Ordinanza ex art. 702-ter c.p.c.

Tribunale di Brindisi

Sezione Civile

Proc. N°4468/2021 R.G.

Il Giudice designato dott. Francesco GILIBERTI

- sciogliendo la riserva di cui all'udienza del 23/11/2023;
- esaminati gli atti;

PREMESSO

che con ricorso ex art. 702-bis c.p.c. depositato il 12 dicembre 2021, *Parte_1* , in proprio e quale erede di *Persona_1* *Parte_2* in proprio e quale erede di *Per_1* *[...]* *Parte_3* in proprio, *Parte_4* , in proprio, *Parte_5* , in proprio e quale erede di *Persona_1* nonché procuratore speciale del *Parte_6* *[...]* , in proprio e quale erede di *Persona_1* *Controparte_1* , in proprio, *Controparte_2* , in proprio, *CP_3* , in proprio e quale erede di *Per_1* *[...]* nonché esercente la potestà genitoriale – unitamente al sig. *Controparte_4* - sul minore *Persona_2* , in proprio, hanno evocato in giudizio la *CP_5* al fine di sentirla condannare al risarcimento dei danni iure proprio (danno da perdita del rapporto parentale e da perdita di chance) e iure hereditatis (consistenti nel danno patrimoniale, danno da perdita di chance, e danno non patrimoniale nella misura del danno terminale e danno morale) subiti a seguito del decesso di *Persona_1* per sindrome da insufficienza multiorgano (MOF) conseguente a shock settico.

Che la *CP_5* , ritualmente costituitasi ha preliminarmente eccepito la improcedibilità e/o inammissibilità della domanda (per violazione dell'art. 8 L. 24/2017, la nullità della notificazione del ricorso per omessa indicazione di quanto previsto dagli artt. 702 *bis* e 163, comma 3, n. 7 c.p.c., nonché la nullità della domanda per omessa richiesta del previo accertamento sulla determinazione della imputabilità dell'evento morte cui è correlata la pronuncia sui danni) e nel merito ha domandato il rigetto della domanda in quanto infondata o, in subordine, ha domandato la riduzione del *quantum* richiesto, con vittoria di spese e competenze.

Che il giudizio è stato istruito attraverso prova documentale ed acquisizione della CTU espletata in sede di Atp ex art.696-bis c.p.c.

OSSERVA

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Vanno innanzitutto rigettate le preliminari eccezioni, per quanto tempestivamente sollevate dalla parte convenuta nella comparsa di costituzione e risposta.

La *CP_5* lamenta l'improcedibilità e comunque l'inammissibilità del ricorso ex art. 702-bis c.p.c. avendo le parti ricorrenti depositato la domanda in violazione del termine prescritto ex lege dall'art. 8 comma 3 L. 24/2017 (Gelli-Bianco), in base al quale "Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 281-undecies del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e procede con le forme del rito semplificato di cognizione a norma degli articoli 281-decies e seguenti del codice di procedura civile".

Premesso che con l'entrata in vigore della L. 24/2017 in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria ed in particolare attraverso la previsione di cui all'art. 8, comma 1, è stata introdotta un'ipotesi di c.d. giurisdizione condizionata, in base alla quale condizione di procedibilità della domanda deve intendersi il previo esperimento del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. – ovvero, in alternativa, la mediazione civile ai sensi e per gli effetti dell'art. 5 d.lgs. 4 marzo 2010, n. 28 -.

Va peraltro precisato che la disposizione di cui all'art. 8 L. 24/2017, vigente al momento della proposizione della domanda delle parti ricorrenti, sulla scorta delle qui condivise "Linee guida in materia di accertamento tecnico preventivo ai sensi dell'art. 8 Legge 24/2017" emanate dal Tribunale di Roma nell'anno 2020, deve essere interpretata nel senso che *"La perentorietà del termine di novanta giorni (dal decorso dei sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 8 L. 24/2017 e 696 bis c.p.c.) per il deposito del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. ai fini dell'introduzione del giudizio di merito deve essere intesa nel senso che il rispetto del termine sia funzionale esclusivamente a preservare gli effetti sostanziali e processuali della domanda introdotta con il ricorso per ATP e non alla procedibilità della domanda di merito. Se depositato oltre la scadenza del termine di novanta giorni, il ricorso è procedibile, ma può produrre solo ex novo i suoi effetti sostanziali e processuali. La parte che voglia beneficiare della salvezza degli effetti della sua domanda ha l'onere - a prescindere dallo stato in cui si trova la consulenza - di promuovere il giudizio di merito nelle forme del rito sommario, entro il termine di 90 giorni che decorre dalla scadenza del termine semestrale, anche nel caso in cui questa sia interessata a proseguire il procedimento ex art. 696-bis per conoscere l'esito della relazione e partecipare al tentativo di conciliazione*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Deve dunque escludersi che per effetto della violazione del termine come denunciato dalla *CP_5 [...]*, la domanda sia improcedibile.

Va, al pari rigettata l'eccezione di nullità del ricorso introduttivo per omessa indicazione degli elementi essenziali dell'atto di cui agli artt. 702 *bis* e 163, n. 7, c.p.c.

Premesso che ai sensi dell'art. 164, comma 3, c.p.c. "La costituzione del convenuto sana i vizi della citazione e restano salvi gli effetti sostanziali e processuali di cui al secondo comma; tuttavia, se il convenuto deduce l'inosservanza dei termini a comparire o la mancanza dell'avvertimento previsto dal numero 7) dell'articolo 163, il giudice fissa una nuova udienza nel rispetto dei termini", secondo i prevalente orientamento della Suprema Corte "*il terzo comma dell'art. 164 c.p.c., là dove, in ipotesi di nullità della citazione per inosservanza del termine di comparizione o mancanza dell'avvertimento ai sensi dell'art. 163 n. 7 c.p.c., esclude che la nullità della citazione sia sanata dalla costituzione del convento, se egli eccepisca tali nullità, ed impone al giudice di fissare nuova udienza nel rispetto dei termini, suppone una costituzione del convenuto limitata alla sola deduzione della nullità e non una costituzione che abbia luogo con la formulazione dell'eccezione, accompagnata dalla richiesta di fissazione di una nuova udienza, e, nel contempo, con lo svolgimento delle difese, dovendosi, invece, in tal caso, ritenere verificata la sanatoria della nullità della citazione*" (Cass., n. 21910/2014; Cass., n. 10400/2017).

Nel caso di specie, parte convenuta nella comparsa di costituzione e risposta - in disparte ogni valutazione in merito alla erronea equiparazione dal punto di vista semantico nonché giuridico della asserita nullità del ricorso e della notificazione, per le cui fattispecie trova peraltro applicazione un differente regime giuridico – non si è limitata a sollevare preliminari eccezioni di rito, ma si è diffusamente difesa nel merito, dovendosi pertanto ritenere sanato il vizio di cui all'art. 164 comma 3 c.p.c.

Quanto poi alla eccepita nullità della domanda per omessa richiesta del previo accertamento sulla determinazione della imputabilità dell'evento morte cui è correlata la pronuncia sui danni in violazione dell'art. 163, nn. 3 e 4, c.p.c. – peraltro dapprima eccepita nel merito e dipoi, in sede di conclusioni nell'atto di costituzione, in via preliminare -, in particolare per effetto del mancato accertamento e/o dell'ascrivibilità dell'intervenuto decesso della congiunta alla *CP_5* , diversamente da quanto opinato da parte convenuta, deve ritenersi la riferibilità dell'evento alla condotta dei sanitari, deve ritenersi implicitamente contenuta sul piano logico e giuridico nelle ragioni poste a fondamento della pretesa di risarcimento dei danni lamentati.

