N. R.G. 3873/2018

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di CAGLIARI

SEZIONE SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Elisabetta Murru

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3873/2018** promossa da:

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

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

rappresentate e difese dagli avv.ti [redacted] e [redacted]

attrici

contro

Controparte_1 (P. IVA *P.IVA_1*) in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] e [redacted]

convenuta

Causa avente ad oggetto: responsabilità professionale medica

trattenuta in decisione sulle seguenti,

CONCLUSIONI

NELL'INTERESSE DELLE ATTRICI (di cui alla comparsa conclusionale): "*A) accertare e dichiarare l'inadempimento della convenuta* *Controparte_1* *alle obbligazioni alla stessa facenti capo in dipendenza del rapporto instaurato con il signor* *[...]* *Pt_3* *e con la richiesta di assistenza medico - ospedaliera dallo stesso formulata e, in particolare, dichiarare l'inadempimento agli obblighi di informazione del paziente e dei suoi eredi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

e congiunti sulla sua vicenda;

B) dichiarare tenuta e condannare la convenuta Controparte_1 *- in dipendenza di tutte le azioni esperibili, contrattuali e/o da contatto sociale ovvero anche di natura extracontrattuale - al risarcimento di tutti i danni - patrimoniali e non patrimoniali, e, in particolare, di tutti i danni ai diritti della persona garantiti a livello normativo - costituzionale e/o legislativo - e, specificamente: del danno non patrimoniale con riferimento alla perdita della vita, alla componente "biologica", al danno psichico del de cuius per la lucida percezione dell'approssimarsi della morte e per lucida agonia, alla vita di relazione, ai profili esistenziali, e del danno morale per le sofferenze patite, derivati alle attrici in conseguenza della vicenda per cui è causa, sia quali eredi del signor* Parte_3 *sia in proprio; se del caso ed in subordine, anche sotto il profilo della perdita di "chances" di guarigione e di più lunga e migliore qualità della vita; determinare detti danni nell'importo non inferiore ad €.100.000,00* (euro centomila) per i danni cagionati direttamente al signor* Parte_3 *e nei quali le attrici succedono ex art. 581 codice civile, nell'importo di €.300.000,00* (euro trecentomila) per il coniuge signora* Parte_2 *e nell'importo di €.300.000,00* (euro trecentomila) per la figlia signora* Pt_1 *[...] , per un totale di €.700.000,00* (euro settecentomila); ovvero in quegli altri importi maggiori o minori che saranno accertati in causa, se del caso anche con valutazione equitativa; C) con la rivalutazione monetaria e gli interessi legali ex art. 1284 IV comma codice civile, oltre il lucro cessante derivante dalla mancata disponibilità degli importi risarcitori che avrebbero dovuto essere corrisposti con riferimento alla data dell'illecito; D) con la condanna della convenuta al rimborso delle spese processuali, comprese quelle rela-tive alla consulenza tecnica di parte e di mediazione.*"

NELL'INTERESSE DELLA CONVENUTA (di cui alla comparsa conclusionale): "*Voglia il Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, azione ed eccezione:* ***in via preliminare****, ai sensi dell'art. 196 c.p.c., disporre la rinnovazione delle indagini peritali (ovvero della C.T.U.) con nuovi consulenti;* ***in via principale****, nel merito, rigettare le avverse domande perché infondate in fatto e in diritto;* ***in ogni caso****, con vittoria di spese e compensi del procedimento, oltre spese generali ed accessori di legge*".

MOTIVI DELLA DECISIONE

Le attrici Parte_2 e Parte_1 , in proprio nonché in qualità di eredi (rispettivamente moglie e figlia) di Parte_3 con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., hanno convenuto in giudizio la Controparte_1 al fine di ottenere il risarcimento di tutti i danni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

subìti ed ascrivibili alla responsabilità degli operatori sanitari della *[...]* *Controparte_1* in relazione alle prestazioni, trattamenti e terapie cui veniva sottoposto il defunto *Parte_3* con riferimento al periodo di degenza ospedaliera presso l'Ospedale [redacted] in *CP_1* dal 9 settembre al [redacted] giorno in cui sopraggiungeva il decesso del paziente.

*

A sostegno delle proprie pretese, le attrici *Parte_2* e *Parte_1* hanno allegato:

- di essere eredi – in qualità di moglie e figlia - di *Parte_3* - [redacted] *CP_1* [redacted] e [redacted] senza lasciare testamento;
- che il comune congiunto, *Parte_3* in data 9 settembre 2015 ed in seguito alla comparsa di eritema e prurito si rivolgeva al presidio di Pronto Soccorso dell'Ospedale [redacted] di *CP_1* ed ivi veniva ricoverato, in buone condizioni di salute, presso la Divisione di Medicina Interna 1, con diagnosi di disturbi dermatologici ("*eritema tossico*");
- che all'atto del primo ricovero, il 9 settembre 2015, ad un primo esame obiettivo, i Sanitari rilevavano "*Condizioni generali discrete - obesità centrale vigile, orientato e collaborante eritema cutaneo pressochè diffuso (relativamente risparmiata la cute del torace posteriore)*";
- che il *Pt_3* veniva ricoverato il 9 settembre ed affrettatamente dimesso il 17 settembre 2015 alle ore 17:00 benchè lamentasse ancora forti dolori e, che, dopo nuova visita al Pronto Soccorso lo stesso 17 settembre 2015, veniva ancora dimesso per venire ricoverato il giorno successivo, dopo essersi recato nuovamente al Pronto Soccorso a causa della persistenza dell'iperpiressia e dei dolori;
- che il 20 settembre 2015 veniva trasferito presso l'Unità di Terapia Intensiva del Servizio di Anestesia e Rianimazione, ma che, nemmeno in corso di secondo ricovero, e nonostante le indagini di laboratorio nell'immediatezza mostrassero senza alcun margine di dubbio la presenza di un grave processo infettivo, contro ogni logica, il primo giorno di ricovero trascorreva senza alcuna somministrazione di terapia antibiotica; i Sanitari, infatti, si accorgevano con gravissimo ritardo di una infezione da stafilococchi in corso e quando, con grave ritardo, veniva iniziata la terapia corretta, lo stato settico del paziente era ormai irreversibile fino al sopraggiugere del decesso, il [redacted]
- doversi ascrivere il decesso del loro congiunto ad erronee valutazioni cliniche ed erronei trattamenti terapeutici effettuati presso il predetto [redacted] di Cagliari, facente capo alla *Controparte_1*
- che in particolare i sanitari non rilevavano per tempo la gravità delle condizioni morbose che hanno determinato il decesso del *Pt_3* e ciò né in occasione del primo, né in occasione del secondo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

ricovero;

- che u*lteriore elemento di censura nel comportamento dei sanitari deve essere riscontrato laddove non vi è stata ulteriore valutazione (TCRM) delle localizzazioni epidurali e dello psoas finalizzata all'eventuale drenaggio delle raccolte purulente***;**

- che *a confermare la gravità dell'infezione va rilevato che l'esame del liquor, eseguito in Rianimazione in data* [redacted] *(quindi 48 ore prima dell'exitus), mostrava un altissimo valore di proteinorrachia (1159 mg/ml: valori normali compresi tra 15 e 45 mg% e valori altamente patologici 200-300 mg) a significare una importante flogosi epidurale o addirittura un blocco della circolazione liquorale (cosiddetta sindrome di Froin), verso la quale ormai poco poteva la congrua ma tardiva terapia antibiotica praticata in Rianimazione*;

- che veniva gravosamente meno anche la regolare attività di informativa del paziente tendente all'acquisizione del consenso informato: durante la degenza presso la Medicina Interna 1 dell'Ospedale [redacted] né al signor *Pt_3* né ai suoi familiari venne mai rappresentata la patologia quale poi diagnosticata, nè l'opportunità di rivolgersi ad altra struttura specialistica, né la possibilità di un trattamento terapeutico tempestivo alternativo;

- che se il paziente ed i suoi familiari avessero avuto cognizione di effettivi rischi, si sarebbero certamente rivolti ad altra struttura sanitaria;

- che dopo il drammatico *exitus*, i familiari del defunto chiedevano ripetutamente spiegazioni sulla vicenda ai Sanitari della Divisione Medicina Interna dell'Ospedale [redacted] senza peraltro ottenere concrete risposte;

- che in seguito al decesso, posto che il paziente era stato ricoverato in buone condizioni generali e con una diagnosi che non induceva a particolari preoccupazioni, alla luce dell'esito particolarmente infausto della vicenda i Sanitari espressero dapprima l'intendimento di procedere a riscontro diagnostico ex art. 37 Regolamento Polizia Mortuaria D.P.R. 285/1990 ma poi, con nota [redacted] il programmato riscontro venne annullato;

- di avere, con istanza del 9 ottobre 2016, formulato richiesta alla [redacted] di *CP_1* di fornire chiara informativa sulla vicenda e di provvedere al risarcimento di danni, senza ottenere positivo riscontro dalla convenuta, che si limitava a denunciare il sinistro alla compagnia assicuratrice [redacted]

- che gli accertamenti medico-legali effettuati e lo stesso comportamento della *[...] CP_2* che benchè ripetutamente sollecitata a fornire spiegazioni sull'accaduto non ha fornito nessun chiarimento, confermano che la causa del decesso è da ascrivere ad erronee diagnosi, valutazioni cliniche e terapie effettuate presso le strutture della predetta azienda sanitaria e, in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

particolare, alle conseguenze del ritardo nella diagnosi di infezione e nella prescrizione della adeguata terapia;

