Corte concerne l'onere della prova del nesso causale in materia di infezioni nosocomiali, ovverosia cosa dovrebbe dedurre, da un lato, il paziente per provare di aver subito un danno (ricollegabile all'inadempimento di un atto dovuto da parte della struttura sanitaria) e, dall'altro lato, come dovrebbe difendersi la struttura sanitaria, cioè in cosa consiste la cosiddetta prova liberatoria.

A fronte della prova del nesso causale, nella specie fornita dalle appellanti, come dianzi rilevato, anche la produzione, da parte della struttura sanitaria, dei protocolli ospedalieri per le medicazioni in fase post-operatoria è stata ritenuta insufficiente dalla Corte di Cassazione (Cass. n. 11599/2020) ad integrare la prova liberatoria che il danno subito dalla paziente si fosse verificato per causa a sé non imputabile,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

nella specie, come detto, del tutto omessa, anche in termini di mera allegazione difensiva.

Ne consegue che, in assenza di prova liberatoria, deve ritenersi confermata la condotta gravemente imperita della struttura ospedaliera che non ha adottato comportamenti adeguati a diagnosticare tempestivamente e, comunque, a prevenire l'insorgenza della grave infezione nosocomiale e, in termini di giudizio controfattuale, si ritiene che, certamente, l'adozione di misure idonee avrebbe contribuito a diminuire la probabilità della sopravvenienza delle VAP, e, quindi, del consequenziale decesso, dovuto all'aggravamento delle condizioni di salute della paziente.

Pertanto, ha errato il Tribunale nell'escludere la responsabilità della struttura e dei medici convenuti, a titolo di imprudenza, negligenza o imperizia nell'esecuzione della prestazione a loro carico e considerare le complicanze infettive da imputarsi ad un evento non prevedibile né prevenibile con la diligenza nel caso dovuta, asserzione da ritenersi totalmente in contrasto, tanto con la regola di cui all'art. 2729 c.c., quanto con l'art. 2697 c.c., che impone la dimostrazione, da parte della struttura sanitaria, che la causa dell'infezione nosocomiale, che ebbe a condurre al decesso della paziente, non fosse in alcun modo imputabile ad essa struttura.

Considerato, tuttavia, che il ctu ha rilevato la correttezza dell'operato dei medici in termini di somministrazione della terapia e di esecuzione degli interventi, nonché le gravi condizioni della *Pt_5* *l.* fin dall'arrivo all'ospedale, concludendo che tale quadro patologico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

con elevata probabilità ne avrebbe causato la morte, la condotta omissiva descritta, ha avuto incidenza rispetto alla probabilità di scongiurare il decesso in termini percentuali, quale chance di sopravvivenza, la cui perdita costituisce autonoma voce di danno, suscettibile di risarcimento *iure hereditario*.

Sul punto il ctu così, infatti, conclude: "*In conclusione, alla luce di tali elementi, bisogna, in primis, considerare la gravità del quadro clinico che presentava la paziente, sig.ra* Persona_1 *, all'accesso presso l'ospedale di* [redacted] *tenendo in debito conto l'alto rischio di mortalità che, per le stesse ragioni, gravava sulla stessa. A tal proposito, appare doveroso sottolineare che, con un ragionamento ex ante, il rischio di morte che la sig.* Per_1 *presentava all'accesso al nosocomio di* [redacted] *ca non risulta essere assolutamente quantificabile, in termini probabilistici, con esattezza e rigore scientifico. Ciò alla luce delle numerose comorbidità che la paziente presentava all'accesso in ospedale (insufficienza respiratoria acuta da polmonite fungina in soggetto con ischemia miocardica, il tutto complicato da arresto respiratorio trattato adeguatamente da manovre rianimatorie)*", evidenziando la probabilità che l'evento morte non fosse possibile scongiurarlo anche con un comportamento alternativo corretto, soggiungendo, tuttavia, con valutazione condivisa dal collegio, che: "*Qualora la terapia antifungina non fosse stata adeguatamente somministrata e nel caso in cui tali misure preventive di sovrainfezione batterica nosocomiale non fossero state adottate o, comunque, fossero state adottate in maniera inappropriata, si ritiene che ciò avrebbe potuto determinare una riduzione di chance di sopravvi-*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

venza della sig.ra Persona_1 , il che si traduce nell'individuazione di una situazione di fatto idonea a suscitare una possibilità (dunque, incerta) che il risultato sperato (sopravvivenza, maggiore durata della vita, minori sofferenze), si sarebbe verificato qualora la condotta dei sanitari intervenuti fosse stata adeguata alle leges artis".

