



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di GENOVA
SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Stefania Polichetti
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **4248/2019** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1* , *Parte_2* (C.F. *C.F._2*),
Parte_3 (C.F. *C.F._3*), in proprio nonché eredi aventi causa del loro
defunto congiunto , con il patrocinio dell'avv.
e dell'avv. elettivamente domiciliati in
17 presso il difensore avv.
1

ATTORI

contro

Controparte_1 (P.IVA *P.I* , in persona del
Direttore Generale pro tempore, dott. con sede in Genova,
rappresentato e difeso dall'avv. elettivamente domiciliato in
18 presso il difensore avv.
1

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Per parte attrice:

*“Piaccia a Codesto Ill.mo Tribunale,
contrariis reiectis,*

previe le pronunce e declaratorie meglio viste:

- 1) accertare e dichiarare la responsabilità dell' *Controparte_1* ià [...] *Controparte_3* in persona del suo legale rappresentante protempore, nella causazione dei fatti di cui in premessa e dei danni tutti arrecati al Sig. *Persona_1* e agli odierni attori, conseguentemente*
- 2) condannare il predetto nosocomio convenuto:*

a. al risarcimento **Parte_4** in favore degli attori, di **tutti i danni patrimoniali ed extra-patrimoniali**, nessuno escluso, subiti dal Sig. **Persona_1**, per i fatti per cui è causa. Per i **pregiudizi di natura non patrimoniale** e per il **danno da perdita di chances** ci si rimette ex art.1226 Cod.civ., alla valutazione equitativa del Giudice;

b. condannare, altresì, parte convenuta al risarcimento in favore degli odierni attori, [...] **Pt_5**, nella loro qualità di stretti congiunti di **Persona_1** di **tutti i pregiudizi di natura patrimoniale e non patrimoniale** di cui alla narrativa, oltre rivalutazione ed interessi, anche ai sensi dell'art.1284, comma 4 Cod. civ., per gli importi come di seguito specificati:

- **euro 327.990=** (e/o l'importo maggiore o minore che risulterà all'esito del presente giudizio) **per la Sig.ra Parte_1**
- **euro 327.990=** (e/o l'importo maggiore o minore che risulterà all'esito del presente giudizio) **per il Sig. Parte_3** ;
- **euro 327.990=** (e/o l'importo maggiore o minore che risulterà all'esito del presente giudizio) **per la Sig.ra Parte_2** ;

c. per quel che concerne il **danno patrimoniale da lucro cessante in capo ai signori Parte_1 Parte_3 e Parte_2**, ci si rimette - invece - alla valutazione equitativa dell'attento Giudicante;

3) in via istruttoria, si insta per il rinnovo di Perizia; si insta, altresì, per l'ammissione delle prove orali dedotte in memoria ex art.183 n.2 dal n.21) al n.50);

4) con vittoria di spese e competenze di causa (oltre rimb. forfett. 15%, IVA, CPA, spese di CTP e CTU), da liquidarsi con distrazione in favore dei sottoscritti difensori antistatari.

Il tutto, oltre rivalutazione monetaria ed interessi, anche ai sensi dell'art.1284, comma 4 Cod. civ., dalla data dell'evento all'integrale soddisfo.

Salvis juribus".

Per parte convenuta:

"Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, respingere in toto le domande svolte contro l' **Controparte_1** in quanto inammissibili e/o infondate in fatto e in diritto;

- con vittoria di spese, diritti e onorari".

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. Allegazioni delle parti

Gli attori, Sigg.ri *Parte_1* *Parte_3* *Parte_2*, in proprio e nella qualità di eredi di *Persona_2*, hanno evocato in giudizio l' *Controparte_1* (già [...]
Controparte_4) per sentirlo condannare al risarcimento dei danni tutti subiti e subendi in conseguenza della errata e negligente gestione del caso del proprio congiunto.

Hanno esposto di essere coniuge e figli nonché eredi del defunto *Persona_3*, [REDACTED]
[REDACTED] e [REDACTED]

Hanno dedotto che presso l' *Controparte_1* il sig. *Per_1* aveva contratto una **grave infezione nosocomiale** che avrebbe comportato una serie di complicanze a cascata che avrebbero prolungato il periodo di malattia e peggiorato gli esiti della patologia per la quale era stato ricoverato (sequestro polmonare) fino a determinare l'*exitus* del medesimo.

Gli attori hanno quindi sostenuto che la grave infezione contratta dal *de cuius* fosse riconducibile alla responsabilità della struttura ospedaliera convenuta, dove il paziente era stato ricoverato, per l'inefficacia delle misure precauzionali messe in atto al fine di prevenire l'insorgenza della medesima infezione.

I fatti di causa sono stati come di seguito dedotti.

In data 15/11/2014 *Persona_1* si recava al P.S. Dell'Osp. *CP_1* per insorgenza di faringodinia, tosse ed iperpiressia associati, a senso di oppressione toracica e ad un episodio di emottisi.

A seguito di accertamenti effettuati, alle h.13.20 veniva trasferito in Degenza ad Alta Intensità e quindi sottoposto a terapia con steroidi e dopamina per insorgenza di importante ipotensione (P.A.70/50) e terapia antibiotica.

Le condizioni generali nei giorni successivi miglioravano, il paziente risultava apiretico e scompariva la grave ipotensione iniziale; i globuli bianchi rientravano nei limiti della norma, la PCR iniziava a scendere (93,1 mg/L il 20/11); soltanto le piastrine rimanevano persistentemente basse (79.000/mm3 il 20/11).

In data 20/11/2014 si ripresentava temperatura febbrile, venivano eseguite ripetute emocolture ed interpellato il consulente infettivologo che consigliava la sostituzione della levofloxacin con vancomicina 1 g x 2 e l'esecuzione di una Tac total body.

La Tac eseguita il 22/11/2014, evidenziava "un addensamento parenchimale.....".

Il referto concludeva per un quadro radiologico tipo sequestro polmonare con associata atelectasia parenchimale e versamento pleurico consensuale (verosimilmente su base flogistica recente).

In data 24/11/2014, il paziente veniva trasferito nella *Controparte_5* per polmonite basale destra e sequestro polmonare dove si proseguiva la terapia antibiotica già instaurata che portava a completo sfebbramento ed a pressoché totale normalizzazione degli indici di flogosi.

Nello stesso giorno ed il giorno successivo venivano consultati sia uno specialista pneumologo che uno specialista di chirurgia toracica che confermavano entrambi la diagnosi di sequestro polmonare e consigliavano intervento di lobectomia inferiore dx.

In data 04/12/2014 il Sig. *Per_1* veniva sottoposto a fibrobroncoscopia con lavaggio bronco-alveolare per ricerca BK ed aspergillo, risultata negativa sia per cellule tumorali che per BK ed aspergillo. Erano presenti solo ceppi di Candida *Per_4* e Candida parapsilosis. Negative pure risultavano tutte le emocolture eseguite, così come il tampone rettale per ricerca Klebsiella pneumoniae ed E. coli KPC.

Durante il ricovero il paziente presentava intensa cefalea, trattata con terapia sintomatica (da tenere presente che in anamnesi aveva segnalato di soffrire di cefalea a grappolo) e segnalava calo dell'udito, specie a destra; per questo motivo veniva indirizzato per visita ambulatoriale allo specialista ORL.

Le condizioni generali del Sig. *Per_1* miglioravano progressivamente: rientravano gli indici infiammatori e risalivano le piastrine. Pertanto, in data 16/12 veniva dimesso dalla [...] *Controparte_6* con l'indicazione di tornare dopo due settimane per visita ambulatoriale.

Veniva inoltre prescritto un consulto ORL ed uno con il consulente di Chirurgia Toracica per la rivalutazione della problematica correlata al sequestro polmonare.

Il giorno successivo alla dimissione (17/12/2014) il paziente iniziava a presentare algie lombari intermittenti localizzate al fianco della fossa iliaca sinistra, associate a febbricola pertanto, veniva nuovamente ricoverato nel Reparto Malattie Infettive dell' *CP_1* *CP_1* .

Al momento del ricovero l'esame obiettivo risultava del tutto normale a parte l'obiettività toracica con murmure vescicolare diminuito alla base di dx, qualche crepitio medio basale dx e leggera dolorabilità alla palpazione in fossa iliaca sn; gli esami ematologici risultavano del tutto normali con indici di flogosi vicini a valori normali (PCR 9,5 mg/L) e sempre negativa risultava la ricerca di Klebsiella KPC a livello del tampone rettale.

Veniva programmata una ecografia addome per il giorno 22/12/2014, una nuova Tac torace per il giorno 23/12/2014, una nuova visita chirurgica ambulatoriale per il giorno 24/12/2014 ed il paziente veniva dimesso in data 19/12/14.

L'ecografia addome eseguita in data 22/12 risultava negativa e la Tac torace del 23/12 evidenziava la scomparsa del versamento pleurico precedentemente segnalato, una lieve riduzione dell'addensamento parenchimale paravertebrale nel cui contesto erano sempre apprezzabili aree tondeggianti ipodense e piccole calcificazioni, con risoluzione della componente atelectasica associata.

In data 12/01/2015, mentre il Sig. *Per_1* si trovava nel reparto di Chirurgia Toracica dell' *CP_1* *CP_1* per eseguire gli esami preoperatori in vista dell'intervento chirurgico di escissione del sequestro polmonare, avvertiva intense algie alla colonna e agli arti inferiori e pertanto veniva trasportato al Pronto Soccorso dello stesso ospedale. Ai primi controlli appariva vigile, orientato, eupnoico, all'ascoltazione del torace si apprezzavano minimi crepitii alla base di dx, l'addome era

trattabile, ACV non soffi. La manovra di Lasegué risultava positiva a dx a 30°, a sinistra 45°; si rilevava deficit di sensibilità alla coscia destra.

