



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Serena Nicotra
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **46322/2018** promossa da:

Parte_1 (C.F. **C.F._1**), **Parte_2** (C.F. **C.F._2**), con il
patrocinio dell'avv. [REDACTED] con studio in [REDACTED]
[REDACTED]

contro

Controparte_1 (C.F. **P.IVA_1**), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] e dell'avv. [REDACTED] con studio in [REDACTED]
[REDACTED]

Le parti hanno concluso come da note a trattazione scritta depositate in via telematica

SINTESI DELLE DOMANDE DELLE PARTI

Con atto di citazione ritualmente notificato, **Parte_1** e **Parte_2** rispettivamente padre e fratello del defunto **Persona_1** , hanno convenuto in giudizio davanti a questo Tribunale l' [...] **Controparte_2** , per sentire accertare la responsabilità della convenuta per il prematuro [REDACTED] in conseguenza dell'inadempimento del contratto di prestazione d'opera ed assistenza sanitaria con quest'ultimo intercorrente e per ottenere il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali riportati dai ricorrenti sia *iure hereditatis* sia *iure proprio*.

Gli attori hanno dedotto:

-che **Persona_1** era stato ricoverato presso la citata struttura ospedaliera una prima volta in data 18 ottobre 2012, a seguito di diagnosi di leucemia mieloide acuta promielocitica, ed era stato dimesso in data 21 novembre 2012 in buone condizioni di salute;

-che il paziente era stato nuovamente ricoverato il 12 dicembre per la prosecuzione del trattamento chemioterapico ed era rimasto nel nosocomio fino al suo [REDACTED];

-che la causa del decesso era riconducibile ad un processo infettivo sostenuto da bacilli gram negativi ed insorto durante il ricovero;

-che l'operato dei medici era censurabile sotto il profilo dell'omessa ed errata diagnosi del processo infettivo, nonostante la presenza di sintomi specifici che avrebbero dovuto suggerire approfondimenti e l'effettuazione di un esame emoculturale volto ad individuare il germe patogeno, e del ritardato trattamento terapeutico;

-che inoltre era ravvisabile la responsabilità della struttura per la inadeguatezza delle misure profilattiche in concreto adottate, non risultando indicate nella cartella clinica le modalità di isolamento del paziente né quelle di protezione personale impiegate;

-che era in particolare mancato l'isolamento igienico, dal momento che il bagno della camera di degenza era posizionato nel corridoio del reparto ed era accessibile anche ad altri degenti ed ai visitatori, che il paziente per raggiungere il bagno doveva percorrere un tratto di corridoio affollato da altri pazienti e/o visitatori, e che i parenti e gli amici che intendevano fare visita al paziente erano costretti ad entrare nella stanza di degenza per recuperare la chiave del bagno al cui interno erano custoditi i camici ed i calzari da indossare;

-che, in assenza dell'insorgenza del processo infettivo, non si sarebbe verificato il decesso di *Persona_1* e il paziente avrebbe avuto elevate percentuali, pari a circa l'80%, di remissione della malattia e sopravvivenza a cinque anni;

-che i familiari avevano diritto al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, da liquidarsi tenuto conto della convivenza tra il padre e *Persona_1* e dell'assiduità delle frequentazioni tra lo stesso ed il fratello *Pt_2* oltre che dell'intensità del legame affettivo intercorrente tra le parti;

-che inoltre agli attori spettava il risarcimento iure hereditatis del danno non patrimoniale subito da *Persona_1*, avuto riguardo al significativo lasso di tempo intercorrente tra il decesso e le lesioni, nonché il danno patrimoniale relativo alle spese funebri anticipate da *Parte_1*.

Si è costituita la convenuta *Controparte_1* che ha chiesto il rigetto della domanda degli attori. La convenuta ha dedotto:

-che il paziente, durante la degenza, era stato sottoposto a misure di isolamento quali la camera singola con bagno dedicato, utilizzo di mascherina e camice dedicato, riduzione degli accessi da persona esterna, regime dietetico adeguato e misure profilattiche;

-che il paziente non era stato ricoverato in camera sterile, trattandosi di misura non prevista dai protocolli medico scientifici per le terapie chemioterapiche e di consolidamento;

-che dal verbale di assunzione di informazione di *Parte_1*, emergeva che il paziente aveva disatteso le prescrizioni igieniche adottate dai sanitari dall'*CP_2* avendo consentito l'utilizzo del bagno dedicato anche ad altri pazienti del reparto, ai quali aveva consegnato le chiavi;

-che, come risultava anche dalla consulenza tecnica disposta nel procedimento penale instauratosi a carico dei sanitari dell'azienda ospedaliera per il reato di omicidio colposo, la condotta dei sanitari dell' **CP_2** era esente da censure sia sotto il profilo delle misure di isolamento adottati, sia sotto il profilo diagnostico e terapeutico;

-che non vi era prova del fatto che la infezione indicata dagli attori come probabile causa del decesso sia stata contratta in ambiente ospedaliero, essendo il batterio dell'escherichia coli normalmente ospite dell'organismo umano, né dello sviluppo dell'infezione in conseguenza della condotta dei sanitari;

-che in ogni caso era applicabile alla fattispecie la limitazione di responsabilità prevista dall'art. 2236 cod.civ.;

-che, con riferimento alla domanda risarcitoria, si doveva considerare il concorso colposo del danneggiato ex art. 1227 cod.civ., nonché l'assenza di certezza sulle possibilità concrete di sopravvivenza del paziente.

Dopo il deposito delle memorie ex art. 183 comma 6 c.p.c., la causa è stata istruita mediante l'espletamento di una consulenza tecnica e, successivamente, è stata trattenuta in decisione ai sensi dell'art. 190 c.p.c. sulle conclusioni rassegnate dalle parti nelle note a trattazione scritta.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Per comodità espositiva si procederà a suddividere la trattazione delle questioni da affrontare in capi separati.

1. La materia del contendere

In base al contenuto degli atti introduttivi, il *thema decidendum* verte sull'accertamento della dedotta responsabilità della convenuta in relazione alle prestazioni sanitarie rese in favore di **Persona_1** in occasione del ricovero presso l' **Controparte_2** a partire dal 12 dicembre 2012 sino al suo decesso avvenuto il 31 dicembre.

Secondo la prospettazione attorea, le condotte imperite e negligenti ascritte ai sanitari della azienda convenuta, attinenti al profilo dell'inadeguatezza delle misure di profilassi e prevenzione disposte per impedire l'insorgenza di infezioni nosocomiali, alla erroneità e tardività della diagnosi e della gestione dell'infezione contratta, sono state causa diretta del decesso del loro congiunto, avvenuto per insufficienza multiorgano da sepsi.

Con riferimento alla natura dell'azione, si osserva che in relazione alla domanda di risarcimento dei danni dei congiunti *iure proprio*, la responsabilità del convenuto è di natura extra contrattuale, non rientrando i congiunti del paziente deceduto tra i terzi protetti dal contratto (cfr. da ultimo Cass.civ., ord. sez. 3-6, 6 luglio 2021, n.21404, Cass.civ. sez. 3, 9 luglio 2020 n.14615).

