



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il Tribunale di Catanzaro, Seconda Sezione Civile, in composizione monocratica, nella persona della dott.ssa Carmen Ranieli, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nelle cause civili riunite iscritte al n. 2329/2017 R.G.A.C. e al numero 2393/2017 R.G.A.C. vertenti

TRA

Parte_1 (c.f. C.F._1), elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. [REDACTED] che la rappresenta e difende in giudizio, giusta procura in atti;

- **attrice nel proc. n. 2329/2017 R.G.A.C. -**

E

Controparte_1 (c.f. C.F._2), rappresentato e difeso come da procura in atti, unitamente e disgiuntamente dagli avv.ti [REDACTED] e [REDACTED] presso il cui studio è elettivamente domiciliato;

- **attore nel proc. n. 2393/2017 R.G.A.C. -**

E

Controparte_2 in persona del *l.r.p.t.*, elettivamente [REDACTED] alla [REDACTED] presso l'Ufficio legale della stessa Controparte_2, rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED] come da procura in atti;

- **convenuta in entrambi i giudizi -**

Oggetto: Risarcimento danni derivanti da responsabilità sanitaria.

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Parte_1 ha convenuto in giudizio, innanzi all'intestato Tribunale, l' [...] Controparte_3, per chiederne la condanna al risarcimento di tutti i danni derivanti dalla Persona_1 [REDACTED] per shock settico conseguente all'infezione nosocomiale contratta durante il periodo di degenza nella citata struttura. In particolare, l'attrice ha dedotto che il 10 aprile 2015, Persona_1 dopo essere giunto al [REDACTED] di Vibo Valentia per "insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)", veniva ricoverato nella Organizzazione_1 di Vibo Valentia dove gli era diagnosticata la "sindrome coronarica acuta NSTEMI complicata da edema polmonare acuto". Sottoposto a esami strumentali e trattato con terapia farmacologica, l'11 aprile 2015 veniva trasferito tramite 118 presso l' Controparte_4 [...] dove, una volta sottoposto a intervento di rivascolarizzazione miocardica mediante



sternotomia (in data 20.04.2015), contraeva un'infezione tipicamente nosocomiale, risultando positivo allo *Staphylococcus Epidermidis* in data 27 aprile 2015. L'emocultura del 7 maggio 2015 evidenziava, poi, la positività al batterio *Klebsiella Pneumoniae multiresistente*. Il 2 giugno 2015 l'esame colturale sulla ferita risultava positivo per *Klebsiella pneumoniae multiresistente* e per il batterio *Escherichia coli*; il 22 giugno 2015, infine, il bronco aspirato risultava positivo per *Klebsiella pneumoniae multiresistente* e *Stenotrophomonas maltophilia*. Il [REDACTED] per "arresto cardio-circolatorio in soggetto con shock settico".

Ritenendo, pertanto, che la morte del marito fosse eziologicamente riconducibile al ricovero presso la struttura sanitaria CP_2 ove non erano state adottate le corrette norme igienico sanitarie in tema di prevenzione delle infezioni ospedaliere, l'attrice ne ha chiesto la condanna al risarcimento del danno biologico terminale e del danno morale catastrofe subito da Per_1 [...] e trasmessi *iure hereditatis*, nonché del danno subito *iure proprio* in ragione della perdita del rapporto parentale.

Per le stesse ragioni Controparte_1 premettendo di essere il figlio di Persona_1 ha agito in separato giudizio contro la struttura sanitaria CP_2 di Catanzaro, domandandone la condanna al risarcimento di tutti i danni conseguenti alla morte del padre, acquisiti *iure hereditatis* e *iure proprio*.

L' Controparte_2 costituendosi in giudizio in entrambi i procedimenti, ha spiegato difese non dissimili, eccependo la carenza di legittimazione attiva degli istanti per non avere gli stessi provato il rapporto di parentela con il defunto; la propria carenza di legittimazione passiva, risultando dagli atti che il paziente è stato inizialmente ricoverato nel reparto di cardiocirurgia di Vibo Valentia; la contemporanea pendenza delle cause instaurate dalle parti attrici nonché, infine, la nullità degli atti introduttivi dei due giudizi, viziati da genericità.

Nel merito ha rilevato l'infondatezza delle domande attoree perché carenti dell'allegazione sul nesso causale tra l'inadempimento addebitato alla struttura sanitaria e il danno conseguito; in ogni caso, ha eccepito la mancanza di prova certa del comportamento colposo della struttura ritenuta responsabile dell'evento dannoso; ha criticato, poi, la quantificazione del danno perché sommaria ed errata sia per quanto concerne il risarcimento spettante alla vittima, da valutarsi globalmente e senza distinzione tra danno biologico e catastrofe, sia per il danno riflesso, non desumibile dalla sola sussistenza del rapporto parentale; in subordine, infine, ha chiesto la riduzione dell'eventuale risarcimento accordato alla giusta ed equa misura.

