N. R.G. 1663/2023

TRIBUNALE ORDINARIO DI CHIETI

SEZIONE CIVILE

In nome del Popolo Italiano

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Gianluca Falco, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado, iscritta al n. r.g. **1663/2023,** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), in proprio e quale erede di *[...]* *Per_1* (C.F. *C.F._2* , *Parte_2* (C.F. *C.F._3*), *Parte_3* (C.F. *C.F._4* , *[...]* *Parte_4* (C.F. *C.F._5*) in proprio, quale erede di *Persona_1* (C.F. *C.F._2* e quale genitore esercente la responsabilità genitoriale sulla figlia minore *Persona_2* (*CodiceFiscale_6*), *Parte_5* (C.F. *C.F._7*) rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] Elettivamente domiciliati come in atti.

ATTORI

contro

Controparte_1 (C.F.: *P.IVA_1*), rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] elettivamente domiciliata come in atti.

CONVENUTA

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

OGGETTO: Azione di risarcimento del danno da responsabilità professionale sanitaria.

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da note di precisazione delle conclusioni (da intendersi qui integralmente richiamate *per relationem*).

SINTESI DEL FATTO E DELLE QUESTIONI RILEVANTI

1. Il [redacted] *Persona_3* (moglie di *Persona_1* madre di *Pt_4* e di *Parte_1* e nonna di *Per_2*, *Pt_5*, *Parte_2* e *[...]* *Parte_3* morì presso l'ospedale di *CP_1* ove la stessa era rimasta ricoverata dal 28.4.17, per sottoporsi ad un intervento cardiochirurgico.

2. Con ricorso ex art. 281 *decies* c.p.c. dell'11.12.23, i figli di *Persona_3*, anche quali eredi di *Persona_1* [redacted] ed i summenzionati nipoti hanno agito nei confronti della *Controparte_2* chiedendo al Tribunale di: "*accertare la responsabilità della* *Controparte_3* *[...] nella causazione dell'evento di danno per cui è causa; - per l'effetto condannare la* *Controparte_3* *[...]*, *in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento dei danni tutti non patrimoniali e patrimoniali, nessuno escluso, subiti dai ricorrenti in conseguenza del sinistro, in proprio e nelle rispettive qualità, come meglio indicato in parte motiva del presente atto (sia nel caso di accertamento del nesso di causalità e sia di accertamento – in via subordinata – del solo danno da perdita di chance), nella misura ivi indicata o nella somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal giorno del sinistro sino all'effettivo saldo. - con vittoria di spese e competenze, ivi comprese le spese generali, anche per il procedimento ex art. 696 bis c.p.c. espletato (procedimento r.g.n. 1262/2022 Tribunale di Chieti) […]".*

A sostegno di tali domande, i ricorrenti hanno dedotto, in sintesi per quanto d'interesse, che: come accertato dal Collegio di CTU nominati dal Tribunale di Chieti, nella procedura ex art. 696 bis c.p.c. svoltasi tra le parti nel 2023, la paziente era deceduta a causa di una sepsi, contratta in ambito ospedaliero; sussisteva la responsabilità della struttura sanitaria per il decesso della paziente, posto che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

i sanitari intervenuti: “non attuarono le procedure volte alla prevenzione delle infezioni nosocomiali, di sanificazione e disinfezione ambientale, dei presidi utilizzati dai sanitari medesimi; b) tardarono ad avviare le indagini colturali che furono eseguite soltanto il 13.5.2017; c) avviarono una terapia antibiotica blanda ed empirica, eseguendo un wash out quando ormai era evidente che la situazione fosse irreversibile e sottovalutarono l’aumento repentino degli indici di flogosi, unitamente alla persistenza dello stato febbrile”; pertanto, la convenuta doveva essere condannata a risarcire loro, in parte anche come eredi del coniuge della paziente, deceduto successivamente, i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti *iure proprio* e *iure hereditario* (meglio descritti in ricorso), per la perdita della loro cara.

3. La *Controparte_1* (di seguito, *Cont* - nel costituirsi in giudizio, con comparsa del 13.3.24 - ha chiesto al Tribunale: “*In via preliminare: - di accertare, riconoscere e dichiarare l’assenza di presupposti per la prosecuzione del giudizio nelle forme del rito semplificato di cui all’art. 281 decies c.p.c. e, per l’effetto, disporne il mutamento in rito ordinario con fissazione dell’udienza ex art. 183 c.p.c. dalla quale far decorrere i termini di cui all’art. 171 ter c.p.c.; nel merito, in via principale, accertare, riconoscere e dichiarare l’assoluta infondatezza ed inammissibilità dell’avversata domanda, ovvero l’assoluta estraneità e/o assenza di responsabilità della Controparte_4 e/o CP_5 Sanitari, con conseguente rigetto di ogni domanda risarcitoria. In via gradata e per il caso in cui dovesse essere accertata una condotta antidoverosa dei Sanitari e/o della CP_4 , chiede che vengano accertate le diverse responsabilità di quanti sono intervenuti nel trattamento della Sig.ra Persona_3 con conseguente graduazione dei singoli apporti causali e delle singole condotte accertate, anche con riguardo alle eventuali condotte colpose del paziente, dei ricorrenti e/o di terzi, idonee a causare autonomamente, ovvero aggravare, le conseguenze dannose lamentate, laddove causalmente riconducibili al caso che ci occupa. In via ulteriormente gradata e per la denegata ipotesi di accoglimento della domanda dei ricorrenti, chiede che la stessa venga contenuta nei limiti di quanto provato*”.

A sostegno delle summenzionate eccezioni e difese, la resistente ha controdedotto, in sintesi per quanto d’interesse, che: l’operato dei sanitari era stato perito e diligente; la documentazione prodotta nel presente giudizio dall’esponente (non versata nella procedura ex art. 696 bis c.p.c.) comprovava la avvenuta adozione da parte della stessa di tutte le cautele necessarie alla prevenzione delle infezioni

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

nosocomiali; era necessaria una rinnovazione della CTU, che tenesse conto di detta documentazione, ai fini dell'esclusione di qualsivoglia responsabilità della esponente per la morte della paziente; la mancanza di convivenza tra quest'ultima e gli attori escludeva la risarcibilità del rivendicato danno parentale.

4. Nel corso del processo: è stato disposto il mutamento del rito; sono state espletate le fasi di trattazione e di istruttoria documentale e orale (attraverso l'escussione dei testimoni addotti dai ricorrenti); è stata rigettata la richiesta della resistente di rinnovazione della CTU; la causa – dopo lo scambio delle comparse e memorie di cui all'art. 189 c.p.c. – giunge alla odierna decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

5. Le domande degli attori sono fondate, per le ragioni e nella misura di seguito indicate.

A. Sugli esiti della indagine tecnica espletata dal Collegio di CTU nella procedura *ante causam* ex art. 696 bis c.p.c.

1. Ai fini della soluzione delle questioni tecniche controverse, si è svolta - nel contraddittorio delle parti - una procedura *ante causam* ex art. 696 bis c.p.c., nel cui ambito il Tribunale di Chieti ha conferito al nominato collegio di CTU (composto dai Dott.ri *Persona_4* - Specialista in Medicina Legale - *Persona_5* - Specialista in Cardiochirurgia - e *Persona_6* - Specialista in Malattie infettive) l'incarico di individuare le cause e le eventuali responsabilità del decesso del paziente, attraverso la formulazione di plurimi ed analitici quesiti (cfr. la ordinanza di conferimento dell'incarico peritale).

Le relazioni tecniche redatte dal Collegio peritale all'esito di detta procedura sono state quindi prodotte dagli attori nel presente giudizio e sono state dagli stessi poste a fondamento dell'azione di responsabilità professionale quivi esperita.

2. Il Collegio di CTU ha innanzitutto analiticamente esaminato le contrapposte prospettazioni tecniche delle parti in ordine alle cause del decesso della paziente e alla sussistenza (secondo gli attori) e insussistenza (secondo la convenuta) di una riconducibilità di detto decesso a responsabilità professionale sanitaria per infezione nosocomiale:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

"*Il caso in esame riguarda la sig.ra* Persona_3 *, settantunenne all'epoca dei fatti,* [redacted] CP_1 [redacted]

Dal punto di vista infettivologico parte attrice sostiene un ritardo nella richiesta degli esami colturali con conseguente terapia empirica piuttosto che mirata. Sostiene la sussistenza di uno stato settico sulla base di febbre, incremento degli indici di prova flogosi e positività dell'emocoltura del 13/5/2017 allo stafilococcus epidermidis e ciononostante non sia stata compresa nella terapia antibiotica farmaci cui lo stesso fosse sensibile. […] I consulenti tecnici di parte attrice ritengono che la periziata successivamente all'intervento di bypass aortocoronarico (sul quale muovono delle critiche di esecuzione) abbia sviluppato una sepsi che l'abbia condotta al decesso. Tale quadro settico sarebbe desumibile dalle plurime consulenze infettivologiche, dal fatto che la degenza e la persistenza dei drenaggi sarebbe stata troppo lunga senza sostituzione dei device vascolari e le emocolture sarebbero state eseguite senza sospensione dell'antibiotico terapia, per cui vi sarebbe stato anche un uso non corretto degli antibiotici.

Durante le operazioni peritali parte convenuta rifiuta la tesi di parte ricorrente sostenendo che le colture fossero state di fatto sempre negative e che la morte fosse riconducibile ad una ARDS post stress chirurgico piuttosto che infettivo, per cui i sanitari e l'azienda andrebbero ritenuti esenti da qualsivoglia responsabilità. […] Parte convenuta risponde su questo che la durata dell'intervento fosse motivata dalla brutta situazione dei vasi della paziente e che la frazione di eiezione sia stata sempre buona per cui esclude l'esistenza di un infarto; lo stesso riferisce la persistenza dei drenaggi al fatto che la paziente ebbe uno pneumotorace e che il quadro complessivo della periziata potrebbe essere maggiormente compatibile con quello di una ARDS da insulto chirurgico e successiva risposta infiammatoria (ma non settica) molto elevata".