La azione relativa al risarcimento dei danni subiti dalla paziente e trasmessi *iure hereditatis* agli eredi va invece ricondotta all'ordinaria azione di natura contrattuale nei confronti della struttura sanitaria.

2. La consulenza tecnica preventiva

Dall'elaborato redatto dai consulenti tecnici dott. **Persona_2** e **Persona_3** emergono in seguenti dati:

- 1) **Persona_1**, che all'epoca dei fatti aveva 30 anni, aveva fatto accesso al Pronto Soccorso dell' **CP_2** **Controparte_2** nella notte fra il 17 ed il 18.10.2012 per faringodinia e febbre refrattarie alle terapie domiciliari, associate a sindrome emorragica. In occasione di tale ricovero, gli

esami disposti portavano alla diagnosi di leucemia acuta ed all'impostazione di terapia chemioterapica fino alle successive dimissioni in data 21 novembre 2012;

- 2) in data 12 dicembre 2012 il paziente veniva ricoverato presso l'unità di Medicina 4 del nosocomio per la nuova fase della terapia. A quella data, l'esame obiettivo risultava negativo salvo la presenza di microadenopatie laterocervicali di scarso rilievo;
- 3) nel diario clinico del ricovero veniva annotata la comparsa di cefalea a partire dal 19 dicembre e, in data 22 dicembre, la comparsa di alvo poco formato nonché, secondo quanto riferito dal paziente, il verificarsi di circa 5-6 scariche alvine. Nei giorni del 23 e 24 dicembre veniva riportata la riduzione delle scariche;
- 4) in data 28 dicembre veniva annotata la presenza di dolori lombari ed addominali, lo stato di agitazione del paziente e veniva riscontrata la presenza di addome globoso che portava a richiedere l'effettuazione di visita chirurgica in urgenza;
- 5) in data 29 dicembre veniva segnalata la persistenza del dolore a livello dorsale nonché, alle ore 16.30, l'insorgenza di insufficienza respiratoria acuta e veniva annotata la temperatura di 38,3°;
- 6) in data 30 dicembre veniva riscontrato l'ulteriore peggioramento delle condizioni di salute del paziente e veniva annotato il sospetto di shock emorragico da rottura di milza;
- 7) in data 31 dicembre si assisteva ad ulteriore peggioramento ed alle ore 11.45 veniva constatato il decesso del paziente;
- 8) in via generale, la leucemia acuta promielocitica è un sottotipo di leucemia acuta mieloide, che rappresenta l'8-12% delle leucemie acute mieloidi e che, data la possibilità di trattamento con acido transretinoico, ha un'ottima prognosi con possibilità di remissione completa oscillanti fra il 70% ed il 100%;
- 9) la neutropenia è definita grave sulla base di un criterio quantitativo, costituito dal valore dei granulociti (che deve essere superiore ai 500/mm³) e su un criterio cronologico, costituito dalla persistenza del fenomeno per più di 7 giorni;
- 10) la profilassi della sepsi in corso di neutropenia si basa principalmente sull'introduzione di una adeguata terapia antibiotica empirica ad ampio spettro, capace di agire contro batteri di tipo gram + e gram -, da associarsi all'isolamento del soggetto in camera singola e all'uso dei dispositivi di protezione sia per gli Operatori di assistenza, sia per eventuali, visitatori;
- 11) con riferimento alle misure di precauzione adottate nel caso concreto, si è rilevato che, sulla base della documentazione disponibile, non è possibile conoscere con precisione quale tipo di misure di precauzione ambientale siano state messe in atto per prevenire l'insorgenza di sepsi in severa neutropenia (isolamento, uso di protezioni da parte di personale e eventuali visitatori).

Si è tuttavia evidenziato che, secondo quanto risulta dalle allegazioni degli attori, il paziente era ricoverato in una camera sprovvista di servizi con la conseguente necessità, per recarsi in bagno, di percorrere alcuni metri di corridoio comune e che i familiari, per poter visitare il malato, avrebbero

dovuto recuperare i dispositivi nel bagno esterno previa ritiro della chiave dal paziente stesso nella camera di degenza;

- 12) al momento del sopraggiungere dello shock settico, risalente al 29 dicembre, il paziente si trovava nella sesta giornata di neutropenia molto severa. Dalla documentazione è risultato che la copertura antimicrobica profilattica era stata impostata utilizzando ciprofloxacina (ciproxin) 250 mg ogni 12 ore dal 21 al 24.12.2012 e, successivamente, dal 29.12.2012. Non si è invece trovata evidenza della somministrazione di tale antibiotico dal 25 al 29 dicembre;
- 13) la causa del decesso del paziente è da attribuirsi alla sepsi da escherichia coli in soggetto affetto da grave neutropenia iatrogena. L'individuazione del batterio è avvenuta con emocoltura il 30 dicembre 2012, il giorno prima del decesso. Si tratta di batterio di tipo saprofitico, presente abitualmente nel tubo digerente e, a volte, nelle vie urinarie;
- 14) con riferimento alla condotta dei sanitari, non sono state rilevate censure in relazione all'inquadramento ematologico-oncologico del caso sia in fase diagnostica che in fase terapeutica, fatta salva la rilevata mancata somministrazione di uno dei due farmaci antimicrobici, ovvero il Ciproxin dal 25 al 29 dicembre 2012, trattandosi di condotta non giustificabile in una fase di grave neutropenia come quella del paziente;
- 15) la sospensione del *Org_1* nel citato periodo non è stata tuttavia ritenuta in rapporto causale con il verificarsi della sepsi, tenuto conto della resistenza del germe, sia al *Org_1* stesso e sia al *Org_2* ;
- 16) con riferimento alla genesi dell'infezione, si è rilevata la mancanza di sufficienti elementi per potere affermare la natura endogena o esogena dell'infezione, considerato, da un lato, il lamentato scarso isolamento del malato nella struttura di degenza e, dall'altro lato, la citata natura del batterio;
- 17) in relazione all'adeguatezza delle misure di prevenzione, i consulenti hanno rilevato che il quadro clinico in quel momento non richiedeva il ricovero in camera sterile, ma che vi era la necessità di un regime di attento isolamento igienico.

Si è evidenziato che, da quanto indicato nelle relazioni attoree, ed in assenza di affermazioni contrarie e contrastanti al riguardo, tale regime è stato carente, dal momento che il locale bagno era fuori dalla stanza ed a distanza di 6-7 metri in corridoio promiscuo, che vi era necessità di consegnare ai familiari la chiave del medesimo affinché essi potessero coprirsi al momento della visita al degente, il che ha costituito una situazione non ideale e potenzialmente concausale della infezione e sepsi rivelatesi letali;
- 18) si è comunque rilevata la difficoltà di esprimersi in termini probabilistici al riguardo ed affermare se tali carenze possano avere assunto un consistente ruolo causale o abbiano costituito una mera occasione e che, in assenza di chiari e dirimenti dati tecnici scientifici non si possa propendere per l'una o l'altra ipotesi;

- 19) la sepsi ha privato il soggetto di quanto meno 70 probabilità su 100 di sopravvivere se non addirittura di guarire; detta sepsi ha altresì comportato 5 giorni (ovvero quelli precedenti al decesso) di inabilità temporanea assoluta.