Riunito il procedimento n. 2393/2017 R.G.A.C., instaurato da Controparte_1 a quello recante n. 2329/2017 R.G.A.C., instaurato da Parte_1 con ordinanza emessa da questo giudice all'udienza del 6 dicembre 2018 ed espletata l'istruttoria, la causa veniva trattenuta in decisione all'udienza del 1° febbraio 2022.

2. Tanto premesso, parte convenuta lamenta la carenza di legittimazione attiva degli attori rilevando la mancanza di prova in ordine al rapporto di convivenza con la presunta vittima.

Gli istanti hanno dedotto, sin dagli atti introduttivi, la propria qualità di moglie e figlio del defunto Persona_1, chiarendo di agire *iure hereditatis* e *iure proprio*.



Ora, risultando versati in atti il certificato di matrimonio e lo stato di famiglia, non è discutibile la legittimazione degli istanti ad agire *iure proprio*.

Quanto all'azione esercitata *iure hereditatis*, mette conto evidenziare che tale produzione, unitamente all'allegazione della qualità di erede, costituisce una presunzione *iuris tantum* dell'intervenuta accettazione tacita dell'eredità – e, dunque, dell'assunzione della qualità di erede – atteso che “l'esercizio dell'azione giudiziale da parte di un soggetto che si deve considerare chiamato all'eredità, e che si proclami erede, va considerato come atto espressivo di siffatta accettazione e, quindi, idoneo a considerare dimostrata la qualità di erede” (v. Cass., n. 210 dell'11 gennaio 2021; conf. a Cass. n. 16814 del 26 giugno 2018).

Diversa è, invece, la questione sull'esistenza o meno di un rapporto di convivenza con il *de cuius*, che semmai potrebbe rilevare soltanto nella quantificazione di un eventuale danno da perdita del rapporto parentale.

La causa deve, pertanto, ritenersi correttamente introitata sotto il profilo della legittimazione ad agire delle parti attrici.

Parimenti infondata è la dedotta carenza di legittimazione passiva della convenuta, da verificarsi secondo la prospettazione dell'attore, che indica la convenuta come soggetto tenuto a subire l'eventuale pronuncia giurisdizionale di condanna, deducendo che il *Per_1* è deceduto a causa di un'infezione nosocomiale contratta proprio presso la struttura *CP_2*

L'eventuale ritardo diagnostico che la convenuta addebita all' *Controparte_5* attiene al merito della lite – e, dunque, alla reale titolarità passiva del rapporto sostanziale dedotto in giudizio – come tale rientrante nell'onere deduttivo e istruttorio della parte che voglia dimostrare una situazione di fatto favorevole al rigetto della pretesa azionata nei propri confronti (v. Cass., n. 7776 del 27 marzo 2017).

Dilatoria e infondata è, infine, l'eccezione di nullità dell'atto di citazione, che risulta chiaro e specifico – tant'è vero che parte convenuta ha spiegato le proprie puntuali difese sin dalla comparsa di costituzione – non essendo, d'altra parte, elemento di valutazione *ex art. 164 c.p.c.* la ritenuta carenza di “*prova dei pochi elementi in esso indicati*”.

3. Nel merito la domanda è fondata e può trovare accoglimento per quanto di ragione.

Occorre in primo luogo distinguere le pretese degli attori per il danno *iure hereditatis* spettante alla vittima da quello *iure proprio* subito dagli attori a causa della morte del congiunto.

Per quanto concerne il danno subito dal paziente e trasmesso *iure hereditatis*, è pacifico il principio secondo cui il rapporto tra il paziente e l'ente ospedaliero ha la sua fonte in un contratto atipico, cd. “di spedalità”, a prestazioni corrispettive, da cui derivano all'ente ospedaliero non solo obblighi *lato sensu* alberghieri ma anche di messa a disposizione del personale medico e paramedico, nonché di apprestamento di tutte le apparecchiature necessarie, anche in vista di complicanze o emergenze (v. Cass. n. 8826 del 13 aprile 2007).

Ne deriva che la struttura sanitaria “*risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 cod. civ., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale*” (cfr. Cass. n. 1620 del 3 febbraio 2012).



Nel caso - come quello di specie - in cui venga dedotto un danno da infezione nosocomiale spetta all'attore dimostrare il danno e il nesso causale tra il pregiudizio e l'infezione, mentre è onere della struttura ospedaliera dimostrare di avere adottato tutte le cautele prescritte dalle normative e dalle *leges artis* per la salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e la sterilizzazione della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata nonché di aver adeguatamente trattato l'infezione in atto (v., in ultimo, sul nesso causale in caso di infezione ospedaliera Cass., n. 4864 del 23 febbraio 2021).

Con riferimento al principio di allegazione della condotta inadempiente, ritenuta fonte di danno, mette conto evidenziare come, nel campo della responsabilità sanitaria, occorre far riferimento a quanto indicato dalla giurisprudenza della S.C. secondo cui ai fini del riparto dell'onere probatorio il paziente danneggiato deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia allegando l'inadempimento del debitore “*astrattamente efficiente alla produzione del danno*”; rimane a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (v. Cass., Sez. Un., n. 577 dell'11 gennaio 2008).