- che benchè dalla *Controparte_2* siano giunte solo generiche ed evasive contestazioni di stile, le ricorrenti hanno inutilmente cercato una ragionevole soluzione concordata della controversia, anche con il tentativo di mediazione ex D.Lgs 28/2010, evitando allo stato di agire nei confronti dei singoli sanitari che seguirono il paziente;
- che risultano evidenti i profili di colpa che hanno caratterizzato il comportamento dei Sanitari [redacted] di Cagliari, dovendosi rilevare imperizia ed imprudenza, oltre al mancato rispetto delle linee guida vigenti all'epoca (e tutt'ora), venendosi così pacificamente a configurare la sussistenza del nesso di causalità giuridico tra detto colposo comportamento ed exitus del paziente;
- che, d'altro canto, la responsabilità professionale invocata è stata acclarata dalla relazione di consulenza medico-legale del Prof. *Persona_1*
- che la convenuta è tenuta al risarcimento di tutti i danni cagionati e, in particolare, il danno biologico e tanatologico, il danno morale nonché il "*danno da agonia*" patito dal *Pt_3*
- che poiché tutti detti tentativi di definizione bonaria sono rimasti senza esito si è resa necessaria la proposizione della presente azione giudiziaria per il risarcimento dei danni patiti qunatificabili in €.700.000,00 oltre accessori;
- che le conseguenze del decesso sono state pesantissime per la famiglia del signor *Pt_3* molto unita e molto legata affettivamente al defunto, ed in particolare per la moglie (coniugata con il *Pt_3* dal [redacted] e quindi per oltre quarantadue anni con lui convivente) e per la figlia;
- che il *Pt_3* conviveva con la moglie, con la quale era solito trascorrere il tempo libero (spesso intrattenendosi in passeggiate all'aria aperta e incontrando amici e parenti) e condividere l'attività di volontariato;
- che sino al ricovero nel settembre 2015 il *Pt_3* frequentava giornalmente l'unica figlia *Pt_1*, la quale aveva convissuto con i genitori [redacted] quando si era sposata;
- che *Persona_2*, ogni anno sino al 2015, in concomitanza con il trasferimento del marito in estate a [redacted] per lo svolgimento della sua attività di commerciante, nei tre mesi estivi di luglio, agosto e settembre, si trasferiva con le due figlie presso l'abitazione del padre *Parte_3* *[...]*
- che durante i restanti mesi dell'anno, sino all'anno 2015, *Parte_3* si occupava delle esigenze della figlia *Pt_1* e, in particolare, la accompagnava con la sua automobile all'entrata ed all'uscita delle scuole frequentate dalle nipotine;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

- che per quanto riguarda i danni *iure hereditatis* delle attrici, questi vanno ricondotti alla circostanza che per almeno un mese, sino al decesso [redacted] ha perso progressivamente ogni autonomia con un deficit invalidante pari praticamente al 100% in termini di danno;
- che il danno principale é rappresentato dal danno parentale, *ossia il danno iure proprio sofferto dagli stretti familiari per la perdita del congiunto e per la lesione del vincolo familiare e degli affetti, e che si tratta un danno che menoma, per sempre, la personalità del superstite privandola di tutti quei legami affettivi, etici e psicologici che costituivano il suo modo di essere anche nei rapporti esterni e che erano una componente fondamentale dell'equilibrio e dell'armonia del nucleo familiare. L'interesse tutelato attiene alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2, 29 e 30 della Costituzione.*

*

La *Controparte_1* si è costituita al fine di contestare integralmente in fatto ed in diritto le avverse pretese. In particolare, la convenuta ha sostenuto la correttezza della condotta tenuta dai sanitari, e conseguentemente l'assenza di qualsivoglia nesso eziologico tra detta condotta ed il decesso di *Parte_3* e dei consequenziali danni lamentati dalle ricorrenti.
A tale scopo ha allegato:
- che le attrici, *"con una disinvoltura prossima alla temerarietà, articolano le proprie argomentazioni sul malfermo teorema che gli operatori sanitari dell'Ospedale* [redacted] *di CP_1 abbiano agito colposamente provocando la morte del loro congiunto. La realtà è ben diversa e le argomentazioni delle ricorrenti – condotte sulla falsariga della relazione medico legale del Prof. Per_1 – devono essere revocate in dubbio, poiché mostrano di ignorare che, in realtà, il Signor Pt_3 è purtroppo deceduto per una forma aggressiva e grave di sepsi di per sé evidenziatasi nelle giornate successive al ricovero e che da sola rappresenta un evento ad alta mortalità a dispetto di terapie anche massimamente tempestive. La valutazione della vicenda clinica operata dalle attrici è dunque ad un tempo suggestiva e capziosa, basata sulla strumentalizzazione di alcune circostanze che non si muovono in linea diretta causale con l'evento pregiudizievole"*;
- che *per quanto riguarda* ***il primo ricovero,*** *il Paziente, affetto da Ipertensione arteriosa, Fibrillazione atriale in terapia anticoagulante (portatore di Pace Maker dal 1999), obesità e insufficienza venosa cronica degli arti inferiori con turbe distrofiche, veniva ammesso in Reparto, proveniente dal Pronto Soccorso, su indicazione dello specialista dermatologo del Presidio per*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

effettuare terapia cortisonica endovenosa. Infatti il Signor Pt_3 *da dieci giorni aveva presentato una manifestazione eritematosa con prurito, diffusa progressivamente a tutto il tronco e agli arti, per la quale altro specialista dermatologo aveva prescritto in data 07/09/2015 terapia locale, che però non aveva sortito beneficio. Il Paziente veniva quindi ricoverato con diagnosi di "Tassidermia da farmaci (verosimilmente allopurinolo)" e subito iniziava la terapia prevista (Urbason 20 mg e.v. e Advantan crema localmente). Nei giorni successivi si osservava un progressivo miglioramento del quadro cutaneo, per cui il 14/09/2015 si sospendeva la terapia cortisonica e.v. per proseguire per os con Deltacortene 5 mg. Gli esami di laboratorio erano sostanzialmente normali, eccetto un lieve aumento del pro BNP, per cui, tenendo conto anche della terapia cortisonica, veniva incrementata l'abituale terapia diuretica; peraltro l'ECG e la radiografia del torace erano compatibili con le croniche patologie del Paziente";*

- che *il giorno 16/09/2015 il Paziente lamentava una sintomatologia lombosciatalgica, che comunque non gli impediva la deambulazione, per la quale alle ore 21.10 richiedeva un antidolorifico*;
- che *il giorno 17/09/2015 si concordava la dimissione per il pomeriggio. Prima della dimissione, alle ore 15.00, veniva somministrata una fiala e.v. di Ketoprofene per la predetta lombalgia*.
- che per quanto riguarda il secondo ricovero, questo avveniva il giorno 18/09/2015, alle ore 22.00, disposto d'urgenza dal Pronto soccorso per "*Iperpiressia in Pz. con lombocruralgia destra resistente a terapia*";
- che *al momento del ricovero nel Reparto di Medicina Interna 1 veniva rilevata in trentotto gradi la temperatura corporea del Paziente, il quale lamentava la persistenza del dolore lombare con irradiazione alla coscia destra... Le condizioni cliniche erano indicate come discrete, il Paziente era vigile ed orientato e la cute degli arti inferiori era descritta come bruna, desquamata con edema tibiale e perimalleolare. Al torace m.v. fisiologico, Toni cardiaci ritmici normofrequenti, soffio sistolico aortico aspro 3/6, soffio sistolico eiettivo CC e punta 2/6; l'addome voluminoso per adipe, trattabile, non dolorabile con tec e peristalsi normali. Veniva praticata terapia con Ketoprofene 1f e.v. e venivano eseguiti i prelievi ematici urgenti compresi indici di sepsi e flogosi, gli enzimi cardiaci, la troponina, l'emocoltura, l'urinocoltura e l'ECG. Sulla base di quest'ultimo veniva proseguita la curva degli enzimi cardiaci e della troponina (risultata sostanzialmente non significativa per necrosi ed ischemia) e richiesta una consulenza cardiologica*;
- che *il giorno successivo (19/09/2015) il Signor* Pt_3 *si presentava disorientato e confuso al medico di guardia chiamato a visitarlo alle ore 06.30 perché scivolato dal letto. Non veniva*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

riscontrata alcuna lesione relativa al trauma, ma veniva rilevata bassa pressione arteriosa (90/50) e si iniziava rapidamente infusione di *Per_3* *con risalita del valore pressorio alle ore 08.00 (105/65). Alle ore 13.00 il Signor* *Pt_3* *presentava febbre (38.7), e poiché perveniva telefonicamente dal Laboratorio la notizia di positività delle emocolture inviate il 18 e 19 per Staphilococco aureo veniva iniziata terapia antibiotica in attesa del completamento identificazione ed antibiogramma*;

- che *in data 22/09/2015 le condizioni apparivano ulteriormente peggiorate per febbre, stato settico, disidratazione e modesta ipossia. Veniva quindi potenziata la terapia antibiotica, iniziata ossigenoterapia e disposta con urgenza l'esecuzione dalla TC addome, …Alla luce poi del referto della TC che evidenziava la presenza di una formazione ascessuale del muscolo ileo psoas dx e paravertebrale estesa dal livello di L4 a L1, si richiedeva una consulenza neurologica a seguito della quale veniva consigliata rachicentesi per esame del liquor...Nel frattempo veniva eseguito un controllo ecocardiografico sollecitato dopo il referto Tc e la positività delle emocolture*;
- che *alle ore 18.00 il Paziente veniva accompagnato dal medico di guardia presso la Rianimazione per eseguire la rachicentesi, e a quel punto si decideva di trasferirlo direttamente presso quel reparto*;
- che *la diagnosi di dimissione dal Reparto di Medicina Interna 1 è stata di "Shock settico in ascesso paravertebrale e dello psoas destro. Cardiopatia ipertensiva. Fibrillazione atriale. Stato di portatore di Pace-Maker".*
- che gli interventi diagnostico e terapeutico dei sanitari è stato guidato fin dall'esordio dalla massima diligenza, prudenza e perizia;
- che l'esito fatale della malattia è stato erroneamente attribuito dalle ricorrenti all'asserito e contestato ritardo nella diagnosi e quindi nell'inizio della terapia;
- che per gravissimo ritardo le attrici intendono il lasso temporale intercorso tra l'ingresso del Paziente alle ore 22 del 18/09/2015 e l'inizio della terapia antibiotica, che è collocata nel giorno 19/09/2015 *se si considera l'allineamento della prescrizione del Tazocin nello spazio del diario clinico riservato alla terapia*, ovvero nella giornata del 20 settembre, *se si considera l'aggiornamento del sanitario che farebbe iniziare la terapia il giorno 20 (si tratta verosimilmente di una svista);*
- che in ogni caso (19 o 20 che sia) non si può parlare in nessun caso di ritardo, poiché l'intervallo temporale è determinato in un minimo di 12 ore o in un massimo di 32 ore;
- che *la terapia nei confronti del Signor* *Pt_3* *è iniziata con un antibiotico beta lattamico di IV generazione ad ampio spettro, il cui uso non è affatto riservato alle infezioni da germi Gram*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

negativi, come sostenuto da controparte, ma è indicato come prima scelta nei trattamenti empirici fino all'identificazione del microrganismo in causa e della sua sensibilità agli antibiotici secondo antibiogramma;