A seguito degli accertamenti effettuati, il paziente veniva trasferito nel reparto di Medicina Urgenza 1-degenza media intensità dove segnalava ai medici un calo ponderale di circa 15 kg negli ultimi due mesi. All'esame obiettivo si evidenziavano tremori fini agli arti superiori e dolorabilità alla digitopressione sulla colonna a livello lombare. Gli esami ematologici non apparivano particolarmente alterati eccetto la PCR che risultava 111 mg/L (v.n. 0,0-5,0).

Il Sig. **Per_1** appariva confuso, evidenziava la persistenza della cefalea e di algie lombari irradiate a sn. Nei giorni successivi il sensorio non migliorava anzi il paziente appariva poco collaborante, soporoso, anche se risvegliabile.

Il giorno 14/01/2015 il consulente neurologo descriveva il Sig. **Per_1** come “lievemente confuso e rallentato, con fini tremori posturali e intenzionali alle mani. Non evidenti deficit nel distretto cranico, sensibilità profonde e superficiali conservate, ROT nella norma e simmetrici, RCP in flessione bilaterale, stazione eretta a piedi uniti, Romberg negativo, Lasegué positivo a sn a 70°”.

A seguito della ripresa della febbre, il giorno seguente il Sig. **Per_1** veniva visitato dall'infettivologo che consigliava di indagare “procalcitonina, glucano su siero” urinocoltura, ecocardiogramma e RM lombosacrale e di iniziare, dopo aver eseguito emocolture, terapia con vancomicina e ceftriaxone.

Nei giorni successivi il paziente appariva più vigile anche se sempre un po' rallentato, le algie a livello lombare tendevano a regredire e la febbre scompariva.

Una Tac torace-addome eseguita il 21/01/2015 non evidenziava cambiamenti a livello del sequestro polmonare, segnalava la comparsa di addensamento a vetro smerigliato para-scissurale al segmento posteriore del lobo superiore dx e non evidenziava nulla di particolare a livello addominale.

La Tac encefalo, eseguita il 22/01/2015 evidenziava “multiple piccole aree ipodense in sede nucleo-capsulare bilaterale a carico della sostanza bianca fronto-parietale sottocorticale e periventricolare bilaterale, espressione di sofferenza parenchimale su base vascolare ischemica cronica; leucoencefalopatia su base ATS.....Manifestazioni angiosclerotiche”.

La visita neurologica del 23/01/2015 riscontrava Lasegué bilaterale a 70° e disorientamento spazio-temporale; un EEG evidenziava rallentamento diffuso ed il consulente neurologo consigliava di ripetere una Tac cerebrale, una RM lombo-sacrale ed eventualmente una puntura lombare.

Nel pomeriggio del 24/01/2015 alle ore 16 compariva febbre (37.7°) e pertanto, venivano eseguite emocolture, il Sig. **Per_1** veniva nuovamente visitato dal neurologo che questa volta evidenziava chiari segni di irritazione meningea con Kernig e Lasegue fortemente positivi.

Veniva, quindi, eseguita immediatamente puntura lombare che dava esito a liquor lievemente intorbidato con pressione normale: cellule 465 mm3 (90% neutrofili), proteine 1146 mg/L, ed ipoglicorachia. la ricerca di virus neurotropi risultava negativa così come la ricerca mediante PCR di Neisseria meningitidis, Listeria monocytogenes e di Streptococcus pneumoniae risultava del tutto negativa.

L'infettivologo, consultato in contemporanea, prescriveva, in aggiunta alla vancomicina e al ceftriaxone già in terapia, capsosfungina 70 mg subito.

Il Sig. **Per_1** veniva trasferito nella **Controparte_6** alle ore 21:30 del 24/01/2015 dove veniva immediatamente iniziata terapia con Linezolid e Meropenem con aggiunta, dal 27/1 di amphotericina B liposomiale.

In data 29/1 veniva ripetuta puntura lombare che evidenziava riduzione della cellularità, persistenza della iperprotidorrachia e positività degli Ag. fungini: galattomannano 1,9 mcg/L, glucano 398 pg/ml; una RM encefalo eseguita il 30/01 evidenziava “segni diffusi di sofferenza parenchimale su base vascolare ischemica, già descritti dalla TAC. In corrispondenza della cisterna laterobulbare di sn, a livello del forame di Lushka, si osservava piccola lesione oc cupante spazio che assumeva in maniera disomogenea ma marcata il contrasto (ependimoma desmoplastico? Ipertrafia del plesso corioideo?)”.

In data 02/02 il Sig. **Per_1** veniva sottoposto a biopsia polmonare Tac guidata per sospetto di infezione fungina disseminata (meningoencefalite + polmonite); l'istologia evidenziava frustoli di tessuto polmonare costituiti da “parete di bronco con rivestimento epiteliale di tipo cilindrico poliseriato con iperplasia mucipara e sottostante tessuto fibroso con alterazioni regressive della componente elastica (elastosi) e con edema cronico con sparse angiectasie capillari. Assenza di alterazioni a carattere neoplastico e/o strutturali od infiammatorie specifiche”.

Una visita neurologica del 05/02/2015 confermava il sospetto diagnostico di meningoencefalite fungina (aspergillo ?) e consigliava di ripetere in futuro RM encefalica e RM lombosacrale.

In data 11/02/2015 veniva eseguita RM rachide che evidenziava alterazioni di segnale con contrasto enhancement positivo dopo mezzo di contrasto a livello di C6-C7-D12-L1-L2-L3- L4/L5 e dei relativi dischi interposti; protrusione discale circonferenziale L4-L5; concludeva quindi per localizzazioni spondilodiscitiche multiple.

Una Tac torace del 14/02/2015 segnalava, oltre il già noto sequestro polmonare, “una area di addensamento a vetro smerigliato a livello del lobo superiore destro, minimo versamento pleurico omolaterale con distelectasia consensuale, minima reazione pleurica postero basale sn. Minimo versamento pleurico”.

La visita pneumologica del 16/02/2015 confermava l'indicazione al trattamento chirurgico del sequestro polmonare quando le condizioni generali lo avessero permesso; una PET eseguita il 23/02/2015 mostrava captazione (SUV max 6,2) a livello dei corpi vertebrale lombare e D 12 e a livello dei somi e del disco vertebrale C6-C7.

Il 24/02/2015 la situazione neurologica del paziente peggiorava, il Sig. **Per_1** appariva sempre più confuso e non eseguiva ordini semplici. Una Tac encefalo eseguita il giorno stesso evidenziava “un lieve incremento di volume del sistema ventricolare sovratentoriale cui si associava la presenza di modesti aloni ipodensi, compatibili con fenomeni di trasudazione transependimale di liquor..i”.

Il neurochirurgo in data 25/02, procedeva a puntura lombare a scopo sottrattivo, con estrazione di circa 34 ml di liquor limpido. L'esame istologico del centrifugato del liquor evidenziava “rare emazie, piccoli linfociti, isolati monociti e numerosi granulociti neutrofili. Non chiaramente evidenziabili spore o ife fungine; negativa la ricerca di cellule tumorali maligne.”

In data 01/03/2015 veniva ripetuto il dosaggio degli antigeni fungini che risultavano ancora molto elevati. Un ulteriore esame del liquor del 02/03/2015 evidenziava proteine 0,99 mg%, glucosio 55,27, cellule 44/mm³. In questa stessa data veniva iniziata terapia antibiotica.

In data 03/03/2015 e 12/03/2015 veniva isolato per la prima volta dall'espettorato un ceppo di *Klebsiella pneumoniae* KPC, che presentava sensibilità intermedia a gentamicina (MIC 4) e resistenza a colistina; isolamento poi confermato in data 16/3 da un tampone rettale.

Il 09/03/2015 in previsione dell'intervento di escissione del sequestro polmonare deciso durante una valutazione interdisciplinare (TDM) sia per lo scarso controllo della patologia infettiva in atto che per la difficoltosa definizione di natura della stessa, con scopo quindi diagnostico e terapeutico, il giorno 09/03/2015 veniva sospesa la piperacillina/tazobactam ed aggiunta l'associazione gentamicina + tigeclina. In data 10/03/2015 si procedeva all'embolizzazione dell'arteria bronchiale lobare inferiore dx. e due giorni dopo, il 12/03/2015 il paziente veniva sottoposto ad intervento di lobectomia inferiore destra.

Dalla descrizione dell'intervento si evinceva:“....si individua vaso arterioso anomalo, lo si isola sino all'origine; in considerazione del calibro del vaso si preferisce contattare chirurgo vascolare che lega e clampa il vaso; ulteriore sutura di prolene a protezione. Si individua il segmento ascessualizzato che viene resecato utilizzando suture ed endogia e ta 60 punti verdi. In sede di sutura necessario ulteriore rinforzo di sutura a mano e legature di vasi periferici. Si dimostra buona espansione del parenchima residuo”.

Dopo l'intervento il paziente - altamente febbrile - veniva ricoverato in Rianimazione dove veniva ventilato attraverso tubo orotracheale, veniva posto in aspirazione il drenaggio toracico destro (già presente al momento dell'ingresso).

Il referto istologico dell'organo asportato, datato 30/03/15, confermava un quadro morfologico “coerente con la situazione anatomico-clinica di sequestro polmonare; focolai di infiammazione cronica ed aree di fibrosi; residue strutture bronchiali dilatate, talora pluri-concamerate e contenenti materiale mucoide con purulenza. Strutture alveolari con macrofagi a citoplasma schiumoso”.

Un frammento del sequestro polmonare asportato veniva inviato anche al [REDACTED] di Roma.

La coltura del frammento di sequestro asportato dava esito positivo per *Aspergillus flavus* resistente all'amphotericina B, farmaco peraltro già sospeso dal 25/02/2015 e sostituito con anidulafungina e voriconazolo che veniva no quindi proseguiti. In data 16/03/2015 il paziente veniva estubato e posto in respiro spontaneo con maschera di Venturi FiO₂ 30%.