Per quanto concerne, invece, le pretese fatte valere dagli attori *iure proprio*, mette conto evidenziare che i congiunti sono considerati estranei al rapporto contrattuale tra la struttura sanitaria e il paziente sicché l'eventuale, autonoma, pretesa risarcitoria vantata dagli stessi per i danni loro derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rileva come illecito aquiliano e si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (v. in ultimo Cass. n. 11320 del 7 aprile 2022, conf. a Cass. n. 14615 del 9 luglio 2020 e a Cass. n. 6914 dell'8 maggio 2012).

4. Tanto premesso in punto di diritto, deve osservarsi come con riferimento ai danni subiti da *Persona_1* e acquisiti *iure hereditario*, parte attrice abbia adeguatamente assolto all'onere probatorio sulla medesima incombente.

E infatti, oltre a provare il rapporto contrattuale, ha allegato la riconducibilità dell'evento lesivo e produttivo di danno, ovvero il decesso del familiare all'inadempimento della struttura ospedaliera *CP_2*, consistente nella procurata infezione, supportando le proprie deduzioni da documentazione sanitaria concernente l'intero periodo di degenza del paziente, attestante la relativa storia clinica, nonché da altra produzione documentale avente valore indiziario, quale un elaborato peritale di parte.

In particolare, il consulente tecnico di parte, ha effettuato una puntuale ricostruzione dell'*iter* clinico di *Persona_1*, evidenziando, alla luce del contenuto della cartella clinica e dei referti dell'UO di microbiologia clinica della *CP_2* come il paziente, al momento del contatto con la struttura sanitaria convenuta, non fosse infetto.

La documentazione medica allegata evidenzia, infatti, che il 20 aprile 2015 *Persona_1* è stato sottoposto dai sanitari della struttura a un intervento di rivascularizzazione miocardica con sternotomia (applicazione di 4 By-pass), con esame colturale per *K. Pneumoniae* e *S. Aureus* negativi.

È solo successivamente, al giro di visite del 29 aprile 2015, che venivano riscontrati, quali “problemi attivi”, “1) sospetta infezione polmonare con necessità di terapia con CASCO CPAP; 2)



infezione ferita sternale” e il paziente, trasferito in reparto dopo aver subito la sternotomia, necessitava di essere trasferito in rianimazione per insufficienza respiratoria.

Gli esami, effettuati in pari data (data di accettazione 29.4.2015, data referto 5.5.2015), consistenti nel tampone della ferita sternale, emocultura da catetere venoso centrale ed esame colturale da aspirato bronchiale hanno tutti evidenziato positività al batterio *Staphylococcus Epidermidis* (v. allegato “Certificazione medica 4 Sign. *Per_1*”).

Da qui, l’inizio di un processo infettivo sistemico, caratterizzato dal prodursi di sovrainfezioni batteriche, con specie di germi diverse e multiresistenti: la positività anche al batterio *Klebsiella pneumoniae* è stata rilevata, per la prima volta, con l’emocultura del 4 maggio 2015; il 10 giugno 2015 l’esame colturale effettuato sulla spugna posta sulla ferita sternale ha rilevato, per la prima volta, la positività ai batteri *Klebsiella pneumoniae multiresistente* ed *Escherichia coli*; il successivo 22 giugno 2015 il bronco-aspirato è risultato positivo per *Klebsiella pneumoniae multiresistente* e *Stenotrophomonas maltophilia*.

In conseguenza delle infezioni contratte, il paziente ha registrato un progressivo peggioramento delle condizioni cliniche: l’infezione sternale è degenerata in mediastinite, tanto da necessitare il ricorso alla terapia VAC nonché l’effettuazione di un intervento di revisione chirurgica della ferita sternale, andata in deiscenza, e di tracheostomia chirurgica.

In quella sede, anche la biopsia dei campioni mediastinici ha evidenziato positività al *K. Pneumoniae ssp pneumoniae* (v. allegato “Certificazione medica n.4 Sign. *Per_1*”).

L’aggravamento delle condizioni cliniche è proseguito, tant’è che, come allegato dagli attori nel libello introduttivo e indicato dalla perizia di parte, alla data dell’1 luglio 2015 sulla cartella clinica del paziente veniva riportata la dicitura “*condizioni cliniche gravi*”, “*peggioramento del quadro emodinamico, persiste quadro settico da germi multiresistenti*” tanto da rendere nuovamente necessario l’inizio della ventilazione meccanica a PCV (v. p. 69 dell’allegato “Cartella [REDACTED] 1-75”).

L’intera documentazione sanitaria evidenzia il persistere delle complicanze infettive per tutto il periodo di degenza, la conseguente degenerazione in sepsi (v. visita gastroenterologica del 3 luglio 2015 a firma della dott.ssa *Persona_2* e del Prof. *Persona_3* versata in atti) e il progressivo esaurimento delle funzioni vitali sino al decesso.

