REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI BRINDISI

SEZIONE CIVILE

nella persona

del

Giudice Monocratico

Dott. Antonio Sardiello

ha pronunciato la seguente

Sentenza

nella causa iscritta nel registro generale sotto il

numero d'ordine

491/2020

TRA

Parte_1 , *Parte_2* , *Parte_3* , *Parte_4* *[...]* **e** *Parte_5*

rappresentati e difesi congiuntamente e disgiuntamente dagli avv.ti [redacted] e [redacted]

Attori

E

Controparte_1

C.F./P.IVA: *P.IVA_1* in persona del suo legale rappresentante pro-tempore,

rappresentata e difesa dall'Avv.to [redacted]

Convenuta

Ricostruzione del Fatto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Con atto di citazione notificato in data 29 Gennaio 2020, gli attori, in qualità di eredi e prossimi congiunti di *Persona_1*, convenivano in giudizio, innanzi al Tribunale di Brindisi, l'*Controparte_1* *[...]* in persona del legale rappresentante pro tempore, per ivi sentir accertare e dichiarare la responsabilità degli operatori di detta Azienda, per l'infezione nosocomiale contratta dal loro congiunto cui, secondo l'affermazione degli attori, conseguiva la morte dello stesso.

Invero, gli attori affermano che il sig. *Persona_1* in data 18.01.2016, a seguito di una caduta accidentale nella propria abitazione, avvenuta il giorno prima, veniva trasportato, con l'ambulanza del 118 [redacted] presso il [redacted] di [redacted] e dopo alcuni accertamenti e una tac cranica, veniva comunicato ai parenti, precisamente alla moglie, *Parte_1* e al figlio, Sig. *Parte_2*, che il Sig. *Persona_1* aveva un'emorragia celebrale in atto e che necessitava essere trasferito, con urgenza, presso l' [redacted] di *CP_1*

Prima del trasferimento presso l [redacted] di *CP_1* l'infermiera del Pronto Soccorso applicava al paziente un catetere vescicale previa somministrazione di un sedativo.

Giunto presso il nosocomio di *CP_1* il Sig. *Persona_1* non era del tutto cosciente. In seguito agli accertamenti espletati, venivano riscontrate una frattura occipitale composta con conseguente emorragia celebrale e la presenza di liquido nel polmone sinistro. Nonostante tutte le cure del caso, **in data [redacted] il paziente moriva.**

Gli attori, nel proprio atto, attribuiscono la responsabilità del decesso ai sanitari del [redacted] brindisino e producono una relazione medico legale, a firma dei dott.ri *Per_2* e *Per_3*, in cui si attesta che il Sig. *Per_1* *[...]* era deceduto a causa di una infezione nosocomiale.

Sulla base di tanto gli attori evocavano in giudizio l'*Cont* convenuta, rassegnando le conclusioni contenute nell'atto di citazione cui si fa integrale riferimento.

Con comparsa in data 18.5.2020 si costituiva l'*Cont* convenuta che concludeva per il rigetto della avversa domanda.

All'esito della istruttoria, nel corso della quale veniva espletata c.t.u. medica, alla udienza del 16.3.2026, i difensori delle parti precisavano le

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

conclusioni e chiedevano la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito degli scritti difensivi conclusivi.

Concessi e decorsi i richiesti termini la causa è stata introitata per la decisione.

Motivi della Decisione

In considerazione degli aspetti medico-sanitari che caratterizzano l'odierna vicenda, deve farsi riferimento agli accertamenti eseguiti e alle conclusioni cui sono pervenuti i consulenti d'ufficio nominati Dott. *Per_4 [...]* e *Persona_5*, nella relazione depositata telematicamente, in data 12 luglio 2022.

" CONCLUSIONI

In risposta ai quesiti è possibile concludere come di seguito si specifica.

1. In data 18.01.2016 il Sig. Per_1 veniva ricoverato presso l'U.O.C. Anestesia e Rianimazione dell[redacted] di CP_1 per "emorragia cerebrale post-traumatica ed insufficienza respiratoria". Il paziente veniva prontamente intubato e sostenuto nella funzione respiratoria. Una TC del torace eseguita in regime d'urgenza documentava la presenza di un "abbondante versamento pleurico saccato a sinistra con collasso pressoché completo del parenchima polmonare" versamento che, secondo il parere del chirurgo toracico più volte interpellato, doveva essere inveterato ed ormai non del tutto eliminabile. Si procedeva quindi all'esecuzione di una toracentesi, con drenaggio di liquido pleurico purulento, ma le prime valutazioni microbiologiche relative al liquido pleurico estratto (19.01.2016 e 22.01.2016) non documentavano al momento la presenza di batteri.