Ed allora il danno risarcibile non sarà quello correlato all'evento-morte, che si sarebbe comunque verificato con elevata probabilità, quanto piuttosto la chance di sopravvivenza che, se fossero state adottate misure preventive adeguate, di cui non si ha però alcuna prova, ciò avrebbe consentito di evitare, con un margine di elevata probabilità, l'insorgenza di patologie infettive e l'aggravamento delle condizioni di salute aumentando il range di sopravvivenza della *[...]* *Pt_3* .

Quanto alla percentuale della chance di sopravvivenza, sul punto, ancorché il ctu non sia stato in grado di individuarla con precisione, il collegio condivide l'indicazione formulata dal ctp dott.ssa *Per_3* , attestata tra il 30% e il 40%, che non è stata mai specificamente contestata né dall'*Cont* né dallo stesso ctu che ha omesso sul punto di fornire indicazioni contrarie aderendo, però, ai medesimi rilievi in punto di *an,* formulati dalla ctp.

Indi, proprio tale percentuale di probabilità di scongiurare l'evento morte, che il collegio condivide, alla stregua delle considerazione in premessa, configura la misura del danno da qualificarsi come perdita della "chance di sopravvivenza", oggetto di domanda risarcitoria avanzata in primo grado dalle attrici e reiterata in grado di appello,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

giacché, dal punto di vista causale, secondo la regola del "più probabile che non" – differente da quella da adottarsi nell'ambito della causalità materiale rilevante in ambito penalistico - qualora per la Per_1 fossero state rispettate le corrette procedure di prevenzione delle infezioni nosocomiali, tra quelle individuate dal ctu – *il lavaggio meticoloso delle mani costituisce una misura economica facile per minimizzare la trasmissione di infezioni. Il ristagno di secrezioni va gestito osservando un'attenta asepsi durante l'esecuzione di aspirazione endotracheale. Mantenere un'adeguata idratazione, assicurare l'appropriata umidificazione del circuito ventilatorio e l'uso di nebulizzatori o di agenti mucolitici possono aiutare a diminuire la viscosità delle secrezioni eliminando così la necessità di instillare soluzioni saline. La mobilizzazione passiva attraverso la rotazione routinaria del paziente ogni 2 ore può aumentare il drenaggio delle secrezioni e diminuire il rischio di VAP. Anche la colonizzazione del circuito ventilatorio può giocare un ruolo nello sviluppo delle VAP, viene raccomandato quindi di cambiare il circuito di ventilazione quando appare visibilmente sporco, mentre non ha dimostrato particolare utilità il cambio giornaliero. Il posizionamento dei pazienti semiseduti con la testa del letto elevata da 30 a 45° previene il reflusso e l'aspirazione di batteri dallo stomaco verso le vie respiratorie. Tale semplice misura, quando possibile riduce la frequenza della VAP del 34%* - ciò avrebbe avuto margine di evitare l'evento infausto in una percentuale probalistica almeno del 30%.