3. A questo punto, il Collegio di CTU ha proceduto ad una ricostruzione, su rigorosa base documentale e cronologica, della vicenda clinica della paziente:

"<u>25-28/4/2017</u> Ricovero presso la [redacted] CP_6 *di Pescara (cartella* [redacted] *: diagnosi all'ingresso: angina da sforzo (confermata al test ergometrico); diagnosi all'uscita: angina da sforzo di recente insorgenza in paziente diabetica, severa coronaropatia trivasale. […]. <u>28/4/2017</u> Accesso al pronto soccorso dell'ospedale* [redacted] *di* CP_1 *(prestazione* [redacted] *ore 17,50-17,52): "… Trasferito da altro istituto, colore ingresso giallo, diagnosi: cardiopatia ischemica… Tipo di ricovero urgente, inviato da specialista". - <u>28/4/2017</u>* [redacted] *Ricovero presso unità operativa di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

cardiochirurgia ospedale di CP_1 *(cartella* [redacted] *: "… trasferita da* CP_6 *con diagnosi di angina da sforzo di recente insorgenza in relazione a severa coronaropatia trivasale (FE61%)". nell'APR di p. 7 si rinviene: sindrome depressiva in trattamento farmacologico, esofagite da reflusso, diabete tipo II, dislipidemia, obesità. Dalla p. 9 risulta duplice somministrazione di terapia antibiotica durante l'intervento […]. Dal diario clinico si apprende che nei giorni intercorsi fra l'ingresso in degenza e l'intervento la periziata fosse stabile, senza dolore (se non rapidamente passeggero) dispnea né febbre […]. Dopo l'intervento la periziata veniva trasferita presso la terapia intensiva cardiochirurgica (10:05 2017-pagina 144 e seguenti della cartella clinica). Dal diario clinico si apprende che nella notte tra l'11 e il 12 maggio 2017 la periziata presentasse febbre a 38 °C per cui si richiedevano gli indici di flogosi e l'emocromo di controllo. Alle ore 10:00 del 12 maggio si aspiravano delle secrezioni tracheobronchiali e si posizionavano ossigeno 2 l/min, anche per valori emogasanalitici scadenti in respiro spontaneo […]. A pagina 166 della cartella clinica si riporta descrizione di medicazione con iodopovidone del C.V.C. senza descrizione di segni di flogosi (date 12,13, 16,17, 18,21, 22, 23/5/2017).Dal diario infermieristico e dalla scheda di pagina 167 e 168 si apprende che la periziata dal 18/5/2017 manifestasse delle piaghe da decubito: […]. Si riportano le seguenti consulenze: - 13/5/2017 consulenza infettivologica: "paziente sottoposta a rivascolarizzazione cardiaca. Da oggi aumento della temperatura corporea con indici di flogosi al di sopra della norma ma stabili. Effettuata emocultura ed urinocoltura. Si consiglia inserire terapia antibiotica con merrem 1 g x 3die ev. Eventuale rivalutazione".- 17/5/2017 consulenza infettivologica: "paziente con recente intervento di rivascolarizzazione miocardica in terapia antibiotica con merrem dal 13/5/2017. Peggioramento clinico-laboratoristico ed … … dubbio per flogosi a livello polmonare. Aggiungere zyvoxid 600 mg x 2 die in attesa di esito degli esami microbiologici in corso (emo cultura, BAL, urinocoltura)". 20/5/2017 consulenza infettivologica: "… peggioramento delle condizioni polmonari, dubbio per ARDS. Persiste febbre, con incremento della PCR. Non vi sono dati microbiologici a supporto della diagnosi …(ill.) Si consiglia ampiamento della terapia antibiotica mediante… Si richiedono: emocoltura, …urinocoltura". - 23/5/2017 Richiesta urgente di consulenza cardiologica con ecocardio con il seguente quesito clinico: "… Paziente sottoposta ad intervento di BPC, decorso post operatorio complicato da insufficienza respiratoria, insufficienza renale (CVVH in corso) e presunto stato settico. Controllo per valutazione funzione biventricolare e per escludere l'eventuale presenza di versamento pericardico". - 24/5/2017 consulenza infettivologica: "condizioni generali*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

sempre molto critiche. PCT in riduzione. In considerazione delle condizioni della paziente continua per il momento la terapia antibiotica ed antifungina in corso". - 27/5/2017 chirurgia toracica: "... Presa visione dell'Rx torace eseguito in data odierna con reperto di pneumotorace destro (pleura viscerale al VI spazio intercostale). Si procede a posizionamento di drenaggio pleurico… Al V spazio intercostale sulla ascellare anteriore destra. Fuoriuscita di abbondante quota aerea. Si consiglia: RX torace di controllo post procedura". - 30/5/2017 ore 17:00 consulenza a firma non leggibile: "controllo ferita sternale. Ferita cutanea sternale integra. Sterno apparentemente stabile e saldo". - 30/05/2017 consulenza infettivologica h 19,50: "... Condizioni cliniche gravissime. Da ieri aumento degli indici di flogosi (PCR e PCT). Alla luce di questi dati si consiglia sospendere la terapia antibiotica ed antifungina in corso. Ripetere emocultura e tamponi di sorveglianza. Eventuale rivalutazione". Si riportano gli esami ematochimici dell'ultimo giorno di vita, [redacted] (pp 201-203 cartella): […]. Per quanto riguarda gli esami microbiologici si riporta: Si riportano i seguenti esami radiologici: […]".

4. A questo punto, il Collegio degli Ausiliari è passato alla verifica della correttezza o meno dei presidi sanitari eseguiti dalla struttura ed alla ricostruzione delle cause del decesso della paziente.

4.1 In particolare, i CTU hanno riconosciuto, innanzitutto, la correttezza delle prestazioni cardiochirurgiche effettuate dai sanitari: *"[…] La periziata con anamnesi positiva per obesità, diabete mellito, cardiopatia ischemica, dislipidemia, ipertensione arteriosa e sindrome depressiva in trattamento necessitava di intervento cardiochirurgo per la diagnosi di angina instabile […]".*

Tale conclusione deve ritenersi processualmente pacifica, posto che nel presente giudizio gli attori – proprio in forza degli esiti della procedura ex art. 696 bis c.p.c. - hanno imputato alla struttura sanitaria unicamente la responsabilità per la presunta infezione nosocomiale subita dalla loro prossima congiunta (cfr. il ricorso). Da quanto detto discende, pertanto, che esula dal *thema decidendum* qualsivoglia questione relativa alle scelte operatorie ed alle modalità di avvenuta esecuzione dell'intervento cardiochirurgico.

4.2 Il Collegio peritale ha successivamente approfondito dettagliatamente la vicenda clinica nella fase successiva e, in quest'ambito, dal punto di vista infettivologico e con riferimento particolare ai trattamenti farmacologici praticati sulla paziente, giungendo alla motivata conclusione della probabile sopravvenienza di una infezione nosocomiale di origine batterica, ritenuta determinante nell'innesco del decesso della donna:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

"[…] Riteniamo che si possa escludere innanzitutto un ruolo causale dello stafilococco epidermidis, isolato da una singola emocoltura il 13.05 (non è segnalato se il prelievo sia da CVC o da vena periferica), verosimilmente contaminante. … Dopo pochi gg. dall'intervento (il 13.05) la pz. ha sviluppato quadro di insufficienza respiratoria, che ha necessitato di reintubazione. L'immagine radiologica iniziale ha suggerito la diagnosi di edema polmonare, ma nei controlli successivi si evidenziavano chiare immagini di addensamenti parenchimali multipli. La presenza fin dall'inizio di febbre e di incremento significativo degli indici flogistici ha orientato la diagnosi verso una complicanza pneumonitica, per cui si è avviata terapia antibiotica empirica con meropenem, cui successivamente è stato aggiunto linezolid ed infine un farmaco antifungino. Il quadro clinico appare compatibile con una ARDS post-polmonite (la sepsi e la polmonite incidono per circa il 60% dei casi).

I consulenti di parte convenuta esprimono perplessità circa la diagnosi di ARDS su polmonite, sulla scorta della negatività dei BAL e delle emocolture effettuate, ritenendo più probabile la diagnosi di ARDS non infettiva, complicante la cardiochirurgia.

Sebbene possano dirsi possibili entrambe le ipotesi, la presentazione clinica, caratterizzata da febbre e netto incremento degli indici flogistici, in uno all'imaging (multipli addensamenti parenchimali sostanzialmente immodificati nei vari controlli) ci fanno ritenere più probabile la ipotesi infettiva che quella non (l'unico argomento a favore della seconda è il mancato isolamento di germi dai BAL, possibile tuttavia a causa della terapia antibiotica in atto).

La condotta di sanitari che hanno avuto in cura la paziente nel post-operatorio è stata sostanzialmente corretta.

Dopo una iniziale osservazione della condizione clinica (i pazienti cardiochirurgici nell'immediato post-operatorio presentano spesso febbre ed attivazione della cascata infiammatoria non infettivi), a fronte di patologia polmonare di possibile natura infettiva, hanno optato per terapia empirica con meropenem (antibiotico carbapenemico ad ampio spettro, attivo a livello polmonare), cui hanno associato dopo pochi gg. CP_7 *(antibiotico attivo su MRSA e dalla cinetica favorevole a livello polmonare). Tale scelta appare condivisibile, alla luce delle più accreditate linee-guida, che consigliano di trattare la VAP in soggetti a rischio di infezioni da MDRO come la paziente immunodepressa per patologia ed età ed era stata degente per un periodo> a 5 gg21, con una associazione di un farmaco attivo su pseudomonas ed enterobatteri MDR (quale il meropenem) e uno attivo su MRSA (quale il linezolid).*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

Unica perplessità è la iniziale incertezza, che ha comportato la aggiunta del linezolid dopo qualche giorno (sarebbe stato preferibile inserirlo subito).

Imprudente appare altresì la scelta di sospendere ogni terapia antibiotica il 30.05, nel tentativo di effettuare un wash-out tale da consentire un isolamento microbiologico (approccio consentito in un paziente non critico…). I pazienti sottoposti a ventilazione meccanica sono ad alto rischio di sviluppare polmonite (si stima che il 10-25% dei pazienti in ventilazione meccanica sviluppi una infezione polmonare), tuttavia mentre alcuni fattori di rischio, legati soprattutto alle condizioni dell'ospite, non appaiono modificabili, altri, dipendenti dalla organizzazione della struttura, lo sono.

La maggior parte delle strutture sanitarie si sono dotate, nell'ambito dei programmi di risk management-infection control, di protocolli/bundle per la prevenzione delle VAP, che devono essere adeguatamente diffusi tra il personale e la cui applicazione va concretamente verificata.