In data 20/03/2015 veniva rimosso il drenaggio toracico, che doveva però veniva subito dopo sostituito con pleurocath per la comparsa di enfisema sottocutaneo toracico dx e falda di PNX.

Nei giorni seguenti le condizioni generali miglioravano molto gradualmente, la febbre scompariva, il paziente riprendeva respiro spontaneo, restava però sempre molto confuso, soporoso ma risvegliabile, eseguiva ordini semplici.

In data 25/03/2015 veniva trasferito nella U.O. di Chirurgia Toracica in attesa di essere ritrasferito in Malattie Infettive dove rientrava il 27/03/15. In questa sede il paziente appariva all'esame obiettivo

vigile, collaborante anche se a tratti disorientato, sempre in NPT. La PCR in data 6/4 risultava 35,6 mg/L.

In data 10/04/2015 una RM encefalo evidenziava “invariati i segni di sofferenza vascolare ischemica, sempre apprezzabile la lesione ... livello della cisterna laterobulbare sn, compatibile con focolaio meningitico leptomeningeo..”.

L'EEG del 14/04/2015 segnalava tracciato con anomalie fronto temporali sn su tracciato di base lento.

In data 15/04/2015 perveniva dal [REDACTED] di Roma la risposta della ricerca mediante Polimerase Chain Reaction di acidi nucleici fungini sul frammento di sequestro polmonare inviato il 12/03: la risposta era positiva per *Aspergillus flavus*, lo stesso micete veniva isolato dalla coltura e si dimostrava resistente alla amphotericina B (CMI > 2 mcg/ml), alla fluorocitosina ed al fluconazolo.

Il giorno successivo (16/04) da pus della regione inguinale veniva isolato un ceppo di *Klebsiella pneumoniae*.

In data 20/04/2015 le condizioni generali del Sig. *Per_1* apparivano in graduale miglioramento tanto che si ipotizzava una visita fisiatrica per concordare un possibile trasferimento in struttura di riabilitazione.

Purtroppo, il giorno 01/05/2015 compariva febbre elevata, insorgeva shock settico, i GB scendevano a 3000/mm³ (3/5), i GR scendevano a 2700000/mm³, la PCR saliva a 200 mg/L con PCT 2,85; dall'emocoltura si isolava un ceppo di *Klebsiella pneumoniae* KPC. Veniva immediatamente iniziata (già dal giorno 1/5) terapia con tigeciclina, meropenem ed ertapenem.

Una visita anestesiológica del 09/05/2015 nel reparto di Malattie Infettive confermava che il paziente era in stato di shock settico con buon controllo emodinamico con noradrenalina; consigliava prosecuzione della terapia e controllo anestesiológico il giorno dopo. La PCR del 10/5 risultava 254 mg/L.

Una Tac torace del 13/5 evidenziava: “abbondante materiale endoluminale a densità mucoide a livello del bronco principale sn; atelectasia completa del polmone sn. a carico del lobo sup ed inf dx sono presenti addensamenti parenchimali peribronchiali in parte consolidativi, di verosimile significato flogistico. Esiti di intervento chirurgico di resezione”.

La sera stessa del 13/05, alle ore 23:19, il paziente veniva trasferito d'urgenza in Terapia Intensiva in condizioni cliniche estremamente gravi, in manifesto stato di shock (PA 80/40) ed insufficienza respiratoria che richiedeva l'intubazione orotracheale e l'assistenza ventilatoria meccanica. Le condizioni del paziente rimanevano emodinamicamente instabili e si rendevano necessarie ripetute trasfusioni di sangue.

Durante tutta la degenza in terapia Intensiva il paziente rimaneva altamente febbrile con emocolture ancora positive per *Klebsiella pneumoniae* in data 17/05/2015 e 18/05/2015. La RM cerebrale e cervicale eseguita in data 22/05/2015 evidenziava: “apprezzabili piccole aree di alterato segnale a sede pontina, nelle sequenze Flair-T2, con diffusione assente, con contrast enhancement negativo dopo MdC; dopo introduzione di MdC appare meno rappresentata la presa di contrasto a livello bulbo-pontino precedentemente descritta. Importanti manifestazioni flogistiche sinusali e mastoidee bilaterali, invariati i restanti rilievi...apprezzabile l'alterazione di segnale a livello dei somi e delle limitanti di C6-

C7 riferibili al noto processo spondilodiscitico, non più apprezzabile il tessuto patologico precedentemente descritto a sede retrosomatica C6-C7 con riespansione delle cisterne perimidollari anteriori”.

In data 25/05/2015 veniva eseguita Rx torace che evidenziava opacità interstizio alveolari bilaterali in parte confluenti. Veniva anche eseguita il 01/06 ecografia addome che non evidenziava patologie degne di nota e due controlli EEG che escludevano grossolane alterazioni elettriche cerebrali.

A seguito del perdurare dell'insufficienza respiratoria non potendo estubare il paziente, in data 25/05/2015 si procedeva a tracheotomia chirurgica al secondo anello tracheale con posizionamento di cannula 8 cuffiata. Il Sig. **Per_1** veniva svezzato dal ventilatore in data 08/06/2015; in data 14/06/2015 ricompariva leucocitosi con rialzo della PCR (130 mg/L il 16/06/2015) ed alterazione della coagulazione. Il tampone rettale per Klebsiella, in data 15/06/2015, risultava sempre positivo così come il tampone dell'exit-site della tracheostomia.

Il paziente veniva ritrasferito nel reparto di Malattie Infettive il 16/06/2015, vigile, cosciente, scarsamente collaborante, in ventilazione spontanea, eupoico.

In data 17/06/2015 una emocoltura da catetere venoso risultava negativa mentre risultava positiva per Staphylococcus epidermidis resistente a oxacilina, chinoloni e macrolidi in una emocoltura da vena periferica; colture da vena poi ripetute nei giorni successivi fino al 29/06 risultavano tutte negative. La PCR del 17/06 risultava 196 mg/L e saliva a 249mg/L il 19/6.

Il paziente rimaneva stazionario, sempre in condizioni scadenti gravi, febbricola, in alimentazione parenterale, con parametri vitali nella norma; veniva ripetutamente trasfuso ed aspirato, sempre in terapia antalgica con morfina.

In data 23/06/2015 si assisteva alla ripresa di saltuarie puntate febbrili, per cui veniva proseguita la terapia in corso a base di voriconazolo, micofungina, tigeciclina, gentamicina e cefepime, proseguivano ripetute aspirazioni tracheo bronchiali attraverso la tracheostomia; il CVC restava sempre in sede.

In data 07/07/2015 veniva sospesa, in accordo con i parenti, ogni terapia antibiotica.

Il data 12/07/2015 compariva nuovamente febbre elevata, il paziente appariva notevolmente più soporoso, non contattabile, la PA risultava 95/65 ed erano presenti abbondanti secrezioni purulente a livello tracheale.

Il 16/07/2015 si assisteva ad una puntata febbrile a 39° ma, in accordo con i parenti, non veniva ripresa terapia antibiotica alcuna; dal 21/07/2015 il Sig. **Per_1** diventava anurico e le condizioni generali peggioravano ulteriormente con necessità di ulteriori trasfusioni. Il tampone rettale, il 23/07, era sempre positivo per **Per_5** pneumoniae.

A seguito di terapia, riprendeva la diuresi riprendeva e si assisteva nel contempo a ripresa saltuaria della temperatura febbrile (38.2°).

Il giorno 26/07/2015 il Sig. **Per_1** ritornava anurico, con P.A. 70/50 per cui veniva iniziata **Infine**, il 29 luglio la temperatura saliva a 40° e il paziente entrava in coma ed **il giorno** **alle** **decadeva**.

Per gli attori non vi era quindi dubbio che (l'unica) causa del decesso fosse da attribuirsi all'infezione nosocomiale da *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus epidermidis* multiresistente di origine nosocomiale in assenza della quale il paziente avrebbe invece potuto proseguire il suo percorso di cure ed accedere alle terapie riabilitative già programmate.

I danni conseguenti a responsabilità sanitaria sono stati così reclamati:

- iure proprio: risarcimento del danno non patrimoniale da perdita parentale, morale ed esistenziale; risarcimento del danno patrimoniale da lucro cessante.
- iure hareditatis: risarcimento del danno per sofferenza fisica patita dal sig. **Per_1** protrattasi per oltre 7 mesi, dal 15.11.2014 al [REDACTED] e per sofferenza psichica di pari gravità e rilevanza; risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione o sopravvivenza.

Controparte_1 si è costituito in giudizio eccependo, preliminarmente, il difetto di legittimazione attiva degli attori per difetto di prova del rapporto ereditario.

Nel merito ha allegato che la patologia di base del sig. **Per_1** (sequestro polmonare) era una rara malformazione congenita, caratterizzata dalla presenza di un'isola di tessuto polmonare privo di connessione con il sistema bronchiale e vascolarizzato dal circolo sistemico invece che da quello polmonare e, come tale, inidoneo a partecipare efficacemente agli scambi respiratori.

Proprio perché le manifestazioni sintomatologiche legate a tale patologie erano e sono le infezioni ricorrenti, la terapia era basata sull'escissione chirurgica, praticabile solo una volta stabilizzatesi le condizioni generali (le condizioni del sig. **Per_1** e il susseguirsi delle infezioni da lui contratte a cagione del suo stato di immunodepressione non ne rendevano possibile l'immediata esecuzione).