Successivamente fu posizionato un tubo di drenaggio toracico che rimase stabilmente in sede.

2. Il Sig. Per_1 veniva correttamente e tempestivamente sottoposto a molteplici indagini microbiologiche da diversi siti anatomici ed i primi esami del 19.01.2016 e 21.01.2016 davano esito negativo, sia per la ricerca di germi comuni che di batteri tubercolari. Il 28.01.2016 venivano ripetuti ulteriori esami di laboratorio che documentavano invece l'isolamento di germi gram-negativi multiresistenti da differenti distretti: una colonizzazione da Klebsiella pneumoniae KPC a livello nasale e rettale

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

(stampa del 29.01.2016), ma soprattutto la presenza di Acinetobacter baumannii a livello di broncoaspirato e di orecchio destro, sede di una documentata otite media purulenta (stampa del 30.01.2016). Gli esiti delle emocolture, che documentavano un'infezione da Enterobacter cloacae complex, sempre con uno sfavorevole profilo di farmacoresistenza, pervenivano invece in reparto solo in data [redacted] *ultimo giorno di degenza e di vita del paziente.*

Ulteriori esami colturali venivano eseguiti il 02.02.2016 ed il [redacted] *ed anche tali esiti giungevano in reparto solo a degenza ormai completata, confermando a posteriori il ruolo causale degli stessi germi multiresistenti: Acinetobacter baumannii su sangue e liquido pleurico, Klebsiella pneumoniae KPC su broncoaspirato. In particolare va registrato come, a partire dal 24.01.2016, si sia osservato un aggravamento del quadro emodinamico, progressivamente ingravescente nonostante la terapia medica ed il trattamento antibiotico fino ad allora messi in atto, aggravamento che è da ritenersi secondario ad uno stato settico sostenuto sempre da germi gram-negativi, identificati come detto a livello di sangue, broncoaspirato e liquido pleurico da toracentesi: Acinetobacter baumannii e Klebsiella Pneumoniae carbapenemasi produttrice (KPC).*

Tutti gli interventi terapeutici messi in atto risultarono così inefficaci e le condizioni emodinamiche del Sig. Per_1 *precipitarono ulteriormente, sino al tragico epilogo del* [redacted]

Pertanto, si può concludere che il Sig. Per_1 *sia stato ricoverato per un quadro di emorragia cerebrale e che, nel corso della degenza, abbia poi contratto un'infezione sostenuta da germi gram-negativi multiresistenti (Acinetobacter baumannii, Klebsiella Pneumoniae carbapenemasi produttrice).*

Nel determinismo del severo quadro clinico del Sig. Per_1 *, che è evoluto tragicamente sino al decesso, vanno considerate innanzitutto le* ***gravi condizioni cliniche di base****, in particolare l'emorragia cerebrale bilaterale post-traumatica, causa prima dell'accesso in ospedale, e la severa broncopatia cronica ostruttiva (stadio IV Gold).*

Tali condizioni hanno determinato il ricovero diretto ed immediato in un'Unità di Terapia Intensiva, che è indubbiamente un reparto ad alto rischio da un punto di vista infettivologico, ma nel corso della degenza

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

hanno favorito poi anche il successivo sviluppo delle complicanze infettive. È bene infatti rammentare, così come meglio specificato di seguito, che un'infezione da Acinetobacter baumanni deve essere considerata un'infezione opportunistica, che si sviluppa cioè in soggetti particolarmente defedati ed immunodepressi quale era appunto al momento il Sig. Per_1 .

5. Come detto, il Sig. Per_1 *ha acquisito un'infezione nel corso della degenza e detta infezione deve essere propriamente considerata "correlata all'assistenza (ICA)" in quanto, come da definizione internazionale, "non era presente o in incubazione al momento del ricovero e si è manifestata dopo almeno 48 ore dall'inizio della degenza".*

6. Che si tratti di un'infezione correlata all'assistenza lo confermano anche i dati microbiologici disponibili ed in particolare l'isolamento di batteri che, sulla base della loro estesa resistenza antibiotica, possono considerarsi di origine ospedaliera. In particolare Acinetobacter baumanni è un tipico ed inequivocabile patogeno ospedaliero.