A seguito della trasmissione delle osservazioni dei CTP delle parti, i consulenti tecnici hanno rilevato:

- 20) non è possibile attribuire la sepsi ad infezione nosocomiale e non endogena sulla base dell'epoca dell'insorgenza, in quanto lo stato di immunodepressione grave iatrogena, derivante dalla chemioterapia, che ha costituito elemento indispensabile nel determinismo della grave sepsi, si è presentata a partire dal 22-23 dicembre, a distanza di dieci giorni dalla degenza. Poiché la neutropenia è il fattore dipendente fondamentale nello sviluppo dell'infezione, non si può sostenere con certezza che l'insorgenza "tardiva" della sepsi sia indice della sua genesi ospedaliera;

- 21) non è stata ritenuta condivisibile la affermazione dei consulenti di parte attorei sulla sottovalutazione da parte dei sanitari delle scariche diarroiche presentate dal paziente il giorno 22 dicembre 2012 e, sulla conseguente necessità di procedere ad approfondimenti infettivologici.

Sul punto si è rilevato che il paziente in quel momento era sottoposto ad ampia profilassi antimicrobica come da abituali protocolli (*Org_1* e bactrim) e che la resistenza del germe a tali farmaci è questione emersa solo successivamente.

Inoltre, si è osservato che il paziente, al di fuori delle scariche alvine che si sono ridotte nell'arco di 2 giorni, non presentava altri sintomi o segni sospetti per sepsi ad eccezione di un dolore lombare di scarso significato infettivo, mentre la diarrea è ricomparsa solo il 29 dicembre 2012, nella fase terminale.

Infine, si è considerato che la stessa chemioterapia può, di per sé, determinare mucositi con episodi diarroici e che in data 24 dicembre i sanitari hanno disposto l'esecuzione di una coprocultura, risultata negativa;

- 22) con riferimento alla ipotesi avanzata dai consulenti degli attori secondo cui la flebite dell'arto superiore sinistro, verificatasi in sede di incannulamento venoso e descritta il 27.12.2012, possa essere stata fonte di infezione locale poi generalizzatasi, si è osservato che l'infiammazione della vena avrebbe potuto essere semplicemente di eziologia chimica e non infettiva e che, in ogni caso, si tratta di evento occorso meno di 48 ore prima del precipitare drammatico del quadro clinico;

- 23) in relazione al mancato monitoraggio dei lattati, costituenti indicatori di sepsi, si è evidenziato che l'incremento sierico tali enzimi è un segno generale ed aspecifico di sofferenza tissutale ed esso avrebbe potuto anche essere considerato come indicatore di danno indotto dallo stesso trattamento della leucemia;

- 24) si è quindi concluso che, analizzando la vicenda ex ante, non emergano franchi rilievi che possano portare ad un giudizio di scarsa attenzione da parte dei sanitari in questa fase della vicenda clinica con riferimento alla possibilità di anticipare la diagnosi di sepsi da *Org_3*

- 25) con riferimento alle osservazioni dei CTP della convenuta, volte ad evidenziare come l' *CP_2*

CP_2 si fosse dotata di linee guida e protocolli aderenti a quanto indicato dalla letteratura internazionale e come il reparto di degenza fosse sottoposto quotidianamente a pulizia scrupolosa con rispetto degli “standard di qualità”, i consulenti hanno osservato che in ogni caso dagli elementi acquisiti risultava che la sede di degenza era stata frequentata con assiduità dagli altri pazienti e dagli stessi familiari dei degenti e che pertanto anche una “scrupolosa pulizia quotidiana” non avrebbe potuto garantire 24 ore su 24 uno standard elevato di igiene, per lo meno negli ambienti comuni come i corridoi. Inoltre, il fatto che il paziente abbia dovuto recuperare le chiavi del bagno “dedicato”, attraversare parte di corridoio, aprire una maniglia più volte al giorno, costituivano tutti fattori che lo esponevano ad un potenziale contagio

3. La valutazione della consulenza tecnica e la natura nosocomiale dell’infezione

Ritiene il giudicante di condividere le conclusioni della consulenza tecnica nei limiti e con le precisazioni di seguito esposte.

Si reputa, in particolare, congruamente motivato il giudizio relativo al mancato rilievo di condotte censurabili dei sanitari dell’azienda convenuta in relazione all’aspetto della tempistica della diagnosi dell’infezione contratta da **Persona_1** ed alla gestione terapeutica.

Al riguardo, come si desume dalla relazione peritale, i dati clinici rilevati il 22 dicembre non erano sufficientemente univoci per fare sospettare il verificarsi dell’infezione e per fare eseguire approfondimenti, considerata la risoluzione del problema delle scariche alvine nei giorni successivi, l’assenza di altri sintomi indicativi di sepsi, la compatibilità delle mucositi con gli effetti della chemioterapia e tenuto conto del fatto che il paziente era comunque sottoposto alla profilassi anti microbica con due farmaci fino al 24 dicembre.

L’unico comportamento censurabile, in quanto contrario ai protocolli in tema di gestione di paziente affetto da grave neutropenia, è costituito dalla sospensione del farmaco Ciproxin nel periodo dal 25 al 29 dicembre.

Tuttavia, come evidenziato dai CTU, non è possibile affermare che tale condotta abbia avuto una concreta incidenza causale sul processo che ha portato allo sviluppo della sepsi ed al successivo decesso, essendosi accertata la resistenza del batterio successivamente individuato come responsabile dell’infezione a tale farmaco.

Rimane quindi da valutare il tema della sussistenza di una responsabilità della struttura per l’insorgenza dell’infezione riscontrata nel paziente e quindi della natura esogena o meno di tale infezione.

Nella relazione peritale i consulenti tecnici hanno rappresentato di non disporre di sufficienti elementi per individuare, secondo il criterio del più probabile che non, la genesi dell’infezione, ovvero per attribuirle a causa endogena o esogena, ed hanno evidenziato la teorica compatibilità di entrambe le cause, considerato, da un lato, la tipologia del batterio responsabile dell’infezione– normalmente presente nell’organismo del paziente – e dall’altro lato la presenza di alcune carenze nei presidi di prevenzione e profilassi adottati dall’ospedale.

Orbene, ritiene il giudicante che sulla scorta delle risultanze della relazione peritale e delle altre risultanze istruttorie, risulta raggiunta la prova degli elementi costitutivi dell’illecito contrattuale ed extra contrattuale ascritto alla convenuta.