Tutto l'operato dei sanitari, secondo parte convenuta, era stato in ogni caso corretto: i sanitari avevano infatti posto correttamente diagnosi di sequestro polmonare durante il ricovero avvenuto dal 15.11.2014 al 6.12.2014; avevano rilevato un'infezione (già presente) del tessuto sequestrato ed impostato terapia antibiotica, eseguendo esami microbiologici dai quali non veniva rilevata la presenza di Aspergillo; avevano dimesso il paziente che veniva nuovamente ricoverato il 17.12.2014 per un episodio infettivo aspecifico, caratterizzato da febbre e malessere generale; avevano effettuato nuovi esami (negativi) che unicamente evidenziavano una candidosi oro-faringea, indicativa di una compromissione delle difese immunitarie, per cui era correttamente impostata terapia con Mycostatin; avevano nuovamente dimesso il paziente il 19.12.2014, ma il 12.01.2015 il sig. **Per_1** presentava un nuovo grave episodio infettivo, caratterizzato da meningoencefalite e spondilodiscite da Aspergillo; tale infezione micotica polmonare, per il tipo di microrganismo coinvolto, non era in alcun modo riconducibile al contesto ospedaliero ed era in ogni caso prontamente diagnosticata e trattata; **solo ad inizio marzo 2015 era segnalata, per la prima volta, la colonizzazione da *Klebsiella* KPC su espettorato** che ci contestava recisamente potesse avere origine nosocomiale in quanto l'Ospedale aveva posto in essere tutti i protocolli in uso per il contenimento del rischio infettivo; che a quel punto, impostata adeguata terapia, il sig. **Per_1** era stato sottoposto ad intervento di escissione del sequestro polmonare e, a distanza di due mesi dall'intervento, i medici iniziavano ad organizzare un possibile trasferimento del paziente in struttura riabilitativa per allontanarlo dall'ambiente ospedaliero, considerato l'elevato rischio infettivo al quale era soggetto; che le sue condizioni, pur stabili da punto di vista emodinamico, non tornavano comunque ad essere quelle precedenti al ricovero; che poco prima che il paziente potesse essere trasferito **si verificava un episodio settico con emocolture positive per *Klebsiella* KPC che rendevano necessario il ricovero presso il Reparto di Terapia Intensiva in relazione al quale**

veniva impostata adeguata terapia che non dava tuttavia riscontro, su un paziente dal quadro neurologico fortemente compromesso, e non consentiva di evitare il decesso.

Sulla scorta di tali allegazioni parte convenuta ha negato qualsivoglia responsabilità in ordine al decesso del sig. **Per_1**, sia per la correttezza delle cure impostate e per l'adeguatezza delle misure precauzionali adottate per fronteggiare il rischio infettivo, sia l'inevitabilità dell'evento, attesa l'autonoma idoneità lesiva delle patologie preesistenti dalle quali risultava affetto il paziente che rendevano la prognosi sfavorevole e il decorso inesorabile.

2. Sulla causa del decesso e sulla responsabilità di parte convenuta

Il sig. **Per_1 è deceduto – secondo quanto indicato dal collegio peritale nella prima relazione – per sepsi da Klebsiella pn KPC e pan resistente di origine nosocomiale (cfr. ctu pag. 53), contratta dal paziente durante la sua degenza presso il reparto Malattie Infettive dell'ospedale convenuto (cfr. ctu pag. 48); l'infezione, tuttavia, come affermato, ha rappresentato l'evento finale “innescato” da una patologia multiorgano ad eziologia da funghi resistente alla terapia impostata (infezione da Aspergillus flavus, estranea all'operato dei sanitari) che aveva fortemente debilitato il paziente, già sottoposto presso il Nosocomio convenuto ad intervento di exeresi del sequestro polmonare ivi diagnosticato.**

Secondo quanto indicato dal collegio peritale nella prima relazione, in altri termini, l'infezione da Klebsiella pc KPC avrebbe svolto un ruolo causale nel decesso del sig. **Per_1 (cfr. ctu pag. 53), la cui (fragile) condizione di salute pregressa (costituita dall'infezione micotica grave con localizzazioni encefaliche e discitiche, cfr. ctu pag. 52), avrebbe rappresentato terreno fertile per la colonizzazione (a partire dall'intestino) dei batteri (poi traslocati nel torrente ematico).**

Sempre secondo quanto indicato in sede di primo elaborato l'infezione micotica da Aspergillus (estranea all'operato dei sanitari) aveva complicato il quadro clinico (già complesso) e l'iter terapeutico del sig. **Per_1 (cfr. ctu pag. 54) e, nella forma contratta dal paziente (meningoencefalite e spondilodiscite) aveva letalità che poteva attestarsi oltre il 75%. Considerato che l'infezione da Klebsiella Pneumoniae KPC, contratta in ambito ospedaliero, aveva letalità, in astratto, pari al 50%, in conclusione i ctu avevano affermato che la sepsi nosocomiale da Klebsiella aveva ridotto di circa il 25% le possibilità di sopravvivenza del sig. **Per_1** (cfr. ctu pag. 55).**

La contraddittorietà delle espressioni utilizzate dal collegio peritale (che da un lato individuavano la sepsi nosocomiale come causa del decesso e dall'altro affermavano, in considerazione del grave quadro clinico preesistente, che la sepsi nosocomiale aveva ridotto le chance di sopravvivenza del sig. **Per_1) ha imposto un supplemento di ctu, licenziato al fine di verificare, in concreto, se la condizione di salute pregressa del paziente fosse comunque tale da condurlo, sia pure in tempi differenti, al decesso (cfr. supplemento sui quesiti espressamente indicati con ordinanza 26 gennaio 2023), a prescindere dalla sepsi nosocomiale.**

Il supplemento di ctu – sia pure con le precisazioni che saranno appresso indicate - consente di dare una risposta univoca al caso, partendo, anzitutto, dai dati che possono ritenersi pacifici e di univoca interpretazione, primo fra tutti la natura e l'origine dell'infezione da Klebsiella pneumoniae da KPC contratta dal sig. **Per_1 .**

L'origine nosocomiale dell'infezione è dato che il collegio peritale ha sostenuto sempre, sia nella prima ctu che in sede di supplemento, senza possibilità di smentita: ha efficacemente spiegato il ragionamento sotteso al proprio convincimento, che il giudicante fa integralmente proprio e a cui si rimanda integralmente (cfr. in particolare pagg. 46, 47, 48, 50 e 51 della relazione) e che neppure il ct di parte convenuto ha mai potuto confutare con convinzione (affermando sostanzialmente di “non poter escludere l'origine nosocomiale della Klebsiella ^{Perso}”, cfr. osservazioni ctu pag. 61).

La difesa di parte convenuta è semmai stata altra ed orientata a dimostrare l'inevitabilità del contagio e l'adeguatezza delle cure apprestate.

È opportuno segnalare che nel caso in esame non è tuttavia in discussione l'operato dei sanitari rispetto alla diagnosi della patologia di base posta (sequestro polmonare), né rispetto alle cure apprestate durante i ricoveri, anche per fronteggiare la grave infezione micotica da *Aspergillus flavus* (si ripete estranea all'operato dei medici), né rispetto all'intervento di exeresi eseguito.

Gli unici aspetti che sono stati oggetto di approfondimento sono quelli che attengono: 1) alla riferibilità dell'infezione da Klebsiella KPC all'ambiente ospedaliero; 2) alla sua rilevanza causale rispetto all'evento morte, in un contesto in cui il paziente risultava già affetto da una situazione di salute pregressa particolarmente invalidante.

Rispetto al primo aspetto (riferibilità dell'infezione da Klebsiella KPC all'ambiente ospedaliero), la perizia licenziata nel presente giudizio ha indicato (cfr pagg da 25 a 42) quali sono i meccanismi che regolano la “resistenza” (indotta da trattamenti antibiotici protratti nel tempo) e la diffusione (da paziente a paziente, in ambito ospedaliero) del genere Klebsiella (costituito da batteri Gram negativi appartenenti alla famiglia delle enterobacteriaceae normalmente presenti nella flora batterica intestinale) e ha spiegato le strategie mirate che devono essere adottate per scongiurare i rischi di contagio.

Il collegio peritale ha valorizzato il dato che il sig. ^{Per_1} era risultato **negativo ai tamponi rettali per la ricerca della Klebsiella KPC sia in occasione del primo ricovero (dal 15/11 al 6/12) che del secondo (dal 17/12 al 19/12) e che solo in occasione del terzo ricovero (dal 12/1) nelle date 3/3 e 12/3 veniva isolato dall'espettorato un ceppo di Klebsiella Pneumoniae KPC e il 16/3 il tampone rettale era risultato positivo per Klebsiella Pneumoniae (prima di queste date, durante il terzo ricovero, non risultano effettuati altri tamponi per la ricerca di Klebsiella).**

Ha altresì valorizzato il dato che a far data dal 24 gennaio 2015, allorchè era stata diagnosticata la patologia meningoencefalitica di ancora incerta attribuzione eziologica, era stato introdotto quale antibiotico il carbapenemico, terapia proseguita sino al giorno 9 febbraio 2015 e poi ripresa in data 1 marzo 2015 in associazione con Piperacillina-Tazobactam (condizione che rappresenta quella somministrazione sistemica descritta a pag. 42 dell'elaborato peritale in grado di produrre sostanze ematiche – carbapenemasi – a loro volta capaci di rendere inefficaci gli antibiotici stessi).

Ed ha infine rimarcato che l'esame antibiogramma su questi plurimi tamponi risultati positivi identificava una resistenza della Klebsiella pn non soltanto ai carbapenemi ma anche a colistina, amino glicoside e fosfomicina, fenomeno non del tutto spiegabile con la sola pressione selettiva dovuta alla somministrazione di carbapenemi ma più probabilmente come un'entità di resistenza nosocomiale trasmessa al paziente durante il lungo ricovero (cfr. ctu pag. 44).