- che, comunque, *la sua sostituzione con l'antibiotico Teicoplanina avveniva la mattina del giorno 22 appena risultato disponibile appunto l'antibiogramma,*
- che la sintomatologia denunciata all'ingresso dal Paziente e i dati di laboratorio non erano patognomonici *di una precisa localizzazione di malattia e/o infezione,* come sostengono le attrici, ragion per cui l'atteggiamento dei sanitari è stato quello normalmente messo in atto in tali casi;
- che *il precipitare delle condizioni del Paziente non è da attribuirsi al ritardo di inizio della terapia, ma alla condizione di sepsi di per sé evidenziatasi nelle giornate successive e che da sola rappresenta un evento ad alta mortalità a dispetto, molto spesso, di tutte le terapie, anche le più tempestive,* specie nelle condizioni cliniche pregresse, quale quella del *Pt_3* caratterizzata da una ridotta possibilità di rispondere alle terapie;
- che *purtroppo il fallimento della terapia con morte entro trenta giorni dall'inizio del trattamento è descritto come frequentissimo in letteratura proprio nei casi di setticemia da Staphylocooccus aureus con batteriemia persistente nei primi dieci giorni o nei Pazienti pluripatologici; e ciò a prescindere dalla tempestività (concetto molto relativo visto che non si parla di patologia tempo dipendente e non ci sono dati validati da linee guida) con cui viene iniziato il trattamento*;
- che è dunque di tutta evidenza, attesa la immane mole di lavoro svolta dai sanitari del [redacted] che il personale dell'Ospedale si sia prodigato in tutti i modi possibili per alleviare le sofferenze del paziente;
- che non vi è, dunque, alcun nesso di causalità tra la condotta dei sanitari del [redacted] di *CP_1* e l'evento mortale che si è verificato, e che è evidente che nessuna responsabilità possa essere loro ascritta e che per tale motivo la domanda delle attrici deve essere rigettata, in quanto totalmente e manifestamente destituita di fondamento;
- che, contrariamente a quanto avversamente sostenuto, i sanitari hanno reso edotto il paziente e i suoi congiunti della diagnosi e della terapia, e di tutti i rischi connessi;
- che per la denegata ipotesi di ritenuta responsabilità dell' *Controparte_1* *[...]* si contestano espressamente sia i tipi di danno richiesto sia il quantum degli eventuali danni risarcibili: sproporzionato, abnorme e ingiustificato, sfornito di qualsivoglia verosimiglianza o congruità attesa la reale situazione in fatto.

*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

Nel presente giudizio, incardinato con ricorso ex art. 702-bis c.p.c., è stato disposto il mutamento del rito.

*

La causa è stata istruita con produzioni documentali (in particolare cartelle cliniche, relazioni dei periti di parte ed altra documentazione medica), consulenza medico legale collegiale e prova testimoniale.

Nel merito non è contestato che il *Pt_3* sia stato sottoposto alle cure, terapie e trattamenti sanitari per cui è causa presso [redacted] in Cagliari, riconducibile alla *[...] Controparte_3* Nemmeno vi è contestazione in ordine alle ragioni del decesso, univocamente riferito all'infausto progredire di una sepsi verso una grave condizione di MOF (sindrome da insufficienza multiorgano) ad effetto letale.

Vi è invece ferma contestazione in ordine alla sussistenza di profili di responsabilità medica.

*

In ordine ai paradigmi della responsabilità medica richiamati, occorre evidenziare come, da tempo la dottrina e la giurisprudenza abbiano ricostruito la responsabilità dei sanitari come responsabilità contrattuale (Cass. 9198/99 "*il ricovero in una struttura deputata a fornire assistenza sanitaria avviene sulla base di un contratto tra il paziente ed il soggetto che gestisce la struttura e l'adempimento di un tale contratto, per quanto riguarda le prestazioni di natura sanitaria, è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale…in queste ipotesi la responsabilità può comportare un'obbligazione di risarcimento estesa non al solo danno patrimoniale (art. 1223 cod. civ.), ma anche al danno biologico e cioè al danno non patrimoniale costituito dalle conseguenze pregiudizievoli per la salute derivanti dalle menomazioni fisio-psichiche prodotte dal comportamento inadempiente*), facendo perno sulla previsione dell'art. 1173 cod. civ., in base al quale dal *contatto sociale* tra medico/struttura sanitaria e paziente nasce un rapporto contrattuale, di fatto, che obbliga il medico ad attivarsi per garantire l'esatto adempimento della prestazione.

Con specifico riferimento alla struttura sanitaria, è inoltre pacifico che la stessa risponda a titolo di responsabilità contrattuale per i danni cagionati dal medico da essa dipendente nell'esercizio delle sue funzioni (Cass. 9085/2006 "*In tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, l'ente ospedaliero risponde a titolo contrattuale per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica da parte di un medico proprio dipendente ed anche l'obbligazione di quest'ultimo nei confronti del paziente, ancorchè non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale, atteso che ad esso si ricollegano obblighi di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi che sono emersi o sono esposti a pericolo in occasione del contatto stesso. Tale situazione si riscontra nei confronti dell'operatore di una professione c.d. protetta (per la quale cioè è richiesta una speciale abilitazione), particolarmente quando essa abbia ad oggetto beni costituzionalmente garantiti come il bene della salute tutelato dall'art. 32 Cost.).

Detto rapporto è soggetto, quanto all'ipotesi di inadempimento del sanitario, all'applicazione dell'art. 1218 cod. civ., in base al quale il rischio della (eventuale) causa ignota (ove se ne volesse invocare la sussistenza), ricade sul soggetto che è in grado di fornire la prova dell'esatto adempimento secondo il principio della vicinanza della prova (cfr. Cass. 11488/2004 "*la prova dell'incolpevolezza dell'inadempimento (ossia della impossibilità della prestazione per causa non imputabile al debitore) e della diligenza nell'adempimento è sempre riferibile alla sfera d'azione del debitore, in misura tanto più marcata quanto più l'esecuzione della prestazione consista nell'applicazione di regole tecniche, sconosciute al creditore in quanto estranee al bagaglio della comune esperienza e specificamente proprie di quello del debitore"*).

Conseguentemente, una volta dimostrato il danno (in questo caso estremo), incombe sul sanitario, o sulla struttura sanitaria convenuti, dimostrare che l'inadempimento è dovuto a causa a tali soggetti non imputabile, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1218 cod. civ.

Le Sezioni Unite nel 2001 (n. 13533), nell'ambito dell'azione per il risarcimento del danno a titolo di responsabilità contrattuale, hanno stabilito che il creditore (paziente danneggiato) ha l'onere di allegare l'omessa o inesatta prestazione sanitaria e di provare, oltre alla fonte dell'obbligazione, il danno (cioè l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di altra patologia) e la sussistenza del nesso causale, ma non anche l'inesatta esecuzione della prestazione medica, gravando, l'opposto onere relativo (ovvero di aver eseguito correttamente la prestazione ex comma 2 art. 1176 c.c.) sul debitore-sanitario: in tal senso cfr. *ex multis*, Cass. Civ. Sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400.

Le Sezioni unite, nella sentenza n. 577 del 2008, hanno chiarito che: "*In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante*". Nel prefato ordine di riparto dell'onere probatorio si esprimono Cass. Civ., n. 31026 del 07/11/2023, e nn. 28991 e 28992 del 11/11/2019.

A *fortiori* si ritiene sussistente un nesso di causalità adeguata ove si aderisca alla c.d. "*regola della*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

preponderanza dell'evidenza" o "*del più probabile che non*", di cui alle Sezioni unite del 2008, (Cassazione civile sez. un. del 11/01/2008, n.584): "*…il principio…continua ad essere quello per cui l'attore è tenuto a provare il nesso di causa, ma si tratta di una prova che può essere caratterizzata da meccanismi di tipo presuntivo. Essendo questi i principi che regolano il procedimento logico-giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale, ciò che muta sostanzialmente tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (cfr. Cass. Pen. S.U. 11 settembre 2002, n. 30328), mentre nel secondo vige la regola della preponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non", stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa, e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti…(in questo senso vedansi: la recentissima Cass. 16.10.2007, n. 21619; Cass. 18.4.2007, n. 9238; Cass. 5.9.2006, n. 19047; Cass. 4.3.2004, n. 4400; Cass. 21.1.2000 n. 632). Anche la Corte di Giustizia CE è indirizzata ad accettare che la causalità non possa che poggiarsi su logiche di tipo probabilistico…Detto standard di "certezza probabilistica" in materia civile non può essere ancorato esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana). Nello schema generale della probabilità come relazione logica va determinata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (c.d. evidence and inference nei sistemi anglosassoni)*". La prova della causalità individuale, dunque, può essere data anche tramite la prova presuntiva, che presenti i requisiti della gravità, precisione e concordanza.

*

Tanto premesso, al fine di verificare la riconducibilità del decesso all'operato omissivo o commissivo dei sanitari, è stata disposta una consulenza medico legale collegiale che ha consentito di acclarare la fondatezza degli assunti di parte attrice.