La Parte_6 non appare allegare documentazione che possa dare la prova "liberatoria" di disporre di una organizzazione in ambito di "infection control" tale da potere, se non azzerare, almeno ridurre l'impatto del fenomeno. In assenza di qualsiasi dato sulla entità del fenomeno ICA in ambito locale, sulla microbiologia e sulle procedure adottate di sanificazione e disinfezione ambientale, sui protocolli di prevenzione in particolare delle polmoniti acquisite in ospedale (HAP) e legate alla ventilazione meccanica (VAP), non si può ritenere esibìta la "prova liberatoria", per cui la responsabilità della infezione e del conseguente exitus della paziente va imputata alla Cont …"

Ad ogni modo, al contrario di ciò che sostiene parte convenuta la cartella clinica, per la massima parte scansionata nella presente relazione per la massima onestà intellettuale, fornisce alcuni elementi da cui è possibile desumere che la paziente sviluppasse un'infezione nosocomiale (comparsa in effetti dopo 48 h di degenza, senza che ve ne fosse contezza durante il ricovero di CP_6 . Di fatti, compare sia la febbre che la sintomatologia a carico dell'apparato respiratorio (con descrizione inequivocabile sul diario clinico di secrezioni polmonari dense che più volte sono state aspirate), nonché le alterazioni radiologiche suggestive di processo flogistico in corso. Inoltre, l'ultimo valore della procalcitonina rilevato nella paziente due ore prima 22 del decesso era così alto (15,40 ng/ml v.n. 0-0,50) che si ritiene francamente difficile escludere la presenza di uno stato settico. La Procalcitonina è notoriamente più specifica rispetto alla PCR nella diagnosi di sepsi, correla in maniera significativa alla gravità del quadro clinico ed in caso di sepsi severa, la concentrazione plasmatica è direttamente proporzionale alla gravità del quadro clinico.23 I dati circostanziali relativi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

inoltre ad una paziente allettata (che peraltro durante la degenza sviluppava delle lesioni da decubito - altra possibile fonte di infezione e segno di dubbia assistenza), intubata, obesa e diabetica, fanno apparire molto probabile che la sua sintomatologia clinica fosse riferibile ad un substrato infettivo.
Si riporta altresì che sebbene il ruolo patofisiologico della procalcitonina (PCT) e i suoi siti di produzione non siano completamente chiari in corso di sepsi, sembra che il maggior stimolo per la sua induzione siano le endotossine batteriche e l'azione delle citochine pro-infiammatorie […]
La sepsi è una patologia acuta, a rapida evolutività, gravata di elevata mortalità se non riconosciuta e trattata adeguatamente. […] le nuove Linee Guida della Surviving Sepsis Campaign 201626 hanno rinunciato a proporre rigidi schemi di gestione emodinamica del paziente, accogliendo protocolli di gestione più semplici e basati principalmente sul giudizio clinico. Al momento attuale pur nell'incertezza legata alla scelta dei migliori sistemi di riconoscimento precoce e di gestione emodinamica, appare consolidato il fatto che protocolli di rapido riconoscimento e gestione in PS27 e l'inizio precoce della terapia antibiotica siano azioni fondamentali capaci di ridurre in maniera significativa la mortalità correlata alla sepsi.
[…] Dunque appare evidente che i parametri vitali che emergono dalla cartella clinica della periziata siano corrispondenti a quelli per la diagnosi di sepsi.
[…] Quanto invece alla supposta Pt_7 *occorre fare un po' di chiarezza. La sindrome da distress respiratorio acuto […] L'ARDS non è una patologia primaria, ma secondaria a varie affezioni di tipo infettivo e non infettivo. […] Posto dunque che non si abbia contezza né della diagnosi di* Pt_7 *(per la quale manca in effetti un monitoraggio più invasivo) né del rispetto di quanto appena esposto una volta posto il suo sospetto, c'è da dire che il trattamento dell'* Pt_7 *abbia inizio con il trattamento della patologia scatenante (in questo caso con la sepsi). Dunque posto che la diagnosi di sepsi sia indubbia, è attraverso la sua prevenzione che sarebbe stato possibile evitare anche la* Pt_7 *per quanto certa o sospetta. I fattori scatenanti più frequenti sono la polmonite e le "sindromi da sepsi" (setticemia, sepsi grave e shock settico). Un aspetto comune a molte di queste condizioni è la capacità di innescare una risposta infiammatoria sistemica, indotta dall'attivazione dei neutrofili, principale evento scatenante dell'ARDS. […] Esiste una solida evidenza a sostegno della tesi secondo cui la ventilazione meccanica possa arrecare danno ai polmoni nell'* Pt_7 *a seguito di sovradistensione degli alveoli funzionali (volotrauma) e di collasso delle piccole vie aeree (atelectrauma). La ventilazione polmonare protettiva è tesa a mitigare le forze meccaniche che creano il danno polmonare*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

indotto da ventilatore ed è stata adottata come metodo standard di ventilazione meccanica nell'ARDS. La ventilazione polmonare protettiva è una delle poche misure associate a comprovato beneficio sulla sopravvivenza nell'ARDS. […]. In definitiva poi come per la sepsi, la causa principale dei decessi da Pt_7 *è l'insufficienza.multiorgano, non l'insufficienza respiratoria. A tal riguardo si ricorda che la saturazione di O2 alle* [redacted] *(un'ora prima del decesso della periziata) fosse del 98%. […]. Detto questo occorre altresì ricordare che sebbene i criteri diagnostici siano ancora da definire, tra le manifestazioni di* Pt_7 *non risulta esserci la febbre (né gli indici di flogosi e l'espettorato), né, nel caso di specie, possano escludersi segni di sovraccarico cardiaco che, già provato dalla patologia di base, resisteva per oltre 14 giorni all'insulto di natura settica. D'altro canto, viste le più probabili cause della stessa* Pt_7 *(di cui ricorrono i dati nel caso di specie) appare che con molta probabilità essa si sia inserita nel contesto di uno stato settico accelerando l'evoluzione verso l'insufficienza d'organo multipla. Per cui qualora anche tale diagnosi fosse stata confermata al tavolo autoptico, non avrebbe escluso la sepsi quale primus movens della sua eziologia".*

4.3 I CTU hanno a questo punto motivatamente identificato nella sopravvenienza della infezione nosocomiale contratta dalla paziente la causa del decesso, escludendo, al contempo, che quest'ultimo sia stato determinato da una complicanza. Essi hanno altresì motivatamente rilevato che – in mancanza di infezione nosocomiale – la probabile vita residua della paziente (considerando il suo pregresso, rilevante quadro patologico) sarebbe stato di circa cinque anni:

"*Sul quesito della complicanza tenendo bene a mente che tale termine non abbia alcun valore dal punto di vista giuridico, appare che si possa ragionevolmente escludere che il decesso della periziata fosse riconducibile ad una complicanza dell'intervento chirurgico, quanto piuttosto alle estreme conseguenze di uno stato settico che l'azienda ospedaliera, più che il singolo sanitario ha il dovere di prevenire e/o minimizzare, specie in pazienti complessi come la periziata […]*

A questo punto l'Ill.mo Giudice chiede di specificare se, a seguito della condotta medica ritenuta colposa, sia individuabile un danno da morte o da perdita di chance. Tale quesito è possibile rispondere che, tenuto conto dei dati reperibili in cartella clinica e considerando che la patologia di base della paziente per quanto grave non fosse immediatamente mortale, tanto che gli eventi mostrano come la stessa sia sopravvissuta per oltre un mese senza documentati segni ecocardiografici di insufficienza d'organo cardiaco, nel caso di specie è individuabile un danno da morte, essendo noto l'evento di danno causato dalla mancata prevenzione della sepsi; per l'appunto l'exitus.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

Si richiede altresì di indicare quale sarebbe stata, con certezza ovvero con probabilità, la presumibile ulteriore durata della vita del paziente (tenendo conto di tutte le sue pregresse e coeve condizioni di età e di salute) nel caso in cui lo stesso non fosse rimasto vittima dell'errore medico.

Ebbene, pur nella comprensibile difficoltà nel rispondere ad una domanda di questo genere e volendo fornire un dato utile che sia supportato da qualche parametro di riferimento, è possibile ritenere che le condizioni di salute della sig.ra Per_3 , fossero distanti dall'aspettativa di vita media di un soggetto di sesso femminile sano 71enne al 2015, che sarebbe stato di altri 16 anni. Tenuto altresì conto che la signora Per_3 era affetta da patologie croniche da lunga data soprattutto dal diabete mellito (il cui valore di emoglobina glicata non depone per compenso metabolico) e cardiopatia ischemica trivasale. È noto in letteratura che la prognosi di soggetti diabetici con cardiopatia ischemica sia peggiore di quelli senza. Lo studio Pt_8 ha dimostrato una schiacciante riduzione della mortalità cardiaca nei diabetici con malattie multivasale sottoposte all'intervento di rivascolarizzazione chirurgica, rispetto a quelli sottoposti ad angioplastica4, sbbene altri studi non ne abbiano dimostrato una netta superiorità. Nello studio condotto alla Duke University, invece, la presenza di diabete mellito è risultata associata ad una peggiore prognosi a 5 anni, senza sostanziali differenze tra le due strategie di trattamento. Tra i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, è stata dimostrata una netta superiorità della sopravvivenza a lungo termine in favore di quelli in cui era stata utilizzata l'arteria mammaria interna rispetto a quelli in cui era stata utilizzata la vena safena autologa. La sopravvivenza di pazienti simile alla periziata a 5 anni è ritenuta del 74% (vedasi la linea corrispondete a Diabetes CABG ossia diabetici trattati con bypass della figura che segue). […] Tale dato è però scevro dall'influenza di altre variabili quali obesità e dislipidemia che aumentano il rischio cardiovascolare della periziata. Dunque, stante i dati disponibili è possibile affermare che pur tenendo conto delle comorbilità la periziata avesse probabilità di sopravvivere per massimo 5 anni dopo la rivascolarizzazione; mentre non si hanno dati per esprimere la sopravvivenza oltre i 5 anni. Per cui, pur con tutti i limiti di valutazioni di questo genere, si ritiene che la durata della vita ulteriore della sig.ra Per_3 sia quantificabile in ulteriori 5 anni"

4.4 Alla luce delle considerazioni e valutazioni del caso (sopra sintetizzate), il Collegio dei CTU ha sintetizzato il caso e tratto le conclusioni come segue:

"*Tutto quanto esplicitato nelle pagine precedenti può essere riassunto nei termini seguenti:*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

- La periziata si è recata il 28/4/2017 nell'ospedale [redacted] di CP_1 (dopo breve ricovero nella [redacted] [redacted] di Pescara) per angina instabile ed in data 10/5/2017 veniva sottoposta ad intervento di bypass aortocoronarico trivasale. Dopo l'intervento compariva febbre e segni di interessamento polmonare trattati in modo empirico, non essendo stato isolato il patogeno responsabile (unico rilevamento di S. Epidermidis appare al sottoscritto collegio più un contaminante che il vero responsabile dell'evoluzione settica del quadro).