- **Inquadramento giuridico**

A riguardo, è bene premettere che la recente giurisprudenza di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

legittimità ha operato una distinzione affermando che: "*..B) La condotta colpevole ha cagionato non la morte del paziente (che si sarebbe comunque verificata) bensì una significativa riduzione della durata della sua vita ed una peggiore qualità della stessa per tutta la sua minor durata...In tal caso il sanitario sarà chiamato a rispondere dell'evento di danno costituito dalla perdita anticipata della vita e dalla sua peggior qualità, senza che tale danno integri una fattispecie di perdita di chance... E) La condotta colpevole del sanitario ha avuto, come conseguenza, un evento di danno incerto: le conclusioni della CTU risultano, cioè, espresse in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo. Tale possibilità - i.e. tale incertezza eventistica (la sola che consenta di discorrere legittimamente di chance perduta) - sarà risarcibile equitativamente, alla luce di tutte le circostanze del caso, come possibilità perduta - se provato il nesso causale, secondo gli ordinari criteri civilistici tra la condotta e l'evento incerto (la possibilità perduta) - ove risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli (ripercussioni sulla sfera non patrimoniale del paziente) che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza*". In questo caso, dal punto di vista risarcitorio, "*provato il nesso causale secondo le ordinarie regole civilistiche, rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze, il risarcimento di quel danno sarà dovuto integralmente. Sul medesimo piano d'indagine, che si estende dal nesso al danno, ove quest'ultimo venisse morfologicamente identificato, in una*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

dimensione di insuperabile incertezza, con una possibilità perduta, tale possibilità integra gli estremi della chance, la cui risarcibilità consente (come scelta, hic et nunc, di politica del diritto, condivisa, peraltro, anche dalla giurisprudenza di altri Paesi di Common e di Civil law) di temperare equitativamente il criterio risarcitorio del cd. all or nothing, senza per questo essere destinata ad incidere sui criteri di causalità, nè ad integrarne il necessario livello probatorio" (Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n. 28993; conf. Cassazione civile 29/04/2022, n. 13509).

Nella fattispecie in esame, esclusa la sussistenza del nesso di causalità tra la condotta colposa dei sanitari e l'evento morte, secondo i richiamati criteri probabilistici, come peraltro evidenziato anche dal ctu, va affermata la responsabilità della struttura appellata per il danno subito dalle attrici *iure hereditario* per la perdita di chance di sopravvivenza, stimata nella misura attestabile del 30%.

Per converso, rimane privo di riscontri il chiesto "danno per inefficienza organizzativa" della struttura, che va rigettato, considerato che, le allegazioni in gran parte si riferiscono comunque alla perdita della chance di sopravvivenza riconnessa alla doglianza imputata alla struttura.

- **Risarcimento del danno**

Passando, a questo punto al risarcimento del danno, dovrà riconoscersi alle sorelle *Per_1* il danno patito dalla vittima primaria dell'illecito, in termini, appunto di perdita della chance di sopravvivenza, da liquidarsi impiegando parametri di natura equitativa, ancorati tuttavia a criteri tabellari.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

In assenza di specifiche allegazioni e posta la liquidazione necessariamente equitativa del danno, il collegio ritiene di utilizzare il seguente criterio di calcolo, in linea con parte della giurisprudenza di merito e rispondente ai criteri di integralità, di serietà e apprezzabile ristoro del risarcimento indicati dalla giurisprudenza di legittimità richiamata, che pare più aderente al caso concreto:

a) si determina la somma che sarebbe spettata alla vittima nel caso di invalidità permanente pari al 100%;

b) si divide tale somma per il numero di anni della vittima;

c) si moltiplica il risultato per il numero degli anni cui viene di norma proiettata la possibilità di sopravvivenza;

d) si calcola sull'importo così ottenuto la percentuale di possibilità di sopravvivenza perduta".

Assumendo quale base la Tabella di Milano aggiornata al 2021 (cfr. Cass. n. 12408/2011), i cui parametri si ritengono congrui per la liquidazione del danno biologico (cfr. 7770/2021, 26300/2021, 10579/2021, 11719/2021, 33005/2021 che, di contro, hanno rilevato maggiore congruità delle tabelle con il sistema a punti, applicato con i dovuti correttivi, in uso al Tribunale di Roma, ma in particolare per il danno parentale, si veda anche Cass. civ., sez. III, 18 maggio 2022, n. 15924) e applicando il su indicato metodo di calcolo, tenuto conto dell'età di *Per_1* al momento del decesso, anni 62, ed applicando il punto percentuale previsto per il solo danno biologico per il caso di una invalidità del 100%, pari ad € 572.784,00, maggiorato, tuttavia, di una percentuale inferiore a quella prevista nella tabella (del 50% ed è