Al fine di indagare ancor meglio sull'origine dell'infezione il collegio peritale ha non solo esaminato i documenti prodotti dall'azienda ospedaliera che illustrano le modalità organizzate identificate il contrasto alla diffusione di batteri multiresistenti (a. Screening per la identificazione dei pazienti colonizzati da enterobatteri produttori di carbapenemasi, in reparti ad elevato rischio e nei contatti, e indicazioni operative per interrompere la trasmissione REV 5 datata 30/04/2015 DOC IOAZU76_0036; b. Screening per la identificazione dei pazienti colonizzati da enterobatteri produttori di carbapenemasi, in reparti ad elevato rischio e nei contatti, e indicazioni operative per interrompere la trasmissione REV 4 datata 10/03/2014 IOAZU76_0036; c. Gestione dei microrganismi sentinella REV 1 09/04/2013 IOAZU76_0043; d. Raccomandazioni per le misure di isolamento in Ospedale Revisione 02 Data 31/07/2012 LGAZU76_0002) ma ha inoltre inoltrato richiesta alla Direzione Sanitaria del [REDACTED] (4 gennaio 2021) di documentazione aggiuntiva. In particolare, la richiesta verteva sulla produzione di documenti relativi agli isolamenti colturali avvenuti presso l' CP_1 su liquidi biologici (tamponi rettali, emocolture, urino colture, colture da drenaggi, espettorati e bronco aspirati) in cui erano presenti microrganismi sentinella ed in particolare germi della specie Klebsiella pn KPC negli anni 2014 e 2015 (Allegato 1 e 2).

La Direzione nella persona del Prof. Persona_7 Direttore dell Controparte_7 [...], oltre a fornire questa documentazione ha prodotto anche la sintesi degli isolamenti avvenuti da campioni biologici del Sig. Per_1 (allegato 3) ed ha fornito spiegazioni sull'organizzazione del percorso informativo attuativo della procedura aziendale IOAZU76_0036 caratterizzando la filiera sino all'analisi statistica mediante software Epi-Info 7.

Ebbene, il collegio peritale ha chiaramente affermato che **la possibilità di accertare se si fosse trattato di una vera e proprio infezione nosocomiale (scaturita cioè da un carrier infettante) o di un caso di resistenza cosiddetta “indice” e quindi primaria poteva giungere proprio dall'esame della documentazione microbiologica: se la documentazione presentata dalla Direzione del [REDACTED] – scrive il collegio peritale – fornisce sufficienti informazioni sugli antibiogrammi di Klebsiella isolati e segnalati nel periodo di ricovero del sig. Per_1 sarebbe più sostenibile la seconda ipotesi ventilata e cioè una colonizzazione endogena; nel caso invece di ceppi identici a quello isolato nel paziente in oggetto sarebbe più probabile una trasmissione ospedaliera del microrganismo attraverso portatore e quindi la forte la probabilità che si sia trattato di trasmissione nosocomiale.**

Il collegio peritale prosegue affermando che la disamina di tutto il materiale informatico (34 pagine per l'allegato 1 relativo al 2014 e 56 pagine per l'allegato 2 relativo al 2015) non si è dimostrato di grande aiuto in quanto gli Alert infezioni/microrganismi nelle caselle delle resistenze riportano quasi esclusivamente la resistenza ad Imipenem e Meropenem. Nel 2014, secondo i dati forniti su 1203 campioni processati sono segnalati 9 panresistenze a colistina, nel 2015 su 1274 segnalazioni sentinella soltanto 3 panresistenze a colistina.

Ed aggiunge che il **dubbio sostanziale è avvenuto dalla disamina del documento relativo agli isolamenti di microrganismi sentinella del sig. Per_1 (allegato 3). L'isolamento del tampone rettale prelevato in data 12 marzo 2015 evidenzia sulla scheda Alert la sola resistenza ad Imipenem e Meropenem mentre sappiamo bene che dalla consultazione delle cartelle cliniche, su tale ceppo, si evidenziò una resistenza non soltanto ai carbapenemi ma soprattutto a colistina (dato che avrebbe dovuto essere segnalato dal programma) ed inoltre a fosfomicina ed amino glicoside. Dato poi evidenziato nell'isolamento da emocoltura del giorno 4.05.2014.**

Appare quindi evidente che i documenti forniti da parte convenuta non provano né l'origine endogena dell'infezione né l'adozione di un sistema di controlli mirati ed efficaci atti a contenere il rischio di contagio su un paziente estremamente fragile: i documenti prodotti in altri termini “descrivono” – ma non provano – e confermano che l'applicazione della stessa procedura era verificata solo a campione dal personale della U.O. di Igiene del Policlinico (Allegato 4).

L'affermazione di responsabilità segue, quindi, in applicazione degli **oneri probatori che incombono sul danneggiante in caso di infezione nosocomiale**.

Si richiama sul punto, Cassazione civile n. 6386/2023 che ha chiarito, **con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, che la struttura sanitaria ha il preciso onere di provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico.**

In particolare, a fronte, dell'allegazione della relativa contrazione delle infezioni in ambito ospedaliero, ed ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni stesse, **la struttura sanitaria potrà fornire, in linea generale:**

- a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
- b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
- c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami;
- d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;
- e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
- f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;
- g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;
- h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;
- i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali;
- j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;
- k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
- l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;
- m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

L'assolvimento in concreto di tali indicazioni non risulta provato nel caso in esame.

Quindi la tesi quindi che l'infezione – di origine nosocomiale secondo la regola civilistica del *più probabile che non* – sia evento non imputabile e non altrimenti evitabile è destituita di prova e fondamento.

Rispetto al secondo aspetto (rilevanza causale dell'infezione da *Klebsiella* KPC rispetto all'evento morte), le conclusioni rassegnate dal collegio peritale nella prima perizia vanno necessariamente lette e rilette anche alla luce del supplemento peritale licenziato: nel primo elaborato i consulenti, infatti, come detto, da un lato avevano ritenuto “certo” che il decesso del sig. **Per_1** fosse avvenuto a causa dell'infezione nosocomiale; dall'altro, in ragione della grave infezione pregressa di origine funginea che lo aveva fortemente debilitato si erano espressi per una riduzione delle “chance” di sopravvivenza, stimabili in misura pari al 25% (è noto che, giuridicamente parlando, causare il decesso è fatto ben distinto dal dare causa ad una riduzione della chance di sopravvivenza del paziente).

Il supplemento peritale (pur introducendo, a rigore, una “terminologia” ancora differente, che è quello della riduzione della durata della vita, o anticipazione dell’evento morte, fatto “giuridico” ancora diverso che presuppone l’indicazione certa o altamente probabile del tempo di vita non vissuto), licenziato proprio al fine di fugare ogni dubbio rispetto all’ incidenza causale dell’infezione nosocomiale rispetto all’evento morte, consente in ogni caso di poter dare una risposta adeguata.

È noto, infatti, che la terminologia medico legale deve essere opportunamente chiarita e valorizzata nel contesto giuridico di riferimento: il collegio peritale ha ritenuto l’infezione nosocomiale “certa” causa del decesso perché, da un punto di vista medico legale, l’infezione nosocomiale ha rappresentato l’ultimo evento che si è inserito nella sequela di complicazioni al quale il paziente è andato incontro. Compito del giudice è, tuttavia, accertare se quella sequela, con una condotta improntata a maggiore diligenza e perizia, avrebbe potuto essere arrestata e se il paziente sarebbe potuto andare incontro a guarigione o quanto meno prolungare significativamente nel tempo la sua sopravvivenza (il che presuppone una risposta univoca e certa – in base alla regola causale del più probabile che non - sulla verosimile guarigione o sul maggior tempo di sopravvivenza – o vita non vissuta - dato dalla formula $x \text{ (data del decesso)} + y \text{ (data in cui la morte si sarebbe verificata in assenza dell'errore medico)}$, sul punto Cassazione civile n. 26851/2023. Se ciò non risulta – nel senso che la consulenza non offre una risposta univoca - il nesso causale tra condotta colpevole (commissiva od omissiva) ed evento morte non sussiste. Al più, ove le conclusioni del perito siano espresse in termini di insanabile incertezza rispetto ad una maggiore durata della vita o minori sofferenze patibili, potrà predicarsi un danno da perdita della “possibilità” di conseguire il risultato sperato, che è cosa diversa sul piano eventistico dal mancato raggiungimento, certo o altamente probabile, di quello stesso risultato finale.

È infatti ormai acquisito nella giurisprudenza assolutamente dominante il concetto secondo cui è "causa" di un evento quell'antecedente senza il quale l'evento stesso non si sarebbe verificato: un comportamento umano è dunque causa di un evento solo se, senza di esso, l'evento non si sarebbe verificato (formula positiva); non lo è se, anche in mancanza di tale comportamento, l'evento si sarebbe verificato egualmente (formula negativa).

Da questo concetto nasce la nozione di giudizio controfattuale ("contro i fatti"), che è l'operazione intellettuale mediante la quale, pensando assente una determinata condizione (la condotta antiggiuridica tenuta), ci si chiede se, nella situazione così mutata, si sarebbe verificata, oppure no, la medesima conseguenza: se dovesse giungersi a conclusioni positive, risulterebbe, infatti, evidente che la condotta del responsabile non costituirebbe causa dell'evento. Il giudizio controfattuale costituisce, pertanto, il fondamento della teoria della causalità accolta dal nostro codice e cioè della teoria condizionalistica. Esso impone di accertare se la condotta doverosa omessa, qualora eseguita, avrebbe potuto evitare l'evento, per cui richiede preliminarmente l'accertamento di ciò che è effettivamente accaduto e cioè la formulazione del c.d. giudizio esplicativo. Per effettuare il giudizio controfattuale è, quindi, necessario ricostruire, con precisione, la sequenza fattuale che ha condotto all'evento, chiedendosi poi se, ipotizzando come realizzata la condotta dovuta dall'agente, l'evento lesivo sarebbe stato o meno evitato o posticipato.