Premessa la sussistenza ex art. 163, comma 3, nn. 3 e 4 c.p.c., le quali fanno riferimento rispettivamente al *petitum* e alla *causa petendi*, ogni altra valutazione attiene al merito della controversia, tenuto conto che l'ascrivibilità del decesso della *Per_1* in capo all' *CP_5* , ritenuta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

omessa da parte convenuta, integra il c.d. nesso di causalità, la cui esistenza va in concreto accertata nel corso del giudizio, tenuto conto degli oneri probatori incombenti sulle parti.

Nel merito le domande attoree appaiono parzialmente fondate e vanno pertanto accolte per quanto di ragione.

Attraverso il presente giudizio *Parte_1* , *Parte_2* *Parte_3* *Parte_4* , *Parte_5* , anche quale procuratore speciale di *[...]* *Parte_6* , *Controparte_1* , *Controparte_2* *CP_3* *[...]* , anche quale esercente la potestà genitoriale sulla minore *Persona_2* *[...]* , tutti in proprio quali prossimi congiunti ed eredi, chiedevano il risarcimento dei danni subiti a seguito del decesso della propria congiunta e dante causa *Persona_1* avvenuto in data [redacted] a causa dell'insorgenza di MOF derivante da shock settico "da acinetobacter bowmani, klebsiella pneumoniae e pseudomonas aeruginosa, stafilococco hominis in soggetto con STEMI anteriore trattato con angioplastica" –, dopo che in data 03.10.2018 a seguito dell'insorgenza di dolore retro sternale, la *Per_1* era stata trasportata mediante 118 al [redacted] di Brindisi e, successivamente all'esecuzione di indagini strumentali, ricoverata presso la S.C. di Cardiologia con diagnosi di infarto miocardico acuto ("IMA anteriore").

Ebbene, l'espletata CTU medico legale collegiale condotta in sede di Atp dai dott.ri *Per_3* (specialista in medicina legale) e *Per_4* (specialista in chirurgia d'urgenza) ha consentito preliminarmente di ricostruire l'iter diagnostico-terapeutico posto in essere in sede di ricovero della *Per_1* dai sanitari del [redacted] di Brindisi, e in particolare: 1) che in data 03.10.2018 la sig. *Per_1* fu "*trasportata dal Servizio 118 presso il* [redacted] *di Brindisi per dolore retro sternale*" dove furono "*eseguiti esami ematochimici, ECG e consulenza cardiologica*" e, successivamente, "*ricoverata presso la S.C. di Cardiologia dello stesso nosocomio con diagnosi di 'IMA anteriore'*"; 2) che la paziente fu ricoverata "*per STEMI anteriore complicato da BAV completo ed EPA. Richiesta consulenza rianimatoria e intubazione della paziente*", e in data 04.10.2018 furono eseguiti "*PCTA e posizionamento pace-maker temporaneo*", "Rx torace", tuttavia alle ore 01.10 la stessa fu trasferita presso il reparto di rianimazione "*con diagnosi di 'Shock cardiogeno in paziente sottoposta a PCTA'*"; 3) che in data 05.10.2018 furono eseguite Consulenza cardiologica - "*Compenso emodinamico, ripresa conduzione A-V, si rimuove il PM temporaneo. Continua la terapia in corso*" – e Consulenza Chirurgica Vascolare - "*Paziente in gravi condizioni generali. Ricoverata per IMA, ha eseguito coronarografia con accesso inguinale destro il 03/10. Attualmente riduzione dell'Hb ed ematoma in sede della radice di coscia dx (coscia non tesa). All'ecocolordoppler finestra acustica non buona (pz obesa) si evidenzia la pervietà dell'arteria e della vena femorale comune destra mo non è possibile dirimere con certezza la*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

presenza di ematomi riferiti. La paziente attualmente è in condizioni critiche con ipotensione in trattamento con amine, intubata e cordarone per aritmie. Non appena le condizioni generali lo permettono si consiglia angioTC addome-coscia per diagnosi. Controllo seriato Hb. Si applica elastocompressione accesso inguinale destro"; 4) che in data 06.10.2018 fu eseguita ulteriore consulenza cardiologica che rilevò "*Paziente con recente STEMI ant. Complicato da EPA e BAV…eseguita PCTA primaria con DES su IVA. Occlusione cronica di Cdx. Presenza di ematoma in sede di accesso femorale destro. Pz intubata in condizioni critiche, tendenzialmente ipotesa 95/60 nonostante le amine in infusione in FA … da ieri pomeriggio nonostante terapia con cordarone e.v. eco fast: Vs di dimensioni ai limiti superiori. Ipercinetica con ipocinesia diffusa. FE 33-40%.* CP_6 *p. inferiore.* Contr *nei limiti, non apparenti valvulopatie di rilievo. Pericardio indenne. Ao asc nei limiti nel tratto esplorabile. Si propone tentativo di CVE vista l'instabilità emodinamica della paziente*"; 5) che in data 08.10 furono eseguiti Rx torace e Consulenza Cardiologica – "*Pz ricoverata per SCA STEMI anteriore complicato da EPA e BAV int – IOT – VAM, PClp + DES su IVA occlusione cronica di CDx. FA post procedura ad alta risposta ventricolare DC shock ripristino del RS in BBsx con sporadiche extra sistole. Persiste PA bassa con supporto di amine. Consiglio di ridurre infusione di cordarone a 21 ml/min. per il resto continua la terapia*"; 6) che in data 11.10 a seguito di Consulenza infettivologica la "*Paziente già vista in data 7/10 e in terapia con Glazidime 2 gr x 2, ha presentato in data 8/10 una emocoltura positiva per stafilococco hominis. Quadro Rx torace del giorno 8/10 negativo per focolai. Si consiglia sulla scorta dell'Abg aggiungere alla terapia tygacil 100 mg come dose di carico e poi 50 mg x 2. Attualmente T 37,5* °"; 7) che in data 13.10 i sanitari procedettero a consulenza infettivologica – "*Paziente settica con emocoltura positiva per acinetobacter bowmani, klebsiella pneumoniae e pseudomonas aeruginosa. In trattamento con Tygacil 50 x 2 e.v. e Glazidime 2 gr x 2 e* [redacted] *consiglia aggiungere Colistina UI 5.000.000 x 2 e.v. con iniziale dose di carico di 9.000.000, monitoraggio degli indici di flogosi e funzionalità epatica e renale*" - e all'esecuzione di Ecocardiogramma -"*Ventricolo di sinistra di normali dimensioni (DTM 48mm) lievemente ipertrofico, con cinetica globale lievemente ridotta (FE 45% - vol TD 85 ml- vol TS 46 mm con acinesia del SIV medio basale e della parte inferiore medio basale. Atrio sinistro nei limiti superiori della norma con sclerosi dell'anulus mitralico con insufficienza valvolare lieve. Radice aortica di normali dimensoni con valvola tricuspidale continente. Sezioni destre normali per dimensioni e cinetica. E/A=1. Non versamento pericardico. Conclusioni: cardiopatia ischemica con lieve disfunzione sistolica del V sinistro*"; 8) che nelle date 15/18/19/24/30 furono eseguite RX toraciche e in data 19.10 la paziente fu sottoposta "*in anestesia generale*" a "*tracheostomia temporanea*"; 9) che in data 01.11.2018 furono eseguite due consulenze infettivologiche rilevando