Il paziente è riuscito a riprendere la respirazione spontanea il successivo 8 luglio; l’11 luglio si è mostrato di nuovo sveglio e collaborante, registrando tuttavia, in aggiunta, un progressivo abbassamento delle funzioni renali (tanto da richiedere l’inizio di un ciclo di dialisi, come indicato in cartella il 19 luglio 2015).

Il 30 luglio 2015 vengono registrate “*condizioni cliniche gravi*”, rilevate anche il giorno successivo allorquando il paziente, alle ore 19,20 ha manifestato “*improvvisa desaturazione con bradicardia, marcata ipotensione fino all’arresto cardiaco*”; alle ore 20,00 è stato registrato l’*exitus*, con causa della morte: “*arresto cardiocircolatorio in soggetto con shock settico*”.

Ciò premesso, gli attori hanno allegato, con il conforto della consulenza di parte, come le infezioni contratte dal proprio familiare siano tipicamente ospedaliere.



Tanto troverebbe conferma nel fatto che Persona_1 se prima della sternotomia non risultava aver contratto infezioni, dopo l'intervento è stato esposto a diverse fonti di trasmissione dei batteri: è stato infatti sottoposto a una seconda sternotomia, a intubazione endotracheale, a tracheotomia, applicazione di sondino naso gastrico, cateterizzazioni vescicali, bronco-lavaggi, plurimi cateteri venosi ed arteriosi nonché a diverse trasfusioni.

Si è trattato di manovre invasive, che hanno aperto la strada ai germi responsabili delle infezioni, determinando così la sepsi che ha condotto alla morte il paziente per shock settico.

Tanto premesso, applicando i criteri sopra richiamati in [REDACTED] a di riparto dell'onere probatorio, a fronte della comprovata riconducibilità causale del decesso all'infezione nosocomiale, la struttura sanitaria convenuta era gravata dall'onere di dimostrare di avere adottato le cautele prescritte dalla vigente normativa in tema di trattamento pre-operatorio dei pazienti, preservazione delle condizioni igieniche sia dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici che di quelli preposti al ricovero dei pazienti, e di aver adeguatamente provveduto alla sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata.

Tale onere probatorio non può ritenersi assolto dalla convenuta.

La difesa della struttura sanitaria ha, infatti, eccepito la carenza di prova del nesso causale tra l'evento dedotto e il presunto danno conseguito, limitandosi ad argomentare in diritto e richiamando apoditticamente – senza alcun accenno all'obiettività dei fatti verificatisi – il principio per cui nessuna responsabilità autonoma e diretta può essere ascritta in capo alla struttura sanitaria convenuta in quanto *“il presunto danno subito dall'attore non è riconducibile a una inadempienza delle obbligazioni ad essa facenti carico”* (arg. da Cass., Sez. Un. 9556/2002).

Omettendo totalmente di confrontarsi con i principi posti in [REDACTED] a di responsabilità contrattuale, ha poi contestato genericamente la fondatezza della domanda, rilevando l'assenza di prova certa sul comportamento colposo dell'azienda convenuta e dichiarando di doversi escludere con fermezza la configurabilità del fatto storico dedotto da parte attrice, *“in quanto assolutamente non rispondente all'effettivo svolgimento dell'evento per cui è causa”*.

Nondimeno ha mancato di offrire una lettura degli eventi alternativa rispetto a quella prospettata dagli attori e supportata da un'allegazione fattuale chiara e articolata.

Invero, l'unica contestazione in fatto operata dalla struttura sanitaria ha riguardato (nel paragrafo relativo alla carenza di legittimazione passiva) il ritardo diagnostico in cui sarebbe incorso [REDACTED] di Vibo Valentia nel trasferire il paziente.

Si tratta, tuttavia, di un rilievo tanto più inconferente quanto più si ha riguardo all'inadempimento “efficiente” allegato dagli attori e rappresentato dalla contrazione di infezioni tipicamente nosocomiali, che hanno condotto il paziente allo shock settico e, infine, alla morte.

Vigendo pertanto, in capo al convenuto, l'onere *ex art.* 167 c.p.c. di prendere posizione in modo analitico sulle circostanze di cui intenda contestare la veridicità, devono ritenersi non contestati i fatti dedotti dagli attori per i fini di cui all'art. 115 c.p.c. (v. in ultimo Cass. n. 9439 del 23 marzo 2022).

Né fanno ritenere il contrario le argomentazioni spese per la prima volta dalla difesa della struttura ospedaliera in comparsa conclusionale – con il supporto di una consulenza tecnica di parte – che



oltre ad essere tardive e, quindi, inammissibili, restano generiche se rapportate allo specifico onere probatorio preteso dalla giurisprudenza in capo alla struttura sanitaria.