I consulenti tecnici, con relazione logicamente motivata (corredata da una compiuta analisi scientifica e dalla letteratura di riferimento) e dalla quale non vi è ragione di discostarsi, hanno ritenuto da un lato sussistente il nesso di causalità e, dall'altro, gravemente censurabili le condotte poste in essere dai sanitari convenuti.

*

I consulenti hanno innanzitutto ricostruito il quadro clinico del paziente e l'iter degli accadimenti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

occorsi a seguito dei ricoveri per cui è causa.

È emerso che *Parte_3* di anni 70 all'epoca dei fatti, veniva ricoverato in data 9.09.2015 presso il reparto di Medicina Interna 1 dell'ospedale [redacted] dopo essersi rivolto al Pronto Soccorso. Al triage del PS venivano annotati sintomi e disturbi dermatologici e, dopo visita specialistica, veniva diagnosticato "*Eritema tossico (da farmaci?) resistente alla terapia con Bentelan. Si consiglia ricovero per terapia infusionale con Urbason + antistaminico + accertamenti emato-chimici*". Il paziente veniva dunque condotto in reparto con anamnesi di "*Tossidermia da farmaci (verosimilmente allopurinolo)*". Si attestava "*Paziente affetto da ipertensione arteriosa, portatore di pace-maker dal 1999 (sostituito 4 anni fa) e FA persistente in TAO. Da tempo soffre di insufficienza venosa cronica con turbe distrofiche a carico degli arti inferiori. Da circa dieci giorni lamenta la comparsa di eritema e prurito sulla cute del tronco intorno al collo, successivamente estesi su tutto l'ambito specie al tronco (regione anteriore) e arti. È stato visitato presso la dermatologia della [redacted] con il consiglio di applicare Advatan crema senza successo. Dal '79 è in trattamento con bentelan 2 mg x 2 senza alcun beneficio. Dal 7 ha sospeso l' Parte_4 . Si ricovera*.". Veniva, quindi, confermata la diagnosi di *tossidermia verosimilmente da farmaci* e il paziente veniva descritto **all'esame obiettivo in "*Condizioni generali discrete*.** *Obesità centrale. Vigile, orientato, collaborante. Eritema cutaneo pressoché diffuso…*".

Nel corso del ricovero veniva sommistrata terapia cortisonica ed in data 16.09.2015, il Diario clinico riportava "*Riferisce dolore lombosciatalgico, comunque deambula come nei giorni scorsi nel progressive miglioramento del quadro cutaneo*". Il giorno seguente (17.09), il paziente veniva dimesso con diagnosi di *tossidermia da farmaci (verosimile effetto dello Zyloric).* Il 18.09.15, alle h. 3.14, si recava nuovamente presso l'unità di pronto soccorso ove veniva annotato: "*riferisce di accusare da circa 2 gg ricorrenti episodi di dolore in sede lombare dx con irradiazione lungo la faccia posteriore della coscia che regrediva con terapia medica. Alla dimissione gli sarebbe stato consigliato assumere terapia antalgica al bisogno che il pz avrebbe assunto senza beneficio e pertanto si reca presso il nostro ps per la terapia del caso. Miglioramento della sintomatologia dopo terapia.*"; il paziente veniva nuovamente congedato. Nella stessa giornata (18.09), alle h. 21.06, il paziente si recava nuovamente in PS. L'anamnesi, ancora una volta, faceva riferimento alle già note patologie e, ulteriormente, si dava atto: "...*Riferisce di accusare da circa 2 gg ricorrenti episodi di dolore in sede lombare dx con irradiazione lungo la faccia posteriore della coscia che regrediva con terapia medica. Alla dimissione gli sarebbe stato consigliato assumere terapia antalgica al bisogno che il pz avrebbe assunto senza beneficio e pertanto si è recato presso il*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

nostro ps durante la notte scorsa per la terapia del caso; miglioramento della sintomatologia dopo Toradol 1 fl + Ranitidina 1 fl ev. Torna alla nostra osservazione per il ripresentarsi della sintomatologia associata a ***febbre****. - Diagnosi: Iperpiressia in pz con lombocruralgia destra resistente a terapia.*".

Nella stessa giornata (18.09), precisamente alle h. 22.00, il paziente veniva nuovamente ricoverato presso lo stesso nosocomio. All'esordio del nuovo ricovero, il paziente veniva ancora descritto, "*…in condizioni generali discrete, vigile, orientato*". Quindi si procedeva con una serie di esami e consulenze specialistiche e, in data 18.09, veniva praticato il prelievo per emocoltura, il cui referto (datato al 21.09), accertava una positività per contagio da *Staphylococcus aureus*.

Dal 20.09.15 il paziente iniziava a manifestare una sintomatologia più grave: "*Diario clinico: Scivola lentamente dal letto. È piuttosto confuso e disorientato. Ridotto dolore in sede lombare. Febbrile 38.7. Prima e seconda emocoltura (18.9 e 19.9) positive per Staf. Aureo, in corso antibiogramma,* ***inizia terapia antibiotica.***".

Il 22.09.15 il Diario clinico riportava: "*Condizioni generali gravi. Paziente disidratato, settico e febbrile.* ***Si modifica terapia antibiotica****: sospende Tazocin inizia Targosid*"; in pari data veniva effettuata **per la prima volta** una *TC lombosacr*ale (con evidenza di ascesso in sede paravertebrale, a livello dello psoas) e **per la prima volta** un *esame ecocardiografico*.

Dopo una serie di esami e consulenze effettuate nella stessa giornata veniva dimesso con diagnosi di "*Ascesso paravertebrale e dello psoas destro* (muscolo in zona lombare), *cardiopatia ipertensiva, fibrillazione atriale, portatore di PM*", e contestualmente trasferito presso il Reparto di Rianimazione della stessa [redacted] di *CP_1* con accertamento della condizione di "*Sepsi grave e insufficienza multipla di organo ed endocardite*". La condizione del paziente, a questo punto, peggiorava progressivamente e rapidamente fino alla rilevazione dello stato comatoso (con attivazione della procedura di intubazione orotracheale e collegamento delle funzioni vitali a monitor) in data 29.09.15, ed il **sopraggiungere della morte (a distanza di 34 giorni dal primo ricovero) il** [redacted]

I consulenti hanno sottolienato come alla data del 9.9.2015 all'esame obiettivo il paziente si presentasse in "*Condizioni generali discrete*" (condizioni confermate ancora il 18.09) e, di contro, - pur nel contesto di una perdurante condizione di progressivo e ingravescente peggioramento clinic – siano stati rilevati due *alert* di primario rilievo, il *dolore in sede lombare dx resistente a terapia* e la pressochè costante *iperpiressia*.

I consulenti hanno ricostruito l'accaduto tenendo conto delle condizioni del paziente, gravato da patologie pregresse e, nello specifico: *ipertensione arteriosa, portatore di pace-maker dal 1999*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

(sostituito 4 anni fa) e FA persistente in TAO. Da tempo soffre di insufficienza venosa cronica con turbe distrofiche a carico degli arti inferiori.

Hanno quindi rilevato come il paziente presentasse, dunque, il 9.9.15, condizioni cliniche stabili e soddisfacenti ma con una serie di problematiche relative ad eritema cutaneo trattato ma recidivante, stato febbrile pressochè costante. Inoltre hanno evidenziato come in data 16.09, a pochi giorni dal ricovero, il paziente presentasse una sintomatologia dolorosa lombare della quale non venivano indagate le cause, tanto che veniva dimesso il 17.9.15 e nuovamente il 18.9.2015, dopo essersi ripresentato al P.S. (nella cartella clinica si legge: "*senza risoluzione né della sintomatologia dolorosa, né dello stato febbrile (37.6°)*").

Hanno constatato come in data 18.9.15, in occasione dell'ulteriore ricovero, il paziente sia stato sottoposto ad emocoltura, che si rivelava positiva per contagio da *Staphylococcus aureus*, tanto che - non è dato sapere con certezza se il 19 o il 20 (avuto riguardo al contenuto della cartella clinica, dubbio per ammissione della stessa parte convenuta) - veniva iniziata la somministrazione del primo antibiotico.

I consulenti hanno stigmatizzato il fatto che, pur essendo stato ricevuto dal reparto l'esito dell'*antibiogramma* in data 21.9.15, la terapia antibiotica specifica sia stata iniziata il giorno successivo e in dosi considerevolmente insufficienti, tanto che affermano: "*Appaiono quindi evidenti sia il ritardo diagnostico-terapeutico, sia l'inidoneità della terapia antibiotica iniziale, sia l'insufficienza, nel dosaggio, di quella successiva*".

In ordine alla negligente gestione della sepsi, i consulenti hanno censurato la *superficialità dei sanitari nella dimissione del 17.9.15 ed in quella dal PS nella notte del 18.9.15,* sottolineando come sia stata totalmente ignorata *la presenza dell'iperpiressia* che, invece, avrebbero dovuto allertare i sanitari e consigliare il ricovero.

Anche nell'ambito del secondo ricovero, è stata rilevata la negligenza degli operatori sanitari coinvolti i quali procrastinavano ingiustificatamente la somministrazione della terapia antibiotica, sebbene fossero già evidenti segni di sepsi, tra cui la febbre. Nella relazione sul punto psi legge: "*Non corretto timing circa l'inizio della terapia antibiotica alla luce del secondo ricovero, sebbene fossero già evidenti segni di sepsi, tra cui la febbre. Infatti, la terapia viene iniziata solo il 19.9.15*". Peraltro, anche la scelta del farmaco si rivelava errata: "*Errore nella scelta dell'antibiotico somministrato il 19.9.15, in quanto il paziente era da considerarsi (essendo stato appena dimesso da reparto ospedaliero dove aveva soggiornato per 9 giorni) ad alto rischio di sepsi da Staphilocccus aureus MRSA (sul quale, quindi, la piperaciclina tazobactam non avrebbe avuto alcun effetto terapeutico)*". Vanno poi segnalati due ulteriori gravosi errori consistente, il primo, nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

"*ritardo nella scelta di modificare la terapia antibiotica alla luce dell'antibiogramma, disponibile dal 21.9.15, ma esaminato solo il 22.9.15, allorchè si procede alla modifica della terapia, utilizzando teicoplanina e metronidazolo*", e il secondo "*nella scelta del dosaggio della teicoplanina (sottodosato sulla base del peso e della funzione renale del paziente) e dell'utilizzo del metronidazolo (di cui non si comprende il razionale)*".