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dapprima "*Paziente con isolato di P. aeruginosa multi R e proteus mirabilis multiR su bronco aspirato. Non febbre. Peggioramento della funzionalità renale (anche per concomitante anemizzazione) persistenza di elevati indici di flogosi. Si consiglia: riduca la Colimicina a 2 milioni x 2/die, sospenda* Parte_7 *perché inefficace. In terapia si associ Zovicefta 2.5 x 2. Aggiungere alla terapia Reoma x 1 fl in 100 cc di SF in 2 ore al termine della emotrasfusione in corso*", e successivamente "*Paziente in shock settico con peggioramento della funzionalità renale. Alla luce degli isolati relativi a campioni di bronco aspirato si può procedere a sospensione di climicina. Continua* Parte_8 *. Si consiglia V-fend 200 mg x 2 il primo giorno poi prosegue con 200 mg/die*"; 10) che a partire dal 03.11.2018 i sanitari evidenziarono "*Gravissime condizioni legate allo shock settico*" – anche in data 06.11.2018 dall'espletata consulenza infettivologica emerse "*Stato settico in paziente con grave compromissione dello stato generale. Globuli bianchi 28.000 in VI giornata di terapia con Zovicefta. Insufficienza renale…. Utile ridurre lo Zovicefta a 1 gr ogni 8 ore, iniziare Merrem 1 gr x 2*" – e in data [redacted] stante le "*condizioni cliniche gravissime*" alle ore 6.30 a causa di un "arresto cardiaco al monitor" i sanitari avviarono "*le manovre rianimatorie secondo linee guida ERC ma senza sortire effetti*", constatando "*l'exitus dopo 30 minuti di RCP*".

In relazione ai trattamenti eseguiti dai sanitari del nosocomio i CCTTU rilevavano segnatamente: 1) che "*l'errore di diagnosi si caratterizza per un errata o tardiva individuazione della patologia da cui è affetto il paziente, quello di prognosi si identifica con la mancata adozione di cautele e misure preventive, quelli terapeutici, infine si configurano per un errore di scelta od esecuzione del trattamento medico e/o chirurgico, determinandosi per una condotta di tipo attivo (errore di scelta del tipo di farmaco da adottare o della dose o della via di somministrazione ecc.) od omissivo (mancata realizzazione di un trattamento necessario)*"; 2) che "*dall'esame della documentazione clinica relativa all'accesso della paziente,* Persona_1 *, presso il Pronto Soccorso non si possono evidenziare errori di condotta e/o diagnosi*" - sicché "*durante l'accesso presso il Pronto Soccorso la paziente è stata correttamente sottoposta a tutti gli accertamenti diagnostici previsti dalle linee guida nel caso in oggetto e alla consulenza specialistica necessaria. La paziente è stata correttamente ricoverato presso la S.C. di Cardiologia in base all'evidenza di IMA in atto*" -, altresì avuto riguardo dell'operato diagnostico-terapeutico posto in essere dai sanitari presso il reparto di Cardiologia del [redacted] brindisino, non evidenziandosi difatti "*errori di condotta e/o di diagnosi*" – "*la paziente, ricoverata è stata sottoposta a STEMI anteriore complicato da BAV completo ed EPA ed è stata urgentemente sottoposta a procedura di vascolarizzazione e, di seguito, trasferita presso la S.C. di Rianimazione per il proseguo della terapia stante le condizioni gravissime* (…)"; 3) che nel periodo di ricovero presso il reparto di Rianimazione "*le condizioni cliniche della paziente, relativamente al problema cardiaco, sono, sia pur nella loro gravità,*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

migliorate tanto che la stessa era stata svezzata dal respiratore automatico e la consulenza cardiologica effettuata in data 18.11.2018 parlava di una "cardiopatia ischemica con lieve disfunzione sistolica del V sinistro", ma ciononostante "*indubbio è che durante la permanenza in questo reparto la paziente ha contratto una infezione plurima da patogeni ospedalieri e, più precisamente, prima da acinetobacter bowmani, klebsiella pneumoniae e pseudomonas aeruginosa come risulta da emocolture eseguite e consulenza infettivologica del 13.10.18 e, dopo circa 15 gg, da P. aeruginosa multi R e proteus mirabilis multiR*" – la cui "*terapia medica somministrata è stata prescritta in base agli antibiogrammi eseguiti dopo emocoltura e coltura dell'aspirato bronchiale*" -, con la conseguenza che "*la stessa è stata sottoposta anche a trasfusioni multiple ed è andata incontro a insufficienza renale*".

I CCTTUU, all'esito della sopra riportata ricostruzione degli eventi, hanno rassegnato seguenti conclusioni: 1) che "*l'operato dei Medici di Pronto Soccorso che hanno ricevuto al suo arrivo nel nosocomio la paziente è stato caratterizzato, in piena autonomia decisionale, dalla stretta aderenza alle linee guida e dal ricovero della stessa nel reparto più idoneo alle sue condizioni*"; 2) che "*l'operato del Medico della Cardiologia è caratterizzato dall'aderenza alle attuali linee guida che prevedono la rivascolarizzazione cardiaca nel più breve tempo possibile e che, nella fase post operatoria, la stessa è stata trattata in maniera adeguata tanto da mostrare un notevole miglioramento come si evince dall'ultima consulenza cardiologica*"; 3) che "*l'operato dei* [...] Controparte_8 *è stato caratterizzato dalla stretta aderenza alle linee guida con intervento dello* CP_9 *in Malattia Infettive che ha seguito durante tutto il periodo la paziente prescrivendo la terapia antibiotica secondo i risultati degli antibiogrammi eseguiti su emocoltura e coltura dell'aspirato bronchiale in presenza d'infezione da germi multi resistenti*"; 4) che "*impeccabile* (è stato) *il comportamento del medico presente in reparto al momento del decesso che ha eseguito per circa 30 minuti tutte le manovre rianimatorie previste*", sebbene "*la paziente, in gravissime condizioni legate allo shock settico, è* [redacted] *per probabile MOFS*"; 5) che "*considerato che non ci sono dubbi sul fatto che la paziente abbia contratto una infezione ospedaliera multi resistente in due tempi, prima da acinetobacter bowmani, klebsiella pneumoniae e pseudomonas aeruginosa e successivamente da P. aeruginosa multi R e proteus mirabilis multiR e che la probabile causa del decesso sia dovuto a una MOFS (Multiple Organ Failure Syndrome**)** non si rilevano errori nell'operato dei sanitari coinvolti nel ciclo di assistenza alla paziente*"; 6) che, infine, "*essendo noto che la MOFS è indipendente dalla patologia primaria che l'ha prodotta, e scaturisce esclusivamente dalla presenza contemporanea di danni ed insufficienze di più organi e sistemi, in seguito a sepsi importante, e in considerazione della natura nosocomiale delle infezioni contratte che hanno causato il decesso della paziente, pur non*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

avendone la certezza in assenza della documentazione necessaria, non si può escludere una responsabilità dell' *Parte_9* *relativa alle procedure di prevenzione delle infezioni ospedaliere e al controllo dei protocolli redatti dalla stessa* *Cont*„.