Altrettanto noto è che il giudizio controfattuale viene effettuato sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica e che, di regola, non è consentito dedurre “automaticamente” dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi sull'esistenza del nesso causale perché esiste sempre la possibilità che il coefficiente

salvifico di probabilità statistica - idoneo a ricondurre causalmente l'evento al comportamento omissivo del medico - possa essere "modificato" dagli ulteriori dati indiziari processualmente emersi, mediante l'analisi delle particolarità del caso concreto (a tal proposito si parla quindi di probabilità logica, cfr. Cassazione civile n. 21530/2021; Cassazione civile n. 6386/2023).

Alla luce di un attento esame dei dati disponibili, si ritiene che parte convenuta sia civilmente responsabile per l'infezione, di chiara natura nosocomiale, contratta dal sig. Per_1 durante la sua prolungata degenza ma che la condotta omessa dal personale sanitario abbia avuto quale unico effetto, sul piano giuridico, quello di aver fatto perdere al sig. Per_1 delle "chance" di sopravvivenza, stimabili in misura pari al 25%, e non abbia invece avuto efficienza causale quoad mortem: ciò in considerazione della percentuale di letalità dell'infezione micotica disseminata da *Aspergillus* con localizzazioni meningoencefalitiche e spondilodiscitiche contratta dal sig. Per_1 (estranea all'operato dei sanitari) e lo specifico contesto di riferimento (evoluzione della patologia e resistenza alla terapia impostata).

A tanto si perviene sulla scorta dei principi di diritto elaborato dalla prevalente giurisprudenza di legittimità sul tema della rilevanza delle condizioni di salute pregresse del paziente, di seguito indicati.

In termini generali, in tema di responsabilità medica e professionale, le condizioni patologiche preesistenti devono essere riguardate come concause dell'evento, che, secondo insegnamento da tempo acquisito, sono irrilevanti agli effetti della determinazione e commisurazione della responsabilità (Cassazione civile n. 31058/2023).

In applicazione di tale principio, nell'ambito della responsabilità medica, le pregresse situazioni patologiche del paziente sono prive di efficacia interruttiva del rapporto eziologico ex art. 41 c.p., anche se eventualmente preponderanti, secondo un principio condiviso anche da altre giurisdizioni, da tempo predicative della c.d. thin skull rule (cfr. sentenza citata in motivazione).

I possibili "temperamenti" alla predetta regola causale – che rilevano nel caso che occupa - sono sostanzialmente due: 1) o il danneggiante è in grado di dimostrare con certezza – secondo la regola civilistica del più probabile che non - l'idoneità "esclusiva" della condizione patologica pregressa nella produzione dell'evento di danno (nel caso di specie morte): in tale caso potrà sottrarsi integralmente ad un giudizio di responsabilità; 2) o permane una situazione di incertezza assoluta sulla rilevanza causale della sua condotta rispetto all'evento morte: in tale caso il danneggiante potrà sottrarsi al giudizio di responsabilità rispetto al decesso ma la sua responsabilità potrà essere affermata rispetto alla perdita di "chance" del risultato sperato, che presuppone l'incertezza sull'efficienza causale della condotta illecita quoad mortem ma la certezza – secondo la regola civilistica del più probabile che non – della possibilità perduta).

Peraltro, lo si chiarisce solo per ragioni sistematiche, in presenza di fattori causali concorrenti, l'eventuale riduzione del risarcimento (possibile secondo le regole della causalità giuridica e che la giurisprudenza di legittimità ha elaborato, per lo più, in tema di lesione del bene salute) non è "automaticamente" estensibile al tema del danno rivendicabile iure proprio per lesione del rapporto parentale. Lo afferma chiaramente Cassazione n. 31058/2023 in motivazione: *"la distinguibilità tra la causalità materiale relativa al decesso del (OMISSIS) e la causalità giuridica connessa alla determinazione delle conseguenze dannose del decesso muove dall'erroneo presupposto consistente nell'estensibilità, al caso in esame, dell'insegnamento della giurisprudenza di questa Corte, ai sensi del quale, in tema di responsabilità civile, qualora la produzione di un evento dannoso risulti*

riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale (come il pregresso stato di invalidita' del danneggiato), l'autore del fatto illecito risponde, in base ai criteri della causalita' naturale, di tutti i danni che ne sono derivati, a nulla rilevando che gli stessi siano stati concausati anche da eventi naturali; eventi, viceversa, la cui incidenza rileva ai fini della stima del danno, in l'applicazione del principio della c.d. causalita' giuridica (cfr., ex plurimis, Sez. 6 – 3, Ordinanza n. 27524 del 20/11/2017, Rv. 646830 – 01; Sez. 3, Sentenza n. 24204 del 13/11/2014, Rv. 633497

01).

4. Tali principi hanno trovato frequente applicazione in caso di liquidazione dei danni alla salute, per cui, ove il danneggiato sia affetto da una patologia invalidante pregressa e irreversibile, il danno alla salute concretamente risarcibile dev'essere determinato considerando sia la differenza tra lo stato di invalidita' complessivamente presentato dal danneggiato dopo il fatto illecito e lo stato patologico pregresso, sia la situazione che si sarebbe determinata se non fosse intervenuto il fatto lesivo imputabile (cfr. Sez. 6 – 3, Ordinanza n. 27524 del 20/11/2017, cit.).

5. In termini piu' analitici, ove la preesistenza della malattia in capo al danneggiato costituisca una concausa naturale dell'evento di danno, il concorso del fatto umano la rende irrilevante in virtu' del precetto dell'equivalenza causale dettato dall'articolo 41 c.p., sicche' di essa non dovra' tenersi conto nella determinazione del grado di invalidita' permanente e nella liquidazione del danno. In tali casi, peraltro, occorrera' distinguere tra la diversa natura delle patologie preesistenti, assumendo rilievo, sul piano della causalita' giuridica (ai sensi dell'articolo 1223 c.c.), la circostanza che la preesistente menomazione abbia carattere di coesistenza o di concorrenza. In particolare, la pregressa menomazione coesistente e', di norma, irrilevante rispetto ai postumi dell'illecito apprezzati secondo un criterio controfattuale (vale a dire stabilendo cosa sarebbe accaduto se l'illecito non si fosse verificato), sicche' anche di essa non dovra' tenersi conto nella determinazione del grado di invalidita' permanente e nella liquidazione del danno; viceversa, secondo lo stesso criterio, quella concorrente assume rilievo in quanto gli effetti invalidanti sono meno gravi, se isolata, e piu' gravi, se associata ad altra menomazione (anche se afferente ad organo diverso) sicche' di essa dovra' tenersi conto ai fini della liquidazione del risarcimento del danno (cfr. Sez. 3, Sentenza n. 17555 del 21/08/2020, Rv. 658622 – 02; Sez. 3, Sentenza n. 28986 del 11/11/2019, Rv. 656174 – 01).

6. I principi cosi' rassegnati dalla giurisprudenza di questa Corte, tuttavia, devono ritenersi tali da non assumere alcun rilievo nel caso di specie, mentre ragionevolmente trovano applicazione nei casi in cui si faccia questione della liquidazione di un pregiudizio alla salute denunciato dal soggetto danneggiato, il quale, portatore di una pregressa patologia indipendente dal fatto illecito, e' legittimato a rivendicare, a titolo risarcitorio, le sole conseguenze dannose effettivamente e concretamente prodotte dall'illecito, necessariamente depurate (in tesi) dall'incidenza della pregressa patologia concorrente responsabile dell'aggravamento delle complessive conseguenze prodotte sul proprio stato di salute.

7. Nel caso di specie, viceversa, la natura delle conseguenze dannose denunciate dai congiunti della vittima dell'illecito (deceduta) non attiene alla determinazione dei pregiudizi alla salute provocati direttamente a carico del danneggiato gravato da una pregressa patologia (si' che ragionevolmente di quest'ultima occorrera' tener conto ai fini della determinazione concreta delle conseguenze effettivamente provocate dal danneggiante), bensì a carico dei congiunti della vittima dell'illecito deceduta; congiunti, la cui rivendicazione risarcitoria risulta immediatamente riferita, non gia' alla lesione di un danno alla salute (ossia alla reintegrazione delle conseguenze di un pregiudizio inferto al diritto garantito, in primo luogo, dall'articolo 32 Cost.), quanto invece alle conseguenze consistite nella definitiva cancellazione, in virtu' dell'illecito, della relazione affettiva gia' intrattenuta con la persona deceduta e, dunque, a situazioni soggettive connesse alla coltivazione delle proprie relazioni in ambito familiare o, in ogni caso, affettivo, rilevanti ai sensi dell'articolo 29 o, in ogni caso, dell'articolo 2 Cost., trattandosi di aspetti dell'esperienza individuale misurabili sul piano dello svolgimento della personalita' e/o dell'integrita' delle formazioni sociali in cui tale svolgimento e'

destinato a compiersi.
8. Appare, pertanto, del tutto evidente come l'integrità psico-fisica pregressa della persona deceduta risulti del tutto irrilevante in relazione all'intensità o alla gravità dell'incidenza sulla sfera giuridica dei congiunti-danneggiati, dovendo evidentemente escludersi che la gravità o l'intensità del pregiudizio non patrimoniale arrecato attraverso l'uccisione di un proprio congiunto (nelle sue due dimensioni, emotivo-soggettiva e dinamico-relazionale) valga a porsi alla stregua di una funzione della maggiore o minore integrità psicofisica pregressa dell'ucciso.
9. Del tutto correttamente, pertanto, il giudice a quo ha considerato nella loro interezza l'entità delle conseguenze dannose sofferte dai congiunti della persona deceduta, astenendosi dall'apportare alcuna riduzione in conseguenza delle pregresse patologie sofferte da (OMISSIS).