L'infezione da germi gram negativi multi-resistenti contratta dal Sig. Per_1 *ha determinato un severo processo settico. Avuto riguardo del grave stato clinico anteriore, l'intervento della sepsi ha agito come concausa nel determinismo del decesso, il quale, verosimilmente, non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato in epoca successiva. È bene rammentare che le sepsi sono complicanze frequenti e purtroppo attese in pazienti critici e defedati, ricoverati in Terapia Intensiva, come appunto era il Sig.* Per_1 *e che, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (Epicentro), tali complicanze sono potenzialmente prevenibili attraverso scelte preventive appropriate in circa il 30% dei casi, ma non sono comunque del tutto eliminabili.*

8. Le ICA (infezioni correlate all'assistenza, in precedenza definite infezioni "nosocomiali" e classificabili come infezioni correlabili al periodo di degenza per quanto attiene la fase di incubazione)2 – si possono manifestare, tra le tante circostanze possibili, a seguito di procedure chirurgiche - manovre invasive che comportino cruentazione dei tessuti profondi con stato flogistico locale. Un'ICA è inquadrabile in termini di complicanza colposa in tutti quei casi in cui non risulti la perfetta dimostrazione di disporre di una filiera profilattica e di sanificazione ma

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

anche di procedure codificate nel corso dell'intervento volte alla prevenzione, al controllo e al contrasto delle infezioni.

La prevenzione, che costituisce il momento fondamentale del percorso per ridurre l'incidenza delle ICA, comprende interventi organizzativi quali la sorveglianza, il controllo, il lavaggio della mani, nonchè il rispetto di taluni criteri architettonici, in modo tale da ridurre la contaminazione, facilitare la disinfezione e costituire zone filtro nei percorsi effettuati sia dai materiali che dai pazienti. Le epidemie di infezioni ospedaliere sono infatti spesso attribuibili a errori o inadempienze nella pratiche assistenziali e sono quindi, per definizione, prevenibili. Meno frequentemente derivano da inquinamenti ambientali dovuti a disfunzioni organizzative non di natura sanitaria. In casi di infezioni correlate all'assistenza, l'onere probatorio a carico della Struttura è assolto solo dalla puntuale dimostrazione di disporre di una filiera profilattica e di sanificazione ma anche di procedure codificate, attinenti a tutte le azioni di diagnosi e cura cui viene sottoposto il paziente volte alla prevenzione, controllo e contrasto delle infezioni.

CP_3 – e quindi il P.O. [redacted] - dispone di una filiera profilattica e di sanificazione ma anche di procedure codificate nel corso dell'intervento volte alla prevenzione, al controllo e al contrasto delle infezioni. La documentazione correlata è allegata alla comparsa di costituzione della CP_4 (alla quale si rimanda per i dettagli e che per brevità non si riporta in questa relazione) ed è dimostrativa dell'introduzione delle procedure di sicurezza e prevenzione nonché della definizione (da parte del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere - CIO) delle strategie di contrasto alle infezioni nosocomiali.

Il CIO é considerato una "struttura organizzativa" tecnico-consultiva rappresentativa delle diverse aree funzionali ospedaliere, con proprie procedure e risorse messe in atto per il controllo e la sorveglianza delle ICA a livello aziendale, con la responsabilità di definire le linee di intervento per contrastare le infezioni ospedaliere, predisporre i piani annuali di intervento a livello aziendale, verificare l'attuazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia, valutare i metodi e l'operatività in atto per il controllo delle infezioni professionali del personale dell' Parte_6 , redigere relazione annuale da trasmettere al

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Direttore Generale nella quale si riporta la sintesi delle attività svolte, i risultati raggiunti e le risorse impegnate. In conclusione, il rischio di infezioni acquisite in ospedale dipende dalle pratiche di controllo delle infezioni presso la struttura, dallo stato immunitario del paziente e dalla prevalenza dei vari agenti patogeni all'interno della comunità. Ovviamente, con i mezzi della consulenza tecnica medico legale, non è possibile stabilire se, nel caso specifico del sig. Per_1 *, siano state realizzate tutte le procedure messe a disposizione dell'* CP_1 *, finalizzate a ridurre il rischio infettivo" .*

Questo decidente evidenzia che le suddette conclusioni sono state integralmente confermate dai CCTTUU nominati anche dopo le osservazioni depositate nell'interesse della *Cont* da parte del loro consulente dott. *Persona_6* , in data 18 maggio 2022.

" RISPOSTA ALLE OSSERVAZIONI

Non si può che ribadire quanto affermato nelle osservazioni medico-legali già prodotte.