Alla luce degli accertamenti medico legali – scevri da vizi logici e metodologici - le cui conclusioni qui pienamente si condividono, deve ritenersi assolto l'onere probatorio gravante sulle parti attrici e cioè della sussistenza dell'evento-morte per MOFS e della derivazione causale di questo dalle infezioni nosocomiali contratte dalla *Per_1* durante il ricovero presso il reparto di Rianimazione dell'Ospedale [redacted] e ascrivibili alla *CP_5* .

Più specificatamente, l'*exitus* della sig.ra *Per_1* avveniva in data [redacted] per probabile MOFS (sindrome da disfunzione multiorgano) – con la precisazione che la stessa "*è indipendente dalla patologia primaria che l'ha prodotta, e scaturisce esclusivamente dalla presenza contemporanea di danni ed insufficienze di più organi e sistemi, in seguito a sepsi importante*" – stante le "*gravissime condizioni legate allo shock settico*" della paziente, che trovano una probabile origine eziologica nelle infezioni plurime da patogeni ospedalieri contratte dalla stessa durante la permanenza presso il reparto di Rianimazione del nosocomio – la cui esistenza fu peraltro accertata dai sanitari a seguito dei "*risultati degli antibiogrammi eseguiti su emocoltura e coltura dell'aspirato bronchiale*".

Nonostante l'operato dei sanitari che ebbero in cura la paziente, per come accertato in sede di CTU, fu esente da condotte censurabili sia dal punto di vista diagnostico – corretto inquadramento della patologia – che da quello terapeutico – trattamento della patologia "*IMA anteriore*" e delle riscontrate infezioni -, risulta tuttavia imprescindibile effettuare una valutazione in relazione alle cautele adottate dalla struttura sanitaria al fine di prevenire l'insorgenza di infezioni nosocomiali che colpirono la stessa - e in specie: "*stafilococcus hominis (emocoltura eseguita in data 08.10.2018), acinetobacter bowmani, klebsiella pneumoniae*" (sul punto peraltro è bene precisare, stante le osservazioni pervenute dal Ctp dell' *CP_5* dott.ssa *Per_5* ai CCTTUU, che la positività della paziente al tampone per Klebsiella non indicava uno stato di infezione, bensì di "*contaminazione/colonizzazione*", ossia "*la moltiplicazione a livello locale di microrganismi senza apparenti reazioni tessutali o sintomi clinici*"), "*pseudomonas aeruginosa (13.10.2018)*", e ancora "*P. aeuriginosa multi R e proteus mirabilis multi R (01.11.2018)*" - in termini di prevenzione e concreta applicazione dei protocolli specificamente previsti, fermo restando che incombe sul soggetto danneggiato l'onere di provare la sussistenza del nesso di causalità tra l'insorgenza dell'infezione e l'evento morte in relazione alla condotta dei sanitari, e viceversa in capo alla struttura sanitaria l'onere di dimostrare che l'inesatto adempimento della prestazione in concreto rilevata non dipenda da cause imputabili alla medesima struttura (Cass., n. 05490/2023).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Considerato che i CCTTUU hanno ritenuto di non poter escludere la responsabilità dell' *CP_5* in ordine "*alle procedure di prevenzione delle infezioni ospedaliere e al controllo dei protocolli redatti dalla stessa* *Cont*", sebbene la stessa responsabilità non possa essere valutata in termini di certezza "*in assenza della documentazione necessaria*", e considerato che in sede civile il nesso di causalità tra la condotta dei sanitari e il pregiudizio subìto dalla paziente per il verificarsi dell'evento debba basarsi sul criterio del "più probabile che non" - sicché è sufficiente che la condotta in concreto rilevata abbia inciso sul rischio di danno in termini di probabilità (Cass. n. 8461/2019) - nel caso de quo si configura una responsabilità in capo alla struttura sanitaria per l'insorgenza di plurime infezioni di natura nosocomiale – oggettivamente riscontrate tanto dai sanitari quando dai CCTTUU - incidenti sul determinismo dell'evento morte.

In particolare, sebbene la *Per_1* sin dalla fase di accesso al P.S. del nosocomio presentava un quadro cardiologico compromesso – la diagnosi in entrata indicava "*STEMI anteriore complicato da BAV completo ed EPA*", in paziente con pregressa patologia di ipertensione arteriosa in trattamento) - a seguito delle corrette procedure poste in essere dai sanitari del reparto di Cardiologia le condizioni di salute procedevano in termini di miglioramento – seppur non di guarigione –, tanto che in una delle varie consulenze cardiologiche effettuate (in specie in data 18.11.2018) veniva rilevata una "*cardiopatia ischemica con lieve disfunzione sistolica del V sinistro*".

Peraltro, sebbene sia "*indubbio*" che durante la permanenza presso il reparto di Rianimazione la *Per_1* avesse contratto "*una infezione plurima da patogeni ospedalieri*" – come riscontrato altresì in sede peritale previa visione della cartella clinica della paziente sulla base dei risultati degli antibiogrammi disposti dai sanitari del nosocomio in sede di ricovero -, non è rilevante in questa sede – ove si discute della responsabilità ex contractu della *Cont* e non anche della responsabilità ex art.2043 c.c. dei singoli operatori sanitari - la circostanza secondo la quale non tutte le infezioni di natura nosocomiale siano riconducibili alla diretta responsabilità di singoli medici e/o infermieri, essendo viceversa dirimente che la responsabilità possa e debba farsi risalire alla struttura sanitaria - .

Al pari non è rilevante valutare che non tutte le infezioni nosocomiali si concretino in un effettivo rilievo incidente ai fini della responsabilità, dovendo essere focalizzata l'attenzione esclusivamente sull'incidenza eziologica che le infezioni in concreto riscontrate abbiano avuto sul determinismo dell'evento morte, posto che in tema di risarcimento del danno la parte danneggiata non solo deve provare l'esistenza del nesso di causalità tra l'evento e la condotta censurata, ma deve altresì provare che da questi sia derivato in concreto un danno (Cass., n. 5922/2024).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Va a tal fine rilevato che in materia di responsabilità sanitaria da infezioni nosocomiali un recente orientamento della Suprema Corte ha affermato che "*in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio* (…) *spetta al paziente provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali*", spettando dunque "*alla struttura provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico*" (Cass., n. 4864/2021), rilevando peraltro "*ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria il criterio temporale – il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale* -, *il criterio topografico – l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della c.d. "probabilità prevalente" – e il criterio clinico – volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione* (…) *era necessario adottare*". Inoltre, "*a fronte della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero* (…) *ed ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione della IO* (…) *gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale (…): a) l'indicazione dei protocolli relativi ala disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e notifica; h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio*" (Cass., n. 6386/2023).