In via generale, come rilevato dalla Corte di Cassazione in relazione al tema delle infezioni nosocomiali *“in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di avere adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare: 1) di avere adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico”* (cfr. Cass. civ., sez. 3, 23/02/2021, n.4864, Cass.civ. sez. 3, 22 febbraio 2023 n. 5490 e Cass.civ. sez. 3, 3 marzo 2023 n. 6386)

Sempre secondo l'insegnamento della Corte, tra i criteri da valutare ai fini del giudizio sulla responsabilità della struttura sanitaria, vi sono, testualmente *“il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione (sulle quali, infra, 6.1.) era necessario adottare”* (Cass.civ. n. 6386 del 2023 cit.).

Facendo applicazione dei citati principi e valutati tutti gli elementi acquisiti, si ritiene che sussista la prova del fatto che l'infezione che ha condotto al decesso di **Persona_1** sia stata contratta in ambito ospedaliero e della correlata responsabilità colposa della struttura convenuta, alla luce dei seguenti rilievi:

- a) l'insorgenza dell'infezione va pacificamente ricondotta al periodo del ricovero di **Persona_1** presso l' **Controparte_2** dal 12 al **[REDACTED]**

Non si rinvencono sul punto specifiche contestazioni da parte della difesa del convenuto, né risultano formulate ipotesi alternative da parte dei CTP della struttura ospedaliera.

Le buone condizioni del paziente all'atto del ricovero ed il fatto che i primi sintomi, costituiti dalle scariche diarroiche, siano comparse a distanza di 10 giorni dal ricovero, portano ragionevolmente ad escludere la preesistente latenza del processo infettivo;

- b) il fatto che i consulenti non siano riusciti ad esprimersi sulla natura esogena o endogena dell'infezione non incide sul nesso di causalità tra le prestazioni sanitarie rese nei confronti del paziente nel corso del ricovero e l'insorgenza dell'infezione, ma rileva sotto il diverso profilo della imputabilità delle complicanze infettive ad un evento non prevedibile e non prevenibile con la diligenza dovuta.

In particolare, come si evince dalla consulenza, **Persona_1** era un paziente che, a causa della grave patologia da cui era affetto e degli effetti dei trattamenti chemioterapici, era particolarmente esposto al rischio di sviluppare infezioni, derivanti sia dalla colonizzazione dell'organismo da parte di batteri propri, sia da microbi esterni, tanto da richiedere un regime di isolamento igienico.

Una volta accertato che tale rischio si è concretizzato nel periodo del ricovero con lo sviluppo di

infezione da Org_4 si tratta quindi di verificare se ciò sia in correlazione con una condotta colposa della struttura o se vi siano gli elementi per affermare la non imputabilità dell'evento alla stessa;

c) come rilevato dalla Corte di Cassazione, la prova del nesso causale a carico del danneggiato è assolta una volta ricondotta la causa del danno alla prestazione sanitaria, e quindi una volta dimostrato che l'infezione è insorta durante il periodo di ricovero, mentre non richiede la individuazione del preciso momento o della precisa modalità di contaminazione. In particolare, la Corte ha evidenziato che risulta irrilevante la circostanza che la causa rimanga ignota sul piano scientifico, sempre che non emerga la probabilità prevalente di una causa esterna all'adempimento della prestazione (Cass.civ., sez. 3 20 marzo 2018 n.6850);

d) nella relazione peritale sono stati individuate alcune carenze nelle misure di profilassi riferite allo specifico paziente adottate dalla struttura convenuta, ritenute idonee ad esporre il paziente al rischio di contagio.

La prima attiene al posizionamento del bagno dedicato al paziente, che si trovava fuori dalla stanza di degenza, in un corridoio ad uso promiscuo, a distanza di circa 6-7 metri dalla camera, così da costringere il paziente per raggiungerlo ad attraversare parte del corridoio e ad aprire una maniglia più volte al giorno.

La seconda riguarda il posizionamento dei camici e dei calzari di protezione dei familiari all'interno di tale bagno, il che comportava la necessità per gli stessi di accedere a tale locale prima di indossare i doverosi presidi protettivi.

Occorre rilevare che la prima circostanza, relativa alla posizione del bagno, è ammessa dalla stessa parte convenuta.

Quanto alla seconda, si ritiene fatto non tempestivamente contestato ai sensi dell'art. 115 c.p.c., atteso che, a fronte della specifica allegazione di tale circostanza da parte degli attori a pag. 25 dell'atto di citazione, nulla risulta dedotto dalla difesa dell'azienda convenuta nella comparsa di risposta, né al paragrafo 7, ove si indicano le misure di protezione adottate, né in altre parti dell'atto.

Il convenuto non ha poi depositato la memoria ex art. 183 comma 6 n.1 c.p.c..

Le diverse deduzioni svolte nei capitoli di prova formulati nella memoria ex art. 183 comma 6 n.2 c.p.c. della convenuta riguardano fatti introdotti tardivamente, in quanto non considerabili meri fatti secondari, data la loro attinenza ad uno dei temi principali introdotti dagli attori con la domanda introduttiva, costituito dalla adeguatezza delle misure di isolamento adottate nei confronti del paziente;

e) non è stata tempestivamente prodotta la documentazione relativa ai protocolli ed alle linee guida adottate dalla struttura, con particolare riguardo a quelli inerenti alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali.

Al riguardo non è utilizzabile il contenuto della documentazione indicata come allegato alla relazione dei CTP della convenuta ed esibita ai consulenti tecnici.

Si tratta invero di produzioni svolte oltre il termine di preclusione nella indicazione dei mezzi istruttori,

che attengono alla prova di fatti impeditivi ed estintivi non rilevabili d'ufficio, ma deducibili dalla parte. Gli attori hanno poi contestato la legittimità dell'acquisizione di tali documenti ed eccepito la nullità parziale della relazione, nella parte in cui ha valutato i citati protocolli, nella prima udienza successiva al deposito all'elaborato.

Non è quindi possibile apprezzare l'idoneità astratta delle misure adottate a prevenire eventuali rischi di contagio né l'effettiva attuazione delle stesse, non essendo state svolte istanze istruttorie per dimostrare le modalità e le cadenze temporali di esecuzione delle operazioni di sanificazione ed igienizzazione degli ambienti utilizzati da *Persona_1* e del corridoio comune che lo stesso doveva attraversare per recarsi in bagno;

- f) la consulenza redatta dal dott. *Per_4* nel processo penale a carico di alcuni medici della azienda convenuta, su incarico del Pubblico Ministero, non apporta elementi di conoscenza in ordine ai protocolli e misure di prevenzione adottati dalla struttura, atteso che, come si desume da quanto esposto a pag. 22 dell'elaborato, il consulente si è limitato a valutare la adeguatezza delle misure di isolamento in camera singola con bagno dedicato, in luogo della predisposizione di camera sterile, mentre non vi è evidenza dell'esame di documenti relativi ai piani di controllo e prevenzione adottati dall'ospedale.

