N. R.G. 868/2018

R E P U B B L I C A I T A L I A N A

I N N O M E D E L P O P O L O I T A L I A N O

I L T R I B U N A L E D I L A R I N O

in composizione monocratica, nella persona del Giudice designato, dr.ssa Stefania Vacca, ha emesso la seguente

SENTENZA

nel procedimento civile di primo grado iscritto al **n. 868** del ruolo generale affari contenziosi dell'anno **2018**

tra

Parte_1 **(C.F.** *C.F._1* **),** *[...]* *CP_1* *C.F._2* **) e** *CP_2* *C.F._3* **),** rappresentati e difesi dall'Avv.to [redacted] elettivamente domiciliati presso il suo studio in Termoli, [redacted] giusta procura in atti;

- ATTORI -

e

Controparte_3 **;**

- CONVENUTO –

Controparte_4

- CONVENUTO –

Controparte_5 rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso il domicilio digitale di quest'ultimo (*Email_1* , giusta procura in atti;

- CONVENUTO –

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

AZIENDA *Controparte_6* **(C.F.** *P.IVA_1* **),** rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso il suo studio sito in Castellammare di Stabia, alla [redacted] come da procura in atti;

-CONVENUTO-

OGGETTO: responsabilità medica

CONCLUSIONI. Come in atti rassegnate.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. *Parte_1* *Controparte_1* e *CP_2* in qualità di coniuge e figli del de cuius *Persona_1* hanno convenuto in giudizio il *Controparte_7* *[...]* l *Controparte_8*, il *[...]* *Controparte_4* nonché l' *Controparte_9* chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente patiti in conseguenza della morte del loro congiunto, causata da un'infezione nosocomiale contratta presso il presidio ospedaliero in *CP_7* in occasione di un intervento chirurgico e non adeguatamente trattata dai sanitari dell' *Org_1* di [redacted] presso il quale veniva poi trasferito dopo l'intervento in *CP_7*

Nello specifico, gli attori hanno esposto che: in data 11.6.2014 il Sig. *Persona_1* già affetto da cardiomiopatia dilatativa primitiva in classe NYHA III e ectasia dell'aorta ascendente, a causa dell'accentuazione della sintomatologia respiratoria si ricoverava presso la *Organizzazione_2* del [redacted] di [redacted] dove veniva sottoposto ad impianto di ICD+CRT e dimesso il 24.6.2014; nel mese di luglio 2014, a causa di una recidiva dello scompenso cardiaco, era costretto ad un nuovo ricovero presso il reparto di cardiologia [redacted] di [redacted] e, in data 19.8.2014, veniva trasferito presso il *Controparte_3* *[...]* di *CP_7* durante la degenza in *CP_7* il paziente veniva sottoposto ad esame ecocardiografico che mostrava una FE del 32%, VS severamente dilatato, dilatazione atriale sinistra di moderata entità, ectasia aortica ascendente, insufficienza valcolare aortica di grado moderato, insufficienza valvolare mitrialica funzionale di severa entità, minimo rigurgito tricuspidalico; il 3.9.2014 veniva sottoposto a coronarografia che evidenziava coronarie indenni da lesioni significative e i rilievi clinici quotidiani evidenziavano buone condizioni generali generali sicché in data 5.9.2014 veniva sottoposto ad intervento chirurgico in circolazione extracorporea per via sternotomica di anuloplastica valvolare (anello *Org_3* n°

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

36) e sostituzione valvolare aortica (Sorin n° 27) al termine del quale veniva trasferito in TIC, dove veniva sostenuto emodinamicamente da amine e, stante la stabilità emodinamica, il 9.9.14 faceva rientro presso il reparto di Cardiochirurgia, dove veniva sottoposto a nuovo ecocardiogramma che confermava la funzione sistolica compromessa (FE 25%) con dilatazione severa del ventricolo sinistro e discinesia del SIV; durante il ricovero si apprezzava un progressivo miglioramento delle condizioni generali, tant'è che in data 18.9.2014 veniva dimesso e trasferito presso il reparto UTIC del [redacted] *CP_4* di [redacted] "apiretico, in discrete condizioni generali (sebbene astenico), in buon compenso emodinamico, le ferite sono in ordine, il paziente deambula in modo autonomo"; pertanto, vi erano tutte le premesse per una remissione completa e una guarigione; dal diario clinico emerge che già in data 21.9.2014, il *Per_1* riferiva dolore alla ferita e, qualche giorno dopo (25.09.2014), presentava febbre con brividi scuotenti; il 26.9.2014 veniva rimosso il CVC ed effettuata emocoltura ed esame colturale della punta del catetere, entrambi risultati positivi per *Pseudomonas aeruginosa*, per cui veniva praticata subito terapia antibiotica; successivamente, le condizioni del paziente andavano peggiorando e in data 23.10.2014 il *Per_1* veniva trasferito nuovamente presso il reparto di cardiochirurgia di *CP_7* con diagnosi di "setticemia da *Pseudomonas aeruginosa* in pz recentemente operato di anuloplastica valvolare mitralica e sostituzione valvolare aortica. Ferita sternale infetta. CMPD. Portatore di ICD PMK"; durante la degenza venivano effettuati esami clinici e consulenze ma senza che le condizioni del paziente migliorassero; in data 19.11.2014, il *Per_1* veniva trasferito presso il reparto di Rianimazione del [redacted] di [redacted] dove [redacted] per shock settico.

Così esposti i fatti, gli attori hanno sostenuto che la causa della morte del proprio congiunto sia da ascriversi a infezione del CVC e della ferita chirurgica da *Pseudomonas aeruginosa*, che ha comportato l'infezione sistemica evoluta nello shock settico responsabile dell'insufficienza multiorgano. Sul punto, hanno evidenziato che il tipo di agente patogeno riscontrato e la conseguente infezione costituirebbero chiara prova del rapporto causale tra l'infezione nosocomiale e l'infezione del sito chirurgico, con piena responsabilità della struttura sanitaria abruzzese; nel contempo, a carico dei sanitari [redacted] di [redacted] vi sarebbe una responsabilità data dall'omessa diagnosi infettiva, solo tardivamente individuata, con conseguente tardivo trattamento sanitario, che si rivelava fatale per il *Per_1*, all'epoca sessantottenne e in completa remissione della patologia di cui era portatore, con ottime prospettive in termini prognostici.

Passando quindi al quantum debeatur, gli attori hanno chiesto il risarcimento dei danni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

patrimoniali sofferti (spese funerarie e costo della perizia medica di parte) e danni non patrimoniali iure proprio (e segnatamente "morale soggettivo", "esistenziale", "da lesione di valori costituzionali") e iure hereditatis (danno da perdita della vita, "da intendersi come danno sofferto in vita dalla persona deceduta"); infine, gli attori hanno lamentato un autonomo danno biologico psichico nella misura del 6% per la *Parte_1* e del 5% a carico dei figli del de cuius.