- Dal punto di vista cardiochirurgico si escludono condotte colpose in nesso causale con il decesso, stante il parere anzi espresso dal dott Per_5 .

Mentre dal punto di vista infettivologico, occorre dire che la mancata individuazione del patogeno non sia dirimente per escludere la diagnosi di sepsi: come riportato nelle pagine precedenti non sarebbe il primo caso di sepsi con emocoltura negativa. Del resto il valore della procalcitonina era così alto nell'ultimo giorno di vita della periziata che appare difficilmente riferibile ad altre cause. L'ipotesi dell' Pt_7 per quanto non confermata dal punto di vista autoptico, potrebbe essersi comunque innestata in un quadro settico a partenza polmonare, stante la clinica positiva in tal senso (febbre, espettorato denso, riscontri radiologici non presenti all'ingresso). Il quadro infettivo si verificava del resto in paziente che nel frattempo si era allettata e che presentava delle piaghe da decubito, altra possibile porta di ingresso dei patogeni.

- Tutto questo ha permesso di identificare una responsabilità della struttura sanitaria, nell'ambito di condotte sanitarie sostanzialmente poco critiche in termini di scelta degli antibiotici. È noto, infatti, che il caso che non aveva i caratteri della speciale difficoltà, intesa ai sensi del 2236 c.c. e che la giurisprudenza sul punto di infezioni ospedaliere sia molto chiara, avendo ribadito più volte che la struttura dovrebbe fornire cause alternative del decesso onde andare esente da responsabilità.

- Dallo stato settico della periziata sostenuto con molta probabilità da un battere (molto probabile stante l'alto valore della procalcitonina e dei globuli bianchi) ne derivava il decesso: la sig.ra Per_3 era affetta da innegabili comorbilità ma la patologia di base pur grave non può dirsi immediatamente mortale stante gli esami ecocardiografici, la FE conservata e l'effettiva sopravvivenza dopo l'intervento;

- Per tutti i motivi esposti nella presente relazione, supportati da dati fattuali e scientifici verificabili, pur con tutti i limiti di valutazioni di questo genere, è possibile concludere che appaia molto probabile che la periziata, diabetica e con cardiopatia ischemica rivascolarizzata chirurgicamente avesse

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

un'aspettativa di vita a 5 anni del 74%. Non disponendo di dati che sostengano aspettative di vita più lunghe e tenendo a mente che la periziata avesse anche un quadro di obesità e dislipidemia (ulteriori fattori capaci di aumentare il rischio cardiovascolare), appare ragionevole stimare in massimo 5 anni la sua aspettativa di vita".

4.5 Le summenzionate conclusioni sono state motivatamente confermate dal Collegio di CTU, in risposta alle note critiche dei CTP delle parti:

"[…] I colleghi di parte convenuta trovano la risposta alle loro osservazioni nelle numerose argomentazioni presenti in bozza di relazione. Sinteticamente si può dire che essi, nel ritenere che l' Pt_7 potesse essere non infettiva, minimizzano il valore della procalcitonina, facendo riferimento ad un articolo del 2008.

Ad ogni modo come si è ampiamente sviscerato nella relazione di bozza e secondo i più recenti orientamenti della Cassazione, la causa infettiva dell' Pt_7 è apparsa la più probabile per il concorso di clinica (secrezioni dense all'espettorato), radiologia e indagini di laboratorio, fra cui la procalcitonina la fa da padrona (vedasi a p. 32 e seguenti della bozza le motivazioni scientifiche che ne sono alla base), essendo con essa che si pone diagnosi di sepsi e che si modula la terapia. Ciò soprattutto in paziente febbrile ed in presenza di numerosi fattori di rischio per infezione. Non riportare questo significa negare l'evidenza. Ad ogni modo sarebbe la struttura a doverci fornire sul punto la prova liberatoria. Sulla sospensione dell'antibiotico, è possibile rispondere semplicemente che si è notata la criticità ma che di fatto non è questo che ha condotto a morte la periziata.

Sulla correlazione tra l'assenza di organizzazione in ambito di "infection control" ed attività presuntamente omissive dell' Controparte_1 , si può rispondere che Controparte_8 […] ritiene che molte delle infezioni associate all'assistenza medica siano evitabili (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246235/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf) con l'utilizzo di sistemi di "infection prevention and control". Ugualmente, la circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere del Controparte_9 raccomanda l'avvio di un programma di controllo delle infezioni in ciascun presidio ospedaliero, che includa la costituzione di un Comitato multidisciplinare, l'istituzione di un gruppo operativo, il dotarsi di personale infermieristico dedicato (https://www.salute.gov.it/portale/ m a l a t t i e I n f e t t i v e / d e t t a g l i o C o n t e n u t i M a l a t t i e I n f e t t i v e . j s p). Pertanto, sul punto non si ritiene di dover rivedere le conclusioni precedentemente espresse.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

Sul parere espresso dal collega CTP di parte ricorrente, occorre invece dire che: Innanzitutto i sottoscritti CTU hanno perfettamente compreso cosa voglia dire che il 74% dei soggetti sopravvive a 5 anni e non vi è alcun vizio logico, avendo appunto affermato che la stessa aveva la preponderanza delle evidenze (appunto il 74%) di sopravvivere a 5 anni. Fatta questa necessaria precisazione, nelle note si contesta l'aspettativa di vita facendo riferimento alla sopravvivenza riportata nei seguenti lavori scientifici pubblicati in letteratura: CTP conclude: "In estrema sintesi, si ritiene che in termini di probabilità logica l'aspettativa di vita della signora Per_3 non possa ritenersi discostante in modo significativo dall'aspettativa di vita prevista dalle statistiche ISTAT di un soggetto femminile di 71 anni nel 2015, già citate nella consulenza d'ufficio. Dunque, rimanendo sempre (e necessariamente) in ambito statistico la Sig.ra Per_3 aveva un'aspettativa di vita, in termini probabilistici, di 16 anni – posto che non vi sono studi che giustifichino (anche solo per la mancanza di follow-up oltre i 10 anni), in termini di probabilità logica, un'aspettativa di vita inferiore."

Ora, come già detto nella bozza, è estremamente complesso predire la sopravvivenza a lungo termine di una paziente, diabetica e obesa, con necessità di intervento per triplice bypass aortocoronarico. In particolare, gli studi presi in considerazione dal CTP sono stati pubblicati allo scopo di confrontare 2 procedure di rivascolarizzione miocardica e fanno riferimento a popolazioni di pazienti con età inferiore di circa 10 anni in media rispetto alla paziente in oggetto, con proporzioni di soggetti di sesso femminile che vanno dal 22 al 40% circa dei pazienti inclusi. Si riportano inoltre dati di sopravvivenza media senza considerare i limiti di confidenza delle curve di sopravvivenza. Utilizzando un ulteriore riferimento scientifico che più si avvicina alle caratteristiche della paziente

(Reference: Wu C, Camacho FT, Wechsler AS, Lahey S, Culliford AT, Jordan D, Gold JP, Higgins RS, Smith CR, Hannan EL. Risk score for predicting long-term mortality after coronary artery bypass graft surgery. Circulation. 2012 May 22;125(20):2423-30. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.055939. Epub 2012 Apr 30. PMID: 22547673; PMCID: PMC3422677.) si potrebbe stimare una mortalità media a 7 anni di circa il 53% cui andrebbe aggiunta la probabilità di decesso peri-operatorio. Dunque tenuto conto anche di questo studio e del fatto che quelli citati dal collega avessero a che fare con pazienti mediamente 10 anni più giovani di lei, nonché delle sue importanti comorbilità (cardiopatia ischemica in paziente diabetica scompensata - vedasi emoglobina glicata - ed obesa!) non si ritiene stimabile l'aspettativa di vita della sig.ra Per_3 in 16 anni; essendo al massimo quantificabile tra i 5 ed i 7 anni, con tutti i limiti di valutazioni di questo genere".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

B. Sulla sussistenza della responsabilità professionale della struttura sanitaria convenuta

1. Alla luce della considerazione comparata, per un verso, delle risultanze delle indagini tecniche espletate dal Collegio peritale (risultanze quivi condivise, perché elaborate all'esito di accertamenti circostanziati e motivati, con un approfondimento analitico della letteratura scientifica della materia e ad esauriente risposta delle controdeduzioni tecniche delle parti) e, per altro verso, dei principi governanti la materia della responsabilità professionale sanitaria, la *Cont* convenuta deve essere riconosciuta responsabile del decesso della paziente, da ritenersi determinato da una infezione nosocomiale di origine batterica, la quale ha avuto una incidenza eziologica diretta nell'innesco del grave peggioramento delle condizioni di salute del paziente e nella conseguente verificazione del suo decesso (vd. dietro).

2. È noto che, in tali casi, "*l'evento - conseguenza del concorso di due cause, la malattia e la condotta colpevole - sarà attribuibile al sanitario, chiamato a rispondere del danno biologico cagionato al paziente e del danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari*" (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. del 09/03/2018).

3. Inoltre, "*è principio ormai consolidato (tra le altre: Cass. n. 19033/2021; Cass. n. 25884/2022; Cass. n. 5922/2024; Cass. n. 25805/2024; che l'accertamento del nesso causale nella responsabilità civile debba essere è improntato alla regola di funzione della preponderanza dell'evidenza (o del "più probabile che non"), per cui si impone al giudice di dare prevalenza alla spiegazione causale che si presenta come più probabile, tenuto conto, in base ad un giudizio di tipo inferenziale, della comparazione tra le diverse spiegazioni alternative, attenendosi nella valutazione ad un concetto di probabilità non necessariamente statistico, ma altresì logico, tale per cui, nella comparazione tra due o più possibili spiegazioni di un evento, una di esse prevale sulle altre in ragione dei suoi riscontri probatori o della sua coerenza intrinseca o di altro criterio di giudizio valido a sorreggere la decisione"* (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024).