La convenuta infatti né ha dato la prova di aver esattamente adempiuto ai propri obblighi di disinfezione degli ambienti e degli strumenti utilizzati, né si è offerta di dimostrare positivamente che il dedotto inadempimento sia dipeso da causa alla stessa non imputabile. Ha infatti ammesso che *“lo Staphylococco epidermidis è certamente uno di quelli più frequentemente implicati nelle infezioni nosocomiali”* e che *“i dati documentali non lasciano alcun dubbio sulle tempistiche di insorgenza, in costanza di ricovero e dopo l'intervento chirurgico di bypass aortocoronarici, a cui il sig. Per_1 è stato sottoposto”*.

Si è, poi, limitata ad adombrare dei dubbi sulla natura nosocomiale dell'infezione contratta dal Per_1 ritenendo dirimente l'incertezza sul sito di insorgenza del processo infettivo – ignorando nel contempo il fatto che il batterio è stato da subito isolato anche sulla ferita sternale – e sostenendo la generica possibilità che il paziente abbia contratto il batterio all'esterno dell'ospedale e che questo sia divenuto patogeno durante la degenza per effetto dell'abbassamento delle difese immunitarie, tutto questo senza confrontarsi con il dato cronologico per cui l'infezione è sorta successivamente all'intervento e in tempi di incubazione compatibili con la matrice ospedaliera del contagio.

Ciò premesso, risulta pacifica, nel caso di specie, la causa del decesso di Persona_1 la stessa struttura sanitaria ha infatti certificato, quale causa della morte, l'arresto cardiaco determinato da shock settico.

La natura nosocomiale dell'infezione è un dato che emerge, anzitutto, dalla circostanza che il paziente non presentava infezioni al momento dell'ingresso nella struttura.

A ciò si deve aggiungere la normale riconducibilità eziologica del tipo di infezioni contratte dal paziente ad agenti patogeni largamente diffusi in ambito ospedaliero.

Se questi elementi vengono considerati in uno alla mancata dimostrazione – né, tantomeno, allegazione – da parte della struttura sanitaria dell'adeguata somministrazione di profilassi antibiotica al paziente nella fase preoperatoria nonché di un'efficace sterilizzazione del campo operatorio, della strumentazione chirurgica adoperata e dei locali di degenza, deve concludersi ritenendo provato che l'azienda ospedaliera “CP_2 non abbia correttamente adempiuto all'obbligo, sulla medesima gravante, di predisporre tutte le cautele occorrenti a evitare l'insorgenza della complicità infettiva e la successiva morte del paziente.

5. Una volta accertata la responsabilità contrattuale della struttura convenuta, occorre procedere alla valutazione e alla liquidazione del danno richiesto dagli attori *iure hereditatis*.

Al riguardo, si deve premettere che, come la giurisprudenza della Suprema Corte è andata via via chiarendo, in caso di morte causata da un illecito, il danno morale terminale deve essere tenuto distinto da quello biologico terminale, in quanto il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofico o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'integrità della sofferenza medesima; mentre il secondo, quale pregiudizio alla



salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità e intensità, sussiste, per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo (v. *ex multis*, Cass. n. 23153 del 17 settembre 2019 e Cass. n. 11719 del 5 maggio 2021).

Tuttavia, la sentenza delle Sezioni unite n. 15350/2015 conferma l'unitarietà del danno non patrimoniale anche in riferimento al profilo in esame, sicché, a fini liquidatori, onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio, la categoria del danno terminale deve intendersi onnicomprensiva, tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente.

Orbene, nel caso in esame, sulla base dei predetti consolidati principi, può essere riconosciuto, sulla base della documentazione medica in atti, il c.d. danno biologico terminale per tutto il periodo successivo all'insorgenza dei primi sintomi dell'infezione nosocomiale, durante il quale il paziente è rimasto ricoverato presso la struttura ospedaliera “CP_2” e precisamente dal 29 aprile 2015 – data in cui viene documentato, per la prima volta, il sorgere del processo infettivo con l'isolamento del batterio *Staphylococcus Epidermidis* – al [REDACTED] data del decesso, per un totale di 94 giorni. È infatti provato dalla documentazione sanitaria versata in atti come il paziente versasse dal momento del riscontro dell'infezione in gravissime condizioni di salute, che l'hanno costretto a subire numerosi interventi sanitari invasivi, con momenti di incoscienza intervallati a periodi di lucidità, anche negli ultimi giorni di vita.

Si reputa, invece, che gli attori non abbiano offerto prova adeguata del danno catastrofale propriamente inteso, in mancanza di elementi probatori da cui desumere che la vittima fosse rimasta lucida e consapevole della fine imminente per tutto il (o almeno parte del) breve periodo della sua sopravvivenza.

Al contrario, i testi escussi si sono limitati a riferire che, quando si recavano in ospedale a trovare il Per_1 lo stesso si lamentava del suo stato di salute e dei dolori che accusava, ma “*si rimetteva alle cure ed era fiducioso*” (cfr. testimonianza di Testimone_1).