2. Si è costituita la *CP_10* contestando la domanda attorea ed eccependo, preliminarmente, la nullità dell'atto di citazione in quanto generico sotto il profilo del petitum e della causa petendi con specifico riguardo alla posizione degli operatori della struttura sanitaria molisana. Ha eccepito poi l'improcedibilità della domanda con riguardo al quantum risarcitorio richiesto, indicato in 150.000,00 euro in sede di mediazione, poi sensibilmente mutato nell'atto introduttivo nella misura complessiva di € 1.591.850,00. Inoltre, ha contestato agli odierni attori l'omessa prova della propria qualità di eredi del sig. *Persona_1* non avendo provveduto al deposito di alcun valido documento attestante la loro legittimazione attiva. Nel merito, la convenuta ha negato ogni profilo di responsabilità della struttura di [redacted] sul punto, la *CP_1* ha evidenziato come i sanitari intervenuti provvedevano a proseguire la terapia antibiotica già in atto al momento del trasferimento del paziente dal [redacted] di *CP_7* Pertanto, solo una volta conclamatosi il quadro infettivo, gli operatori provvedevano tempestivamente a modificare la terapia, correggendo la stessa sulla base delle colture e degli esami diagnostici effettuati, compreso l'antibiogramma. Infine, il paziente, nel corso del ricovero, veniva più volte valutato dal punto di vista infettivologico attraverso consulenze, esami clinici e strumentali, somministrazione di terapia e medicazione della ferita, ma, ciò nonostante, il quadro generale evolveva negativamente (pag. 7 comparsa di costituzione). Infine e in subordine, la convenuta ha contestato il quantum richiesto, eccessivo e comunque indimostrato. Sulla scorta di ciò, la convenuta, negato ogni addebito, ha chiesto il rigetto della domanda attorea, con vittoria di spese di lite; nell'ipotesi di responsabilità medica per la morte del *Per_1* , ha chiesto volersi ricollegare la stessa agli operatori dell' *Parte_2* *[...]* stante l'assenza di possibili censure avverso l'operato dei dipendenti della *CP_1* .

3. Si è costituita la *Controparte_11* contestando integralmente la domanda risarcitoria avanzata dagli attori.

L'Azienda, eccepito preliminarmente il difetto di legittimazione passiva dei Presidi ospedalieri citati, ha fatto rilevare nel merito che gli interventi (coronarografia ed anuloplastica aortica) a cui era stato sottoposto il *Per_1* presso la struttura ospedaliera di competenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

della Controparte_11 venivano tutti svolti solo dopo avere adottato ogni misura di igiene e disinfezione del personale e del paziente, in ambienti e con strumentazione e dispositivi perfettamente sterili, somministrando adeguata terapia antibiotica come prescritto dalle linee guida e mettendo in atto le migliori procedure di prevenzione e profilassi accreditate presso la comunità scientifica. La Cont ha infatti dedotto che con riguardo al tipo di infezione lamentata, con delibere n. 454 del 9.04.2011 e n.8 02 del 5.6.2013, la stessa provvedeva ad istituire il Gruppo Operativo - Org Pt_3 formato da dieci professionisti del rischio infettivo, poi implementato e pienamente operativo in Azienda, con un sistema integrato per la sorveglianza e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) nelle Strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. Ed infatti, al momento delle dimissioni dal P.O. di CP_7 il paziente era apiretico, con sito chirurgico in ordine ed esami ematochimici nella norma. Pertanto, l'infezione sarebbe stata contratta in altra sede e a causa delle delicate condizioni in cui versava il paziente, il quale presentava un grave quadro clinico perché affetto da una cardiomiopatia dilatativa severa (grave anche perché di vecchia insorgenza) ed episodi recidivanti di scompenso. La convenuta ha anche evidenziato che la funzione ventricolare del de cuius prima della sostituzione valvolare che avrebbe potuto comportare un miglioramento di funzione ma non un completo sovvertimento della condizione clinica, era pari al 28% a fronte di un valore normale del 55%. Pertanto, con l'intervento la funzione ventricolare risultava migliorata ma comunque rimaneva intorno al 30%, sicché, stante il quadro clinico, l'infausto evento si sarebbe comunque verificato anche in assenza di processo infettivo. Tanto precisato, la convenuta ha sostenuto che, ad ogni modo, ove mai si accertasse la responsabilità delle convenute, le condotte riferibili a ciascuna delle due Parte_4 individuerebbero comunque segmenti causali separati che escluderebbero, nell'ipotesi di riconoscimento di responsabilità, la solidarietà dal lato passivo, rendendo necessaria la suddivisione pro quota, in ragione delle eventuali rispettive responsabilità, del peso dell'eventuale risarcimento. Sulla scorta di ciò, la Cont ha quindi chiesto espressamente la graduazione delle colpe ai fini dell'eventuale regresso. Infine, ha contestato l'entità dei danni richiesti, esorbitanti e non provati.

4. I Controparte_12 citati non si sono costituiti in giudizio.

5. La causa è stata istruita a mezzo di consulenza tecnica d'ufficio; all'esito, richiesti chiarimenti ai consulenti, la causa è stata trattenuta in decisione con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

****

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

Il Tribunale osserva quanto segue.

Eccezioni preliminari

5. Preliminarmente, va rigettata l'eccezione di improcedibilità della domanda, sollevata dalla CP_1 , per difformità tra quanto richiesto a titolo di risarcimento in sede di mediazione e quanto avanzato nell'atto di citazione.

Ai sensi dell'art. 4 d.lgs. 28/2010 la domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia; l'istanza deve indicare l'organismo, le parti, l'oggetto e le ragioni della pretesa. In particolare, l'indicazione dell'oggetto e delle ragioni della pretesa è posta allo specifico fine di consentire alle parti di poter raggiungere un accordo conciliativo. Nel caso di specie, gli attori nella propria istanza hanno riportato i fatti relativi alla richiesta risarcitoria e, in particolare, il ristoro del danno patrimoniale e non patrimoniale subito a seguito del decesso del proprio congiunto. Ora, è senz'altro vero che l'importo richiesto in sede di mediazione era sensibilmente inferiore a quello riportato nell'atto di citazione; tuttavia, può dirsi comunque avverata la condizione di procedibilità, sussistendo tra il procedimento di mediazione e il presente giudizio piena identità di causa petendi e parziale identità di petitum, essendo stata messa la parte convenuta nella piena possibilità di quantificare comunque il danno, anche tenuto conto delle tabelle in uso presso tutti i tribunali, alla luce delle voci lamentate.