E, con specifico riferimento all'ambito della responsabilità sanitaria, "*l'accertamento del nesso causale va condotto attraverso una ricostruzione non atomistica della complessiva condotta omissiva della struttura sanitaria indicata dall'attore come idonea a cagionare l'evento, in modo che il singolo episodio sia considerato e valutato come inserito in una sequenza più ampia e coerente*" (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 5487 del 26/02/2019).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

4. Inoltre, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali e come sottolineato con orientamento consolidato dalla Suprema Corte, in tali casi "*la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio*" (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16900 del 13/06/2023: nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico; cfr. in senso conforme Cass. n. 6386 del 03/03/2023; Cass. n. 4864 del 2021; Cass. 15/06/2020, n. 11599).

E' stato anche affermato che, "*ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico – volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare*" (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16900 del 13/06/2023.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

I summenzionati principi sono stati di recente ribaditi anche in relazione alla ipotesi – ricorrente nella specie – di azione di responsabilità esperita dai prossimi congiunti della vittima per il risarcimento dei danni subiti *iure proprio*: in particolare, la Suprema Corte ha statuito che "*in tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di un'infezione contratta in ambiente ospedaliero, la prova della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi (compreso quello soggettivo) della responsabilità - nella specie di natura extracontrattuale - della struttura sanitaria, che grava sul soggetto danneggiato, può essere fornita, in ossequio al principio della vicinanza della prova, anche con il ricorso alle presunzioni semplici, in difetto di predisposizione (o anche solo di produzione in giudizio), da parte della struttura sanitaria, della documentazione relativa all'adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio*" (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024: fattispecie in tema di danni patiti *iure proprio* dai congiunti della paziente defunta in conseguenza dell'infezione correlata all'assistenza).

5. Nella specie, a fronte della acquisizione della prova della sopravvenienza, in capo alla paziente, di una infezione nosocomiale e della efficacia causale diretta della stessa sul decesso della donna (vd. dietro, gli esiti delle CTU, corroborate anche dalla considerazione dei criteri temporali e clinici sopra richiamati e valorizzati dalla Suprema Corte), la *Cont* non ha fornito alcuna prova della non imputabilità a sé della insorgenza della predetta infezione.

In particolare, una tale prova non è stata fornita non solo nella procedura ex art. 696 bis c.p.c. (vd. quanto al riguardo sottolineato dal Collegio di CTU), ma neanche nel presente giudizio.

5.1 Infatti, deve al riguardo evidenziarsi, innanzitutto, che la convenuta non ha fornito alcuna allegazione (nel *thema decidendum*) ed alcuna dimostrazione (nel *thema probandum*) della sussistenza di quegli elementi di cautela (prima menzionati) dalla cui adozione avrebbe potuto ricavarsi la prova della non imputabilità alla stessa della infezione nosocomiale contratta dalla paziente (*a) protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) rapporto numerico tra personale e degenti; k)*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio": vd. tra le tante Cass. Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16900 del 13/06/2023, cit.).

Ed è noto sia che "*il potere di allegazione rimane riservato esclusivamente alla parte anche rispetto ai fatti costitutivi di eccezioni rilevabili d'ufficio, perché il giudice può surrogare la parte nella postulazione degli effetti giuridici dei fatti allegati, ma non può surrogarla nell'onere di allegazione, che, risolvendosi nella formulazione delle ipotesi di ricostruzione dei fatti funzionali alle pretese da far valere in giudizio, non può non essere riservato in via esclusiva a chi di quel diritto assuma di essere titolare*" (Cass. N. 15142/2003; Cass. Sezioni Unite: N. 1099 del 1998), sia che "*l'attività di allegazione non può esaurirsi nell'affermazione di un fatto generico, ma comporta l'individuazione di un fatto specifico*" (Cass. Sez. 1, Sentenza n. 4392 del 07/04/2000). E "*poiché il giudice non ha un potere di ricerca dei fatti, il rilievo d'ufficio delle questioni presuppone che un fatto sia già stato allegato pur senza invocarne gli effetti e si riferisce alla produzione degli effetti costitutivi, modificativi, estintivi che discendono dal fatto allegato*" (Cass. N. 4392/2000; Cass. N. 7878/2000).

5.2 Deve rilevarsi, in secondo luogo, come nel presente giudizio la *Cont* si è limitata a produrre (oltre ad alcune locandine di corsi di formazione professionale sulla prevenzione delle infezioni, assolutamente irrilevanti ai fini di causa, sia perché relativi ad eventi temporalmente antecedenti di molti anni rispetto all'epoca del ricovero della paziente, sia per difetto assoluto di prova in ordine a quanti e quali soggetti del personale sanitario vi parteciparono) una serie di protocolli dalla stessa elaborati per la prevenzione di infezioni nosocomiali di varia tipologia ("*infezioni da MDRO; infezioni da Clostridium difficile; infezioni del sito chirurgico; prevenzione delle VAP; procedura disinfezione e antisepsi; profilassi antibiotica nella chirurgia d'elezione nel paziente adulto; prevenzione e sorveglianza infezioni sito chirurgico; prevenzione e controllo delle infezioni correlate alla assistenza; procedura di reprocessing degli endoscopi; prevenzione infezioni vie urinarie; prevenzione delle polmoniti associate alla assistenza*").

Si tratta, tuttavia, di documentazione assolutamente inidonea a fornire la prova della non imputabilità alla *Cont* della infezione nosocomiale contratta nel 2017 dalla paziente, posto che:

- si tratta di protocolli assai datati (la quasi totalità è del 2012 e del 2013) rispetto all'epoca del ricovero della paziente e della contrazione da parte della stessa della infezione;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

- si tratta, in ogni caso, di documentazione che – se da un lato comprova la elaborazione ed approvazione di regole di cautela finalizzate a prevenire le infezioni nosocomiali - dall'altro non fornisce alcuna prova delle diverse circostanze per cui quelle cautele (dopo essere state elaborate, approvate e fatte proprie dalla *Cont* vennero in concreto applicate, rispettate, verificate e controllate nella loro applicazione, men che meno in relazione ai reparti e all'epoca del ricovero, dell'intervento chirurgico e della degenza della paziente *Persona_3* .

Del resto, la Suprema Corte si è occupata di recente di un caso analogo a quello di cui è causa, ritenendo che la prova della avvenuta predisposizione di protocolli di prevenzione di infezioni nosocomiali non fosse sufficiente a fornire la prova (del diverso fatto) della avvenuta applicazione degli stessi nel caso concreto oggetto di causa (cfr. Cass.Sez. 3 - , Ordinanza n. 16900 del 13/06/2023, cit., la quale – come già evidenziato – ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico. In motivazione i giudici di legittimità hanno affermato: *"[...] a fronte di tale quadro, già altamente significativo, la struttura sanitaria ha bensì provato di aver predisposto protocolli per la prevenzione di infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.) volti a evitare, per quanto possibile, tal sorta d'eventi, ma non anche di averli specificamente applicati nel caso concreto; «onerata della prova ─ si legge in tal senso in sentenza (pagg. 12-13) ─ di avere messo in atto ogni ragionevole misura al fine d'evitare tal sorta di inadempimento prevedibile ed evitabile, (parte convenuta) non ha provato né chiesto di provare che, nel caso specifico, siano state adottate le necessarie misure. La copiosa messe di documenti depositati dall* *Controparte_1* *depongono indubbiamente per un risalente, costante e meritorio interessamento da parte di quell'amministrazione al problema delle c.d. Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), e quindi di avere predisposto tutto quanto necessario per istruire il personale, dotarlo di quanto necessario e organizzare a tal fine la struttura. Nessun documento e nessuna prova riguardano però specificamente il ricovero della* *Pt_9* *e quello conseguente del neonato, per cui nulla risulta provato in relazione all'applicazione pratica dei protocolli citati al caso specifico. Al di là delle cartelle cliniche di madre e neonato, che riguardano ovviamente il tipo di trattamenti sanitari applicati e non le precauzioni adottate dagli operatori che dovrebbero essere attestate altrimenti, non vi è nulla che*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

dimostri in concreto le procedure adottate nel caso specifico per il trattamento del minore, dei pazienti a lui vicini e degli apparati. Se quindi deve condividersi la consulenza tecnica dei dottori CP_10 *e* CP_11 *in merito all'assenza di profili di colpa medica nei confronti dei sanitari, nulla la stessa può dire in merito all'adempimento da parte dell'appellata del proprio obbligo di agire per evitare ogni infezione prevedibile e prevenibile». a questione su cui si concentra il tema di lite, ossia l'essere state le misure di prevenzione in grado di prevenire l'infezione effettivamente adottate oppure no nel caso specifico, risulta in realtà esattamente focalizzata dal giudice d'appello che ad essa dà una risposta negativa, ovvero di mancata dimostrazione*").

6. Pertanto ed in conclusione, la considerazione comparata delle risultanze acquisite e dei principi giuridici richiamati fa ritenere fondato l'addebito degli attori di responsabilità sanitaria della *Cont* per il decesso della paziente seguito alla colpevole infezione nosocomiale dalla stessa contratta.

C. Sui danni risarcibili agli attori

Una volta accertata la responsabilità della convenuta per il decesso della paziente, si deve passare all''esame della ulteriore questione, dibattuta tra le parti, relativa alla individuazione e quantificazione dei danni di cui gli attori rivendicano il risarcimento, *iure proprio* e *iure hereditatis.*

C.1 Danni risarcibili agli attori *iure proprio*

Danno parentale: risarcibilità

1. Va riconosciuto agli attori – quali figli e nipoti di *Persona_3* e, quanto ai figli, anche quali eredi del coniuge (successivamente deceduto) della predetta vittima primaria – il ristoro del cd. danno parentale richiesto (cfr. il ricorso).