Per la stima del danno possono applicarsi le tabelle del Tribunale di Milano, da ultimo aggiornate, che garantiscono una conformità della valutazione equitativa del danno biologico, tenendo conto delle circostanze del caso concreto.

In proposito, in considerazione dell'indiscutibile gravità del fatto, che ha condotto il danneggiato al decesso dopo un periodo di malattia durato tre mesi circa, si ritiene di applicare, per i primi tre giorni, l'importo di euro 2.000,00 *pro die* e, per i successivi 91 giorni, l'importo complessivo di euro 52.507, senza personalizzazione in aumento.

Spetta, pertanto, agli attori, in qualità di eredi del *de cuius*, l'importo complessivo di (6.000,00 per i primi tre giorni + 52.507,00 per i successivi 91 giorni) 58.507,00 euro.

Trattandosi di debito di valore ed essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta, devalutata alla data del fatto [REDACTED] e rivalutata anno per anno secondo gli indici ^{Org} dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti gli interessi legali al tasso *pro tempore* vigente, a partire dal 01.08.15 fino alla pubblicazione della



presente sentenza; da tale ultima data, che segna la conversione del debito risarcitorio di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi legali sulla intera somma fino al saldo.

6. Con riferimento, invece, all'azione extracontrattuale promossa, *iure proprio*, dagli attori e volta ad ottenere il risarcimento del danno per la perdita parentale, si ribadisce che, in base ai sopraesposti principi generali, l'onere della prova incombe sugli attori i quali sono tenuti a dimostrare l'omissione o la negligenza in cui è incorsa la struttura sanitaria nell'adozione delle misure di prevenzione volte a ridurre al minimo il rischio infettivo.

Si precisa tuttavia che la giurisprudenza è ferma nel ritenere il principio per cui il giudice non debba necessariamente acquisire la dimostrazione della colpa dal solo [REDACTED] ale probatorio offerto dal danneggiato.

La prova può essere infatti desunta dai fatti e dalle circostanze di causa ed essere anche presuntiva, ben potendosi, a tale ultimo riguardo, assumere un fatto a fonte di presunzioni in base all'*id quod plerumque accidit*, tenuto conto che non sempre è agevole l'acquisizione di una prova diretta (v. Cass. n. 5795 del 28 ottobre 1980; in senso conf. Cass., n. 22355 del 26 settembre 2017).

Orbene, nel caso di specie, si ritiene che gli attori abbiano adempiuto anche al più gravoso onere probatorio imposto dall'art. 2043 c.c.

E invero, come si è già osservato, non risulta esservi stata contestazione in merito al verificarsi dell'evento lesivo.

Nemmeno risulta contestato il nesso causale tra l'insorgenza del processo infettivo e l'aggravamento delle condizioni di salute che hanno portato *Persona_1* al decesso.

Parte attrice ha individuato la responsabilità della struttura nella mancata adozione delle misure di prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Sul punto mette conto evidenziare che quanto finora detto consente di ritenere accertato: 1) la negatività del paziente ai tamponi del 20 aprile 2015 (data dell'intervento, effettuato quando erano già trascorsi nove giorni dall'ingresso nella struttura); 2) le tempistiche di insorgenza della prima infezione batterica, sicuramente successive all'effettuazione dell'intervento (lo *Staphylococcus Epidermidis* è stato isolato con gli esami del 29 aprile 2015); 3) i numerosi (e invasivi) trattamenti sanitari subiti dal paziente nel periodo successivo alla sternotomia – che hanno esposto il *Per_1* a continue fonti di contagio – 4) la matrice normalmente ospedaliera di tutti i batteri coinvolti (*Staphylococcus Epidermidis*, *Klebsiella Pneumoniae multi resistente*, *Escherichia coli* e *Stenotrophomonas maltophilia*) 5) l'inadempimento dell'ospedale che non ha adottato le cautele occorrenti a evitare l'infezione del paziente.

Gli elementi fattuali appena indicati, nel connotare le concrete modalità di verifica del fatto lesivo, escludono la possibilità di ipotizzare una genesi dell'infezione diversa da quella nosocomiale e impongono di ritenere, alla stregua di un criterio di normalità, la natura colposa della condotta tenuta dal personale sanitario dell'ospedale.

Si ritiene, quindi, fondata la domanda di risarcimento dei danni da responsabilità extracontrattuale proposta.

7. A riguardo si precisa che, in tema di danno non patrimoniale derivante da morte causata da un illecito, il pregiudizio risarcibile conseguente alla perdita del rapporto parentale che spetta "*iure*



proprio” ai prossimi congiunti riguarda la lesione della relazione che legava i parenti al defunto e, ove sia provata l’effettività e la consistenza di tale relazione, la mancanza del rapporto di convivenza non è rilevante, non costituendo il connotato minimo ed indispensabile per il riconoscimento del danno (v. Cass. n. 18284 del 25 giugno 2021).