Va peraltro evidenziato, come nel caso di specie la responsabilità della struttura sanitaria non vada valutata in termini di responsabilità da perdita di chances, ma in termini di concausa

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'aggravamento dello stato patologico della *Per_1* e del suo conseguente decesso: sul punto la S.C. (da ultimo Cassazione civile , sez. VI , 07/11/2022 , n. 32639) ha infatti espresso il principio secondo il quale "*... la perdita di chance - correttamente definita dal ricorrente come perdita di una concreta occasione (rectius, possibilità) di conseguire un determinato bene della vita, integrante la lesione di un'entità patrimoniale attuale e suscettibile di autonoma valutazione economica - non può coesistere con il danno alla salute (e col correlato danno morale), che presuppone l'accertamento di un elemento ulteriore, ossia che l'illecito (o l'inadempimento) non abbia semplicemente leso una possibilità, ma si sia concretizzato in una menomazione dell'integrità psico - fisica e -dunque- che sia risultato accertato un nesso causale fra lo stesso e il danno alla salute; in altri termini, e con specifico riferimento all'inadempimento del sanitario, che esso abbia non soltanto privato il paziente di una possibilità di cura, ma abbia concretamente inciso sullo stato di salute*" (nello stesso senso, Cassazione civile sez. III, 09/03/2018, n.5641 "*Qualora l'evento di danno sia costituito non da una possibilità - sinonimo di incertezza del risultato sperato - ma dal (mancato) risultato stesso (nel caso di specie, la perdita anticipata della vita), non è lecito discorrere di chance perduta, bensì di altro e diverso evento di danno, senza che l'equivoco lessicale costituito, in tal caso, dalla sua ricostruzione in termini di "possibilità" possa indurre a conclusioni diverse. In particolare, la condotta medica colpevole ha cagionato la morte del paziente (che si sarebbe comunque verificata) bensì una significativa riduzione della durata della sua vita e 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 minor durata della vita e dalla sua peggior qualità, senza che tale danno integri una fattispecie di perdita di chance*").

Pertanto il giudicante, applicando al caso di specie il criterio della probabilità logica – in quanto ai fini di una corretta valutazione della fattispecie non si richiede la certezza del rapporto di causa-effetto, ma l'applicazione del criterio civilistico del "più probabile che non" - ritiene di poter desumere, mediante un giudizio controfattuale che tenga conto di tutte le risultanze del caso di specie, che le infezioni contratte dalla *Per_1* non solo furono di natura nosocomiale – come accertato tanto dai sanitari del nosocomio quanto dai CCTTUU -, ma altresì incidenti nel determinismo dell'evento morte, posto che la subentrata condizione di shock settico che colpì la paziente – correttamente rilevata e trattata dai sanitari -, sebbene fosse di per sé caratterizzata da una prognosi severa stante l'incidenza di mortalità in presenza di MOFS (50-100 %), poteva tuttavia tale incidenza essere ridotta qualora fossero state poste in essere adeguate misure preventive atte a scongiurare l'insorgenza di infezioni nosocomiali in paziente affetta da MOFS, posto che "*la causa di morte di maggior rilievo in* [redacted] *appare essere la Sepsi (42%)*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Pertanto, in disparte ogni valutazione in merito alla condotta posta in essere dai sanitari, ritenuta incensurabile in sede peritale - tanto in relazione alla diagnosi quanto alla esecuzione dei trattamenti -, va ritenuta la *CP_5* responsabile per il decesso della *Per_1* , per non avere la stessa struttura provato di avere in concreto attuato le dovute cautele in termini di attività preventiva e di controllo dirette a scongiurare l'insorgenza di infezioni di natura nosocomiale: in particolare, se è vero che sin dall'accesso al P.S. la paziente presentava un quadro cardiologico compromesso, è altrettanto vero che proprio il suddetto stato di salute imponeva maggiore prudenza nella condotta degli operatori a vario titolo intervenuti, non potendo ritenere assolto in capo alla struttura l'onere di dimostrare che l'inadempimento fosse derivato da causa alla stessa non imputabile, non essendo sufficiente ai fini della prova liberatoria la sola allegazione di delibere e note formalmente adottate – in specie: Nota prot. N. 7392 del 02.02.2010, Nota prot. N. 36657 del 01.06.2011, Nota prot. N. 33552 del 13.05.2013, Delibera n. 1582 del 09.09.2013 *CP_5* , Delibera n. 1887 del 18.10.2013 *CP_5* , Delibera n. 1181 del 23.6.2014 *CP_5* , Delibera n. 2040 del 18.11.2014 *CP_5* , Delibera 1417 del 02.09.2015, Nota n° 61655 del 07.10.2015, Delibera n. 1913 del 10.11.2015 *CP_5 [...]*, Delibera n. 69 del 05.01.2016 *CP_5* .

Ritenuto oramai pacifico in sede di legittimità che il rapporto tra paziente e struttura sanitaria configuri un contratto atipico a prestazioni corrispettive (il c.d. contratto di spedalità) e che tale rapporto esplichi i propri effetti esclusivamente *inter partes*, in caso di decesso del paziente, i congiunti potranno agire per il risarcimento dei danni "iure hereditario" derivante dall'inadempimento contrattuale della struttura sanitaria (Cass. 14615/2020), in quanto gli effetti di tale inadempimento vengono trasmessi *mortis causa* agli eredi, mentre, laddove i congiunti agiscano – anche contestualmente - per il risarcimento dei danni "iure proprio" derivanti dalla perdita del rapporto parentale, la responsabilità della struttura sanitaria rivestirà natura extracontrattuale dal momento che "*da un lato, il rapporto contrattuale intercorre unicamente col paziente, e dall'altro i parenti di quest'ultimo non rientrano nella categoria dei "terzi protetti dal contratto"* " (Cass. n. 3267/2024; Cass. 21404/2021).

Alla luce delle suddette considerazioni, potrebbe dunque qualificarsi contestualmente in capo alla struttura sanitaria una responsabilità sia di natura contrattuale che di natura extracontrattuale, e da cui inevitabilmente discendono rilevanti conseguenze sotto il profilo dell'onere probatorio. Difatti, in astratto la ripartizione dell'onere della prova nelle ipotesi di responsabilità contrattuale ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1218 c.c. ss. prevede a carico del danneggiato l'onere di provare la sussistenza del contratto di spedalità e di allegare la circostanza dell'inadempimento della struttura sanitaria, nonché il nesso di causalità c.d. materiale tra la condotta (attiva od omissiva) dei sanitari e il danno (evento e conseguenza) subito, incombendo sul debitore/danneggiante l'onere di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

provare l'esatto adempimento, ovvero che l'inadempimento sia stato determinato da impossibilità della prestazione per cause non imputabili alla medesima struttura e cioè che "*l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile e inevitabile con l'ordinaria diligenza*" (Cass. n. 10500/2022; Cass. n. 26303/2019).

In ipotesi di responsabilità extracontrattuale, il riparto dell'onere probatorio segue invece la disciplina prevista dall'art. 2043 e ss. c.c., incombendo sul danneggiato l'onere di provare, non soltanto il nesso di causalità tra la condotta della struttura sanitaria e l'evento dannoso (in termini di aggravamento o insorgenza di nuova patologia, nonché la relazione causale tra il danno lesivo e il danno patrimoniale e/o non patrimoniale), ma altresì l'illiceità della condotta.

Per quanto detto, nel caso de quo, la disposta CTU ha consentito di accertare che sebbene la condotta posta in essere dai sanitari in relazione all'iter diagnostico-terapeutico fosse stata correttamente eseguita, è tuttavia indubbio che le infezioni plurime contratte dalla paziente nel reparto di Rianimazione fossero di natura nosocomiale, e che l'insorgenza di MOFS, essendo eziologicamente indipendente rispetto alla patologia di cui la paziente era affetta, scaturiva in seguito all'insorgere di uno stato settico, sicché sotto il profilo probatorio deve ritenersi che gli odierni attori abbiano assolto all'onere della prova su di essi gravante, tanto in relazione alla dedotta responsabilità contrattuale della *CP_5* per i danni "*iure heretidario*" invocati da parte attrice, che alla dedotta responsabilità extracontrattuale per i danni rivendicati "*iure proprio*".