Tanto premesso, occorre esaminare le tesi del consulente di parte convenuta secondo la quale - in merito alla tempistica di somministrazione ed alle scelte farmacologiche operate dai sanitari - "*La scheda tecnica del* (primo) *farmaco* (tazocin) *secondo l'AIFA contempla tra i germi comunemente sensibili alla piperacillina-tazobactam anche gli staphylococchi meticillino sensibili, quale è poi risultato essere il germe in causa. La sua sostituzione con l'antibiotico Targosid 400 (Teicoplanina) e Metronidazolo avveniva la mattina del giorno 22/09/2015, in associazione tra loro e quindi per nulla – nel complesso - sotto dosati.*".

I consulenti d'ufficio, in risposta alle osservazioni del consulente di parte, hanno sottolineato come il ritardo diagnostico-terapeutico debba farsi risalire quantomeno alla giornata antecedente alla prima dimissione (il 16.09) e certamente a quella di dimissione, durante le quali, con il paziente in loco e sotto ricovero, appunto, vi erano *ampie possibilità di esaminare il paziente, sia clinicamente, sia strumentalmente.*

Per quanto attiene, poi, alla prima terapia antibiotica, somministrata il 19.9.15 (permangono dubbi sulla esattezza della data, se il 19 o il 20, sulla scorta delle considerazioni fatte prima e relative alle stesse deduzioni della convenuta), rilevano i consulenti che la prescrizione del farmaco in modo empirico, senza tener conto dell'anamnesi del recente ricovero ospedaliero, sarebbe di per se inidonea: "*infatti, la scelta della piperacillina tazobactam non è da considerarsi di prima linea nel caso delle terapie antibiotiche empiriche delle infezioni nosocomiali, e soprattutto non lo è mai da sola ma sempre in associazione ad altri antibiotici, proprio per la sua incapacità di coprire tutto lo spettro dei possibili germi.*". Concludono sul punto i consulenti: "*Di conseguenza, l'effettivo ritardo nella efficace terapia decorre dal 17.9.15 al 22.9.15. Peraltro, quando sarà poi introdotta in terapia la teicoplanina, il suo dosaggio risulta essere troppo ridotto in rapporto al peso del paziente ed alla sua funzionalità renale. Il rilievo che le sepsi nosocomiali siano frequenti ed a rischio di mortalità, opportunamente riferito dal collega…rende ancor più rilevante il peso della tardiva cura delle stesse e dell'utilizzo d'inidonei ed inefficienti approcci terapeutici*".

I consulenti d'ufficio hanno inoltre censurato l'omesso inquadramento diagnostico del dolore lombare, ritenendolo un grave errore funzionalmente connesso al precedente. Hanno evidenziato come il dolore lombare sia apparso *"in data 16.9.15, in costanza di* (primo) *ricovero*" e indagato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

soltanto in data 22.9.15 allorquando veniva eseguita una *TC lombosacrale (con evidenza di ascesso in sede paravertebrale, a livello dello psoas)*.

Il consulente di parte convenuta contesta gli assunti e le conclusioni dei consulenti, rilevando, con riferimento al primo ricovero, che "*il quadro clinico poteva tranquillamente ascriversi ad una semplice lombosciatalgia che non comprometteva le capacità deambulatorie del paziente e non si accompagnava ad altri sintomi che potessero in qualche modo indirizzare verso una diagnosi differente*". Di contro i consulenti d'ufficio rilevano che i sanitari hanno dimesso il paziente senza fare alcun riferimento nel certificato di dimissione alla sintomatologia o ad una presumibile patologia ad essa riconducibile: "*In realtà, la sintomatologia dolorosa lombosciatalgica, comparsa il 16.9.15, non è stata ascritta ad alcuna patologia, essendo il paziente stato dimesso il 17.9.15, senza neppure segnalarla nella lettera di dimissione*".

La tesi del consulente di parte convenuta – secondo cui in occasione del secondo accesso al Pronto Soccorso "*l'obiettività clinica era indicativa di una lombalgia con Lasegue positivo a destra, test che indica una sofferenza radicolare a livello dei metameri lombo-sacrali L4-S1. Peraltro, risulta che la sintomatologia fosse migliorata dopo la somministrazione di terapia analgesica con Toradol 30mg/ml"* – non può essere condivisa. **Come evidenziato dai consulenti, infatti, i sanitari del PS hanno dimostrato una totale mancanza di attenzione circa la problematica, tanto che: "*in tale referto non viene posta alcuna diagnosi, nè tanto meno di sofferenza radicolare, tra l'altro, l'ipotesi diagnostica prospettata dallo stimato CTP, peraltro neppure sospettata dal sanitario di P.S., avrebbe imposto qualche indagine diagnostica, almeno di I o II livello".*** Hanno inoltre sottolienato come "***nel caso di una iperpiressia in un paziente dimesso meno di 24 ore prima da una struttura ospedaliera****"* sia ***"necessario sospettare la presenza di una infezione nosocomiale e*** *- omissis -* ***auspicabile un atteggiamento più prudenziale da parte dei sanitari***".

Hanno inoltre rilevato un **grave ritardo nella effettuazione degli accertamenti ecografici e conseguente ritardo nella rilevazione degli effetti della sepsi in atto anche sul sistema cardiaco**. Infatti, nonostante si trattasse di un soggetto con pregressi fattori di rischio (*portatore di PMK, quindi ad altissimo rischio di endocardite infettiva*), e in stato febbrile, solo in data 22.9.15 è stato eseguito l'esame ecocardiografico. Tale esame, invece, come sottolienato dai consulenti, proprio in ragione della sintomatologia e del quadro clinico del paziente, avrebbe dovuto essere eseguito certamente prima ("*tale esame andava anticipato, trattandosi di un soggetto, con febbre e portatore di Pace maker*").

Hanno dato conto delle risultanze dell'esame ecocardiografico: *"lembi valvolari mitralici ispessiti con, a livello del lembo posteriore, ispessimento più marcato con immagine lineare sospetta per*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

vegetazione*"* e segnalato come la rachicentesi, per esame del liquor cefalo-rachidiano richiesta dal neurologo in consulenza, non sia stata effettuata. In ogni caso alle 17.30 il paziente veniva trasferito *presso il reparto di rianimazione, in condizioni cliniche gravi*. Nella *Consulenza rianimatoria* (priva di data) si legge*: "Ricoverato per sepsi stafilococcica. Portatore di PM. Attualmente sotto respirazione assistita. Ecocardiogramma* ***sospetta vegetazione endocarditica*** *su lembo posteriore della mitrale. Alle ore 20:15, veniva intubato, per poi praticare, in serata, consulenza cardiologica, che modificava la terapia antibiotica, sospendendo la teicoplanina ed aggiungendo gentamicina, vancomicina e rifampicina*. *All'ecocardiografia transesofagea del 23.9.15, si confermava l'endocardite su mitrale (con aspetti degenerativi di parziale colliquazione con possibile piccola perforazione del lembo ed insufficienza mitralica di grado lieve-moderato), e rilievo di dubbie formazioni endocarditiche a livello del versante atriale del catetere del PM destro*."

*

I consulenti d'ufficio, all'esito dell'excursus motivazionale che precede, hanno affermato che "***una diagnosi più tempestiva***" collocabile *"ragionevolmente ancor prima del 20.9.15, con una più attenta valutazione clinico-strumentale della lombalgia,* ***avrebbe potuto migliorare il decorso clinico del paziente se si fosse anche adottata un'adeguata terapia antibiotica sin dalle prime fasi****. Tra l'altro, il paziente si sarebbe anche potuto giovare del tempestivo drenaggio della raccolta ascessuale paralombare, vedendo così migliorata la propria prognosi. La stessa patologia endocarditica, su base settica, avrebbe potuto essere efficacemente contenuta e meglio controllata terapeuticamente.* ***Su tali premesse, nell'ottica del più probabile che non, un'assistenza sanitaria adeguata e priva di censure avrebbe consentito, nell'ottica del più probabile che non, la sopravvivenza del paziente".***

Deve pertanto ritenersi che – secondo un criterio di causalità adeguata (nei termini sopra chiariti) - **la tempestiva individuazione della fonte infettiva ed una corretta gestione multidisciplinare del paziente, nell'ottica del *più probabile che non*, avrebbe impedito il drammatico esito.**

*

La ritenuta sussistenza del nesso causale consentirebbe ex se – per le ragioni già chiarite in punto di oneri probatori – l'accoglimento delle pretese risarcitorie, non avendo la struttura sanitaria dato dimostrazione della riconducibilità del decesso a fatto ad essa non imputabile.

Nel caso di specie, peraltro, i consulenti hanno individuato specifici profili di colpa riconducibili ai sanitari intervenuti, così consentendo di ritenere fondate le domande attrici anche aldilà delle *presunzioni* di legge.

L'indagine dei consulenti e l'esame della documentazione restituiscono un quadro caratterizzato da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

negligenza e imperizia per avere i sanitari omesso di compiere fin dalle prime fasi del ricovero quegli accertamenti che avrebbero consentito di individuare per tempo la sepsi e perfino di individuare gli alert di tipo primario ovvero il *dolore in sede lombare dx resistente a terapia* e la pressochè costante *iperpiressia*.

I consulenti, nello specifico, hanno individuato una evidente responsabilità dei sanitari coinvolti, per non essere stati in grado di ***riconoscere tempestivamente la fonte dell'infezione***, nonché, in generale, nella ***mancata gestione multidisciplinare del paziente, soprattutto nelle fasi iniziali, nelle quali è stata omessa la richiesta di una consulenza infettivologica.*** Secondo i basilari canoni della scienza medica, infatti, sarebbe stato necessario il coinvolgimento di un infettivologo ai fini della specifica valutazione delle possibili cause della ricorrente e pressochè costante iperpiressia, unitamente ai successivi plurimi sintomi riconducibili alla predetta infezione in atto.