Peraltro, è significativa la affermazione contenuta in tale relazione secondo cui, nel novero delle plurime, articolate, complesse e sovrapposte manovre sanitarie prestate (es disinfezione degli ambienti, sanificazione e preparazione dei vari presidi medicali, come cateteri, tubi centrali e periferici, tubi respiratori, impiego dei medesimi, disinfezione del sito di accesso operatorio, assistenza diretta al paziente per somministrazione di terapia, valutazione obiettiva, cura dell'igiene, mobilitazione, etc.) non sia individuabile il momento di contaminazione microbica determinante il processo settico patito dal paziente (cfr. pag. 23 del citato elaborato di cui al doc. 10 del fascicolo attoreo).

Ciò conferma ulteriormente la rilevata idoneità delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di ricovero a dare origine al processo infettivo successivamente riscontrato;

- g) a fronte delle citate lacune, non si ravvisano elementi sufficienti ad affermare che l'infezione si sia sviluppata per effetto del proliferare del batterio presente nell'organismo di *Persona_1*, a causa della compromissione delle difese immunitarie indotte dalla malattia e dalla terapia svolta.

Al riguardo, come rilevato dai consulenti nella risposta alle osservazioni dei CTP della convenuta, lo stesso infettivologo dott. *Per_5* consulente dell' *CP_2* *CP_2*, ha dato atto del fatto che non è stato possibile definire "la carta di identità" genetica del ceppo di Escherichia Coli coinvolto e quindi stabilire se si trattasse di ceppo albergante esclusivamente nell'organismo del paziente o di quelli colonizzanti l'ambiente ospedaliero.

Proprio per tale motivo, diviene fondamentale accertare se la struttura abbia provato di avere messo in atto le possibili misure idonee a scongiurare o ridurre la possibilità di diffusione di quei ceppi presenti nell'ambiente ospedaliero;

- h) nella relazione del CTP dott. *Per_5* si rileva che secondo cui sotto il profilo clinico-infettivologico non

ha significato tanto la provenienza del battere, quanto il fatto che la malattia non è stata provocata dal battere, bensì dalla disregolazione delle difese immunitarie, che ha determinato la trasformazione di un saprofita in un temibile patogeno.

Tuttavia, il fatto che normalmente tale batterio non sia un agente patogeno ma un cd “opportunista”, che approfitta delle condizioni del paziente per diventare patogeno, implica la doverosità dell’approntamento di adeguate misure di prevenzione e di igiene volte a ridurre il più possibile il rischio che pazienti immunodepressi come l’attore vengano in contatto non solo con i classici patogeni nosocomiali ma anche con quelli aventi potenzialità lesiva in tale categoria di degenti.

In base a tali rilievi, si ritiene quindi assolto da parte degli attori l’onere probatorio della insorgenza dell’infezione nel periodo di ricovero e della sussistenza di condotte non rispettose delle regole di cautela e prudenza nell’ambito dell’approntamento delle misure di isolamento igienico del paziente, suscettibili di aumentare il rischio di contatto e di contaminazione del paziente con il tipo di batterio che ha provocato la sepsi fatale.

Diversamente, la convenuta non ha dimostrato che l’infezione, pur se insorta nel periodo di ricovero, sia stata contratta per effetto di una causa alla stessa non imputabile, dal momento che, da un lato, non è provata l’adozione di tutte le cautele e le misure di prevenzione dal rischio di contatto del paziente con i ceppi del batterio presenti in ambiente ospedaliero, con conseguente imprevedibilità ed inevitabilità dell’evento; dall’altro lato, non vi sono neppure elementi obiettivi idonei ad attribuire, con un giudizio di elevata probabilità, la diffusione del processo infettivo a fattori esclusivamente endogeni.

Alla luce dei rilievi fin qui formulati, va quindi ravvisata la responsabilità contrattuale ed extra contrattuale della CP_1 convenuta.

4. La valutazione del concorso colposo del danneggiato

La convenuta ha invocato l’applicabilità dell’art. 1227 cod.civ. in ragione della concorrente condotta colposa del paziente *Persona_1*, costituita dall’aver permesso l’ingresso ad altri pazienti nel bagno allo stesso dedicato, da ritenersi concausa efficiente dell’insorgenza del processo infettivo che ha comportato l’evento dannoso per cui è causa.

In particolare, dal verbale di assunzione di informazioni in sede di indagini difensive ex art. 391 octies c.p.p., emerge che *Parte_1* ha dichiarato che *Persona_1* in alcune occasioni aveva consentito ad altri pazienti del reparto di usare il bagno dedicato consegnando loro le relative chiavi (cfr. doc. 14 fascicolo attoreo).

Orbene, tali dichiarazioni, valutabili come elemento di prova, fanno venire in rilievo una condotta imprudente del paziente, suscettibile di comportare un aumento del rischio di contrarre infezioni, riducendo l’efficacia delle misure igieniche e di isolamento predisposte.

Al riguardo, il fatto che la chiave del bagno fosse custodita nella camera del paziente appare un elemento idoneo a denotare l’assegnazione di tale locale allo stesso in uso esclusivo.

Al contempo, la circostanza che tutti i familiari ammessi alle visite dovessero indossare protezioni come camici, calzari e mascherine è significativa del fatto che il paziente fosse consapevole della sua fragilità sotto il profilo

immunitario e che potesse rappresentarsi la conseguente necessità di osservare attente misure di precauzione nel contatto con altre persone.

Tuttavia, occorre considerare che in base ai rilievi svolti nel paragrafo precedente, tale condotta si inserisce in un quadro in cui non sono note le modalità ed i tempi di sanificazione e pulizia degli ambienti utilizzati dal paziente, nonché dei presidi utilizzati nello svolgimento delle varie prestazioni sanitarie rese allo stesso durante tutto il periodo di ricovero, ed in cui si è accertato che la dislocazione del bagno costringeva il paziente a percorrere un corridoio frequentato da altri pazienti, dal personale e da visitatori, così come la dislocazione dei camici e calzari determinava l'ingresso senza tali protezioni dei visitatori per prendere la chiave nel bagno, oltre che l'ingresso degli stessi nel bagno dedicato al paziente per vestirsi.

A fronte dell'assenza di prova dell'adempimento dell'obbligo di adottare le misure preventive esigibili ed idonee ad impedire la possibilità di contaminazione del paziente e della creazione di una situazione che di fatto ha pregiudicato l'effettivo isolamento del bagno riservato ai pazienti – consentendo l'ingresso ai visitatori per prendere gli indumenti protettivi – la condotta imprudente ascritta a *Parte_1* non si ritiene che possa avere effetto esimente né rilevare ai fini del concorso di colpa, dal momento che, pur potendo esporre il paziente ad un maggiore rischio di infezione, rimane sempre correlato all'inadeguatezza delle cautele approntate dalla struttura. Al riguardo, a prescindere dalla prova in ordine all'osservanza degli obblighi informativi da parte della struttura sulle misure igieniche da rispettare, si osserva che non vi è evidenza della chiara ostensibilità agli altri pazienti del divieto di usare il bagno nel corridoio.