2. Al riguardo, giova sottolineare che "*il predetto pregiudizio è danno non patrimoniale*" (Cass. civ., S.U., 22.8.13, n. 19402), il quale "*va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono, concretandosi esso nel vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra prossimi congiunti, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti* (cfr. Cass. civ., Sez. III, 9.5.11, n. 10107; per l'ulteriore principio per cui

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

"*la perdita di una persona cara implica necessariamente una sofferenza morale, la quale non costituisce un danno autonomo, ma rappresenta un aspetto – del quale tenere conto, unitamente a tutte le altre conseguenze, nella liquidazione unitaria ed omnicomprensiva – del danno non patrimoniale. Ne consegue che è inammissibile, costituendo una duplicazione risarcitoria, la congiunta attribuzione, al prossimo congiunto di persona deceduta in conseguenza di un fatto illecito costituente reato, del risarcimento a titolo di danno da perdita del rapporto parentale, del danno morale, inteso quale sofferenza soggettiva, ma che in realtà non costituisce che un aspetto del più generale danno non patrimoniale*", cfr. Cass. civ., S.U., 11.11.08, n. 26972; Cass. civ., Sez. III, 17.12.15, n. 25351).

3. Per quel che riguarda la quantificazione di tale pregiudizio, si condivide il più recente ed ormai consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, per il quale, "*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 - , Sentenza n. 10579 del 21/04/2021: nella fattispecie, la S.C. ha cassato la decisione del giudice d'appello che, per liquidare il danno da perdita del rapporto parentale patito dal fratello e dal coniuge della vittima, aveva fatto applicazione delle tabelle milanesi, non fondate sulla tecnica del punto, bensì sull'individuazione di un importo minimo e di un "tetto" massimo, con un intervallo molto ampio tra l'uno e l'altro; cfr. in senso conforme Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 26300 del 29/09/2021: la S.C. ha ritenuto non applicabile, nella specie, l'enunciato principio, per essersi formato giudicato implicito sulla decisione dei giudici di merito che, in difetto di doglianze delle parti al riguardo, avevano liquidato il danno da perdita del rapporto parentale patito dalla madre della vittima facendo ricorso alle tabelle milanesi, anziché a quella romana; cfr. Cass. Cassazione civile sez. III, 10/11/2021, n.33005, la quale ha ribadito che, "*al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti […]").

Di recente, anche Cass. Sez. III civile, Sentenza n.11689 del 11/04/2022 ha ribadito "*la necessità che il giudice di merito che procede alla liquidazione del danno derivante dalla perdita di un rapporto parentale provveda a valutare analiticamente - senza ricorrere ad apodittiche affermazioni che riducono la motivazione ad una sostanziale dimensione di apparenza - tutte le singole circostanze di fatto che risultino effettivamente specifiche e individualizzanti, allo scopo di non ricadere nel vizio consistente in quella surrettizia liquidazione del danno non patrimoniale in un danno forfettario o (peggio) in re ipsa che caratterizza tanta parte dello stile c.d.'tabellare' in tema di perdita del rapporto parentale".* Nell'occasione, la Suprema Corte ha aggiunto che "*in sede di rinvio, il giudice lagunare, all'esito della contestazione formulata dai ricorrenti in ordine alla immotivata applicazione delle tabelle locali, provvederà all'applicazione delle tabelle elaborate presso la Corte di appello di Roma (e non di quelle milanesi, pur invocate in ricorso), alla luce dei principi affermati dalla più recente giurisprudenza di questa Corte (Cass.10579, 26300 e 26301 del 2021), a mente dei quali, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti e 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, da valutarsi, comunque, in ragione della particolarità e della eventuale eccezionalità del caso di specie*".

Inoltre, "*In tema di domanda di risarcimento del danno non patrimoniale "da uccisione", proposta "iure proprio" dai congiunti dell'ucciso, questi ultimi devono provare l'effettività e la consistenza della relazione parentale, rispetto alla quale il rapporto di convivenza non costituisce presupposto necessario, ma solo elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità, e ciò anche ove l'azione sia proposta dal nipote per la perdita del nonno, tanto perché la "società naturale", cui fa riferimento l'art. 29 Cost., non è limitata alla cd. "famiglia nucleare", di modo che il rapporto tra nonni e nipoti, per essere ritenuto giuridicamente qualificato e rilevante, non può essere ancorato alla convivenza, ma alla prova dell'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto"* (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 17208 del 26/06/2025).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

4. Le Tabelle di Roma vigenti (approvate nel luglio 2025, in sostituzione di quelle pregresse del 2023) hanno individuato – per la liquidazione del danno parentale – "*cinque fattori di influenza del risarcimento - una volta ritenuta provata la esistenza di una seria relazione affettiva -, vale a dire:* ***1)*** *grado di parentela: più stretto è il rapporto di parentela è più grave è il danno;* ***2)*** *età della vittima: più giovane è la vittima e maggiore è il danno;****3)*** *età del danneggiato: più anziano è il danneggiato e minore è il danno, in considerazione del progressivo avvicinarsi del termine della vita;****4)*** *convivenza e composizione del nucleo familiare: maggiore il danno per la perdita di un congiunto convivente;* ***5)*** *numero di conviventi: minore è il numero dei familiari conviventi che possono prestare assistenza al danneggiato più grave si presume la perdita. Il caso ovviamente più grave è che il danneggiato resti solo* (cfr. le Tabelle del 2025; cfr. anche la relazione illustrativa delle Tabelle similari del 2023).

Le medesime tabelle prevedono che – nella ipotesi di non convivenza tra vittima primaria e prossimi congiunti - il punteggio complessivo possa essere ridotto fino a ½.

5. Nella specie, al fine di una liquidazione del danno adeguata al caso concreto, non può non tenersi conto, per un verso, del rapporto di convivenza trentennale tra *Parte_10* (all'epoca settantaduenne) con il suo coniuge *Persona_1* non più con i figli grandi della coppia, per altro verso della esistenza, per ciascuno degli attori, di un nucleo familiare numeroso di prossimi congiunti "superstiti" (due figli e tre nipoti, quanto a *Persona_1* propri distinti nuclei familiari – coniuge e prole – quanto a *Pt_1* e *Parte_4* genitori, fratelli e nonno, da parte dei nipoti della vittima primaria) infine, dell'età matura, all'epoca, dei superstiti adulti (*Pt_1* 49 anni; [redacted] 43 anni; *Per_1* : 73 anni; *Parte_2* : 25 anni; *Pt_3* 20 anni; invece *Pt_5* aveva solo 15 anni e *Per_2* soltanto 4 anni): circostanze, tutte, che rendono ragionevole ritenere – alla luce del fatto notorio e delle comuni massime di esperienza – che un tale contesto personale e familiare delle vittime secondarie dell'evento possa avere favorito, in capo alle stesse, una qualche forma di progressiva rielaborazione del lutto.

5.2 Nel contempo, si deve tenere conto della natura improvvisa e non prevedibile al momento del ricovero ospedaliero della morte della stretta congiunta degli attori, la quale – ancorchè sofferente di patologie pregresse - non si trovava in condizioni di pericolo per la propria vita, con conseguente forte trauma emotivo subito e patito dai suoi familiari, alla notizia del suo decesso e nel periodo successivo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

5.3 Inoltre, la liquidazione del danno di cui si discute deve tener conto del fatto che - in mancanza della colpevole infezione nosocomiale nella vicenda di cui è causa – gli attori avrebbero potuto continuare a godere della loro cara, del tutto verosimilmente, per circa altri cinque anni (ossia per il periodo residuo che le pregresse e rilevanti patologie lo affliggeva le avrebbe – con probabilità - ancora lasciato) e non invece per altri 13 anni circa, ossia per gli anni corrispondenti alla aspettativa di vita ordinaria (84,9 anni) di una persona italiana di sesso femminile, in buono stato di salute, su cui viene calcolato il danno tabellare "astratto" prima indicato.

L'importo tabellare di cui sopra deve essere pertanto calcolato non riferendosi "in astratto" ad una vittima primaria di 72 anni, priva di problematiche di salute incidenti in modo pesante sulla sua reale aspettativa di vita futura, bensì applicando – in ragione della descritta particolarità della situazione (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 10579 del 21/04/2021, cit.) – un coefficiente di età tabellare pari ad una vittima primaria sana di 79 anni, ossia di una donna che – in difetto dell'errore medico – avrebbe avuto una aspettativa di vita per altri cinque anni (ossia sino a 84,9 anni).

Quanto a *Persona_1* marito della *Per_3* e di 73 anni al momento del decesso della coniuge – il danno parentale subito è perdurato per sei anni e mezzo, ossia fino al decesso dello stesso, avvenuto a [redacted] Pertanto, nella liquidazione del danno in esame, il parametro dell'età della vittima secondaria va identificato in quello di 74 anni, ossia in quello di una persona di sesso maschile che ha una aspettativa di vita di altri sei anni e mezzo (essendo di 80,6 anni la aspettativa di vita nel 2017 per i maschi).

5.4 Orbene, applicando le tabelle di Roma in relazione ai dati oggettivi e correttivi sopra evidenziati (e riferendosi all'età della vittima primaria e del di lei marito, come sopra "ricostruite"), la liquidazione tabellare del danno parentale è la seguente:

- **figlio** *Pt_1* (il congiunto aveva 49 anni, è figlio della vittima e non era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti sia altri conviventi che altri familiari non conviventi fino al 2° grado di parentela) = € 259.857,00.

- **figlio** *Pt_4* (il congiunto aveva 43 anni, è figlio della vittima e non era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti sia altri conviventi che altri familiari non conviventi fino al 2° grado di parentela) = € 259.857,00.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

- **marito** *Persona_1* (il congiunto aveva una età quantificabile sul piano tabellare come di 74 anni, è coniuge della vittima ed era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti altri familiari non conviventi (fino al 2° grado di parentela) e nessun altro convivente del congiunto): € 346.476,00.

- **nipote** *Parte_2* (il congiunto aveva 25 anni, è nipote della vittima e non era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti sia altri conviventi che altri familiari non conviventi fino al 2° grado di parentela) = € 132.815,80.

- **nipote** *Pt_3* (il congiunto aveva 20 anni, è nipote della vittima e non era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti sia altri conviventi che altri familiari non conviventi fino al 2° grado di parentela) = € 138.590,40.

- **nipote** *Per_7* (il congiunto aveva 15 anni, è nipote della vittima e non era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti sia altri conviventi che altri familiari non conviventi fino al 2° grado di parentela) = € 138.590,40.

- **nipote** *Per_2* (il congiunto aveva 4 anni, è nipote della vittima e non era convivente. Nel nucleo familiare sono presenti sia altri conviventi che altri familiari non conviventi fino al 2° grado di parentela) = € 144.365,00. Nella specie, tuttavia, la considerazione della età tenerissima di *Per_2* al momento del decesso della nonna e della conseguente incapacità della stessa di avere piena contezza dell'accaduto (come deve ritenersi in base al notorio e in difetto di emersione di circostanze di segno contrario), legittima la quantificazione del danno per la perdita del rapporto parentale (di cui la stessa avrebbe goduto in futuro) nella somma di €. 100.000,00.