1. I trattamenti sanitari messi in atto per la gestione della problematica acuta che determinò il ricovero del Sig. Per_1 *e delle sopraggiunte complicanze furono corretti e tempestivi.*

2. Il quadro patologico di base del Sig. Per_1 *era compromesso e ciò ha favorito lo sviluppo clinico registrato, vale a dire il ricovero in Rianimazione e la conseguente potenziale esposizione ad agenti infettivi multi-resistenti, purtroppo frequentemente rilevati in tali ambienti.*

3. Tuttavia, il processo settico da Acinetobacter baumannii che rappresentò l'evento conclusivo della storia clinica del Sig. Per_1 *è da considerarsi indubbiamente un'infezione correlata all'assistenza e non può essere derubricato invece a semplice "circostanza occasionale e per nulla rilevante ai fini della valutazione delle cause di morte del paziente".*

4. Detta infezione era potenzialmente, ma non completamente, prevenibile con adeguate procedure di sicurezza e prevenzione.

5. Resta difficile da definire se e come dette procedure furono messe in atto dalla CP_4 *nella circostanza oggetto di valutazione.*

6. In ordine all'incidenza causale, concausale o meramente occasionale, occorre precisare che il rapido e progressivo peggioramento del quadro clinico del Sig. Per_1 *è attribuibile ad uno stato settico,*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

realizzatosi nel corso della degenza e sostenuto fondamentalmente da germi gram-negativi multiresistenti ad acquisizione intraospedaliera. Orbene, è di tutta evidenza che l'occasione – ossia la facilitazione dell'incontro tra la causa e l'effetto, è la patologia di base che ha costretto il paziente al ricovero in terapia intensiva e, semplificando, se non fosse stato necessario quel ricovero, non si sarebbe realizzato lo stato settico terminale. Il quale ha agito invece ***come concausa*** *di danno, come condizione necessaria ma non sufficiente, da sola, al determinismo dell'evento".*

Sulla base delle sopra riportate conclusioni, si può affermare e riconoscere che il decesso del paziente *Persona_1* , ha avuto un nesso eziologico, sulla base di quanto specificato dai consulenti, nel precedente punto 6) delle conclusioni, che questo decidente reputa quantificare ***nella misura del 50%, con le infezioni correlate all'assistenza, in precedenza definite infezioni "nosocomiali" e classificabili come infezioni correlabili al periodo di degenza per quanto attiene la fase di incubazione, nell*** [redacted] ***di*** *CP_1*

La quantificazione e liquidazione del danno da riconoscere.

Persona_1 , al momento della [redacted] aveva 62 anni.

Aventi diritto al risarcimento del danno:

1) *Parte_1* , moglie (anno nascita 1967);
2) *Parte_2* , figlio (anno nascita 1997);
3) *Parte_3* , sorella (anno nascita 1956);
4) *Parte_4* , sorella (anno nascita 1963);
5) *Parte_5* , sorella (anno nascita 1963).

Calcolo Danno da Perdita del Rapporto Parentale
(Metodo del Tribunale di Milano).

Per le motivazioni sopra riportate, le somme definitive che seguono sono da ritenersi già decurtate del 50%, essendo stato riconosciuto ***nella misura del 50% il nesso eziologico tra il decesso del paziente e le infezioni correlate all'assistenza, nel periodo di degenza nell*** [redacted] ***di*** *CP_1*

A *Parte_1* moglie, € 158.395,5

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)	
Il congiunto ha **49 anni** ed è **coniuge** della vittima	
La vittima aveva **62 anni** al momento del decesso	
Nel nucleo familiare primario è presente **un familiare**	
SVILUPPO del CALCOLO	
Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 3.911,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**20**
Punti in base all'età della vittima:	**16**
Punti per convivenza tra congiunto e vittima:	**16**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**14**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**
Punti totali riconosciuti:	**66**
IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 316.791,00**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

50% di € 316.791,00= 158.395,5

>><<

A *Parte_2* **(figlio € 170.128,5)**

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **28 anni**, è **figlio** della vittima ed era **convivente**

La vittima aveva **62 anni** al momento del decesso

Nel nucleo familiare primario **non sono presenti altri familiari**

Controparte_5

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 3.911,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**24**
Punti in base all'età della vittima:	**16**
Punti per convivenza tra congiunto e vittima:	**16**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**16**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti totali riconosciuti:	**72**

IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 340.257,00**

50% di € 340.257,00= 170.128,5

>><<

A *Parte_3* **€ 43.299,00**

(sorella di *Persona_1* **e non convivente)**

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **69 anni**, è sorella della vittima e **non era convivente.**

La vittima aveva **62 anni** al momento del decesso.