Va, peraltro, osservato che la struttura sanitaria – sulla quale peraltro incombeva il relativo onere probatorio quantomeno per sottrarsi alla responsabilità contrattuale – non ha in alcun modo provato il corretto adempimento della prestazione sanitaria ovvero che l'inadempimento si fosse verificato per cause ad essa non imputabili, laddove, al contrario, la espletata CTU ha consentito di valutare rilevante nel determinismo degli eventi la responsabilità dell' *CP_5* in relazione alle mancate procedure preventive e di controllo in relazione ai protocolli da adottarsi in concreto nell'ambito delle infezioni nosocomiali, a nulla rilevando ai fini della prova liberatoria la semplice allegazione delle note e delibere in materia.

Venendo alla sussistenza e quantificazione dei danni, una prima questione riguarda la risarcibilità del danno non patrimoniale patito dalla vittima deceduta, che alla luce della più recente giurisprudenza di legittimità si ritiene che i danni non patrimoniali trasmissibili "iure hereditatis" possono consistere – oltre che nell'eventuale danno biologico temporaneo - nel c.d. danno morale catastrofale, inteso quale stato di sofferenza patito dalla vittima per aver assistito "*al progressivo svolgimento della propria condizione esistenziale verso l'ineluttabile fine-vita*", e che presuppone che il soggetto abbia "*cosciente e lucida percezione*" del termine della propria esistenza (Cass. n. 13537/2014; Cass. n. 7126/2013).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Quanto ai danni "iure proprio" domandati da parte ricorrente in qualità di congiunti - segnatamente marito, figli e nipoti – della *Persona_1* questi derivano dalla perdita del rapporto parentale, peraltro in particolari casi sussistente anche in assenza di un rapporto di prossimità familiare, "*incombendo sul giudice di merito il compito di verificare, caso per caso, il complesso degli indici probatori eventualmente utilizzabili in relazione a ciascun singolo rapporto parentale dedotto (astenendosi dal riferimento a formule astratte o stereotipate), pur tenendo conto del principio in forza del quale, quanto più prossimo appare il grado formale della parentela, tanto meno rigoroso dovrà intendersi lo standard probatorio da soddisfare ai fini risarcitori*" (Cass. n. 27658/2023).

Passando alla determinazione dei danni lamentati, appare necessaria una premessa di carattere generale in materia di danno non patrimoniale.

Dovendo quantificare il danno complessivamente risarcibile, si procede in aderenza a quanto notoriamente statuito dalla Suprema Corte a Sezioni Unite (sentenza 11 novembre 2008, n. 26972), la quale ha ribadito la bipolarità, nel sistema della responsabilità aquiliana previsto dal vigente codice civile, tra danno patrimoniale (art. 2043 c.c.) e danno non patrimoniale (art. 2059 c.c., nella sua lettura costituzionalmente orientata).

Con riferimento, in particolare, al danno non patrimoniale, la Suprema Corte nella sentenza sopra riportata, ha avuto modo fra l'altro di precisare che lo stesso, "Identificandosi con il danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica, costituisce categoria unitaria non suscettiva di divisione in sottocategorie" e che solo a fini descrittivi, nel caso di lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.) determinata da fatto illecito, si parla di danno biologico, figura che ha peraltro ricevuto un espresso riconoscimento normativo negli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209/2005, recante il Codice delle assicurazioni private, che ne hanno dato una definizione suscettiva di generale applicazione.

Va più in particolare osservato, che sull'annosa questione della risarcibilità del c.d. danno morale, quale componente del danno non patrimoniale non (necessariamente) sussumibile nel danno biologico, ha ormai trovato un sicuro punto di approdo pur dopo le c.d. sentenze di San Martino delle Sezioni Unite, nella successiva giurisprudenza della Suprema Corte ed in quella del Giudice delle Leggi.

In particolare la Corte Costituzionale con sentenza n. 235 del 16 ottobre 2014, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private), sollevata dal Giudice di pace di Torino, in riferimento agli artt. 2, 3, 24 e 76 della Costituzione; dal Tribunale ordinario di Brindisi – sezione distaccata di Ostuni, per contrasto con gli artt. 2, 3, 24, 32, 76, e con l'art. 117, primo comma, Cost., in relazione agli artt. 2 e 6 della CEDU, 6 del Trattato dell'Unione europea, e 1 e 3, comma 1, della

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea; dal Tribunale ordinario di Tivoli e dal Giudice di pace di Recanati, per contrasto con i medesimi artt. 2, 3, 24, 32, 76 Cost. e con l'art. 117, primo comma, Cost., in relazione agli artt. 3 e 8 della CEDU e 1 del Protocollo addizionale alla Convenzione medesima, con le rispettive ordinanze in epigrafe indicate.

Afferma fra l'altro la Corte nella menzionata sentenza che "È pur vero, infatti, che l'art. 139 cod. ass. fa testualmente riferimento al "danno biologico" e non fa menzione anche del "danno morale". Ma, con la sentenza n. 26972 del 2008, le sezioni unite della Corte di cassazione hanno ben chiarito (nel quadro, per altro, proprio della definizione del danno biologico recata dal comma 2 del medesimo art. 139 cod. ass.) come il cosiddetto "danno morale" − e cioè la sofferenza personale suscettibile di costituire ulteriore posta risarcibile (comunque unitariamente) del danno non patrimoniale, nell'ipotesi in cui l'illecito configuri reato − «rientra nell'area del danno biologico, del quale ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua natura intrinseca costituisce componente». La norma denunciata non è, quindi, chiusa, come paventano i rimettenti, alla risarcibilità anche del danno morale: ricorrendo in concreto i presupposti del quale, il giudice può avvalersi della possibilità di incremento dell'ammontare del danno biologico, secondo la previsione, e nei limiti, di cui alla disposizione del citato comma 3.".

D'altra parte la stessa Suprema Corte, sia pur a Sezioni Semplici, ha avuto modo di ribadire la liquidabilità del danno morale – quale componente del danno non patrimoniale in aggiunta al danno biologico -, sia proponendo una lettura più attenta e meno sclerotizzata delle richiamate sentenze delle SS.UU. sia evidenziando l'evoluzione normativa successiva "La modifica del 2009 delle tabelle del tribunale di Milano - che questa corte, con la sentenza 12408/011 (nella sostanza confermata dalla successiva pronuncia n. 14402/011) ha dichiarato applicabili, da parte dei giudici di merito, su tutto il territorio nazionale - in realtà, non ha mai "cancellato" (contrariamente a quanto opinato dal ricorrente) la fattispecie del danno morale intesa come "voce" integrante la più ampia categoria del danno non patrimoniale: nè avrebbe potuto farlo senza violare un preciso indirizzo legislativo, manifestatosi in epoca successiva alle sentenze del 2008 di queste sezioni unite, dal quale il giudice, di legittimità e non, evidentemente non può in alcun modo prescindere in una disciplina (e in una armonia) di sistema che, nella gerarchia delle fonti del diritto, privilegia ancora la disposizione normativa rispetto alla produzione giurisprudenziale. 3.5. L'indirizzo di cui si discorre si è espressamente manifestato attraverso la emanazione di due successivi D.P.R. n. 37 del 2009 e il n. 191 del 2009, in seno ai quali una specifica disposizione normativa (l'art. 5) ha inequivocamente resa manifesta la volontà del legislatore di distinguere, concettualmente prima ancora che giuridicamente, all'indomani delle pronunce delle sezioni unite di questa corte (che, in realtà, ad una più attenta lettura, non hanno mai predicato un principio di diritto funzionale alla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