La complessiva gestione della condizione clinica del paziente, da parte dei plurimi operatori coinvolti nella vicenda, risulta connotata dalla violazione dei più comuni canoni della scienza medica. In particolare la tardiva – e comunque quantitativamente insufficiente - somministrazione di cure e trattamenti antinfettivi hanno determinato la comparsa di infezioni di tipo settico, che non adeguatamente trattate sono successivamente esitate nel decesso del *Pt_3*

Nel caso in esame, infatti, il paziente si è rivolto ai sanitari ed era in stato di ricovero allorquando lo stato di iperpiressia risultava pressoché costante, associato ad uno stato di malessere e, di seguito, anche alla comparsa di un dolore lombare persistente. Di fronte ad un quadro di tal fatta i sanitari avrebbero dovuto effettuare tutti gli accertamenti necessari al fine di individuare la causa dello stato febbrile che non accennava a retrocedere ma semmai a peggiorare. Del pari i sanitari avrebbero dovuto adeguatamente valutare il dolore lombare, mentre hanno dimesso il *Pt_3* per ben due volte, senza neppure menzionare l'esistenza del sintomo nella lettera di dimissioni. Soltanto il 22 settembre, a distanza di 6 giorni, con il paziente ormai in condizioni gravi e prossime al coma, si procedeva alla TC su quella regione anatomica. La negligenza, l'imperizia e l'imprudenza sono ravvisabili altresì, secondo le analisi effettuate dai consulenti, nella somministrazione tardiva (prima) ed in quella inadeguata (dopo) dei farmaci idonei a contenere (auspicabilmente ad interrompere) il processo settico. Da ultimo, neppure appare giustificabile il ritardo nella effettuazione dell'ECG (anche in questo caso eseguita solo il 22 settembre), all'esito del quale è emersa una ormai diffusa compromissione per endocardite infettiva.

I trattamenti sanitari effettuati su *Parte_3* paiono, dunque, contraddistinti da gravoso ed esiziale ritardo di attività necessarie, da incuria ed omissione di attività doverose (anche relative alla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

mancata richiesta di supporto/consulto a personale qualificato, quale l'infettivologo) e certamente connotati da imprudenza e negligenza da parti dei sanitari che, pur nella consapevolezza dell'inesorabile progressivo peggioramento della salute del paziente, non ponevani in essere, per tempo, tutte le attività preordinate a scongiurare il drammatico esito.

In proposito non appare superfluo ribadire che la diligenza "qualificata" (comma 2 art. 1176 c.c.) richiesta nelle *leges* della professione medica, deve ritenersi venir meno ogniqualvolta vi è una inosservanza e/o violazione da parte del sanitario delle specifiche regole cautelari di condotta proprie dell'*homo eiusdem professionis et condicionis* e che opera al livello di qualificazione dell'agente concreto e nelle condizioni in cui questo si è trovato ad operare.

Devono dunque ritenersi ascrivibili al personale coinvolto nella vicenda che ci impegna, comportamenti ed omissioni derivanti da un esercizio della professione medica non in linea con i canoni della *perizia*, della *prudenza* e della *diligenza*.

*

LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO:

A) *IURE PROPRIO* DA PERDITA PARENTALE

Tanto premesso in punto di responsabilità, occorre quantificare i danni risarcibili e, principalmente, deve aversi riguardo al danno non patrimoniale, risarcibile iure proprio ai congiunti della vittima.

E' pacifico infatti che la morte di un congiunto, conseguente ad un fatto illecito, determini per i superstiti del nucleo familiare "*un danno non patrimoniale diretto ed ingiusto, costituito dalla lesione di valori costituzionalmente protetti e di diritti umani inviolabili, perchè la perdita dell'unità familiare è perdita di affetti e di solidarietà inerenti alla famiglia come società naturale*" (Cass. *Sez.* 3, *Sentenza n.* 15019 *del* 15/07/2005).

La Cassazione Civile Sezione VI con l'ordinanza n.3767 del 2018 ha stabilito, tra l'altro, che "*Nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), l'esistenza stessa del rapporto di parentela deve far presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacchè tale conseguenza per comune esperienza è, di norma, connaturale all'essere umano*".

In ogni caso le attrici hanno dato prova, attraverso le prove testimonial e documentali, di avere subito una grave perturbazione della propria sfera affettiva e intima quale conseguenza diretta ed immediata dall'illecito altrui. Nello specifico le attrici, al di là etdella naturale affezione esistente tra padre e figlia e tra marito e moglie, hanno dato prova dello stretto rapporto che legava la vittima con la moglie (compagna di vita e con lui convivente da oltre 40 anni) e con la figlia. Il *Pt_3* in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

particolare, aveva un ruolo attivo e costante nella vita della figlia, occupandosi quotidianamente delle nipotine che era solito accompagnare a scuola.

In riferimento alla liquidazione del danno non patrimoniale occorre avere riguardo agli insegnamenti della giurisprudenza di legittimità, che ha chiarito l'esigenza di procedere ad una liquidazione unitaria del danno, al fine di evitare ingiuste duplicazioni, pur tenendo in considerazione tutti gli aspetti del danno non patrimoniale emersi in causa (Cass. *Sez.* U, ***Sentenza*** *n.* 26972 *del* 11/11/2008).

La più recente giurisprudenza di legittimità ha peraltro messo in luce la necessità di una liquidazione che tenga conto del caso concreto e che assicuri al contempo una uniformità di giudizio in casi analoghi. Nello specifico la Corte di Cassazione ha affermato che "*In tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella" (Cass. Sez.* 3 - , ***Ordinanza*** *n.* 26300 *del* 29/09/2021).

Ai fini della liquidazione del danno da Perdita parentale occorre avere riguardo alle più recenti Tabelle del Tribunale di Milano che, in aderenza ai più recenti orientamenti espressi dalla Suprema Corte in materia di determinazione equitativa del danno non patrimoniale (Cass. civ. n. 10579/2021 e Cass. civ. n. 33005/2021) - superato il s*istema a forcella* - optano per il c.d. *sistema a punti*, consistente nell'attribuzione di una scala di punti in riferimento a cinque distinti parametri: età della vittima primaria, età del congiunto, convivenza tra vittima e congiunto, sopravvivenza di altri congiunti e intensità della relazione affettiva.

Avuto riguardo all'età della vittima (70 anni) e della moglie al momento del decesso (68 anni), tenuto conto della convivenza e dell'esistenza di un altro familiare nel nucleo ristretto, avuto riguardo a valori compresi tra i medi e i massimi in considerazione del descritto intenso, solido e duraturo rapporto in essere tra i coniugi, il danno deve essere liquidato nella misura di **€ 330.480,00.**

Con riferimento alla figlia della vittima, all'epoca quarantenne e non convivente, con un nucleo familiare proprio, costituito da coniuge e figli, avuto riguardo alla presenza di un altro familiare nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

nucleo d'origine, avuto riguardo a valori compresi tra i medi e i massimi in considerazione del descritto solido e quotidiano rapporto in essere, il danno deve essere liquidato nella misura di **€ 291.370,00**.

Trattandosi di debito di valore, tali somme – liquidate secondo parametri attuali - andranno devalutate alla data dei fatti e di seguito ulteriormente maggiorate con rivalutazione e interessi, nei termini che verranno di seguito precisati.

B) IURE HEREDITATIS

Occorre di seguito esaminare le pretese risarcitorie proposte dalle attrici *iure hereditatis.*

Le attrici hanno agito anche per il riconoscimento del danno direttamente patito dal congiunto e derivante dalle sofferenze e per il danno terminale, nonché per la violazione del suo diritto alla autodeterminazione, invocando un ristoro nella misura di 100.000,00 €.

Al riguardo giova rammentare l'orientamento ormai consolidato della Suprema Corte (cfr. Cass. n. 6503/22, Cass. n. 12041/2020, Cass. n. 17577/2019) che, una volta esclusa (Cass. SS.UU. n. 15350 del 2015) la risarcibilità *iure hereditatis* di un danno da perdita della vita (c.d. "danno tanatologico" in senso stretto) - in ragione dell'assenza del soggetto al quale sia collegabile la perdita del bene e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio - ha ritenuto configurabile e trasmissibile *iure hereditatis* il danno non patrimoniale nelle due componenti di danno biologico "terminale", cioè di danno biologico da invalidità temporanea assoluta, configurabile in capo alla vittima nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo, accertabile con criteri medico-legali e da liquidarsi comunque, avuto riguardo alla specificità del caso concreto (Cass. n. 26727/2018; n. 21060/2016; n. 23183/2014; n. 22228/2014; n. 15491/2014) e di danno morale "terminale o catastrofale o catastrofico" o "danno da lucida agonia", ossia del danno consistente nella sofferenza patita dalla vittima che lucidamente assiste allo spegnersi della propria vita, quando vi sia la prova della sussistenza di un suo stato di coscienza nell'intervallo tra l'evento lesivo e la morte, con conseguente acquisizione, in entrambi i casi, di una pretesa risarcitoria trasmissibile agli eredi (Cass. n. 13537/2014; n. 7126/2013; n. 2564/2012; Cass. n. 26727/2018; Cass. n. 18056/2019; Cass. n. 21837/2019; Cass. n.21415/2024; Tribunale Roma sez. XIII, n.1815/2023).

In un'ottica ancora più inclusiva, la Cassazione n. 18056/2019 ha affermato: "*Il danno biologico temporaneo provocato da una lesione mortale sarà risarcibile a prescindere dalla consapevolezza che la vittima ne abbia avuto, dal momento che quel pregiudizio consiste nella oggettiva perdita delle attività quotidiane; il danno non patrimoniale consistito nella "formido mortis" ricorrerà*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

esclusivamente ove la vittima abbia avuto la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente".