6. In ordine all'eccezione di carenza di legittimazione attiva, rectius titolarità del diritto degli attori in qualità di congiunti ed eredi del Per_1 , deve osservarsi che, in effetti, è stato prodotto in giudizio il certificato di stato di famiglia di ciascun singolo attore, certificato che però, com'è d'evidenza, non dà conto delle relazioni tra gli stessi e il de cuius. Ciò nondimeno, dal complesso della documentazione versata in atti e, in particolare, da quella relativa alla fase stragiudiziale, può ritenersi per tale via comunque dimostrato il vincolo di parentela tra il de cuius e gli odierni attori.

7. E' fondata infine l'eccezione di difetto di legittimazione passiva dei Controparte_12 citati, eccezione rilavabile d'ufficio; nel caso di specie, infatti, tali strutture sono accreditate nell'ambito del Org e delle Org_6 nel cui ambito territoriale ricadono, di talché sono queste ultime ad essere chiamate a rispondere dell'operato delle stesse (d.lgs. 502/1992).

Nel merito. Onere della prova

8. Passando al merito, giova premettere, in tema di accertamento della responsabilità della struttura sanitaria e del medico ante legem n. 24/2017 (non applicabile al caso di specie, trattandosi di normativa dall'efficacia irretroattiva e dunque regolante le sole fattispecie

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

verificatesi successivamente alla sua entrata in vigore ovvero primo aprile 2017: così Cass. civ., sez. III, 11.11.2019 n. 28994), che non si dubita della natura contrattuale della responsabilità in capo alla struttura sanitaria; invero, con la nota pronunzia delle Sezioni Unite della Cassazione n. 577 del 2008, è stata ribadito a che l'accettazione del paziente comporta la conclusione di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di spedalità o di assistenza sanitaria) da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento dal corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), sorgono a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo lato sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie a garantire il buon esito degli interventi e l'ottimale gestione di eventuali complicazioni o emergenze.

La responsabilità contrattuale delle strutture sanitarie nei confronti del paziente può dunque derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono direttamente a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

Con riguardo quindi al riparto dell'onere della prova in tema di inadempimento di obbligazioni in materia sanitaria, il danno-evento consta della lesione, non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle leges artis nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del debitore per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione [redacted] 3, Sentenza n. 4864 del 23/2/2021; Sez. 3, Ordinanza n. 11599 del 15/6/2020; Sez. 3, Sentenza n. 28991 dell'11/11/2019; v. anche Sez. 3, Sentenza n. 24073 del 13/10/2017; Sez. 3, Sentenza n. 15993 del 21/7/2011; Sez. U, Sentenza n. 577 dell'11/1/2008). Quanto all'accertamento del nesso causale, basti solo qui rammentare che, in ambito civile, esso va compiuto secondo criteri di probabilità scientifica e dunque, in caso di divergenze, secondo le ipotesi aventi maggiore validità scientifica, e, ove le stesse non siano esaustive, secondo criteri di probabilità logica, tesa a chiarire se, probabilmente, ovvero

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

secondo quello che accade nella gran parte dei casi, l'evento si sarebbe avverato anche se il comportamento omesso fosse stato posto in essere.

Nel caso di specie. L'an debeatur

9. Tanto premesso, le circostanze in fatto da cui origina la domanda risarcitoria oggetto di causa possono essere ricostruite come segue, con l'ausilio *in parte qua* della consulenza medica disposta d'ufficio:

- *Persona_1* in data 11/06/2014 veniva ricoverato in Divisione Cardiologia presso il *Controparte_3* di [redacted] per essere sottoposto a impianto di ICD+CRT (tasca in sottoclaveare sn); praticata terapia antibiotica, veniva dimesso il 24/06/2014; il ricovero si era reso necessario a seguito dall'incalzante condizione dispnoica secondaria ad una miocardiopatia dilatativa nota da circa dieci anni;

- nel successivo mese di luglio, seguiva nuovo ricovero per recidiva di scompenso. Veniva quindi sottoposto a consulenza cardiochirurgica presso l' *Organizzazione_7* con indicazione all'intervento. Pertanto, in data 19/08/2014 il paziente veniva ricoverato per "cardiomiopatia dilatativa primitiva in fase di scompenso cardiaco recidivante"; dopo l'esecuzione di un ecocardiogramma (F.E. 32%, VS severamente dilatato, insufficienza aortica di grado moderato e insufficienza mitralica di severa entità) e di esame coronarografico (non lesioni significative), in data 5/09/2014 veniva a sottoposto a intervento cardiochirurgico di anuloplastica valvolare mitralica e sostituzione valvolare aortica, con impianto di elettrodo sulla parete laterale del ventricolo sinistro;

- dal 05/09 al 09/09 il paziente veniva trasferito in Terapia Intensiva Cardiochirurgica; alla quarta giornata post-operatoria il paziente tornava in Cardiochirurgia; dall'esame ecocardiografico emergeva FE 25% e ventricolo sn severamente dilatato con minimo rigurgito intraprotesico e funzione globalmente depressa; gli esami erano in buon compenso, ma la condizione cardiaca non mostrava miglioramenti significativi ed il paziente era sempre in trattamento con dobutamina/furosemide. Nelle ripetute radiografie standard del torace veniva refertato sempre del versamento pleurico. Inoltre, all'ecocardiodoppler del 13/09/2014 veniva documentata severa ipertrofia eccentrica del ventricolo sn con severa riduzione della funzione sistolica;

- in data 14/09/2014 il paziente lamentava dolore a carico della ferita chirurgica, a circa nove giorni dopo l'intervento, e in data 18/09/2014 veniva sottoposto ad angio-TC di controllo: nel referto veniva segnalato in sede retrosternale lieve aspetto disomogeneo del tessuto adiposo (…come per imbibizione), oltre a falda di versamento pleurico bilaterale e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

minimo pericardico;

- in pari data il paziente veniva trasferito per la prosecuzione delle cure presso l'*CP_1* [redacted] di [redacted] nella lettera di dimissione si legge: "all'atto della dimissione il paziente è apiretico, in discrete condizioni generali, sebbene astenico, in buon compenso emodinamico, le ferite sono in ordine, il paziente deambula in modo autonomo". Veniva prescritta terapia con levofloxacina 500 mg x 2;

- in data 21/09/2014 il paziente lamentava nuovamente dolore a carico della ferita chirurgica; qualche giorno dopo, in data 25/09/2014 il *Per_1* presentava febbre con brivido e venivano eseguite emocolture e rimosso il CVC; veniva anche sospesa la levofloxacina ed introdotta terapia parenterale con ceftriaxone e ciprofloxacina;