Quel che si apprende, in altri termini, anche da giurisprudenza precedente, è che un conto è il danno rivendicato *iure haereditatis* dai parenti della vittima (danno al bene salute patito, sia in termini morali che relazionali; danno da perdita di chance di maggiore sopravvivenza) che può subire un ridimensionamento ove vi sia la prova, in concreto, che la situazione di salute pregressa abbia avuto un effettivo ruolo concausale sul decesso (perché la lesione complessiva del bene salute è in parte riconducibile all'operato dei sanitari, in parte alle proprie condizioni pregresse, sicché il suo deterioramento deve essere risarcito in termini differenziali); altro conto è il danno rivendicato *iure proprio*, per la perdita del rapporto parentale, che è di norma insensibile alle condizioni di salute pregresso, salvo (e lo si ricava espressamente da Cassazione civile n. 15991/2021) che vi sia prova effettiva che le condizioni invalidanti fossero tali da condurre a morte il paziente, sia pure non *hic et nunc*, sicché il risarcimento del danno (non tanto da sofferenza intima quanto da condivisione delle relazioni) sarà proporzionato al tempo in cui i congiunti avrebbero potuto effettivamente ancora godere dell'affetto del proprio caro che è stato anzitempo sottratto al suo inesorabile destino.

Tanto è affermato anche da Cassazione civile n. 18284/2021: “Sotto altro profilo, si è da questa Corte ulteriormente posto in rilievo che in caso di stato di invalidità pregresso dotato di efficacia concausale nella determinazione dell'unica e complessiva situazione patologica riscontrata, allo stesso non può attribuirsi rilievo sul piano degli elementi costitutivi dell'illecito, e in particolare della ricostruzione del nesso di causalità tra detta condotta e l'evento dannoso, appartenendo ad una serie causale del tutto autonoma rispetto a quella in cui si inserisce il contegno del danneggiante (nella specie, il sanitario) unicamente sul piano della determinazione equitativa del danno, potendo pertanto pervenirsi -sulla base di una valutazione da effettuarsi, in difetto di qualsiasi automatismo riduttivo, con ragionevole e prudente apprezzamento di tutte le circostanze del caso concreto- a una delimitazione del quantum del risarcimento (v. Cass., 21/7/2011, n. 15991. Cfr. altresì Cass., 29/2/2016, n. 3893; Cass., 21/8/2018, n. 20829 e Cass., 18/4/2019, n. 10812).

Si è al riguardo da questa Corte precisato che tale stato di invalidità pregresso non può tuttavia rilevare ove si tratti di danni risarcibili *iure proprio* ai congiunti, potendo condurre ad una riduzione del quantum dei pregiudizi risarcibili *iure successionis*, sempre che il danneggiante fornisca la prova che la conseguenza dannosa dell'evento (nella specie, la morte) sia stata cagionata anche dal pregresso stato di invalidità, sicché ove il danneggiato già in condizioni invalidanti di per sé idonee a condurlo alla morte deceda in conseguenza di eventuali condotte (commissive od omissive) di terzi, la risarcibilità *iure proprio* del danno (patrimoniale e) non patrimoniale riconosciuto ai congiunti può subire un ridimensionamento solamente in ragione della diversa considerazione del verosimile arco temporale in cui i congiunti avrebbero potuto ancora godere (sia sul piano affettivo che economico) del rapporto con il soggetto anzitempo deceduto (v. Cass., 21/7/2011, n. 15991)”.

Quindi per riassumere:

- La condotta sanitaria colpevole, in presenza di condizioni di salute patologiche pregresse invalidanti, non rileva (nel senso che non comporta responsabilità), in caso di decesso del paziente, solo se dette condizioni avrebbero in ogni caso portato alla morte del paziente in quello specifico contesto (hic et nunc) più probabilmente che non; andrà affermata in ogni altro caso, anche laddove la condizione patologica pregressa abbia avuto un ruolo concausale preponderante, potendo solo eventualmente essere contenuta nel quantum, secondo quanto sopra indicato, a seconda del bene giuridico che si assume leso (bene salute del paziente, la cui lesione viene fatta valere *iure haereditatis* dai parenti della vittima; lesione del rapporto parentale, fatto valere *iure proprio*); ciò vale anche per l'ipotesi in cui l'evento morte sia stato solo anticipato (perché si sarebbe verificato dopo un tempo certo, ma non in quel momento);
- Viceversa, ove non sia possibile accertare se il trattamento sanitario colposamente tenuto od omissso avrebbe consentito la guarigione del paziente o avrebbe garantito un (certo e determinato) maggior periodo di sopravvivenza; ove non sia possibile accertare se le condizioni di salute patologiche pregresse invalidanti avrebbero, anche in presenza di un trattamento sanitario adeguato, comunque condotto a morte il paziente in quello specifico contesto (hic et nunc) o dopo un lasso di tempo (però incerto nel quantum), allora ci si muove in nell'ambito di quella "insanabile incertezza" che può rilevare solo sul diverso piano della perdita di chance.

Alla luce delle considerazioni in fatto e in diritto sopra riportate deve conclusivamente affermarsi che:

a) è provato, rispetto all'infezione da *Klebsiella KPC*, l'inadempimento colposo della struttura ospedaliera (che costituisce fatto costitutivo della responsabilità contrattuale per quanto attiene il danno rivendicato *iure haereditatis* dagli eredi della vittima e che costituisce presupposto della responsabilità extracontrattuale per il danno rivendicato *iure proprio* dai congiunti) perché parte convenuta non ha dato prova del fatto che il contagio fosse evento non prevedibile ed evitabile: anzi il fatto che all'epoca (2015) non vi fossero possibilità terapeutiche in grado di offrire un contrasto efficace all'infezione (cfr. supplemento ctu pag. 4) depongono per un giudizio in termini di "colpa", sul fronte extracontrattuale, o di causa "causa non imputabile", sul fronte contrattuale, ancor più grave, perché l'adozione di misure profilattiche era quanto mai necessario ed essenziale;

c) è provato che l'infezione nosocomiale si è innestata su una condizione patologica pregressa (grave infezione manifestatasi come meningoencefalite e spondilodiscite da *Aspergillus flavus*) che, da sola (probabilità statistica), aveva un tasso di mortalità oltre il 75%, lasciando al paziente una teorica probabilità di sopravvivenza pari al 25% (cfr. supplemento di ctu pag. 3) infezione che, in concreto (probabilità logica), si era dimostrata resistente ad uno dei più validi antimicotici – Amfotericina B, farmaco che abitualmente rappresenta per gli infettivologi una vera e propria ancora di salvezza nei confronti delle infezioni da funghi, anche le più difficili, cfr. ctu pag. 52;

d) è provato, per contro, che l'infezione da *KPC* aveva da sola letalità, in astratto, nel momento in cui il sig. **Per_1** la contrasse, pari al 50%;

e) è provato che il sig. **Per_1** non era in stato di clinico miglioramento prima di contrarre l'infezione da *KPC*, perché la decisione di trasferirlo in un centro di riabilitazione era dettata "non da un miglioramento quanto da un tentativo di allontanare un paziente estremamente fragile in precario equilibrio clinico ad elevato rischio infettivo dall'ambiente ospedaliero", cfr. supplemento ctu pag 7;

f) è provato che vi è una situazione di insanabile incertezza sul fatto che il sig. **Per_1**, in assenza di contrazione di infezione nosocomiale, avrebbe potuto superare l'evento settico fungineo e prolungare la sua sopravvivenza (cfr. supplemento ctu pagg. 3 e 4): il collegio peritale ha chiarito come le segnalazioni in letteratura medica sull'infezione funginea contratta dal paziente sono per lo più aneddotiche e basate su uno scarso numero di casi e che la possibilità di rendere una prognosi sulla possibile evoluzione della malattia avrebbe richiesto un follow up basato su controlli clinici ed efficacia della terapia impostata a lungo termine;

g) quel che è certo è che la possibilità di conseguire dato osservazionali sufficienti per fornire un dato prognostico attendibile sull'infezione invasiva da Aspergillus flavus (le localizzazioni a carico del SNC e dell'apparato scheletrico sono eventi estremamente rari che necessitano di monitoraggio clinico terapeutico strettissimo, cfr. supplemento ctu pag. 6) è stata resa impossibile proprio dall'insorgenza della "nuova e terribile infezione invasiva da Klebsiella pn multiresistente", cfr. supplemento ctu pag. 3.

Quindi l'infezione nosocomiale, che si è innescata su tale patologia, ha neutralizzato totalmente la possibilità, ridotta ma non insignificante, di vivere più a lungo (possibilità non concretamente accertabile nel quantum né predicabile in termini di certezza nell'an, cfr Cassazione civile n. 26851/2023).

L'evento infettivo nosocomiale ha quindi solo ridotto le chance di maggiore sopravvivenza del sig. **Per_1**, che si collocano, giuridicamente, su un piano di *incertezza eventistica del risultato sperato*, mentre non può dirsi raggiunta la prova che il predetto evento lo abbia certamente privato (secondo la regola civilistica del più probabile che non) del bene vita in quanto non è emersa la prova che una diversa condotta (mancato contagio da ^{Perso}) avrebbe, secondo un criterio di ragionevole e preponderante probabilità, anche logica, in relazione al caso concreto, ed in ispecie alle caratteristiche dell'infezione funginea connotata da particolare aggressività, impedito la progressione della malattia, evitato il decesso e consentito la guarigione, alla luce del supplemento di CTU (Cass. n. 5641/2018).