5.5 I valora tabellari summenzionati (calcolati all'attualità ed in conformità ai criteri delle Tabelle di Roma, in applicazione delle circostanze "personalizzanti" ivi tipizzate) devono ritenersi adeguati alla fattispecie, posto che - come dimostrato dall'istruttoria orale esperita – i rapporti affettivi e di frequentazione tra la *Per_3* ed i suoi figli e nipoti erano intensi, con conseguente non congruità della riduzione del valore tabellare medio, come sopra quantificato, in ragione della mancanza di convivenza.

5.6 Nel contempo, la considerazione dei citati rapporti affettivi e di frequentazione (già valorizzati come sopra, sul piano liquidatorio) non possono ulteriormente valere ai fini dell'aumento di quel valore tabellare medio, e ciò sia perché – altrimenti – vi sarebbe una duplicazione risarcitoria, sia perché la istruttoria orale esperita non ha fornito alcuna prova della esistenza di circostanze particolari, tali da legittimare l'aumento delle poste risarcitorie tabellari medie di cui si è detto (per l'omologo principio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

per cui, "*In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegate e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento*", cfr. *ex multis* Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 31681 del 09/12/2024; Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 5865 del 04/03/2021).

C.2 Danni risarcibili a *Pt_1* **e** *Parte_4* ***iure hereditario***

Danno biologico terminale subito dalla paziente: risarcibilita'

1. Va riconosciuto il danno alla salute patito dalla paziente in conseguenza della sopravvenuta infezione batterica che – come visto – innescò il repentino aggravamento delle sue condizioni di salute, fino a determinarne la morte.

2. Costituisce, infatti, *ius receptum* che, "*nel caso in cui intercorra* (come nella specie: ndr) *un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse, è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla menomazione della integrità psicofisica patita dal danneggiato per quel periodo di tempo, ed il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento del danno è trasmissibile agli eredi "iure hereditatis"; in questo caso, l'ammontare del danno biologico terminale sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea, e tuttavia il giudice di merito, ai fini della liquidazione, dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporaneo, tale danno è massimo nella sua entità ed intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed esitare nella morte*" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 18163 del 28/08/2007; Cass., Sentenza n. 2564 del 22/02/2012).

3. Alla luce di siffatti principi di diritto, risulta legittimo ricorrere, come criterio liquidatorio equitativo, alle Tabelle di Milano vigenti sulla liquidazione del danno non patrimoniale, le quali prevedono, per il risarcimento del danno non patrimoniale da invalidità temporanea totale (comprensivo di "*valori monetari delle componenti per danno biologico/dinamico relazionale e per danno da sofferenza*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

soggettiva interiore media presumibile": cfr. la nota esplicativa dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile del Tribunale di Milano), un valore di €. 115,00 al giorno, con aumento massimo del 50%.

4. Nella specie, deve considerarsi che la invalidità temporanea di cui si discute (determinata dalla sopravvenienza della infezione nosocomiale, con ogni probabilità avvenuta tra il 10 ed 11 maggio 2017, ossia nel corso dell'intervento chirurgico ovvero il giorno successivo, nella fase post operatoria in cui le venne praticata la ventilazione meccanica: vd. dietro), per un verso, fu di gravità tale da determinare, nell'arco dei 20 giorni, la causazione del decesso della paziente, per altro verso, si sostanziò in tutte le conseguenze negative, prima analiticamente descritte dal Collegio di CTU, per altro verso ricomprende gli effetti altamente invasivi che la vittima, già gravemente debilitata per cause patologiche naturali, dovette subire in conseguenza della infezione, della febbre e della sequela negativa di eventi che dagli errori medici si innescò, per altro verso ancora riguardò persona già invalida e debilitata per cause naturali.

5. Deve inoltre considerarsi il fatto che non è stata acquisita alcuna prova (della quale gli attori erano onerati) del fatto che la paziente ebbe contezza dell'approssimarsi del suo decesso (cd. danno catastrofale o da lucida agonia), nè dalle indagini dei CTU è emerso in alcun modo che la donna fosse rimasta lucida e consapevole del precipitare delle sue condizioni di salute.

Si premette che "*la paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali, è un danno non patrimoniale risarcibile soltanto se la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente, sicché, in difetto di tale consapevolezza, non è nemmeno concepibile l'esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni*" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 13537 del 13/06/2014).

6. Orbene, la considerazione comparata delle summenzionate risultanze fa ritenere equa la liquidazione, per ogni giorno di ITT (comprensiva, come detto, "*componenti per danno biologico/dinamico relazionale e per danno da sofferenza soggettiva interiore media presumibile")*, un valore tabellare "appesantito", nella specie identificato nel quintuplo dell'importo tabellare massimo previsto (€. 172,5 x 5 x 20 giorni = €. 17.250,00). Pertanto, il danno risarcibile a tale titolo è pari ad **€. 17.250,00,** già all'attualità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

Danno patrimoniale di Persona_1 risarcibile iure hereditario

1. A Pt_1 e Parte_4 spetta – quali eredi di Persona_1 – il ristoro delle spese sostenute da quest'ultimo per il funerale della moglie (€. 2.000,00), per la sua tumulazione (€. 236,51) e della metà (pari ad €. 1285,00) delle spese di concessione di due loculi cimiteriali, di cui uno solo riferito alla Per_3 e l'altro acquisito per lo stesso [...] Per_1 (cfr. il doc. 19 delle produzioni attoree), così per un totale di **€. 3521,5**. Ai predetti eredi spetta altresì il rimborso degli esborsi (pari a complessivi **€. 588,6**) sostenuti dal loro padre per la denuncia di successione della Per_3 e per la conseguente variazione catastale, in atti. (cfr. il doc. 20 delle produzioni attoree).

2. Ai predetti eredi spetta altresì il ristoro del danno patrimoniale subito da Persona_1 er la perdita del "lavoro domestico" svolto da sua moglie.

2.1 E' infatti noto che, "*in caso di morte di una casalinga verificatasi in conseguenza dell'altrui fatto dannoso, i congiunti conviventi hanno diritto al risarcimento del danno, quantificabile in via equitativa, subito per la perdita delle prestazioni attinenti alla cura ed all'assistenza da essa presumibilmente fornite, essendo queste prestazioni, benché non produttive di reddito, valutabili economicamente, ciò anche nell'ipotesi in cui la stessa fosse solita avvalersi di collaboratori domestici, perché comunque i suoi compiti risultano di maggiore ampiezza, intensità e responsabilità rispetto a quelli espletati da un prestatore d'opera dipendente*" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 17977 del 24/08/2007; Cass. sent. 6.9.1997, n. 10923; Sent. n. 18092 del 12/09/2005; sent, 3/3/2005 n. 4657; cfr. anche Cass. Sez. 3, Sentenza n. 24471 del 18/11/2014).

Si è altresì affermato che, "*ai fini della liquidazione del danno patrimoniale da perdita del lavoro domestico svolto da un familiare deceduto per colpa altrui, la prova che la vittima attendesse a tale attività può essere ricavata in via presuntiva ex art. 2727 cod. civ. dalla semplice circostanza che non avesse un lavoro, mentre spetta a chi nega l'esistenza del danno dimostrare che la vittima, benché casalinga, non si occupasse del lavoro domestico*" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 22909 del 13/12/2012).

Inoltre, ai fini del risarcimento di tale danno, non è necessaria "*la prova che la vittima sia dovuta ricorrere all'ausilio di un collaboratore domestico, giacché, diversamente, il risarcimento non potrebbe essere liquidato proprio a coloro che, per insufficienza di risorse economiche, non abbiano potuto affrontare tale spesa"* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 16896 del 20/07/2010).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

2.2 Nella specie, da un lato è pacifico che *Parte_10* convivesse da trent'anni con il marito e fosse casalinga, dall'altro è stato dimostrato che la stessa si occupava delle mansioni domestiche, badava alla casa, preparava i pasti a marito, gli lavava e stirava la biancheria senza aiuto di terze persone (cfr. gli esiti della istruttoria orale esperita), infine la convenuta non ha fornito alcuna allegazione o prova di segno contrario.

2.3 Deve essere pertanto riconosciuto il fatto che *Persona_1* – con la perdita improvvisa di sua moglie – abbia subito anche il pregiudizio patrimoniale in oggetto, perdendo per sempre (fino al suo decesso, avvenuto a [redacted] l'apporto che la sua consorte gli prestava quotidianamente in termini di assistenza domestica, nel senso prima precisato.

Si tratta di danno quantificabile equitativamente (per la parte – ½ del totale - di lavoro domestico che la *Per_3* destinava al marito, dovendosi ritenere che l'altra metà fosse destinata alla stessa) nella somma di €. 250,00 mensili, così liquidabili da [redacted] a [redacted] per un totale di **€. 19.500,00** (200,00 euro mensili x 78 mesi).

E. L'infondatezza della domanda degli attori di risarcimento delle "spese legali stragiudiziali"

1. Con la domanda in oggetto gli attori hanno chiesto il ristoro delle "*spese legali stragiudiziali*" che – a loro dire – essi sono tenuti a corrispondere alla *Controparte_12* - alla quale, prima del contenzioso giudiziale, hanno conferito (in realtà lo ha fatto il solo *Parte_1* mandato stragiudiziale per avanzare alla *Cont* pretese di risarcimento del danno e tentativo di soluzione stragiudiziale della controversia. L'ammontare di tali spese sarebbe pari al 20% + Iva della somma che sarebbe stata loro liquidata all'esito del giudizio, come da contratto di mandato sottoscritto con la predetta società

2. Si tratta di domanda infondata, posto che:

- gli attori non hanno fornito alcuna prova dell'effettivo compimento, da parte della *CP_12* *[...]*, di attività stragiudiziali di sorta, nell'ambito della vicenda di cui è causa, ad eccezione dell'invio di una semplice e brevissima richiesta di risarcimento del danno;
- la misura (enorme) del compenso concordato tra *Parte_1* e la predetta società, nel libero esercizio della loro autonomia privata, non è in alcun modo opponibile alla terza *Cont* e, in ogni caso, è da ritenersi eccessiva e superflua, ex art. 92 c.p.c.;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

- le spese di assistenza legale e tecnica dell'Avv. [redacted] e dei propri periti di parte, tanto per la fase *ante causam,* quanto per quella ex art. 696 bis c.p.c., quanto del presente giudizio – che qui si rimborseranno – identificano ed esauriscono le spese necessarie alla tutela della posizione degli attori.