- apiretico per tre giorni, il paziente in data 01/10 presentava nuovamente febbre; dalla punta del CVC isolamento di Pseudomonas aeruginosa con profilo XDR (S solo a colimicina, MIC <0,5, e amikacina con MIC pari a 8).; dall'emocoltura del 25/09 veniva isolato lo stesso germe, S colimicina, I amikacina. (MIC 16); le successive emocolture risultavano sempre positive. In data 22/10 veniva eseguito esame TC del torace (ispessimento dei setti, reticolazione, esiti di alveoliti…); dai referti microbiologici risulta che non veniva eseguito un tampone profondo dalla ferita chirurgica;

- in data 23/10 il paziente veniva trasferito nuovamente presso il reparto di Cardiochirurgia a *CP_7* con diagnosi di: "Setticemia da Pseudomonas aeruginosa in paziente recentemente operato di anuloplastica valvolare mitralica e sostituzione valvolare aortica. Ferita sternale infetta. CMPD. Portatore di *Org_8* .";

- in data 24/10/2014, sia i campioni emocolturali che quello da tampone della ferita chirurgica risultavano positivi per lo stesso ceppo di Pseudomonas aeruginosa, fenotipo MBL, XDR, estensivamente resistente (in particolare ai carbapenemi che rappresentano solitamente la prima scelta di trattamento); Ecocardio- TT e TEE: formazioni iperriflettenti su elettrocatetere in ventricolo dx; inoltre, nella stessa data e poi in data 27/10 e 30/10 venivano eseguite consulenze infettivologiche; nel frattempo, tutte le successive emocolture prelevate, compresa la coltura della punta del CVC rimosso, venivano refertate positive per MBL PA (S solo per colimicina, in un campione con MIC da 0,5 a 4). Negativi i tamponi rettali per KPC e nasale per MRSA;

- in data 11/11/2014 si registrava un rallentamento psico-motorio con condizioni cliniche scadenti; il 13/11 veniva eseguita ulteriore consulenza infettivologica in cui veniva modificato lo schema, reitroducendo amikacina e colimicina unitamente a cefepime. Inoltre, nel diario

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

clinico compariva la descrizione di marezzatura e stato di shock,

- il paziente viene nuovamente trasferito in Terapia Intensiva Cardiochirurgica e nella stessa data (13.11) veniva eseguita consulenza rianimatoria essendo il paziente incosciente, GCS 3, VMK, midriatico, in arresto. Manovre rianimatorie. O2Tx 15L/min, adrenalina, ripresa del ritmo cardiaco. Lattati 7,56. Trasferito in TIC, dove rimaneva fino al 19/11;

- in data 19/11/2014 il paziente veniva trasferito, per accordi intercorsi con la Rianimazione [redacted] di [redacted] presso quel nosocomio con diagnosi di shock settico; in data [redacted] interveniva il decesso.

10. Orbene, sulla scorta della ricostruzione che precede, i cui dati ed eventi possono essere utilmente letti e valutati con l'ausilio della consulenza tecnica disposta in corso di causa, frutto di attento esame ed analisi dei dati sopra riportati secondo una metodologia priva di apparenti vizi logici e sorretta da ampi studi di settore, può ritenersi che gli attori abbiano assolto all'onere probatorio sugli stessi gravante; non così le strutture sanitarie convenute.

Invero, come ben spiegato dalla letteratura scientifica riportata nella relazione peritale, lo Pseudomonas aeruginosa è uno dei principali microrganismi responsabili di infezioni nosocomiali e il fenotipo XDR correla significativamente con l'inappropriatezza della terapia empirica, la persistenza dell'infezione e la mortalità a 30 giorni. In relazione all'incidenza dell'infezione della ferita sternale – si rammenta che il *Per_1* in data 5.9.2014 era stato sottoposto ad intervento di anuloplastica mitralica e sostituzione valvola aortica- essa si manifesta, nei casi più frequenti, entro poche settimane, e segnatamente tra la seconda e la sesta, e presenta, tra i diversi fattori di rischio per la sua contrazione, anche la bassa frazione di eiezione (come nel caso del *Per_1*).

Sulla scorta di ciò, i consulenti hanno spiegato che, nel caso in esame, l'infezione della ferita chirurgica ha rappresentato verosimilmente il focus alla base della batteriemia, deponendo il profilo microbiologico del ceppo decisamente per l'acquisizione nosocomiale (la carbapenemo-resistenza caratterizza questo fenotipo). Che infatti l'infezione sia stata contratta presso la struttura abruzzese (perché correlata alla ferita chirurgica) emerge anche da ulteriori indici segnalati dai cc.tt.uu.: nove giorni dopo l'intervento (e dunque nel corso della seconda settimana dopo l'intervento) il paziente lamentava dolore a carico della ferita chirurgica sternale, come riportato nel diario clinico. Inoltre, l'angio-TC del 18.09 (tredici giorni dopo l'intervento) segnalava in sede retrosternale lieve aspetto disomogeneo del tessuto adiposo (…come per imbibizione) in verosimile relazione al recente intervento, circostanza che può leggersi come l'esordio dell'infezione poiché lasciava intravedere l'infezione della ferita

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

chirurgica; ed infatti, due giorni dopo, il paziente lamentava nuovamente dolore a carico della ferita e nei giorni successivi ancora, si manifestava iperpiressia con brividi, con emocolture risultate positive per Pseudomonas aeruginosa, sino alla diagnosi, confermata poi anche dall'Ospedale di *CP_7* di "sepsi da Pseudomonas aeruginosa in paziente recentemente operato di anuloplastica valvolare mitralica e sostituzione valvolare aortica. Ferita sternale infetta". Inoltre, l'ecocardio transtoracico e transesofageo documentano in data 24.10 formazioni iperriflettenti su elettrocateteri. Inoltre, i cc.tt.uu. hanno ben spiegato che in diretta correlazione con l'infezione della ferita chirurgica si è verificata un'endocardite (cardiac device-related infective endocarditis, CDRIE) verosimilmente da contaminazione ad opera della flora batterica locale al momento dell'impianto del dispositivo, in seguito alla quale l'infezione si è propagata lungo gli elettrodi fino alla superficie dell'endocardio.

Sulla base delle considerazioni che precedono, non si ritiene fondata la tesi della *[...] Controparte_11* secondo la quale l'infezione sarebbe stata contratta in altra sede, come emergerebbe dal fatto che i segni e sintomi compatibili con un'infezione, poi risultata causata da Pseudomonas aeruginosa, comparivano solo in data 21.9.2014, con dimissione del paziente, in data 18.9.2014, in buone condizioni e con ferita in ordine.