A tale riguardo vale ancora la pena di sottolineare come il caso del sig. **Per_1** sia stato considerato dallo stesso collegio peritale come molto complesso: il paziente, prima della sintomatologia che pose diagnosi per il sequestro polmonare, aveva sostanzialmente goduto di buona salute, fatta eccezione per due episodi di broncopolmonite con pleurite. Gli episodi bronco pneumonici ricorrenti che richiesero il ricovero manifestarono, tuttavia, da subito la loro grave entità (cfr. ctu pag. 49): tra il primo e il secondo ricovero, quando ancora non era insorta l'infezione da KPC, vi era stata una rapida evoluzione negativa del quadro, con calo ponderale significativo (15 chili in due mesi), episodi febbrili, manifestazioni caratterizzate da tremori agli arti superiori, stato confusionale che impedivano al sig. **Per_1** di eseguire anche gli ordini semplici, (cfr. ctu pag. 13-16). Durante il terzo ricovero, prima di essere sottoposto in condizioni peggiorate all'intervento chirurgico di exeresi del sequestro, insorse la grave infezione micotica, in seguito diagnosticata microbiologicamente con isolamento di Aspergillus flavus, che determinò un ulteriore peggioramento dello stato clinico, anche in conseguenza della resistenza del micete alla prima terapia impostata, tale da compromettere anche il successo chirurgico ottenuto con l'intervento di chirurgia toracica (cfr. ctu pag. 50). Ed è solo qui che si sviluppò la colonizzazione da ^{Pers}.

Le lievi note di miglioramento (cfr. ctu pag. 19) registrate a marzo, prima dell'insorgenza dello shock settico, che avevano fatto pensare al trasferimento presso il Reparto fisiiatrico, non sono mai state lette dal collegio peritale come segnale di un'evoluzione positiva della patologia di base perché il sig. **Per_1** "è sempre rimasto un paziente estremamente fragile nel quale il precario equilibrio clinico

dovuto alle patologie di base – meningoencefalite e spondilodiscite micotica pesava in maniera evidente”.

3. Sui danni risarcibili

Alla luce delle soprariferite considerazioni, non può essere risarcito il danno non patrimoniale e patrimoniale preteso **iure proprio dagli attori, che dava per presupposta la riferibilità causale alla condotta dei sanitari dell’evento morte e la risarcibilità delle conseguenze patite per effetto del venir meno del sostegno morale ed economico del proprio familiare.**

Merita di essere, invece, risarcito, il danno non patrimoniale da perdita di chance di sopravvivenza trasmissibile agli attori iure haereditatis (mentre un danno patrimoniale trasmissibile iure hareditatis, benchè genericamente affermato nelle conclusioni, non è stato minimamente supportato da alcun elemento in fatto, nella parte narrativa dell’atto di citazione).

Circa la quantificazione del danno non patrimoniale, la liquidazione correlata ad una perdita di chance propriamente intesa non può che essere effettuata in via equitativa, con una valutazione commisurata alla peculiarità del caso concreto, che tenga conto delle caratteristiche della possibilità perduta e del suo grado di apprezzabilità, serietà e consistenza (rispetto al quale il valore statistico-percentuale, ove accertabile, può costituire solo un criterio orientativo), mentre va sicuramente escluso il ricorso -anche mediato- ai criteri tabellari in uso per la liquidazione del danno da invalidità permanente o da inabilità temporanea che, pur attenendo a danni non patrimoniali, presuppongono la sussistenza di pregiudizi incompatibili con quello derivante da perdita di chance (cfr. Cass. n. 3691/2018).

Il tasso di sopravvivenza indicato dal collegio peritale (25%), che di per sé, non può ritenersi certo labile ed inconsistente, rappresenta l’unico dato sul quale può basarsi la liquidazione, perché non esistono altri dati disponibili sui quali basarsi: la mancata risposta alla terapia farmacologica impostata per prima non è elemento che può di per sé giustificare un ulteriore ribasso della percentuale statistica in quanto solo un’osservazione di più lungo periodo avrebbe potuto fornire elementi. Né vi sono elementi per portare a 50% le chance perdute (come preteso dagli attori), anche alla luce delle risposte alle osservazioni fornite, sul punto dal collegio peritale cui si rimanda (cfr. ctu pag. 59).

Si reputa quindi di riconoscere agli attori la somma complessiva, da dividersi tra i predetti in base alle rispettive quote ereditarie, di **euro 50.000,00** (che si attesta, proporzionalmente, su valori già fatti propri dalla giurisprudenza del distretto, cfr. Corte Appello Genova sentenza n. 48/2022) già espressa in valori attuali, oltre interessi compensativi, calcolati sino alla presente sentenza, al tasso legale, a far tempo dal decesso del signor **Per_1** non sulla somma in valori attuali (S.U. 1712/1995, Cass. n. 26303/2019), ma su quella originaria (ottenuta devalutando il detto importo in valori del momento del fatto), rivalutata anno per anno, secondo gli indici istat di rivalutazione dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati. Su tale somma vanno aggiunti gli interessi corrispettivi da oggi - data della liquidazione al saldo. Detta somma, la cui individuazione è assai ardua in difetto di criteri normativi, viene liquidata nella misura di cui sopra in via del tutto equitativa ex art. 2056 c.c.

Va, altresì, riconosciuto agli eredi il danno per le sofferenze che il sig. **Pt_7 ha subito in concomitanza con l’episodio settico fino alla morte:** cfr. supplemento ctu pag. 4 *“l’episodio settico si è svolto tra il 1/5 e il [REDACTED] tre mesi in cui il paziente ha sicuramente presentato un quadro di gravi sofferenze fisiche e possiamo ritenere anche una progressiva consapevolezza del suo stato critico”.*

Per la relativa liquidazione si ritiene di poter far ricorso ai parametri elaborati dalla Tabella milanese: l'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano infatti, all'esito dei lavori del gruppo dedicato, ha ritenuto di elaborare una apposita tabella funzionale alla quantificazione dei così detti "danni terminali", di fonte giurisprudenziale e cristallizzati dalla Suprema Corte (SS.UU. sent. n. 15350/2015), liquidabili alla vittima di lesioni mortali e trasmissibili iure haereditatis, a condizione che il decesso non sia immediato ma avvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni.

La Tabella: A) segue il principio di unitarietà ed onnicomprensività. Tenendo conto dell'insegnamento delle Sezioni Unite (sentenze gemelle SS.UU. nn. 26972/3/4/5 dell'11.11.2008, oltre alla citata n. 15350/2015) ha ritenuto di proporre una definizione onnicomprensiva del "danno terminale", tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente. Onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio, la categoria del danno terminale fatta propria dalla Tabella deve intendersi dunque comprensiva dei pregiudizi altrove definiti come danno biologico terminale, da lucida agonia o morale catastrofe. Non solo: la liquidazione del danno terminale, proprio in quanto comprensiva di ogni voce di pregiudizio non patrimoniale patita in quel lasso di tempo, esclude la separata liquidazione del danno biologico temporaneo "ordinario", da intendersi quindi assorbita; B) offre una liquidazione secondo una durata limitata: la stessa definizione (terminale) esclude che il danno possa protrarsi per un tempo esteso. Si è quindi suggerita l'individuazione di un numero massimo di giorni (allo stato individuato, convenzionalmente, in 100) al di là del quale il danno terminale non può prolungarsi, tornando ad esser risarcibile, in caso di periodi superiori, il solo danno biologico temporaneo ordinario; C) Posto il limite massimo, fa proprio in concetto di danno terminale indicato dalla Cassazione, che impone che tra lesioni e decesso intercorra comunque un lasso temporale minimo – non convenzionalmente individuabile – ma comunque apprezzabile e tale da consentire la prova di una sofferenza psicologica (non istantanea né immediatamente consumatasi).

Nel caso del sig. **Per_1**, che ha subito per gg. 91 una sofferenza **legata esclusivamente** all'episodio settico colposamente ascrivibile ai sanitari, il criterio tabellare può essere validamente adottato: va dunque riconosciuto per i primi tre giorni l'importo di euro 35.247,00 e per i restanti 88 l'importo di euro 61.113,00. **Per un totale di euro 96.360,00** già rivalutati alla data del 1 gennaio 2024 (ultima rivalutazione istat della Tabella milanese 2024) e da rivalutarsi ulteriormente da quella data all'odierna liquidazione, oltre interessi compensativi, calcolati sino alla presente sentenza, al tasso legale, a far tempo dal decesso del signor **Per_1** non sulla somma in valori attuali (S.U. 1712/1995, Cass. n. 26303/2019), ma su quella originaria (ottenuta devalutando il detto importo in valori del momento del fatto), rivalutata anno per anno, secondo gli indici istat di rivalutazione dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati. Importo da ripartirsi tra gli attori in base alle rispettive quote ereditarie.

4. Spese di lite

Le spese di lite del presente procedimento vanno poste a carico di parte convenuta per soccombenza e liquidato in base a Tariffa (Giudizio di cognizione avanti il Tribunale, scaglione da euro 52.000,00 ad euro 260.000,00, importi medi per ciascuna fase). Le spese di ctu restano a definitivo carico di parte convenuta per soccombenza. Non sono stati allegati costi di ctp né è stato prodotto un preventivo di spesa: trattandosi comunque di oneri che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsare (e che sono stati in effetti richiesti), si ritiene di poterli liquidare equitativamente, essendo certo l'impegno di spesa, in euro 5.000,00.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

accerta e dichiara la responsabilità di parte convenuta in ordine alla perdita di chance di sopravvivenza del sig. *Per_1* ed in ordine al “danno terminale” da lui subito e, per l’effetto, la dichiara tenuta e condanna a pagare agli attori, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito dal sig. [...] *Per_1* e trasmesso ai suoi eredi, sigg.ri *Parte_1* (moglie), *Parte_3* (figlio), *Parte_2* (figlia), la complessiva somma di euro 146.360,00 oltre rivalutazione ed interessi di cui in parte motiva, da ripartirsi tra gli attori in base alle rispettive quote ereditarie; condanna altresì la parte convenuta a rimborsare agli attori le spese di lite, che si liquidano in € 14.103,00 per compenso professionale, oltre i.v.a., c.p.a. e 15 % per spese generali. Pone le spese di ctu già liquidate a definitivo carico di parte convenuta al pari delle spese di ctp liquidate in euro 5.000,00. Il tutto con distrazione in favore degli avv.ti [redacted] e [redacted] [redacted] antistatari.

Genova, 02/07/2024

Il Giudice
dott. Stefania Polichetti