Tale danno non può ritenersi sussistente per il solo fatto che il superstite lamenti la perdita delle abitudini quotidiane, ma *“esige la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell’attore allegare e provare; tale onere di allegazione, peraltro, va adempiuto in modo circostanziato, non potendo risolversi in mere*

enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche” (Cass. 21060/2016). Più precisamente, *“Il danno non patrimoniale da uccisione di un congiunto, quale tipico danno-conseguenza, non coincide con la lesione dell’interesse (ovvero non è in “re ipsa”) e, pertanto, deve essere allegato e provato da chi chiede il relativo risarcimento, anche se, trattandosi di un pregiudizio proiettato nel futuro, è consentito il ricorso a valutazioni prognostiche ed a presunzioni sulla base di elementi obbiettivi che è onere del danneggiato fornire, mentre la*

sua liquidazione avviene in base a valutazione equitativa che tenga conto dell’intensità del vincolo familiare, della situazione di convivenza e di ogni ulteriore circostanza utile, quali la consistenza più o meno ampia del nucleo familiare, le abitudini di vita, l’età della vittima e dei singoli superstiti ed ogni altra circostanza allegata” (Cass. ord. n. 907/2018).

In ogni caso, ai fini di tale valutazione, la sussistenza di effettivi rapporti di reciproco affetto e solidarietà con il congiunto è assistita da una presunzione *“iuris tantum”*, fondata sulla comune appartenenza al medesimo “nucleo familiare minimo” (v. Cass. n. 9010 del 21 marzo 2022).

Sennonché, non può essere ignorato il profondo legame che unisce normalmente un figlio al genitore, così come un coniuge all’altro, e che consente di presumere che la perdita del padre/marito - non anziano (anni 63) - abbia prodotto una profonda sofferenza negli attori.

In tale contesto, concreti elementi di prova sono stati pure offerti dagli attori con riferimento alle loro concrete situazioni familiari e di vita, ai legami con il *de cuius* e al cambiamento delle abitudini di vita.

In particolare, l’intensità del legame tra **Parte_1** e il marito è emersa anche dalle dichiarazioni della teste **Testimone_2** che, nel dare conto dei problemi alle ginocchia della sorella, ha riferito dell’aiuto che **Persona_1** offriva alla medesima nell’espletamento delle faccende di casa e nell’attività lavorativa, che i coniugi svolgevano insieme nell’ambito dell’impresa di pulizia **Org_3**. La teste, richiesta di riferire sulle abitudini familiari prima dell’evento infausto e sulle condizioni della sorella dopo la morte del marito, ha dichiarato che il *“cognato era un tipo gioviale e quindi ci si incontrava spesso”*, confermando poi la circostanza che *“la signora **Parte_1** dal decesso del marito ha sempre rifiutato la convivialità delle feste familiari”*; ha inoltre precisato che la stessa si è dovuta trasferire dalla casa coniugale di [...] **CP_6** in una casa in affitto a piano terra (a Longobardi), poi è andata a vivere da lei e infine dalla madre (v. udienza del 20 febbraio 2020).

Le dichiarazioni in questione hanno trovato conforto nella testimonianza di **Testimone_1** cognato dell’attrice, il quale ha dichiarato che la cognata **Pt_1** *“rispetto al periodo antecedente al*



decesso del marito, parla poco, ride poco, mi sembra piuttosto chiusa in se stessa” e “quando andiamo noi da lei ha un atteggiamento assente”.

Con riferimento al figlio *Controparte_1* dall’istruttoria espletata in corso di causa è emerso che questi si “*sentiva spesso con il padre e ne parlava spesso sempre in termini ottimali*”, tant’è vero che durante il periodo di degenza ospedaliera del padre si è allontanato dal proprio lavoro a Pavia, per assisterlo, finendo per trasferirsi definitivamente a Vibo Valentia. Ha sofferto molto per il fatto di essersi sposato dopo la morte del padre, rimpiangendo di non averlo avuto al proprio fianco durante il matrimonio, essendo peraltro l’unico genitore naturale rimasto in vita (v. dichiarazioni del teste *Tes_3*, udienza del 20 febbraio 2020).

Posto quanto precede in ordine all’*an* della domanda risarcitoria, devono scrutinarsi i profili del *quantum debeatur* del danno richiesto dagli attori come ristoro della sofferenza patita per la perdita del loro congiunto.

Sul punto va rilevato che nella determinazione delle somme da attribuire all’attrice per ristorarla del predetto pregiudizio si ritiene di utilizzare le tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale adottate dal Tribunale di Roma. Ciò anche alla luce di quanto recentemente affermato dalla S. C. nella sentenza n. 10579/2021.

Nella suddetta pronuncia, infatti, la Corte di Cassazione, ha precisato che la necessità di garantire uniformità di trattamento nei giudizi aventi ad oggetto la domanda di risarcimento del danno da perdita parentale non è assicurata facendo ricorso al criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, che si limita ad individuare un tetto minimo ed un tetto massimo, fra i quali ricorre peraltro una differenza significativa.