scomparsa per assorbimento ipso facto del danno morale nel danno biologico, avendo esse viceversa indicato al giudice del merito soltanto la necessità di evitare, attraverso una rigorosa analisi dell'evidenza probatoria, duplicazioni risarcitorie) tra la "voce" di danno c.d. biologico da un canto, e la "voce" di danno morale dall'altro: si legge difatti alle lettere a) e b) del citato art. 5, nel primo dei due provvedimenti normativi citati:- che "la percentuale di danno biologico è determinata in base alle tabelle delle menomazioni e relativi criteri di cui agli artt. 138 e 139 del codice delle assicurazioni; -che "la determinazione della percentuale di danno morale viene effettuata, caso per caso, tenendo conto dell'entità della sofferenza e del turbamento dello stato d'animo, oltre che della lesione alla dignità della persona, connessi e in rapporto all'evento dannoso, in misura fino a un massimo di due terzi del, valore percentuale del danno biologico". 3.6. Nella relazione introduttiva alle "nuove" tabelle milanesi per la liquidazione "del danno non patrimoniale derivante da lesione alla integrità psico-fisica e dalla perdita del rapporto parentale", difatti, si legge che i criteri con esse applicati "prima delle sentenze delle sezioni unite della cassazione individuavano valori standard di liquidazione del danno biologico, prevedendo poi la liquidazione del danno morale in misura variabile da 1/4 a 1/2 dell'importo liquidato a titolo di danno biologico, con personalizzazione di questo sino all'aumento del 30% dei valori standard".- "A seguito del nuovo indirizzo giurisprudenziale" si prosegue in via ulteriormente esplicativa "rilevata l'esigenza di una liquidazione unitaria e constatato l'inadeguatezza dei valori monetari finora utilizzati, propone la liquidazione congiunta del danno non patrimoniale conseguente alla lesione permanente dell'integrità psicofisica suscettibile di accertamento medico legale" (id est, del danno biologico,) "e del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore, sofferenza soggettiva in via di presunzione in riferimento a un dato tipo di lesione, vale a dire la liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico standard, personalizzazione del danno biologico, danno morale". 3.7. Nessuna cancellazione del danno morale è stata, pertanto, operata, in guisa di pretesa duplicazione del risarcimento del danno biologico, dalle tabelle milanesi oggi applicabile, in guisa di uso normativo, alla stregua della citata sentenza 12408/2011, che ne ha consapevolmente e motivatamente espunto un criterio paralegislativo di valutazione cui il giudice di merito dovrà attenersi nella liquidazione del danno non patrimoniale alla persona. 3.8. Nella stessa giurisprudenza di questa corte regolatrice, d'altronde, in ossequio ad una esigenza adeguatrice dell'interpretazione giurisprudenziale alla non equivoca voluntas legis espressa dagli organi deputati alla produzione normativa post 2008, numerose sono state le pronunce che hanno confermato sentenze di merito predicative del principio e del criterio della congiunta attribuzione del risarcimento da danno biologico e da danno morale liquidato, quest'ultimo in una percentuale del

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

medesimo, salvo personalizzazione" (Cassazione civile sez. III del 12/09/2011, N.18641; Cass. 28407/2008; Cass. 29191/2008; Cass. 5770/010; Cass.; Cass. 22585/2013; Cass. 11850/2015).

Venendo alle pretese risarcitorie *iure hereditatis*, alla luce delle risultanze della espletata CTU medico legale collegiale, e ritenuto, per quanto detto, che sia imputabile all' *CP_5* il mancato adempimento in termini preventivi e di controllo dei protocolli in materia di infezioni nosocomiali, che nel caso de quo hanno determinato l'insorgenza di plurime infezioni in sede di ricovero presso il reparto di Rianimazione (dal 04.10.2018 al [redacted]) e un aggravamento – in termini di concausa - dello stato di salute della *Per_1* sino a determinarne il [redacted] deve rilevarsi che il predetto arco temporale va quindi valutato al fine di verificare se la vittima – e per lei i suoi eredi - abbia comunque maturato il diritto a vedersi risarcire il danno non patrimoniale consistente nella sofferenza fisica e psichica per il proprio ingravescente stato patologico, se non addirittura per la consapevolezza della gravità di tali lesioni e dell'imminente pericolo di vita.

Escluso che gli eredi della persona deceduta vittima di un illecito, possano invocare il diritto iure hereditatis del danno da perdita della vita c.d. danno tanatologico (Cass. Civ., S.U. 22 luglio 2015, n.15350), al fine di riconoscere il c.d. danno catastrofale – questo trasmissibile iure successionis al pari del danno biologico di cui si dirà in seguito -, quale sofferenza patita dalla vittima, nel tempo trascorso tra l'evento e la morte, nell'assistere alla perdita della propria vita (Cass. Civ., Sez. III, del 21 marzo 2013, n.7126), sarebbe stato necessario che gli attori avessero fornito la prova dello stato di coscienza della propria dante causa, cosa che nella fattispecie è invece mancata (Cass. Civ., Sez. III, del 24 marzo 2011, n.6754).

Il danno biologico, tenuto conto dell'ampio arco temporale di ricovero presso il reparto di Rianimazione nel quale la paziente contrasse multiple infezioni nosocomiali sino poi al decesso, potrebbe essere suscettibile di valutazione, ma unicamente in relazione al danno da inabilità temporanea, e tuttavia va escluso posto che, quand'anche le misure preventive fossero state idoneamente poste in essere, sarebbe stato (con significativa probabilità) scongiurato il decesso, ma non di certo l'inabilità temporanea.

Passando al danno lamentato dagli attori "iure proprio" da perdita del rapporto parentale, la liquidazione non può che essere equitativa e chi giudica ritiene di dover a tal fine utilizzare i parametri contenuti nelle tabelle predisposte dal Tribunale di Milano nella versione aggiornata a gennaio 2024 fondata su un sistema "a punto variabile", nelle quali il valore base è stato ricavato sulla base di quelli previsti dalla precedente formulazione c.d. "a forbice" e che prevedeva l'attribuzione dei punti in funzione di cinque parametri: età della vittima primaria e secondaria, convivenza tra le stesse, sopravvivenza di altri congiunti e qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Deve peraltro escludersi che nel caso di specie ricorra alcuna peculiare ragione che induca il giudicante a discostarsi dalla valutazione equitativa secondo i predetti parametri optando per una valutazione equitativa "pura" (Cass. n. 37009 del 2022).

Più nel dettaglio, il criterio di liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale secondo le Tabelle 2024 sul punto variabile, applicabile in particolare in caso di perdita di genitore, figlio, coniuge o assimilati, in luogo della "forbice" prevista sino alle tabelle 2024 da €.195.551,59 a €.391.103,18, prevedono un "valore punto" di €.3.911,00, ottenuto dividendo per cento l'importo massimo previsto dalle citate Tabelle del 2024.