Peraltro la giurisprudenza ha della Corte ha ulteriormente chiarito che "*In tema di risarcimento del danno non patrimoniale in caso di morte causata da un illecito, il danno morale terminale e quello biologico terminale si distinguono perché il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofale o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata per la consapevolezza dell'approssimarsi della propria fine ed è risarcibile in base all'intensità della sofferenza medesima, indipendentemente dall'apprezzabilità dell'intervallo temporale intercorso tra le lesioni e il decesso, mentre il secondo è costituito dal pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla cosciente percezione della gravissima offesa all'integrità personale della vittima, ed è risarcibile a condizione che tra le lesioni e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo" (Cass. Sez.* 3, ***Sentenza*** *n.* 7923 *del* 23/03/2024).

In tal senso anche l'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano, che ha recentemente elaborato una specifica tabella funzionale alla quantificazione dei così detti "*danni terminali*" (tabelle del 5.06.2024), di fonte giurisprudenziale e cristallizzati dalla Suprema Corte (SS.UU. sent. n. 15350/2015) ha chiarito che in nessun caso potrà trattarsi di danno in *re ipsa*, occorrendo la comprovata percezione della fine imminente; la consapevolezza del fine vita da parte della vittima è, dunque, un presupposto necessario affinché possa esservi il risarcimento del danno terminale.

Nel caso in esame, se non può dubitarsi che tra il ritardo colpevole e il decesso sia intervenuto un lasso di tempo non irrilevante, occorre evidenziare come manchino del tutto le allegazioni che consentano di ritenere sussistene e per l'effetto liquidare il danno morale terminale (non potendosi giungere ad una liquidazione sulla base di mere ipotesi), mentre può procedersi alla liquidazione del danno biologico per il periodo compreso tra le condotte ritenute colpevolmente omissive e il decesso.

In particolare dal 16/17 settembre 2015 (data in cui i consulenti indicano il ritardo diagnostico e terapeutico) sino [redacted] data del decesso, intercorrono 26 giorni in cui le condizioni del paziente sono andate via via aggravandosi fino all'evento infausto. Deve esser quindi risarcito il danno biologico terminale, ossia la lesione dell'integrità fisica per la cui risarcibilità è necessario solo che, tra la data del fatto e quella del decesso, sia decorso un lasso di tempo sufficiente a permettere un consolidamento del danno in oggetto. Tale danno va determinato considerando i criteri di liquidazione propri per il calcolo della inabilità temporanea, commisurato al numero dei giorni di sopravvivenza della persona, tenendo conto che le lesioni ne hanno provocato la morte e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

che quindi, pur trattandosi di un danno alla salute temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità e che quindi richiede la massima "personalizzazione".

Deve pertanto procedersi alla liquidazione del danno conseguente all'invalidità temporaneaper complessivi 26 giorni al 100%, avuto riguardo al ricovero ospedaliero e all'incessante aggravarsi delle condizioni del paziente, da liquidarsi nella misura massima di €173,00 *pro die*, per una liquidazione del danno biologico complessivo di € 4.498,00.

Anche in questo caso, trattandosi di debito di valore, tali somme – liquidate secondo parametri attuali - andranno devalutate alla data dei fatti e di seguito ulteriormente maggiorate con rivalutazione e interessi, nei termini che verranno di seguito precisati.

*

Vi è poi un'ulteriore voce di cui le attrici chiedono il risarcimento in via successoria, ovvero quella relativa alla asserita violazione delle disposizioni in ordine alla adeguata formazione ed espressione del consenso nell'ambito della sottoposizione a prestazioni sanitarie, con conseguente compromissione del principio all'autodeterminazione, caposaldo della disciplina sul **consenso informato**.

Sulle modalità di erogazione dell'informazione e sulla acquisizione del consenso occorre avere riguardo ai principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea in ragione dei quali nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. Il paziente ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo adeguato riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari, affinché possa determinarsi ad accettare o rifiutare il trattamento sanitario.

In proposito la giurisprudenza della Suprema Corte ha più volte ribadito l'assoluta inadeguatezza dell'informazione fornita attraverso moduli prestampati dal contenuto generico e comunque in maniera indistinta a prescindere dalle caratteristiche dell'interlocutore ("i*n tema di attività medico-chirurgica, il consenso informato deve basarsi su informazioni dettagliate, idonee a fornire la piena conoscenza della natura, portata ed estensione dell'intervento medico-chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative, non essendo all'uopo idonea la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico"* Cass. *Sez.* 3, *Sentenza n.* 23328 *del* 19/09/2019).

Da un lato, dunque, nessun trattamento sanitario può essere eseguito senza un consenso e dall'altro, tale consenso deve essere acquisito in maniera tale da rilevare l'assoluta contezza delle implicazioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

del trattamento. Il dovere del sanitario di informare adeguatamente il paziente consta, tra l'altro, nella comunicazione "*in modo completo ed esaustivo, tutte le informazioni scientificamente possibili riguardanti le terapie che intende praticare o l'intervento chirurgico che intende eseguire, con le relative modalità (v. Cass. n. 15698/2010). L'obbligo di informazione, che deve essere particolarmente dettagliato al fine di garantire lo scrupoloso rispetto del diritto di autodeterminazione del paziente, non si estende ai soli rischi imprevedibili…che non assumono rilievo secondo l'id quod plerumque accidit…ma a tutte le informazioni scientificamente possibili sull'intervento chirurgico, che intende eseguire, sulle conseguenze normalmente possibili sia pure infrequenti (tanto da apparire "straordinari"), sul bilancio rischi/vantaggi dell'intervento.*" (Cass. Civ. sez. 3, sent. n. 27751 del 11/12/2013).

Onde procedere alla valutazione sulla osservanza nel caso *de quo* da parte della convenuta dell'obbligo di informare il paziente circa l'esatta portata ed estensione dei trattamenti eseguiti, dei rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili, anche solo eventuali, conseguenze negative, occorre preliminarmente riferire dell'assenza nella documentazione clinica di moduli attestanti in qualsivoglia misura e maniera l'acquisizione di un consenso *tout court* da parte dell'allora paziente.

Come evidenziato dai CCTTU, la cartella clinica risulta del tutto carente anche in ordine all'esatto susseguirsi delle attività cliniche e financo, come detto, di talune rilevanti condizioni patologiche del paziente.

Parte convenuta, in maniera del tutto apodittica sostiene l'infondatezza e l'ingenerosità della suddetta tesi di parte attrice sulla scorta dell'affermazione che "*In realtà il paziente, come alcuni suoi congiunti, è stato informato e tenuto costantemente aggiornato sul suo stato di salute, sulla diagnosi e sulla cura somministrata*". Ebbene occorre chiarire che la giurisprudenza di legittimità dubita che il consenso possa essere valdiamente espresso oralmente (Cass. Civ. sez. 3, sentenza n. 19212 del 29/09/2015), ma nel caso in esame la struttura sanitaria non ha comunque dimostrato che detto consenso sia stato mai acquisito neppure oralmente, né ha specificato quali informazioni sarebbero state rese al paziente e in quali circostanze.

Né può dubitarsi che incomba sulla struttura sanitaria fornire la prova di avere informato il paziente e di avere acquisito un consenso adeguato e consapevole.

Nel caso in esame, peraltro, non è neppure necessario approfondire il tema delle conseguenze della *violazione del diritto all'autodeterminazione e delle relative conseguenze pregiudizievoli,* avuto riguardo al fatto che nel caso in esame all'esito delle condotte inadeguate dei sanitari è conseguito il decesso del paziente.

La più recente giurisprudenza di legittimità ha chiarito che "*nell'ambito*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

della responsabilità medico-chirurgica, ai fini della risarcibilità del danno inferto sia alla salute (per inadempiente esecuzione della prestazione sanitaria), sia al diritto all'autodeterminazione (per violazione degli obblighi informativi) possono verificarsi distinte ipotesi" e precisato che laddove ricorrono "*a) il dissenso presunto (ossia può presumersi che, se correttamente informato, il paziente avrebbe rifiutato di sottoporsi all'atto terapeutico), b) il danno iatrogeno (l'intervento ha determinato un peggioramento delle condizioni di salute preesistenti), c) la condotta inadempiente o colposa del medico nell'esecuzione della prestazione sanitaria*" come nel caso in esame, deve ritenersi risarcibile non soltanto il danno biologico ma altresì "*il danno da lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente"* (Cass. *Sez.* 3, *Ordinanza n.* 16633 *del* 12/06/2023).

Ritenuta la sussistenza, pertanto, anche di una lesione del diritto di autodeterminazione dell'attore, concretizzatosi nella mancata prestazione di una adeguata informazione ai fini dell'acquisizione del suo consenso all'effettuazione degli interventi sanitari per cui è causa, occorre procedere alla quantificazione del danno relativo.

In merito alla liquidazione del danno, stante la sua natura non patrimoniale e l'assenza di parametri oggettivi di quantificazione, non può che procedersi ad una valutazione equitativa, ai sensi dell'art. 1226 c.c., sulla base dei range di riferimento delle tabelle del Tribunale di Milano del 5 giugno 2024. Le linee guida in questione sono rese sulla scorta della disamina delle motivazioni da un campione di oltre 200 sentenze (di cui 100 circa di accoglimento), nell'ambito di controversie di colpa medica - su domande di risarcimento del danno da mancato/carente consenso informato. In tutte le sentenze i giudici motivavano la liquidazione del danno in esame secondo equità, giusta l'assenza di parametri liquidatori stabiliti dal legislatore. Come rileva il Tribunale di Milano, tra l'altro, "*dalle sentenze analizzate da un lato, è emerso che non vi è un rapporto diretto tra entità della lesione del bene-salute ed entità della lesione del diritto all'autodeterminazione, dall'altro lato, tuttavia, si è riscontrato che le sentenze che liquidano un danno all'autodeterminazione di lieve/media entità più frequentemente hanno ad oggetto un danno alla salute contenuto e, del pari, sentenze che liquidano un danno all'autodeterminazione di grave/notevole entità riguardano anche un pregiudizio all'integrità psicofisica del paziente consistente/gravissimo se non addirittura il decesso del paziente (p. 95 delle Tabelle).*

In particolare, e per quanto è di rilievo nella presente trattazione, *"tra le 35 sentenze che liquidano il danno all'autodeterminazione da € 9.001,00 ad € 20.000,00, 6 sentenze riguardano trattamenti (non preceduti da consenso) che hanno avuto come conseguenza postumi micro-permanenti/solo IT, mentre 15 sentenze riguardano postumi per la salute macropermanenti (sino al 90%) e 3 sentenze il decesso del paziente*" (p. 96 delle Tabelle). Il danno in questione, dunque, sulla base di parametri

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

appena indicati, e giusta la rivalutazione secondo gli indici ISTAT viene qualificato quale danno all'autodeterminazione di grave entità: liquidazione da € 10.461,00 ad € 23.245,00, **si ritiene equamente liquidabile nella somma di € 20.000,00, oltre rivalutazione e interessi** in ragione della gravità data dalla totale assenza di informativa unitamente alla mancata aquisizione del consenso in forma scritta.