Nel nucleo familiare primario sono presenti **2 familiari.**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 1.698,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**10**
Punti in base all'età della vittima:	**10**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**12**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**
Punti totali riconosciuti:	**32**
IMPORTO del RISARCIMENTO	€ 79.806,00

50% di € 79.806,00= € 39.903,00

>><<

A *Parte_4* **€ 39.903,00**

(sorella non convivente di *Persona_1* **)**

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **62 anni**, è sorella della vittima e **non era convivente.**

La vittima aveva **62 anni** al momento del decesso.

Nel nucleo familiare primario sono presenti **2 familiari.**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 1.698,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**10**
Punti in base all'età della vittima:	**10**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**12**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**
Punti totali riconosciuti:	**32**
IMPORTO del RISARCIMENTO	€ 79.806,00

50% di € 79.806,00= 39.903,00

><<

A *Parte_5* **€ 39.903,00**

(sorella non convivente di *Persona_1* **)**

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **62 anni**, è sorella della vittima e **non era convivente**

La vittima aveva **62 anni** al momento del decesso

Nel nucleo familiare primario sono presenti **2 familiari**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 1.698,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**10**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti in base all'età della vittima:	**10**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**12**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**
Punti totali riconosciuti:	**32**
IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 79.806,00**

50% di € 79.806,00= 39.903,00.

>><<

Riepilogando, quelle sopra sviluppate, in base ai criteri in uso presso il Tribunale di Milano, sono le somme già decurtate del 50%, riconosciute in favore degli attori, nella qualità in atti, al cui pagamento deve essere condannata l' *CP_4* in persona del suo legale rappresentante pro-tempore.

Le spese del giudizio

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo, in applicazione dei parametri previsti dal D.M. 55/2014, aggiornati al D.M. 147/2022, per lo scaglione di riferimento, a carico della convenuta ed in favore degli attori.

P.Q.M.

il Tribunale di Brindisi

nella persona del

Giudice Monocratico

Dott. Antonio Sardiello

definitivamente, decidendo sulla domanda introdotta, con atto di citazione notificato in data 29 gennaio 2020, da *Parte_1*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Parte_2 **,** *Parte_3* **,** *Parte_4* **e** *Parte_5* *[...]* , nei confronti di *Controparte_1* **in persona del suo legale rappresentante pro- tempore, così provvede:**

1) Accoglie, nei termini di cui alla motivazione, la domanda attrice e, per l'effetto, dichiara e riconosce che il decesso del paziente *Persona_1* , ha avuto un nesso eziologico, sulla base di quanto specificato dai consulenti, che questo decidente reputa quantificare ***nella misura del 50%,*** con le infezioni correlate all'assistenza, definite infezioni "nosocomiali" e classificabili come infezioni correlabili al periodo di degenza per quanto attiene la fase di incubazione, nell[redacted] di *CP_1*

2) Condanna l' *Controparte_6* in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, al pagamento delle seguenti somme, in favore degli attori, liquidate in base ai criteri in uso presso il Tribunale di Milano, che devono intendersi già decurtate del 50%:

a) € 158.395, 50, in favore di *Parte_1* , moglie di *Persona_1* ;

b) € 170.128,5, in favore di *Parte_2* , figlio di *Persona_1* ;

c) € 43.299,00, in favore di *Parte_3* , sorella di *Persona_1* ;

d) € 39.903, in favore di *Parte_4* , sorella di *Persona_1* ;

e) € 39.903, in favore di *Parte_5* , sorella di *Persona_1* .

3) Condanna l' *Controparte_6* in persona del suo legale rappresentante pro- tempore al pagamento delle spese processuali in favore degli attori, compensate per metà, che liquida, in applicazione dei parametri previsti dal D.M. 55/2014, aggiornati al D.M. 147/2022, per lo scaglione di riferimento, avuto riguardo al valore della odierna controversia, (tenendo conto della decurtazione del 50%) in complessivi € 25.000,00, oltre c.u. ed accessori come per legge.

3) Pone, in via definitiva, a carico degli attori e della *CP_7* convenuta, le spese di c.tu, nella misura del 50% ciascuna.

Così deciso in Brindisi, in data 16 giugno 2026.

Il Giudice

Dott. Antonio Sardiello

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it