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

volta a ristorare il danno morale ed esistenziale personalizzato della vittima primaria), pari al 30% considerata la grave condizione di salute e la sua sopravvivenza in condizione di lucidità solo per alcune settimane con miglioramento nei primi giorni, si determina in € 744.619,20, importo dovuto a titolo di invalidità permanente al 100%; stimato il periodo di durata di vita ulteriore di cui avrebbe beneficiato la *de cuius* in caso di corretto adempimento dell'obbligazione dei sanitari in circa 20 anni – sulla base delle rilevazioni Istat dell'aspettativa di vita media pari a circa 83 anni – si ottiene l'importo di € 240.199,74 (€ 744.619,20/62= € giornaliero x 20 anni = € 240.199,74); applicata la percentuale di possibilità di sopravvivenza del 30%, si ottiene l'importo finale di € 72.059,92, corrispondente al danno spettante alle appellanti *iure successionis* per la perdita di chance di sopravvivenza della madre. Su tale somma, già rivalutata all'attualità, vanno calcolati gli interessi legali, previa devalutazione al momento del fatto (agosto 2012) e rivalutazione di anno in anno secondo gli indici Istat dal fatto alla data della presente pronuncia (cfr. Cass. Sez. Un. n. 1712/1995), per l'importo finale di € 79.219,75 (di cui € 7.219,75 a titolo di interessi),

Nessun altro danno può riconoscersi alle appellanti in carenza di domanda e di allegazioni, atteso che le richieste formulate in primo grado sono state tutte ancorate al danno da morte come detto da escludersi.

Pertanto, in accoglimento dell'appello proposto ed in integrale riforma della sentenza di primo grado, l'appellata dovrà essere con-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

dannata a pagare alle appellanti, a titolo di danno non patrimoniale *iure successionis* la complessiva somma di € 79.279,67 da ripartirsi in quote uguali, oltre gli interessi legali dalla data della presente decisione fino al soddisfo.

❖ **Spese**

In ragione dell'accoglimento dell'appello e della riforma della sentenza di primo grado, in ossequio alle regole della soccombenza l' *[...]* *CP_4* deve essere condannata al rimborso delle spese di lite sostenute dall'appellante che si liquidano come in dispositivo, per il primo e per il secondo grado del giudizio, oltre quelle di ctu, come liquidate nel giudizio di primo grado, da porsi definitivamente a carico della convenuta, il cui pagamento, per la parte relativa alla posizione di *Parte_1*, è disposto a vantaggio dello Stato ai sensi dell'art. 133 DPR 115/2002, giusta delibera di ammissione la beneficio emessa dal COA del [redacted]

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando, nel contraddittorio delle parti, in accoglimento dell'appello e in riforma della sentenza n. 605/2020 emessa dal Tribunale di Agrigento in data 21.7.2020,

condanna l' *Controparte_1*, in persona del legale rappresentante *pro tempore,* a pagare alle appellanti, in proprio e n.q., la somma di € 79.279,67, da ripartirsi in quote uguali, oltre gli interessi legali dalla data della presente decisione fino al soddisfo;

condanna l'appellata a rimborsare alle appellanti le spese di lite che si liquidano in complessivi € 6.400,00 per il primo grado del giudizio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924

ed € 5.100,00 per questo grado del giudizio, oltre spese generali, cpa ed iva come per legge, il cui pagamento, per la metà degli importi, viene disposto a vantaggio dello Stato ai sensi dell'art. 133 DPR 115/2002, in ordine alla posizione di *Parte_1* ;

pone le spese di ctu, come liquidate nel giudizio di primo grado, definitivamente a carico della parte appellata.

Così deciso nella camera di consiglio della seconda sezione della Corte d'Appello di Palermo, in data 12.9.2023.

Il Consigliere Estensore
Dr. Sebastiana Ciardo

Il Presidente
Dr. Giuseppe Lupo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-924