Al riguardo, si è già detto che, nei casi più frequenti di infezione del tipo di quella che qui ci occupa, i sintomi iniziano a comparire all'incirca tra la seconda e sesta settimana, sicché non c'è una correlazione immediata tra sintomi e momento della contrazione dell'infezione; inoltre, i cc.tt.uu. hanno ben spiegato che proprio l'esito dell'esame angio-TC, eseguito il giorno stesso delle dimissioni del paziente, nel segnalare in sede retrosternale lieve aspetto disomogeneo del tessuto adiposo (…come per imbibizione) in verosimile relazione al recente intervento, costituisce la vera spia che lascia intravedere l'avvenuta contrazione dell'infezione e che la stessa sia di acquisizione nosocomiale è poi stato confermato dall'individuazione del ceppo microbiologico.

Provato quindi il nesso di causalità, era onere della *Cont* dimostrare che l'inadempimento era imputabile a causa autonoma ad essa non imputabile, prova che però non ha fornito. Non basta infatti che la profilassi pre-operatoria sia stata attuata correttamente e in adesione alle linee guida, né la circostanza per cui l' *CP_5* avesse adottato sistema di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali, giacché, come da ultimo ribadito anche dalla giurisprudenza di legittimità (cfr. Cassazione civile sez. III, 22/02/2023, n.5490), "*incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato". Questa prova non è stata resa dalla Cont, la quale, oltre al deposito delle delibere assunte con riguardo alle procedure interne di controllo e sorveglianza, ha chiesto l'ammissione di prova orale su circostanze volte a confermare, ancora una volta, l'adozione dei menzionati accorgimenti in via generale nelle proprie strutture ma senza alcun riferimento al caso di specie, ad eccezione del solo capitolo 2 ("vero che il caso del Sig. Persona_1 è stato esaminato dal Gruppo Operativo CIO della Pt_5) che, per genericità e assenza di significatività ai fini di causa, non avrebbe apportato alcun elemento probatorio favorevole alla convenuta.

11. Passando ora al vaglio la posizione della responsabilità addebitata alla struttura ospedaliera di [redacted] deve evidenziarsi che, anche in questo caso, gli attori hanno assolto all'onere della prova sugli stessi gravante, mentre la CP_10 non ha fornito prova a sostegno dei propri assunti.

Invero, i consulenti hanno riscontrato, nell'evoluzione dell'infezione, criticità nell'operato dei sanitari del reparto di UTIC [redacted] di [redacted] in quanto al paziente veniva praticata terapia antibiotica errata e comunque posologicamente inadeguata, in uno alla mancata richiesta ed espletamento di consulenza infettivologica.

Infatti, il paziente restava ricoverato presso [redacted] di [redacted] per 45 giorni. Due giorni dopo il suo arrivo, il Per_1 lamentava nuovamente (come già in data 14.9.2014 e riportato nel diario clinico) dolore a carico della ferita chirurgica mentre il 25.9.2014 presentava febbre con brividi. A questo punto si procedeva alla rimozione CVC, ad emocolture e alla sostituzione della levofloxacina con ceftriaxone e ciprofloxacina in terapia empirica. Sul punto, i consulenti hanno evidenziato che, pur riscontrate emocolture positive per Pseudomonas aeruginosa a profilo XDR (estensivamente R), il Per_1 non risulta mai sottoposto a valutazione dell'infettivologo, come sarebbe stato opportuno fare sin da subito e così per tutta la durata della sua degenza in [redacted] veniva inoltre introdotta terapia con colimicina, 2 M/die IM, per soli due giorni (attuale dosaggio raccomandato a funzione renale integra di 9 M/die ev), e in data 23.10 viene trasferito nuovamente in Org_9 a CP_7 con diagnosi di "sepsi da Pseudomonas aeruginosa in paziente recentemente operato di anuloplastica valvolare mitralica e sostituzione valvolare aortica. Ferita sternale infetta". Giunto a CP_7 al paziente venivano praticate terapie antibiotiche corrette e venivano svolte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

diverse consulenze infettivologhe ma rivelatesi inefficaci per lo stato ormai avanzato dell'infezione.

Sostiene la *CP_10* che, da un lato, le gravissime condizioni del paziente, con prospettive di sopravvivenza molto ridotte (un anno) secondo quanto stimato dagli stessi consulenti, erano tali per cui la sopravvenuta infezione del sito chirurgico non ha mutato gli esiti, giacché le preesistenti condizioni del paziente lo avrebbero comunque portato al decesso di lì a breve; dall'altro, tenuto conto di quanto evidenziato dagli stessi ctu nel ritenere che l'infezione veniva contratta presso la struttura di *CP_7* quest'ultima in modo del tutto inopportuno disponeva il trasferimento del paziente presso l' *Org_1* di [redacted] non dotato di un reparto di cardiochirurgia e tanto considerato che vi era la possibilità di un eventuale intervento cardiochirurgico di rimozione del dispositivo infetto; inoltre, lo stesso *Organizzazione_7* mancava di approfondire quanto emerso in corso di angio-TC, facendo così in modo che l'infezione progredisse e si diffondesse per una settimana prima di poter giungere ad una diagnosi da parte dei sanitari molisani ed iniziare un trattamento che, comunque, non avrebbe cambiato il destino del *Per_1* , già segnato dalla gravissima patologia cardiovascolare.

Gi assunti non colgono nel segno.

In primo luogo, rispetto a quanto osservato dalla convenuta con riguardo alla concomitanza della pregressa patologia del de cuius, va osservato che i consulenti d'ufficio hanno evidenziato che il *Per_1* , affetto da una cardiomiopatia dilatativa diagnosticata nel 2004, aveva presentato due episodi di scompenso cardiaco nei mesi precedenti, con ricoveri in Cardiologia a [redacted] e impianto di PMK-ICD (giugno 2014). I parametri clinici descritti, unitamente al valore della F.E. rilevato all'ecocardiogramma (32%), deponevano dunque per una condizione patologica preesistente molto grave, inquadrabile in una classe NYHA III^-IV^; l'intervento cardiochirurgico di anuloplastica mitralica e di sostituzione valvolare aortica era dunque indicato e necessario, come tentativo di concedere maggiori possibilità di sopravvivenza al paziente, dal momento che la marcata dilatazione del ventricolo sinistro e la sua efficacia contrattile non rispondevano più al trattamento farmacologico. I consulenti hanno esposto che, in passato, la prognosi della cardiomiopatia dilatativa era considerata estremamente sfavorevole, con una mortalità di circa il 50% nei 2 anni successivi alla diagnosi. Negli ultimi 30 anni il miglioramento delle conoscenze sulla fisiopatologia dello scompenso cardiaco cronico, la diagnosi sempre più precoce, il consolidarsi di validate terapie farmacologiche e di dispositivi impiantabili hanno drasticamente migliorato l'outcome a lungo termine dei pazienti affetti da tale patologia. Pertanto, attualmente l'incidenza annuale di eventi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

