N. R.G. 48088/2018

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. **48088/2018** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] con studio [redacted]

contro

Controparte_1 (C.F. *C.F._2*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

Controparte_2 (C.F *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTI

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da note a trattazione scritta depositate telematicamente.

SINTESI DELLE DOMANDE DELLE PARTI

Con atto di citazione in riassunzione ritualmente notificato, a seguito della sentenza del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere n. 2409/2018 con cui è stata dichiarata l'incompetenza per territorio del tribunale originariamente adito, *Parte_1* madre del defunto *Persona_1*, ha convenuto in giudizio davanti a questo Tribunale *Controparte_2* e *Controparte_1* per sentire accertare la responsabilità solidale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

dei convenuti per il prematuro [redacted] in conseguenza delle condotte colpose poste in essere dai convenuti nel corso dell'intervento di sostituzione protesica svolto dal prof. *CP_1* presso *CP_2* in data 4 marzo 1998, e per ottenere il risarcimento di tutti i danni sofferti.

L'attrice ha dedotto:

-che *Per_1* *Per_1* era stato ricoverato presso la [redacted] *CP_2* in [redacted] in data 1 marzo 1998;

-che accertata la presenza di stenosi valvolare protesica da trombosi sottovalvolare, il paziente era stato operato in pari data dal prof. *CP_1* per la sostituzione protesica;

-che, dopo le dimissioni, a seguito della comparsa di febbricola serotina, il paziente era stato nuovamente ricoverato presso la clinica *CP_2* ove aveva subito l'intervento di espianto della protesi infetta;

-che in data [redacted] si era verificato il decesso del paziente;

-che nel corso del procedimento penale instauratosi a carico di *Controparte_1* i periti, pur non avendo ravvisato la ascrivibilità del decesso ad una condotta colposa del cardiochirurgo, avevano prospettato che il ritardo nella diagnosi di endocardite avesse aumentato in modo sensibile le possibilità di verificarsi del decesso;

-che nonostante i rilievi critici dei periti di parte, il Gip aveva proceduto all'archiviazione del procedimento a carico del prof. *CP_1*

-che il ricorso per cassazione depositato dalla difesa dell'attrice per fare valere la nullità del provvedimento di archiviazione era stato respinto;

-che secondo la prospettazione attorea erano configurabili vari profili di responsabilità in capo ai convenuti e segnatamente: a) rottura della protesi Saint Jude nel corso dell'intervento del 4 marzo e mancato ritrovamento dei suoi frammenti; b) impianto di protesi omnicarbon 1 di diametro piccolo inferiore di 5mm rispetto alla protesi precedentemente impiantata, che, unitamente al lungo tempo operatorio e di circolazione extracorporea, poteva avere predisposto il paziente alla infezione protesica perioperatoria; c) possibile presenza nell'ambiente ospedaliero di pazienti con patologia infettiva cardiaca; d) scarso peso dato alla febbricola post operatoria dalla equipe che lo aveva operato e dal cardiologo che successivamente l'aveva visitato; e) ritardo nell'effettuazione del terzo intervento.

Si è costituita *Controparte_2* che ha preliminarmente eccepito la improcedibilità della domanda, data la erroneità della pronuncia di incompetenza emessa dal Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, che avrebbe dovuto decidere la questione di competenza all'esito della prima udienza, in base a quello che risultava dagli atti ai sensi dell'art. 38 c.p.c.

Nel merito, la convenuta ha dedotto l'assenza di profili di responsabilità in capo alla convenuta ed ai sanitari che avevano operato *Persona_1*, dal momento che, come confermato dalla CTU espletata nel giudizio davanti al Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, l'intervento di sostituzione di protesi valvolare era indicato, che le complicanze verificatesi nell'intervento erano state regolarmente adottate, che era stata correttamente eseguita la profilassi raccomandata per l'endocardite e che in occasione del secondo ed ultimo ricovero, l'iter diagnostico e i tempi di intervento erano conformi alle buone prassi.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

La convenuta ha poi contestato il quantum richiesto, rilevando la duplicazione delle voci di danno e l'esorbitanza delle somme richieste.

In via riconvenzionale, la convenuta ha chiesto determinarsi le quote di responsabilità del prof. *CP_1* e disporsi la condanna del convenuto, in via di regresso, a corrispondere a *CP_2* la somma dalla stessa eventualmente pagata a parte attrice, corrispondente alla quota di responsabilità del medesimo.