Invero, gli attori hanno prodotto con l'atto di citazione la fotografia della porta del locale bagno in questione (doc. 13), da cui si evince che sulla stessa era apposto un cartello con la dicitura “bagno isolato”.

La parte convenuta, nella comparsa di costituzione, non ha svolto alcuna specifica contestazione sulla riferibilità della fotografia a tale locale ed ha allegato solo nella memoria istruttoria che sulla porta del bagno era presente un cartello segnalante che l'uso del bagno era riservato.

Tuttavia, l'indicazione “bagno isolato” ha un significato diverso da “bagno riservato”, non essendo indicativa dell'esistenza di un vincolo d'uso esclusivo in favore di un unico degente.

Ne deriva che, da un lato, la condotta ascritta a *Persona_1*, ha una portata marginale, data la sporadicità riferita dell'uso del bagno da parte di altri pazienti, rispetto a tutte le altre possibili fonti di contaminazione, che ricomprendono anche, come evidenziato nella stessa consulenza del dott. *Per_4* la fase di somministrazione delle numerose terapie e prestazioni sanitarie, e non solo di assistenza alberghiera, rese durante tutto il periodo di ricovero, il che non consente di affermare la concreta ed obiettiva rilevanza causale della stessa.

Dall'altro lato, le citate carenze nell'approntamento delle misure protettive e nella vigilanza sul rispetto, anche a cura dei visitatori e degli altri degenti, portano comunque a ritenere imputabile alla convenuta anche la condotta di mancato rispetto di tali precauzioni da parte del paziente.

5. L'evento di danno

Una volta accertata la responsabilità della convenuta per lo sviluppo in capo ad *Persona_6* di infezione nosocomiale, si deve valutare quale sia l'evento dannoso ascrivibile sul piano causale al fatto illecito, e

cioè se si tratti dell'evento morte del paziente, in quanto in assenza dell'infezione, si sarebbe evitata la morte del paziente o comunque vi sarebbe stata una maggiore durata della vita, o ancora se venga in rilievo come evento una mera perdita della possibilità di guarigione o di arrestare la progressione della patologia.

Al riguardo dalla consulenza tecnica, si evince che la sepsi conseguente all'infezione da Escherichia Coli è stata la causa della morte del paziente e che la sepsi ha privato il soggetto di quanto meno 70 probabilità su 100 di sopravvivere, se non addirittura di guarire.

In base a tali rilievi, ritiene questo giudice che sussista la prova del nesso di causalità tra la condotta dei sanitari della convenuta e l'evento dannoso patito da *Persona_1*, evento da individuarsi nella morte anticipata del paziente.

6. Il danno risarcibile

6.1. Il danno iure hereditatis

Il padre ed il fratello del de cuius hanno chiesto il risarcimento del danno non patrimoniale terminale subito dal loro congiunto e di quello da lucida agonia.

Come rilevato dalla giurisprudenza di legittimità, il danno biologico cd terminale individua il pregiudizio alla salute di natura temporanea che sussiste per il tempo della permanenza in vita qualora tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo, mentre il danno morale cd. "catastrofale" consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'intensità della sofferenza medesima; (cfr. Cass.civ. ord. sez. 3, 20 agosto 2019 n. 21837).

Nel caso in esame, occorre fare riferimento alle risultanze della consulenza tecnica, che ha individuato negli ultimi cinque giorni di sopravvivenza del paziente il periodo di invalidità temporanea ascrivibile alla sepsi ed il lasso di tempo di lucida agonia.

Pertanto, in relazione a tale intervallo temporale, risulta configurabile sia un danno alla salute, considerato le obiettive condizioni di inabilità e dolore fisico patite dal paziente, conseguenti allo stato di insufficienza multiorgano e di un danno da sofferenza legato al fatto che la parte ha assistito al drastico peggioramento delle condizioni di salute.

Ciò posto per la liquidazione di tali voci di danno, in difetto di apposite previsioni normative, appare utile utilizzare come primo criterio orientativo e come punto di partenza per giungere ad una determinazione equitativa, quanto previsto nelle tabelle del Tribunale di Milano per il danno non patrimoniale, comprensivo di quello biologico, terminale.

Tali tabelle hanno individuato un numero massimo di giorni (stabilito, convenzionalmente, in 100) oltre il quale il danno terminale non può prolungarsi, tornando ad esser risarcibile il solo danno biologico temporaneo ordinario ed esprimono una somma che ricomprende al suo interno il ristoro del danno biologico e di quello da sofferenza connesso alla percezione della morte imminente.

Si è poi previsto che nei primi tre giorni di danno terminale il giudice possa liquidare il danno muovendosi liberamente secondo la propria valutazione personalizzata ed equitativa, nel rispetto di un tetto massimo convenzionalmente stabilito in €30.000,00 non ulteriormente personalizzabile.

Nel caso in esame, facendo applicazione di tali tabelle, si ritiene di liquidare per cinque giorni di sopravvivenza di *Persona_1* la somma onnicomprensiva di € 15.000,00, tenuto conto della tipologia ed rilevanza delle sofferenze fisiche subite, desumibili dagli intensi dolori addominali riferiti dal paziente e riportati nel diario clinico e dal verificarsi della crisi respiratoria, così come della intensità della sofferenza morale patita, desumibile dal fatto che il paziente è rimasto vigile fino alla fine.

Al contempo, la liquidazione del danno tiene conto delle condizioni pregresse del paziente e del fatto che la grave patologia da cui era effetto e le pesanti cure chemioterapiche hanno inciso sul quadro di sofferenza del paziente.

6.2. Il danno non patrimoniale iure proprio

La domanda di risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale è stata svolta dal padre e dal fratello di *Persona_1* .

Come rilevato dalla giurisprudenza di legittimità, il pregiudizio risarcibile conseguente alla perdita del rapporto parentale che spetta *iure proprio* ai prossimi congiunti si ricollega alla lesione della relazione che legava i familiari al defunto e richiede la prova dell'effettività e la consistenza di tale relazione, dovendo il giudice verificare la sussistenza della interiore sofferenza morale soggettiva e di quella riflessa sul piano dinamico relazionale e apprezzare la gravità ed effettiva entità del danno in considerazione dei concreti rapporti col congiunto, anche ricorrendo ad elementi presuntivi quali la maggiore o minore prossimità del legame parentale la qualità dei legami affettivi, la sopravvivenza di altri congiunti, la convivenza o meno col danneggiato, l'età delle parti ed ogni altra circostanza del caso (cfr. Cass.civ.,sez. 3 ord. 25 giugno 2021 n. 18284, Cass.civ. sez.3, 11 novembre 2019 n. 28989).

Nel caso in esame, è pacifico lo stretto legame familiare intercorrente tra gli attori e *Persona_1* , atteso che *Parte_1* era il padre e *Parte_2* era il fratello del defunto.

E' altresì pacifico, in base alle allegazioni delle parti ed allo stato di famiglia prodotto, che fino al momento del decesso vi era rapporto di convivenza tra la vittima ed i genitori *Parte_1* e *Parte_3* .