maggiori (morte o trapianto cardiaco urgente) è <2%/anno, con una sopravvivenza a 8 anni dalla diagnosi superiore all'85%. Ciò premesso, nel caso di specie però i cc.tt.uu. hanno osservato che la situazione cardiologica del *Per_1* era sensibilmente peggiorata e che, anche dopo l'intervento, non si assisteva ad alcun miglioramento dei valori di F.E., costantemente intorno al 30%; sulla scorta di ciò e tenuto conto dell'aspettativa di vita media di 82,5 anni (e dunque nel suo caso di 14), i periti hanno stimato che, anche ad escludere l'intervenuta infezione, la prognosi sarebbe stata comunque sfavorevole, con un'aspettativa di vita fino ai 3-4 anni, e che dunque "la perdita di chance resti ugualmente confinabile, con tutte le riserve già espresse, nella misura del 25%".

Orbene, che la vittima fosse portatrice di una patologia preesistente anche grave non incide affatto sul nesso di causalità, eventualmente interrompendolo, come vorrebbe la convenuta: il concorso di una condotta umana colposa col fatto naturale dello stato morboso non esclude in alcun modo il nesso di causa, ai sensi dell'art. 41 c.p. poiché il decesso del paziente, da considerarsi *hic et nunc*, si è verificato a causa dell'infezione nosocomiale e non dell'evolversi della patologia di cui era certamente e gravemente affetto; per altro verso e all'evidenza, non v'è dubbio che la malattia pregressa del de cuius, che nel caso di specie avrebbe comunque inciso sull'aspettativa di vita della vittima, va tenuta in considerazione nella liquidazione del danno, applicando una riduzione significativa della misura ordinaria.

Passando alle successive osservazioni svolte dalla *CP_10* , anch'esse sono infondate; i periti hanno evidenziato come, anche dopo la caratterizzazione del patogeno e, soprattutto, a seguito dell'antibiogramma, la terapia praticata dai sanitari non risultava adeguata; infatti, dall'antibiogramma era risultato che l'unico antibiotico cui il germe mostrava sensibilità era la colimicina, da usare a dosaggi elevati, comunque in associazione a molecole sinergiche che ne migliorano la farmacocinetica. L'indispensabilità della pronta somministrazione del giusto antibiotico era quantomai evidenziata dal carattere multiresistente del batterio, predittore – ovvero indicatore- di mortalità di per sé, sicché la terapia farmacologica errata, unitamente alla mancata richiesta di consulenza infettivologica, hanno certamente inciso sulla progressione dell'infezione, ritardando anche lo spostamento del paziente verso una struttura più adeguata per la rimozione del dispositivo infetto.

Infine, come hanno convincentemente spiegato i consulenti, la presenza di imbibizione all'angio-TC e l'aspetto lievemente disomogeneo del tessuto adiposo legati al recente intervento si sono disvelati indici dell'infezione solo a posteriori e, dunque solo una volta letti unitamente ad altri elementi successivamente riscontrati, sicché i primi, in quella fase, non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

potevano far sospettare l'esordio dell'infezione da parte dei sanitari della struttura di *CP_7*

Liquidazione del danno

12. Data la prova dell'an debeatur, con riguardo al profilo del quantum debeatur deve osservarsi che *Parte_1* in qualità di coniuge del de cuius *Persona_1* e i figli *Controparte_1* e *CP_2* hanno chiesto volersi procedere alla liquidazione dei danni così sintetizzati: danno morale *iure hereditatis* (id est catastrofale), danno *iure proprio* nelle voci di danno "morale soggettivo", parentale, esistenziale, biologico per grave lesione alla propria integrità psichica; danno patrimoniale consistente nelle spese funerarie per euro 1.750,00 ed euro 2.000 per la consulenza di parte.

12.1. Partendo dalla liquidazione del danno *iure proprio*, giova premettere in diritto che è ormai pienamente consolidato il principio giurisprudenziale per cui il danno non patrimoniale costituisce una "categoria unitaria e onnicomprensiva" di qualsiasi pregiudizio insuscettibile di valutazione economica esatta e conseguente alla consumazione di un fatto illecito (SSUU Cass. 26975/2008). Il pregiudizio non patrimoniale consta di quell'insieme di sofferenze patite da un soggetto in conseguenza del fatto illecito, le cui voci, danno biologico, esistenziale e morale, costituiscono solo mere descrizioni dei diversi pregiudizi scaturiti dal fatto illecito, insuscettibili di assurgere ad entità di danno ontologicamente distinte tra di loro ed autonomamente risarcibili, pena una inammissibile duplicazione risarcitoria. Di tutte le sfumature dei pregiudizi subiti, infatti, il giudice terrà poi conto in sede di liquidazione sub specie personalizzazione del danno.

Sulla scorta di tale premessa, la domanda risarcitoria formulata dalle parti va accolta con riguardo alla sola liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, mentre tutte le ulteriori voci di danno devono essere rigettate perché mere duplicazioni dell'unico danno liquidabile o voci non dimostrate.

In particolare, è noto che in caso di uccisione del congiunto, ciascuno dei familiari prossimi congiunti è titolare del risarcimento del danno non patrimoniale c.d. parentale, conseguente alla lesione di valori fondamentali della persona che si esplicano nella comunità familiare e che si concretano nell'interesse all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia, nonché all'inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana, nell'ambito della famiglia riconosciuta e tutelata dagli artt. 2, 29, 30 Cost. (cfr. Cass. sez. un. 11 novembre 2008, n. 26972; 15 luglio 2005, n. 15022; 31 maggio 2003, n. 8827, 8828).

"*Il danno da perdita del rapporto parentale va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

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 moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, 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" (Cass. 9 maggio 2011, n. 10107; 19 agosto 2003, n. 12124).