Spetta pertanto alle attrici, in qualità di eredi, a titolo di risarcimento dei danni alla persona per lesione del diritto di autodeterminazione, la somma di € 20.000,00.

Anche in questo caso, trattandosi di debito di valore, tali somme – liquidate secondo parametri attuali - andranno devalutate alla data dei fatti e di seguito ulteriormente maggiorate con rivalutazione e interessi, nei termini che verranno di seguito precisati.

*

Sulla ulteriore richiesta di liquidazione del danno da **lucro cessante,** inteso quale profitto che il soggetto danneggiato non ha potuto conseguire a causa dell'inadempimento o del fatto illecito altrui, occorre rilevare come nessuna prova in merito sia stata fornita dalle attrici le quali si sono limitate a chiederne la liquidazione senza rappresentare in quale modalità o misura si sarebbe verificato quell'ipotetico incremento patrimoniale, quantomeno in una data probabilità, se l'inadempimento o l'illecito non fossero avvenuti.

Nessuna deduzione e prova è stata resa in merito, per esempio, dalla perdita di prestazioni assistenziali o alimentari o altro in favore del coniuge o della figlia, non potendosi ritenere sufficiente la mera allegazione del fatto che ordinariamente la vittima accompagnasse le nipotine a scuola, circostanza peraltro dedotta a comprova dell'intenso legame affettivo e non nell'ottica di utilità/bisogno della figlia in termini materiali.

Tale domanda non può, pertanto, trovare accoglimento.

*

Sulla richiesta di rivalutazione monetaria e di interessi legali ex art. 1284 IV comma c.c.

Come ripetutamente chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, "*In tema di inadempimento di obbligazioni contrattuali diverse da quelle pecuniarie, al danneggiato spettano la rivalutazione monetaria del credito da danno emergente e gli interessi compensativi del lucro cessante, a decorrere dal giorno della verificazione dell'evento dannoso, poiché l'obbligazione di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale costituisce, al pari dell'obbligazione risarcitoria da responsabilità extracontrattuale, un debito non di valuta, ma di valore, che tiene luogo della materiale utilità che il creditore avrebbe conseguito se avesse ricevuto la prestazione dovutagli" (Cass. Sez.* 1, ***Ordinanza*** *n.* 37798 *del* 27/12/2022).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

Con riferimento alla domanda relativa agli interessi moratori, occorre brevemente richiamare il recente mutato orientamento della Suprema Corte la quale, con l'ordinanza del 3 gennaio 2023 n. 61, ha stabilito che gli interessi ex art. 1284 comma 4 sono applicabili ad ogni obbligazione qualunque sia la sua fonte: contrattuale, extracontrattuale, risarcimento danni, ripetizione di indebito, ecc. La pronuncia in questione dispone che la disposizione di cui all'art. 1284 c.c., comma 4**,** individua il tasso legale degli interessi, in linea generale, per tutte le obbligazioni pecuniarie (salvo diverso accordo delle parti e salva diversa espressa previsione di legge**),** per il periodo successivo all'inizio del processo avente ad oggetto il relativo credito, fino al momento del pagamento.

Si si tratta, a tutti gli effetti, di una disposizione deflattiva del contenzioso giudiziario, che ha lo scopo di scoraggiare l'inadempimento e rendere svantaggioso il ricorso ad inutile litigiosità, scopo che prescinde dalla natura dell'obbligazione dedotta in giudizio e che si pone in identici termini per le obbligazioni derivanti da rapporti contrattuali come per tutte le altre.

Sulla scorta di tali considerazioni, gli importi sopra indicati, come stimati in valori monetari attuali, devono essere perciò devalutati al momento del [redacted] – e su tali somme, via via rivalutate, saranno dovuti legali al saggio ex art 1284 comma I c.c. dalla data del fatto alla data della domande e di seguito dalla data della domanda alla decisione interessi compensativi ex art. 1284, comma I, c.c.

LIQUIDAZIONE CON RIVALUTAZIONE E INTERESSI

La liquidazione del danno parentale dovrà pertanto esse così definitivamente liquidata: nella misura di **€ 363.857,31** (capitale devalutato al [redacted] in 275.170,69 € e poi via via rivalutato oltre interessi legali fino alla proposizione del ricorso – il 30.4.2018 - e commerciali dalla data della domanda alla presente liquidazione) per quanto concerne la coniuge *Pt_2* e di **€ 320.797,45** (capitale devalutato al [redacted] in 242.606,16 € e poi rivalutato oltre interessi legali fino alla proposizione del ricorso e commerciali dalla data della domanda alla presente liquidazione) per quanto riguarda la figlia *Parte_1*, somme su cui spetteranno, ulteriormente gli interessi dalla data della sentenza al saldo.

*

La liquidazione del danno biologico attribuibile *iure hereditatis* alle attrici è pari a 7.115,85 € (capitale devalutato al [redacted] in 3.745,21 € e poi rivalutato oltre interessi legali fino alla proposizione del ricorso – il 30.4.2018 - e commerciali dalla data della domanda alla presente liquidazione), somme su cui spetteranno, ulteriormente, gli interessi dalla data della sentenza al saldo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

*

La liquidazione del danno attribuibile *iure hereditatis* alle attrici per l'omesso consenso informato, è pari a 31.492,08 € (capitale devalutato al [redacted] in 16.652,79 € e poi rivalutato oltre interessi legali fino alla proposizione del ricorso – il 30.4.2018 - e commerciali dalla data della domanda alla presente liquidazione), somme su cui spetteranno, ulteriormente, gli interessi dalla data della sentenza al saldo.

Il danno *ure hereditatis* deve essere complessimanete determinato in 38.607,93 €, oltre interessi dalla presente decisione e fino al saldo.

*

Con riferimento alla richiesta di **rifusione delle spese relative alla consulenza tecnica di parte e di mediazione**, la stessa non può trovare accoglimento stante l'assenza delle relative prove documentali.

*

Le spese di lite, ivi comprese quelle della consulenza tecnica d'ufficio, seguono la soccombenza e debbono essere poste a carico della parte convenuta. Le spese debbono essere liquidate come in dispositivo, ai sensi del DM 147/2022, in ragione del valore della domanda, dell'attività difensiva svolta e del *decisum* (ovvero delle somme concretamente attribuite alle parti vincitrici), secondo valori medi quanto alla fase di studio (4.500), istruttoria (13.500) e conclusive (8.000), massima quanto alla fase introduttiva (4.500, avuto riguardo al contenuto dell'atto introduttivo), avuto riguardo ai parametri indicati nella tabella allegata al DM citato per i giudizi di cognizione di valore compreso tra € 520.001,00 e € 1.000.000, per complessivi € 30.500,00, oltre spese esenti, spese generali e accessori di legge.

*

Deve infine escludersi che possano ritenersi sussistenti i presupposti per la condanna dell'azienda convenuta ai sensi dell'art. 96 c.p.c. L'art. 96 III comma c.p.c. (come modificato dalla l. 69/2009) prevede il potere-dovere del giudicante di statuire anche sulla responsabilità per i danni subiti dalla parte vittoriosa per essere stata ingiustamente costretta in giudizio, laddove si ravvisino nella condotta della parte soccombente rilevanti profili di colpa da valutarsi secondo i generali criteri di responsabilità. Nel caso di specie, se anche le difese della convenuta sul piano dell'an possono ritenersi in buona parte infondate, non può non tenersi conto del fatto che le pretese risarcitorie sono state accolte in parte (e non solo in punto di quantificazione, ma anche con riferimento alle voci di danno lamentate), circostanza che consente di escludere che nel caso in esame la resistenza della parte convenuta possa qualificarsi come un abuso dello strumento processuale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione,

1) dichiara tenuta e condanna la *Controparte_4* (P. IVA *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante p.t., al al pagamento, a titolo di risarcimento *iure proprio,* in favore di *Parte_2*, della somma di € 363.857,31, oltre interessi dalla data della presente decisione e fino al saldo;

2) dichiara tenuta e condanna la *Controparte_4* (P. IVA *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento, a titolo di risarcimento *iure proprio,* in favore di *Parte_1*, della complessiva somma di € 320.797,45, oltre interessi dalla data della presente decisione e fino al saldo;

3) dichiara tenuta e condanna la *Controparte_4* (P. IVA *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento, a titolo di risarcimento del danno *iure hereditatis* in favore delle attrici *Parte_2* e *Parte_1* della complessiva somma di € 38.607,93, oltre interessi dalla data della presente decisione e fino al saldo;

4) pone definitivamente a carico della parte convenuta le spese della consulenza d'ufficio, come già liquidata in corso di causa;

5) dichiara tenuta e condanna la parte convenuta alla rifusione delle spese di lite in favore delle parti attrici, per € 30.500,00, oltre € 843,00 a titolo di spese esenti, spese generali e accessori di legge;

Così deciso in Cagliari in data 29 gennaio 2025

Il Giudice

dott.ssa Elisabetta Murru

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-870