In ordine ai rapporti con il proprio congiunto ed alle conseguenze della perdita del rapporto parentale, gli attori hanno allegato: che *Persona_1* viveva con i genitori ed era molto legato al fratello *Pt_2* ed al nipote *Per_7* , cui aveva fatto da padrino in data 20 settembre 2010; che tra i fratelli vi era frequentazione pressochè quotidiana, in quanto dividevano il pranzo nella casa di [REDACTED] e si incontravano durante i fine settimana anche per vedere il nipotino.

Ciò posto, in tema di liquidazione equitativa di tale danno, occorre partire in via orientativa dall'esame dei criteri di stima richiamati nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione e segnatamente nella sentenza del 21 aprile 2021 n. 10579, secondo cui, testualmente “il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto,

l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella".

In tale pronuncia viene richiamato il sistema di liquidazione per punti variabili adottato dalle Tabelle del Tribunale di Roma, che tiene conto dei seguenti parametri di liquidazione: 1) il rapporto di parentela esistente tra la vittima ed il congiunto avente diritto al risarcimento, con attribuzione di un numero di punti più elevati per i vincoli più stretti di parentela, in forza della presunzione che il danno sia maggiore quanto più stretto il rapporto; 2) l'età del congiunto, con attribuzione di un numero di punti decrescente man mano che aumenta dell'età, sul presupposto che il danno sia inversamente proporzionale all'età del congiunto superstite; 3) l'età della vittima, con attribuzione di un numero di punti decrescente con l'aumento dell'età, sul presupposto che il danno sia tanto maggiore quanto minore è l'età della vittima, in considerazione del progressivo avvicinarsi al naturale termine del ciclo della vita; 4) la convivenza tra la vittima ed il congiunto superstite, con attribuzione di un numero di punti aggiuntivo in caso di convivenza, dovendosi presumere che il danno sarà tanto maggiore quanto più costante e assidua è stata la frequentazione tra la vittima ed il superstite, nonché con attribuzione di ulteriori punti in caso di assenza all'interno del nucleo familiare di altri conviventi o di altri familiari non conviventi, ritenendosi maggiore il danno derivante dalla perdita se il congiunto superstite rimane solo, privo di quell'assistenza morale e materiale che gli derivano dal convivere con un'altra persona o dalla presenza di altri familiari, anche se non conviventi.

Nelle more, sono state pubblicate le ultime tabelle del Tribunale di Milano in tema di danno da perdita del rapporto parentale, elaborate con il sistema a punti.

Tali tabelle hanno previsto un certo numero di punti da attribuire in maniera fissa per i parametri dell'età delle parti, della convivenza, del vincolo di parentela, della sopravvivenza di altri congiunti appartenenti al nucleo primario, nonché un numero di punti fino a 30 da attribuire sulla base di quanto allegato e provato in termini di intensità del rapporto e di conseguente sofferenza morale del familiare superstite; il valore del punto è stato determinato sulla base delle risultanze del monitoraggio di circa 600 sentenze, emesse da vari Tribunali in tema di liquidazione di tale tipologia di danno ed in maniera differenziata in funzione del diverso rapporto di parentela.

Ritiene questo giudicante di utilizzare, ai fini della liquidazione equitativa, le nuove tabelle milanesi per un duplice ordine di rilievi.

Da un lato, la determinazione del valore del punto è agganciata a dati oggettivi costituiti dagli esiti del monitoraggio di un ampio numero di sentenze di merito provenienti da tribunali di distretti diversi in tema di liquidazione di tale tipologia di danno e non è quindi correlata al solo esame delle pronunce emesse dalla sezione del Tribunale di Roma che si occupa di tale materia (come sembra evincersi dalle note esplicative allegate alla

prima tabella con il sistema a punti elaborata dal Tribunale di Roma nel 2007 al paragrafo 2 della parte relativa al danno da perdita del rapporto parentale).

Dall'altro lato l'attribuzione di un numero aggiuntivo e variabile di punti sulla base dell'accertamento del grado di intensità del rapporto e di conseguente sconvolgimento delle abitudini di vita consente di meglio parametrare la liquidazione alle specifiche caratteristiche del caso concreto e si ritiene rispettosa dei criteri enunciati dalla Corte di Cassazione, contemperando sia l'esigenza di garantire un trattamento uniforme per casi analoghi, sia di rendere più predeterminabile la liquidazione di tale tipologia di pregiudizio, senza al contempo rinunciare alla possibilità di graduare l'entità del risarcimento sulla base delle particolarità del caso concreto emergenti dalle allegazioni delle parti.

Sotto tale profilo, si osserva che anche la tabella romana prevede la possibilità di apportare delle diminuzioni alle somme risultante dalle applicazioni di punti sia in caso di non convivenza, sia per la parte del punteggio relativo al rapporto di parentela con il *de cuius*, che può essere dimezzato in relazione alla situazione concreta correlata alla esistenza di un serio rapporto affettivo o addirittura annullato in caso di prova di assenza di un vincolo affettivo.

Occorre poi considerare che la Corte di Cassazione, nella recente ordinanza n.37009 del 16 dicembre 2022 ha ritenuto applicabili tali tabelle nel giudizio di rinvio, ritenendole conformi ai principi di diritto espressi dalla precedente giurisprudenza di legittimità sopra richiamata.

Ciò posto, in base a tali tabelle, vanno quindi attribuiti a **Parte_1** 24 punti per l'età della vittima all'epoca del decesso (30 anni), 18 punti per l'età del congiunto (58 anni), 16 punti per la convivenza, 12 punti per la presenza di altri tre membri del nucleo familiare (il figlio e la moglie), per un totale di 70; a **Parte_2** vanno attribuiti 18 punti per l'età della vittima all'epoca del decesso, 16 punti per l'età del congiunto (35 anni), 12 punti per la presenza di altri due membri del nucleo familiare (i genitori), per un totale di 46.

Per quanto riguarda il punteggio variabile relativo a qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto, come previsto nelle tabelle, ai fini dell'attribuzione dei punti si potrà tener conto sia delle circostanze obiettive di cui ai parametri precedenti e delle conseguenziali valutazioni presuntive, sia di ulteriori circostanze allegate e provate, tra cui, in via semplificativa, quelle relative alla entità delle frequentazioni e dei contatti, alla condivisione di vacanze, di festività, di attività lavorative ed extralavorative, alla presenza attività di assistenza sanitaria/domestica, alla particolare penosità e durata della malattia della vittima primaria laddove determini una maggiore sofferenza nella vittima secondaria.

Nel caso in esame, si ritiene che possano essere attribuite al padre **Parte_1** un numero di punti pari a 20, considerando i dati presuntivi in ordine alla intensità della sofferenza derivante dallo stretto legame familiare con la vittima, al rapporto di convivenza, allo sconvolgimento della vita che deriva sia in generale dalla perdita di un figlio.