Il danno da perdita del rapporto parentale deve essere fatto oggetto di prova, posta chiaramente a carico di chi ne chiede il risarcimento. Il giudice deve decidere iuxta allegata et probata, secondo le prove, anche in via presuntiva, dedotte dalla parte e quale danno conseguenza (cfr. Cass. 8 ottobre 2007, n. 20987). Gli elementi dai quali trarre il convincimento in ordine alla sussistenza del pregiudizio discendente dalla lesione del vincolo familiare hanno solitamente natura indiziaria e sono costituiti dall'intensità del vincolo familiare, dalla situazione di convivenza, dalla consistenza del nucleo familiare, dalle abitudini di vita, dall'età della vittima e dei singoli superstiti (Cass. 21 gennaio 2011, n. 1410; 12 giugno 2006, n. 13546; 15 luglio 2005, n. 15022; 19 agosto 2003, n. 12124).

A mente di ciò, allora, ai fini di causa l'aspetto concernente la liquidazione del danno risarcibile, richiesto iure proprio dagli attori, va rilevato che i richiedenti sono rispettivamente il coniuge superstite e i due figlio del de cuius.

La giurisprudenza di legittimità è incline a differenziare il regime probatorio del danno per la perdita del congiunto in considerazione dell'intensità del legame tra gli appartenenti alla cerchia familiare, valutando con minor rigore l'onere probatorio a carico dei componenti della c.d. famiglia nucleare (genitori, coniuge, figli, fratelli), rispetto al più severo grado di dimostrazione che si esige dai parenti di grado ulteriore (nonni, nipoti, zii).

Pertanto, qualora venga in rilievo il danno lamentato per la perdita di uno stretto congiunto, nei termini sopra precisati, l'estinzione del rapporto parentale costituisce di per sé un fatto noto dal quale il giudice può desumere, ex art. 2727 c.c., che i congiunti dello scomparso abbiano patito una sofferenza interiore tale da determinare un'alterazione della loro vita di relazione e da indurli a scelte di vita diverse da quelle che avrebbero altrimenti compiuto, sicché nel giudizio di risarcimento del relativo danno non patrimoniale incombe al danneggiante dimostrare l'inesistenza di tali pregiudizi (Cass. 13 maggio 2011, n. 15027, in tema di danno subito dai genitori per la perdita del figlio), potendo il difetto di stabile coabitazione con lo scomparso assurgere ad indice sintomatico idoneo ad incidere non già sulla sussistenza del danno, bensì sull'entità della perdita subita e, decurtandolo,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

sull'ammontare del risarcimento da liquidarsi (Cass. 7 luglio 2010, n. 7018). Di contro, se ad essere compromesso è il legame – che si presume meno intenso- che vincola parenti di grado diverso ed ulteriore da quelli sopra considerati, la giurisprudenza richiede una prova più pregante.

Nel caso di specie, gli attori hanno dato conto, per quanto sopra detto, del rapporto di parentela con il de cuius, rapporto che è assistito, nella sua consistenza, da salde presunzioni, tenuto conto del fatto che, come rammentato, lo stretto vincolo familiare con la vittima consente comunque di presumere, fino a prova contraria - non offerta dai convenuti, su cui gravava il relativo onere -, l'esistenza del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale. Ed invero, il danno non patrimoniale correlato alla lesione del rapporto parentale intrattenuto dal coniuge e dai figli con il *Per_1* , può ritenersi esistente, in via presuntiva, integrando la perdita del rapporto parentale una lesione dei diritti inviolabili della famiglia aventi rango costituzionale e si risolve, oltre che nella sofferenza transeunte che naturalmente consegue alla perdita di un congiunto e che entra a comporre l'area del danno risarcibile per pregiudizi di natura non patrimoniale alla persona, nell'apporto affettivo e solidale del congiunto estinto.

Per la liquidazione del danno, da eseguirsi secondo una valutazione equitativa, questo Giudice ritiene opportuno applicare il criterio di liquidazione contenuto nelle tabelle predisposte dal Tribunale di Milano, optando per esse al fine di garantire un'adeguata valutazione del caso concreto, in adesione all'orientamento giurisprudenziale di legittimità che ha riconosciuto "vocazione" nazionale ai parametri e valori indicati nelle Tabelle già in uso presso il Tribunale di Milano (cfr. Cass. n. 12408/2011). In particolare, a seguito delle note pronunce della Suprema Corte e, segnatamente, Cassazione civile, sez. III, 14/11/2019, n. 29495 (secondo cui "Nella liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale - diversamente da quanto statuito per il pregiudizio arrecato all'integrità psicofisica - le tabelle predisposte dal Tribunale di Milano non costituiscono concretizzazione paritaria dell'equità su tutto il territorio nazionale; tuttavia, qualora il giudice scelga di applicare i predetti parametri tabellari, la personalizzazione del risarcimento non può discostarsi dalla misura minima ivi prevista senza dar conto nella motivazione di una specifica situazione, diversa da quelle già considerate come fattori determinanti la divergenza tra il minimo e il massimo, che giustifichi la decurtazione. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha cassato la decisione di merito che, pur avendo identificato nelle tabelle milanesi il parametro equitativo, aveva inspiegabilmente quantificato il risarcimento, spettante al figlio per la perdita della madre, in una misura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

corrispondente a circa un terzo dell'importo minimo delle tabelle stesse) e similmente Cassazione civile, sez. III, 21/04/2021, n. 10579 (secondo cui "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 (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)", l'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano 2022 ha elaborato nuove tabelle forgiate sul metodo della tabella cd. integrata a punti per somma, ovvero con previsione di un differente punteggio per ognuno dei quattro parametri prescritti già dalle precedenti versioni delle tabelle milanesi, vale a dire: età della vittima primaria ed età della vittima secondaria; convivenza tra le due; sopravvivenza di altri congiunti; qualità ed intensità della relazione affettiva perduta. Tali tabelle sono state di recente ritenute dalla Corte di Cassazione coerenti con i principi di diritto enunciati nella sentenza della Corte n. 10579/2021 sopra richiamata e quindi utilizzabili per determinare una liquidazione equa, uniforme e prevedibile del danno lamentato (Cassazione civile sez. III, 16/12/2022, n.37009).

In applicazione allora di tali tabelle, da preferirsi per la maggiore precisione e prevedibilità, il danno liquidabile è il seguente: tenuto conto dell'età del de cuius al tempo del decesso (68 anni) per *Parte_1* coniuge, l'importo di € 292.755,00 (valore per punto € 3.365,00); per *Controparte_1*, figlio non convivente (cfr. certificato in atti), l'importo di € 201.900,00 (valore per punto € 3.365,00); per *CP_2* figlio non convivente (cfr. certificato in atti), l'importo di € 201.900,00 ciascuna (valore per punto € 3.365,00). Anche in questi casi, i valori sono stati calcolato secondo i parametri medi, in assenza di elementi ulteriori, non forniti dagli attori.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

Orbene, tenuto conto di quanto esposto con riguardo alla concausa della patologia che affliggeva il de cuius, incidente sulla sua aspettativa di vita riducendola a circa 3-4 anni a fronte dei 14 in considerazione dell'età media di un uomo, pari a 82,5 anni, (circa il 25% dell'aspettativa di vita di uomo sano), gli importi sopra indicati, parametrati come detto alla vita media di un uomo sano, devono essere ridotti in via equitativa e in modo proporzionale, sì da parametrare il risarcimento agli anni in cui il *Per_1* sarebbe probabilmente sopravvissuto e così al fine di evitare ingiuste locupletazioni. Pertanto, le predette somme andranno rideterminate in senso proporzionale:

per *Parte_1* € 62.733,21 (292.755,00:14=x:3);

Controparte_1 e *CP_2* € 43.264,28 ciascuno (201.900,00:14=x:3).