Diversamente, per la liquidazione deve seguirsi una tabella a punti che preveda, “*oltre l’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, da indicare come indefettibili, 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*” (v. Cass., n. 10579 del 21 aprile 2021; in questo senso anche Cass. civ. n. 26300 del 29 settembre 2021)

Alla luce delle predette circostanze, ritenuto che le tabelle del Tribunale di Roma, aggiornate al 2019, assegnano al singolo punto base il valore di euro 9.806,70 occorre determinare l’importo spettante agli attori.

Con riferimento a *Parte_1* spetta a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale sofferto, la somma di euro 304.007,70 corrispondenti ad un totale di 31 punti così determinati: n. 20 punti riconosciuti per il grado di parentela; n. 2 punti in base all’età della vittima; n.2 punti in base all’età del coniuge; n. 4 punti per la convivenza tra la vittima e il coniuge; n. 3 punti per l’assenza di altri familiari conviventi.

Tale importo, infine, va aumentato del 3% per rivalutarlo al 2022, e quindi definitivamente fissato in Euro 313.127,93.



Trattandosi di debito di valore ed essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta, devalutata alla data del fatto [redacted] e rivalutata anno per anno secondo gli indici ^{Org} dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti gli interessi legali al tasso *pro tempore* vigente, a partire dal 01.08.15 fino alla pubblicazione della presente sentenza; da tale ultima data, che segna la conversione del debito risarcitorio di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi legali sulla intera somma fino al saldo.

Al figlio, *Controparte_1* va invece riconosciuto un ammontare di euro 254.974,20 per un totale di 26 punti così determinati: n. 20 punti riconosciuti per il grado di parentela; n. 2 punti in base all'età della vittima; n. 4 punti in base all'età del figlio.

Stante la provata assenza da casa di *Controparte_1* non possono venirgli riconosciuti i punti spettanti per la convivenza, né, in ogni caso, viste le circostanze di fatto sopra descritte, si ritiene opportuno operare la riduzione sino alla metà prevista dalle tabelle.

Tale importo, infine, va aumentato del 3% per rivalutarlo al 2022, e quindi definitivamente fissato in Euro 262.623,42.

Trattandosi di debito di valore ed essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta, devalutata alla data del fatto [redacted] e rivalutata anno per anno secondo gli indici ^{Org} dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti gli interessi legali al tasso *pro tempore* vigente, a partire dal 01.08.15 fino alla pubblicazione della presente sentenza; da tale ultima data, che segna la conversione del debito risarcitorio di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi legali sulla intera somma fino al saldo.

8. Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo in conformità ai parametri indicati nel D.M. n. 55/2014 per lo scaglione di riferimento valutato in relazione a ciascun giudizio (e così identificato in quello per le cause di valore compreso tra 260.000,01 e 520.000,00 euro) e in ragione dei valori medi, ridotti del 30% in ragione della similarità delle difese spiegate nel corso del giudizio.

Non possono essere liquidate, invece, tra le spese di lite, quelle di c.t.p., atteso che non si tratta di spese processuali (per la consulenza tecnica di parte), ma - più correttamente - di spese pre-processuali per la perizia stragiudiziale di parte, il cui rimborso è subordinato alla prova del pagamento, non essendo sufficiente l'esposizione della spesa nella nota spese.

P.Q.M.

Il Tribunale di Catanzaro, definitivamente pronunciando nel contraddittorio tra le parti, ogni contraria istanza, eccezione e difesa respinte:

- accerta la responsabilità dell' *Controparte_3* per la morte di *Persona_1*,

- per l'effetto, condanna la convenuta al risarcimento delle seguenti voci di danno:

a) danno terminale, riconosciuto a *Parte_1* e *Controparte_1*, *iure hereditatis, pro quota*, liquidato in euro 58.507,00, oltre rivalutazione monetaria ed interessi come indicato in motivazione;

b) danno da perdita del rapporto parentale, *iure proprio*, liquidato in favore di *Parte_1* per euro 313.127,93, oltre rivalutazione monetaria ed interessi come indicato in motivazione;



c) danno da perdita del rapporto parentale, *iure proprio*, liquidato in favore di Controparte_1 per euro 262.623,42, oltre rivalutazione monetaria ed interessi come indicato in motivazione;
- condanna la convenuta alla rifusione delle spese di lite in favore degli attori, liquidata tale somma in euro 14.970,00 ciascuno – oltre euro 545,00 per spese – oltre rimborso spese generali, IVA e CAP come per legge, con distrazione a favore dei procuratori di entrambi le parti, dichiaratasi antistatari.

Catanzaro, lì 30 maggio 2022

Il Giudice
dott.ssa Carmen Ranieli

Provvedimento redatto con la collaborazione della dott.ssa Chiara Ierardo, M.O.T. nominato con D.M. del 2 marzo 2021