Per quanto riguarda il fratello, tenuto conto delle allegazioni sulla frequenza dei contatti, dell'intensità del legame confermato dal fatto che **Persona_1** era stato scelto come padrino del figlio del fratello (cfr. doc. 24

fascicolo attoreo) e considerato la residenza della parte nello stesso Comune, si reputa congrua l'attribuzione di n. 14 punti.

L'applicazione di tali criteri porta ad una liquidazione base che in sé appare congrua e proporzionata alle specificità del caso concreto in quanto tiene conto dell'intensità del vincolo familiare e della relazione affettiva tra le parti e della conseguente peculiare rilevanza della sofferenza morale derivante dalla perdita del giovane

Persona_1 .

Al contempo, nell'attribuzione dei citati punti, si è tenuto conto dell'ampiezza del nucleo familiare, data la presenza per il padre della moglie, dell'altro figlio, oltre ad un nipote e della formazione da parte del fratello di un nucleo familiare autonomo.

In base a tali criteri, moltiplicando il numero di punti attribuiti a ciascuno degli attori per il valore del punto base (pari a € 3.365,00 sia per il genitore e ad € 1461,20 per il fratello), si arriva alla somma di € 302.850,00 per il padre ed alla somma di € 84.749,60 per il fratello.

La liquidazione deve poi tenere conto del fatto che alla parte era stata diagnosticata una patologia molto grave e che, come si evince dalla relazione di consulenza e dalla relazione dei CTP di parte convenuta, il paziente rientrava nella fascia di alto rischio, data la presenza di LAP-PML-RARA positivi e di elevata iperleucocitosi all'esordio (cfr. pag. 1 e 11 della relazione peritale e pag. 11 della relazione dei CTP della convenuta).

Secondo la valutazione dei CTU, vi era almeno il 70% delle possibilità di maggiore sopravvivenza, se non di guarigione (cfr. pag. 14 della relazione peritale)

Nella nota dei CTP della convenuta si indica una percentuale del 70% di sopravvivenza a tre anni senza recidive. In un quadro in cui l'obiettivo della remissione della malattia non equivale necessariamente alla piena guarigione del paziente, per la possibilità di ricomparsa di recidive, è presumibile che l'aspettativa di vita di *Parte_1* potesse essere minata dalla presenza di tale grave patologia rispetto alla normale aspettativa di vita per un ragazzo della sua età e che, verosimilmente, sarebbe stato inferiore l'arco temporale in cui i congiunti avrebbero potuto godere del rapporto.

In particolare, al caso in esame si attagliano i principi affermati dalla Corte di Cassazione nella sentenza n. 15991/2011 che, nell'esaminare il tema della rilevanza causale delle patologie preesistenti del danneggiato sull'aggravamento del danno alla salute derivante da errata prestazione sanitaria, con specifico riferimento al caso di decesso del danneggiato in conseguenza di un intervento medico commissivo o omissivo ha prospettato le seguenti alternative:

- a) il danneggiato, già affetto da uno stato di invalidità potenzialmente non idoneo (di per sé e nell'immediatezza) a produrre esiti mortali, decede in conseguenza dell'intervento medico (commissivo od omissivo): in tal caso lo stato di invalidità pregresso non potrà rilevare quanto ai danni risarcibili iure proprio ai congiunti, mentre potrebbe 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;

- b) il danneggiato, già in condizioni invalidanti idonee a condurlo alla morte a prescindere da eventuali condotte di terzi, decede a seguito dell'intervento (commissivo od omissivo): la risarcibilità iure proprio del danno patrimoniale e non patrimoniale - riconosciuto ai congiunti potrà subire un ridimensionamento in 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.

In base alle richiamate risultanze, si ritiene che il caso in esame possa rientrare nel paradigma da ultimo delineato.

Alla luce di tali rilievi, si stima equo ridurre gli importi derivanti dalla applicazione delle tabelle del 20%.

Risulta quindi dovuta a tale titolo la somma di € 242.280,00 al padre e la somma di € 67.799,68 al fratello

Le suddette somme sono già calcolate all'attualità e non deve quindi farsi luogo alla rivalutazione delle stesse.

Inoltre, alla luce dell'insegnamento delle Sezioni Unite della Cassazione (risalente alla sentenza del 17/2/1995 n. 1712), vertendosi in tema di debito di valore, sono dovuti sul credito risarcitorio suddetto gli interessi, che si reputa congruo calcolare al tasso legale, da calcolarsi anno per anno sulle somme via via rivalutate, utilizzando come base di calcolo le somme devalutate al [REDACTED] con decorrenza da tale data sino al saldo.

6.3. Il danno patrimoniale

Spetta il rimborso a *Parte_1* della somma di € 5750,00 a titolo di danno patrimoniale per le spese funebri di cui alla fattura prodotta, intestata a tale attore (doc. 16 e 17).

Tale somma va maggiorata di interessi e rivalutazione dalla data degli esborsi sino al saldo.

7. Le spese del giudizio

Tenuto conto dell'esito del giudizio, le spese di lite vanno poste a carico della convenuta, in quanto soccombente, e si liquidano come da dispositivo, con riferimento al valore dell'accolto (scaglione da € 500.000 ad € 1.000.000,00) ai sensi del DM 55/2014, essendosi esaurita l'attività difensiva nella vigenza di tali tariffe, facendo applicazione dei valori medi.

Le spese di CTU vanno poste a carico della convenuta.

Va poi disposto il rimborso delle spese vive di mediazione.

P.Q.M.

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

- 1) condanna l' *Controparte_3* al pagamento in favore degli attori *Parte_1* e *Parte_2* della somma di € 15.000,00, già espressa in moneta attuale, oltre ad interessi al tasso legale da calcolarsi previa devalutazione della somma alla data del [REDACTED] sulle somme via via rivalutate con decorrenza dal [REDACTED] al saldo;
- 2) condanna la convenuta al pagamento in favore degli attori delle seguenti ulteriori somme: a) €248.030,00 in favore di *Parte_1*, oltre a rivalutazione sulla minore somma di € 5750,00 dalla data degli esborsi al saldo e ad interessi legali, da calcolarsi anno per anno sulle somme via via rivalutate, utilizzando come base di calcolo le somme devalutate al [REDACTED] con decorrenza da tale data sino al saldo; b) € 67.799,68 in favore *Parte_2* oltre ad interessi al tasso legale su tutte le citate somme

da calcolarsi anno per anno sulle somme via via rivalutate, utilizzando come base di calcolo le somme devalutate al [REDACTED] con decorrenza da tale data sino al saldo;

- 3) condanna la convenuta alla rifusione in favore degli attori delle spese del presente giudizio, liquidate in € 1241,00 per esborsi, € 21.359,00 per compenso professionale, oltre a rimborso spese forfettarie al 15%, Iva e Cpa come per legge, oltre ad € 50,00 per i costi dell'avvio della mediazione ed al rimborso delle spese di CTU

Milano, 16 giugno 2023

Il Giudice

dott. Serena Nicotra