12.2 Non può invece essere riconosciuto alcun risarcimento a titolo di danno biologico di natura psichica in favore degli attori (richiesta peraltro non riproposta in sede conclusionale). Al riguardo, non v'è alcuna documentazione medica volta a sostenere l'esistenza di un danno biologico di tipo psichico autonomamente risarcibile.

12.3. Quanto infine alle voci di danno non patrimoniale iure hereditatis, nulla è allegato, prima ancora che provato, in ordine al danno cd. catastrofale o tanatologico, presupponendo, ai fini del suo accertamento in punto di an, la prova della "cosciente e lucida percezione" dell'ineluttabilità della propria fine da parte del de cuius (cfr. Corte cass. Sez. 3, Sentenza n. 6754 del 24/03/2011; id. Sez. 3, Sentenza n. 7126 del 21/03/2013; id. Sez. 3, Sentenza n. 13537 del 13/06/2014), prova che, nel caso in esame, è del tutto mancante, anche sotto il profilo dell'allegazione (che deve essere resa in relazione alle circostanze fattuali e concrete, non in via astratta o quale mera evocazione del concetto di danno catastrofale, come fanno gli attori, se non tardivamente solo in sede conclusionale: v. pag. 19).

Deve invece essere risarcito il danno biologico terminale iure hereditatis, che consiste nel pregiudizio alla salute patito dal de cuius che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità e sussiste per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo (Cass. N. 21837 e 23153 del 2019). Nel caso di specie sussistono i presupposti per la risarcibilità del danno biologico, la cui liquidazione può essere effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea nella misura del 100% ed è pari ad euro 6.336,00 (Cass. N. 16592/2019)

12.4. Va riconosciuto, infine, il danno patrimoniale con riguardo alle spese funerarie per la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

somma di euro 1.750,00, documentata in atti, mentre non v'è prova dell'esborso con riguardo alla consulenza di parte.

13. In definitiva, la domanda va accolta nei limiti sopra visti.

Trattandosi di obbligazione di valore, gli importi determinati a titolo di danno non patrimoniale devono essere dapprima devalutati alla data dell'illecito [redacted], in base all'indice *Org_10* dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, e quindi rivalutati anno per anno, secondo lo stesso parametro, da detta data fino a quella di pubblicazione della sentenza (che segna la trasformazione dell'obbligazione risarcitoria in debito di valuta: cfr. Cass., n. 1256/1995; Cass., n. 11616/1992), con l'aggiunta degli interessi legali maturati e maturandi fino al saldo sul capitale via via rivalutato (cfr. Cass., n. 6321/2000; Cass., n. 9118/1990; Cass., n. 2770/1979).

Va accolta altresì la domanda della *Parte_6* di quantificazione dell'efficienza causale delle condotte riferibili a ciascuna delle due Aziende Sanitarie con conseguente graduazione delle rispettive colpe, ai fini della ripartizione interna della richiesta di risarcimento in vista dell'azione interna di regresso; la stessa va accolta nei termini indicati dai consulenti, che, per tutto quanto sopra esposto, si ritiene pienamente condivisibile: 1/3 a carico del Reparto di Cardiochirurgia di Chieti e dei 2/3 in capo all *Parte_7* *[...]*

14. Passando alla regolamentazione delle spese di lite, l'accoglimento della domanda, sotto il profilo del quantum, sensibilmente diversi da quelli prospettati dagli attori comporta la compensazione per metà delle spese di lite tra le parti, mentre la restante metà va posta a carico dei convenuti costituiti.

Le spese della CTU, liquidate con separato decreto, vanno poste definitivamente in capo ai convenuti, in solido tra loro.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sul ricorso/citazione proposta da *Parte_1* nei confronti di SS [redacted] *Controparte_3* SS [redacted] ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- accerta la responsabilità della *Controparte_14* *[...]* e della *Controparte_9* nella causazione del [redacted] *Persona_1* [redacted] e per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

l'effetto, le condanna, in solido tra loro e nelle rispettive qualità, al risarcimento dei danni patiti da *Parte_1* *Controparte_1* e *CP_2* e, quindi, a corrispondere agli stessi le seguenti somme:

a titolo di danno non patrimoniale iure proprio: *Parte_1* € 62.733,21; *Controparte_1* € 43.264,28 e *CP_2* € 43.264,28, oltre rivalutazione ed interessi come in parte motiva;

a titolo di danno non patrimoniale iure hereditatis, della complessiva somma di euro 6.336,00, in favore di *Parte_1* *Controparte_1* e *CP_2* oltre rivalutazione ed interessi come in parte motiva;

a titolo di danno patrimoniale, della complessiva somma di euro 1.750,00, oltre interessi legali dalla domanda al soddisfo;

- dichiara il difetto di legittimazione attiva del *Controparte_3* *[...]* e del *Controparte_4*
- accerta e dichiara che la *Controparte_14* *[...]* e la *Controparte_9* sono obbligate, nei rapporti interni tra loro, nella misura rispettivamente di 1/3 e 2/3 degli importi che saranno chiamate all'esborso a titolo di risarcimento del danno nei confronti degli attori in virtù della presente sentenza;
- condanna la *Controparte_15* *[...]* e la *Controparte_9* al pagamento, per le causali di cui in motivazione ed in favore degli attori, delle spese di lite nella misura della metà, che si liquidano in € 7.051,50 (50% di 14.103,00) per compenso professionale, oltre 15% sul compenso professionale per rimborso spese generali, IVA e CPA, se dovute, come per legge, con attribuzione in favore dell'Avv. [redacted] dichiaratosene anticipatario, ex art. 93 cod. proc. civ.; compensa la restante metà tra le parti;
- pone definitivamente a carico dei convenuti le spese della CTU, come da separato decreto.

Così deciso in Larino, 4.4.2023

Il Giudice

dott. Stefania Vacca

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-263