F. Danno da ritardo nella liquidazione del risarcimento: risarcibilità

1. Agli attori compete – come dagli stessi richiesto - sulle somme risarcitorie loro riconosciute, l'equivalente del mancato tempestivo godimento del bene danneggiato, ovvero del suo controvalore in denaro, quale mancato guadagno o lucro cessante ai sensi dell'art.1223 c.c., richiamato dall'art. 2056 c.c., provocato dal ritardato pagamento del risarcimento, la cui prova può essere data e riconosciuta dal Giudice con ogni mezzo e quindi anche mediante criteri presuntivi ed equitativi (cfr. in tal senso, *ex multis*, Cass. civ., S.U. n.1712/95; Cass. civ., n. 608/2003; Cass. civ., Sez. III, 9.3.10, n. 5671).

2. Per la liquidazione concreta del danno, il giudice può riconoscere interessi anche al tasso legale su somme progressivamente devalutate e rivalutate (cfr. *ex multis* Cass. Sez. L - , Sentenza n. 1111 del 20/01/2020; nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito nella quale gli interessi compensativi erano stati riconosciuti al tasso legale, sulla somma dovuta dal datore di lavoro al lavoratore a titolo di equo premio, dalla data della messa in mora sino a quella di deposito della sentenza di primo grado; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 5671 del 09/03/2010; Cass. Sez. 2, Sentenza n. 18028 del 03/08/2010; Cass. Sent. 26.10.2004 n. 20742; Cass.10565/02).

3. Pertanto, nella specie, per la liquidazione concreta del danno, si riconoscono:

- sulle somme liquidate (già all'attualità) a titolo di ristoro del danno parentale e da devalutarsi e rivalutarsi progressivamente anno per anno secondo gli indici Istat F.O.I. (cfr. Cass. civ., Sez. III, 9.3.10, n. 5671; Cass. civ., Sez. II, 3.8.10, n. 18028; Cass. civ., 26.10.04, n. 20742; Cass. civ., n. 10565/02), gli interessi legali tempo per tempo vigenti, dall [redacted] (giorno successivo al decesso della vittima primaria, a partire dal quale si è verificato, per i prossimi congiunti, il danno in oggetto) sino alla data di pubblicazione della sentenza, la quale costituisce il momento in cui il credito dedotto in giudizio diviene liquido ed esigibile ed il cui correlativo debito si converte in debito di valuta (Cass. Sez. 2, Sentenza n. 1256 del 02/02/1995; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 3996 del 20/03/2001);
- sulle somme liquidate (già all'attualità) a titolo di ristoro del danno biologico terminale della vittima primaria, e da devalutarsi e rivalutarsi progressivamente anno per anno secondo gli indici Istat F.O.I. (cfr. Cass. civ., Sez. III, 9.3.10, n. 5671; Cass. civ., Sez. II, 3.8.10, n. 18028; Cass. civ., 26.10.04, n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

20742; Cass. civ., n. 10565/02), gli interessi legali tempo per tempo vigenti, dall [redacted] (giorno successivo al decesso della vittima primaria, a partire dal quale è divenuto esigibile il ristoro del danno alla salute patito dalla vittima, dalla infezione sino al decesso) sino alla data di pubblicazione della sentenza;

- sulle somme liquidate (già all'attualità) a titolo di ristoro del danno patrimoniale da perdita del lavoro domestico e da devalutarsi e rivalutarsi progressivamente mese per mese anno secondo gli indici Istat F.O.I., da [redacted] sino a [redacted] gli interessi legali tempo per tempo vigenti, mese per mese, dal [redacted] sino al 30 [redacted]

- sulle somme liquidate a titolo di ristoro delle spese funerarie, cimiteriali e catastali, dal dì successivo al loro esborso sino alla data di pubblicazione della sentenza.

4. Non è accoglibile la diversa pretesa degli attori di riconoscimento, a titolo di ristoro del danno da ritardo, un saggio di interessi diverso (quale quello del rendimento medio dei titoli di Stato), non avendo gli stessi nè allegato, nè provato, neanche in via presuntiva, di avere subito il pregiudizio in oggetto nella relativa misura (per il principio per cui "*Nel caso di ritardato adempimento di una obbligazione di valuta, il maggior danno di cui all'art. 1224, secondo comma, cod. civ. può ritenersi esistente in via presuntiva in tutti i casi in cui, durante la mora, il saggio medio di rendimento netto dei titoli di Stato con scadenza non superiore a dodici mesi sia stato superiore al saggio degli interessi legali*", cfr. Cass. S.U. Sez. U, Sentenza n. 19499 del 16/07/2008; per il difetto di allegazione e di prova di tale circostanza, cfr. gli atti processuali attorei).

5. Sulle somme risarcitorie finali di cui sopra (danno risarcibile + danno da ritardo) spetteranno, dal dì successivo alla pubblicazione della sentenza al saldo, gli interessi corrispettivi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 c.c., in quanto somme convertitasi – con la detta pubblicazione - in debito di valuta (cfr. in tal senso *ex multis* Cass. Sent. 22 giugno 2004 n. 11594; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 9711 del 21/05/2004).

G. Sulla disciplina delle spese di lite

1. Le spese di lite sostenute dagli attori nella procedura *ante causam* ex art. 696 bis c.p.c. (ivi comprese le spese delle CTU e delle perizie di parte) e nel presente giudizio seguono la soccombenza della convenuta, con liquidazione dei compensi e degli esborsi (ad eccezione di quelli di CTU e di CTP, sostenuti dagli attori) in favore del difensore, dichiaratosi antistatario e, quanto ai compensi, nei valori

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

tabellari medi dei procedimenti di istruzione preventiva di valore indeterminabile di complessità elevata (fino ad €. 520.000,00), in conformità a quanto previsto all'art. 5, comma VI, del D.M. n. 55/14. Le spese di perizia di parte e di CTP (pari a complessivi €. 10.980,00) sono state documentate (€. 4270,00 + €. 1220,0 + €. 1830,00 + €. 3660,00) e risultano congrue rispetto alla complessità degli accertamenti tecnici esperiti.

2. Le spese di lite del presente giudizio di merito si liquidano secondo i valori medi delle tabelle vigenti, relativi alle cause di valore pari a quello del *decisum*, con aumento del 30% complessivo, per la difesa di più parti. Le predette spese processuali si compensano per 1/5, in ragione del rigetto delle domande attoree di risarcimento del danno catastrofale e delle spese legali *ante causam* e con liquidazione dei compensi e degli esborsi (ad eccezione di quelli di CTU e di CTP, sostenuti dagli attori) in favore del difensore, dichiaratosi antistatario.

*****

Infine, in ragione della presenza, nella motivazione della presente sentenza, di dati sensibili delle parti,, si dispone che in caso di riproduzione della sentenza o provvedimento in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, venga preclusa l'indicazione delle generalità e di altri dati identificativi dei soggetti indicati nella sentenza.

P.Q.M.

il Tribunale di Chieti, in composizione monocratica, nella persona del Giudice Dott. Gianluca Falco, definitivamente pronunciando nel giudizio iscritto al n. 1663/23 R.G., ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così decide:

ACCERTA

la sussistenza della responsabilità professionale sanitaria della convenuta per il decesso di *[...]* *Per_3* .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

DICHIARA

che i danni patrimoniali e non patrimoniali risarcibili agli attori, *iure proprio* e *iure hereditatis*, in conseguenza immediata e diretta del colpevole decesso di *Persona_3* , sono i seguenti:

A. a titolo di ristoro del cd. danno parentale, già all'attualità:

- al figlio *Parte_1* € 259.857,00;
- al figlio *Parte_4* = € 259.857,00;
- al marito *Persona_1* € 346.476,00 e, per esso, agli eredi *Parte_1* e *Parte_4*
- al nipote *Parte_2* = € 132.815,80;
- al nipote *Parte_3* = € 138.590,40;
- al nipote *Parte_11* = € 138.590,40;
- alla nipote *Persona_2* €. 100.000,00.

B. a titolo di danno biologico subito da *Persona_3* , già all'attualità:

- €. 17.250,00 e, per essa, agli eredi *Parte_1* *Parte_4*

C. a titolo di danno patrimoniale subito da *Persona_1* già all'attualità:

- €. 23.610,00 a titolo di spese funerarie, cimiteriali, catastali e di perdita di lavoro domestico e, per esso, agli eredi *Parte_1* *Parte_4*

Per l'effetto

CONDANNA

la convenuta al pagamento a titolo risarcitorio, in favore degli attori, delle somme di cui sopra, oltre al ristoro del danno da ritardo, nella misura e con il decorso come indicati nel paragrafo F.3 della motivazione della presente sentenza.

RIGETTA

tutte le altre domande ed eccezioni.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826

CONDANNA

la convenuta alla rifusione delle spese di lite della procedura ex art. 696 bis c.p.c. sostenute dagli attori, che liquida, in favore del difensore di quest'ultimi, dichiaratosi antistatario, in €. 297,6 per esborsi ed €. 5.916,00 per compensi, oltre il 15% sui compensi ed altri accessori come per legge.

CONDANNA

la convenuta al rimborso agli attori delle spese per i periti di parte e i CTP, pari a complessivi €. 10.980,00.

PONE

a carico della convenuta le spese della CTU espletata della procedura ex art. 696 bis c.p.c., con conseguente obbligo di procedere ai relativi conguagli.

CONDANNA

la convenuta alla rifusione delle spese del presente giudizio sostenute dagli attori che – previa compensazione di 1/5 – liquida nel residuo, in favore del difensore di quest'ultimi, dichiaratosi antistatario e quindi in €. 39.469,00 per compensi, € 446,8 per esborsi, oltre il 15% sui compensi ed altri accessori come per legge.

DISPONE

che, in caso di riproduzione della sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, venga preclusa l'indicazione delle generalità e di altri dati identificativi dei soggetti riportati nella sentenza.

Alla Cancelleria per quanto di competenza.

Chieti, 21.12.25

Il Giudice

Dott. Gianluca Falco

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-826