Secondo le vigenti tabelle, i punti totali attribuibili sono 118, con una soglia non superabile di €.391.103,18, laddove la distribuzione dei punti avviene tenendo conto dei parametri già innanzi menzionati e segnatamente: a) età della vittima primaria: sono attribuiti un massimo di 28 punti; b) età della vittima secondaria: sono attribuiti un massimo di 28 punti; c) convivenza: sono attribuiti 16 punti in caso di convivenza; mentre, vengono assegnati 8 punti qualora le due vittime, benché non conviventi, abitino nello stesso stabile o complesso condominiale; d) sopravvivenza o meno di altri congiunti al de cuius: attribuiti fino a 16 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: attribuiti sino a 30 punti.

Attribuiti i punti per ciascun parametro, quindi il totale dei punti si moltiplica per il valore punto (cioè per €.3.911,00), giungendo così all'importo monetario complessivo liquidabile il quale non potrà essere superiore ad €.391.103,18, salva la sussistenza di circostanze eccezionali.

Nel caso di specie, in applicazione dei predetti parametri, si reputa equo determinare il danno da perdita del rapporto parentale, nel modo che segue:

- in favore di *Parte_1* marito convivente all'epoca dei fatti di anni 77, la somma complessiva di €.215.105,00 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.3.911,00 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 12 punti; b) 77 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 12 punti; c) convivenza: sono attribuiti 16 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *Parte_10* , figlia non convivente all'epoca dei fatti di anni 51, la somma complessiva di €.175.995,00 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.3.911,00 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 12 punti; b) 51 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 18 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);

- in favore di *Parte_5*, figlia non convivente all'epoca dei fatti di anni 48, la somma complessiva di €.183.817,00 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.3.911,00 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 12 punti; b) 48 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 20 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *CP_3*, figlia non convivente all'epoca dei fatti di anni 42, la somma complessiva di €.183.817,00 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.3.911,00 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 12 punti; b) 42 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 20 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *Parte_6* figlio non convivente all'epoca dei fatti di anni 53, la somma complessiva di €.175.995,00 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.3.911,00 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 12 punti; b) 53 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 18 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *Parte_3* nipote non convivente all'epoca dei fatti di anni 16, la somma complessiva di €.73.022,60 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.1.698,20 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 8 punti; b) 16 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 20 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *Parte_4* nipote non convivente all'epoca dei fatti di anni 23, la somma complessiva di €.69.626,20 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.1.698,20 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 8 punti; b) 23 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 18 punti; c) non convivenza: sono

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);

- in favore di *Persona_2*, nipote non convivente all'epoca dei fatti di anni 16, la somma complessiva di €.73.022,60 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.1.698,20 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 8 punti; b) 16 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 20 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *Controparte_1*, nipote non convivente all'epoca dei fatti di anni 14, la somma complessiva di €.73.022,60 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.1.698,20 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 8 punti; b) 14 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 20 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche);
- in favore di *Controparte_2*, nipote non convivente all'epoca dei fatti di anni 6, la somma complessiva di €.73.022,60 (importo ottenuto moltiplicando il valore punto di €.1.698,20 per la sommatoria dei seguenti punti: a) 75 anni di età della vittima primaria: sono attribuiti 8 punti; b) 6 anni di età della vittima secondaria: sono attribuiti 20 punti; c) non convivenza: sono attribuiti 0 punti; d) sopravvivenza di un congiunto al de cuius: sono attribuiti 0 punti; e) qualità e intensità della relazione affettiva: sono attribuiti 15 punti quale media, in assenza di indicazioni specifiche).

In ordine al lamentato danno patrimoniale subito dai ricorrenti e consistente nelle spese funerarie sostenute dagli eredi per la somma di €.1702,00, va anzitutto rilevato che le spese per il funerale rientrano dei c.d. "pesi ereditari", in quanto oneri che sorgono a carico degli eredi pro quota a seguito di apertura della successione – ed accettazione dell'eredità - per morte del de cuius (Cass., n. 28/2002). Tuttavia, più di recente la Suprema Corte ha ritenuto che "*indubbiamente le spese funerarie costituiscono una voce di danno ineliminabile e possono essere liquidate anche in mancanza di specifica dimostrazione della precisa entità della somma sborsata a tale scopo. Occorre tuttavia fornire al giudice i dati da cui desumere almeno approssimativamente i parametri a cui commisurare la liquidazione*" (Cass., n. 11684/2014; Cass., n. 31542/2018), dovendosi pertanto ritenere sussistente tale voce di danno anche in ragione di allegazione delle parti ricorrenti.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Si ritiene che quanto sopra liquidato sia pienamente satisfattivo del danno sofferto dai ricorrenti e che, in particolare, in difetto di alcuna specifica allegazione e tantomeno prova di ulteriori e specifiche ragioni di sofferenza psico-fisica ovvero di peculiari compromissioni alla vita di relazione, non vi siano ragioni di operare la personalizzazione del danno.

In definitiva, la *CP_5* va condannata al pagamento in favore dei ricorrenti della complessiva somma di €.1.296.445,60, a titolo di danno non patrimoniale e di €.1702,00 a titolo di danno patrimoniale.

Su tale importo, già attualizzato, vanno calcolati gli interessi nella misura del tasso legale, a far data dall'evento fino al giorno di effettivo soddisfo sull'intero importo, via via devalutato.

Per il principio della soccombenza la *CP_5* va condannata alla rifusione delle spese processuali liquidate come da dispositivo tenuto conto dei parametri medi dimidiati per la fase di trattazione/istruttoria in difetto di significativa attività difensiva.

- visto l'art. 702-ter c.p.c.

P.Q.M.

Il TRIBUNALE di Brindisi, Sezione Civile, in composizione monocratica nella persona del dott. Francesco GILIBERTI, pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* , *Pt_2* *[...]* *Parte_3* *Parte_4* , *Parte_5* , in proprio e quale procuratore speciale di *Parte_6* , *Controparte_1* , *Controparte_2* *CP_3* , in proprio e quale esercente la potestà genitoriale sulla minore *Persona_2* , tutti in proprio e quali eredi, con ricorso depositato telematicamente il 17 dicembre 2021 nei confronti di *CP_5* , in persona del legale rapp.te p.t., disattesa ogni diversa o contraria istanza, eccezione e deduzione, così provvede:

1. in parziale accoglimento della domanda attorea condanna *CP_5* al pagamento in favore di *Parte_1* , *Parte_2* *Parte_3* *Parte_4* , *Parte_5* , in proprio e quale procuratore speciale di *Parte_6* , *Controparte_1* *Controparte_2* *[...]* *CP_3* , in proprio e quale esercente la potestà genitoriale sulla minore *[...]* *Persona_2* della somma complessiva di €.1.298.147,60 secondo le ripartizione meglio indicate nella parte motiva, a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali oltre agli interessi nella misura del tasso legale, dall'evento all'effettivo soddisfo, sull'importo via via devalutato;
2. condanna altresì la *CP_5* al pagamento in favore dei ricorrenti delle spese processuali che si liquidano in €.870,00 per spese esenti ed €.22.426,00 per compensi, oltre 15% per rimb. forfettario, CAP e IVA, con distrazione in favore dell'avv. [redacted] dichiaratosi anticipatario;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Brindisi, 15/11/2024

Il GIUDICE

Dott. Francesco GILIBERTI

La presente sentenza è stata redatta con la collaborazione della tirocinante dott.ssa [redacted] quale componente dell'Ufficio per il processo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it