Si è costituito *Controparte_1*, il quale ha preliminarmente eccepito l'inammissibilità della domanda per essersi l'attrice costituita in forma cartacea, anziché telematica.

Sempre in via preliminare, il convenuto ha eccepito la nullità dell'atto di citazione per indeterminatezza del quantum richiesto dall'attrice.

Nel merito, il convenuto ha dedotto l'assenza di responsabilità nella causazione dell'evento, richiamando le risultanze della perizia svolta in sede penale e della consulenza tecnica espletata nel giudizio davanti al Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, che avevano escluso l'esistenza di condotte colpose e censurabili in capo allo stesso.

A seguito di ordinanza del giudice istruttore dichiarativa della nullità dell'atto di citazione, l'attrice ha depositato atto di integrazione della domanda, nel quale ha specificato di avere agito per ottenere il risarcimento del danno iure proprio da perdita del rapporto parentale, del danno iure hereditatis, a titolo di danno biologico terminale, danno catastrofale e danno da perdita di chances di sopravvivenza, nonché del danno patrimoniale per le spese funerarie sostenute.

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. Le questioni preliminari

L'eccezione di improponibilità della domanda attorea svolta da *CP_2* merita rigetto.

L'attrice ha provveduto alla riassunzione del giudizio in forza delle statuizioni contenute nella sentenza n.2409 del 2018 emessa dal Tribunale di Santa Maria Capua Vetere che ha dichiarato la propria incompetenza in favore del Tribunale di Milano.

In adesione ai rilievi svolti nell'ordinanza del 2.4.2019, ogni eventuale censura sulla pronuncia di incompetenza avrebbe dovuto essere fatta valere dalla parte mediante gli ordinari rimedi di impugnazione avverso tale provvedimento e non può essere dedotta in questo giudizio.

Parimenti è infondata l'eccezione di nullità svolta dalla difesa del convenuto *CP_1* sia in quanto non era ravvisabile, all'atto della riassunzione, un obbligo di depositare l'atto di citazione in riassunzione, da parificarsi ad un atto introduttivo, in forma esclusivamente telematica, sia in quanto l'eventuale vizio sarebbe sanato per effetto del principio del raggiungimento dello scopo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

2. La materia del contendere

In base al contenuto degli atti introduttivi, il *thema decidendum* verte sull'accertamento della dedotta responsabilità dei convenuti in relazione alle prestazioni sanitarie rese in favore di *Persona_1* in occasione del primo ricovero presso la clinica *CP_2* per l'esecuzione dell'intervento di sostituzione protesica valvolare e del secondo ricovero nel corso del quale si è verificato il decesso del paziente.

Secondo la prospettazione attorea, le condotte imperite e negligenti ascritte al dott. *Controparte_1* cardiochirurgo che ha eseguito gli interventi chirurgici, e alla struttura convenuta, in rapporto causale con la morte del paziente, riguardano sia la esecuzione imperita del primo intervento di sostituzione valvolare, sia il profilo dell'inadeguatezza delle misure di profilassi e prevenzione disposte per impedire l'insorgenza dell'infezione da endocardite, sia l'aspetto della gestione della infezione e della tempestività di diagnosi e del successivo intervento.

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.

3. La consulenza tecnica nel giudizio espletato presso il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere

Dall'elaborato redatto dal medico legale dott. *Persona_2* emergono in seguenti dati:

1) *Persona_1* era portatore di protesi valvolare, del tipo *Org_1*, dal 1982, quando aveva 17 anni;
2) nel 1998, a seguito della comparsa di dispnea sotto sforzo, dopo avere consultato un medico di fiducia, il dott. *Persona_3*, si era rivolto alla [redacted] *CP_2* di [redacted] ove operava come cardiochirurgo il prof. *Controparte_1*
3) all'atto del ricovero, l'esecuzione di ecocardiografia aveva confermato il malfunzionamento della protesi;
4) in data 4 marzo 1998 il paziente era stato sottoposto ad intervento di impianto di protesi, nel corso del quale, durante le manovre di posizionamento, si verificava il danneggiamento della protesi installata, del tipo St. Jude Master HP 21. Secondo quanto indicato in cartella clinica, dalla protesi si distaccavano dei pezzi che non venivano rinvenuti, nonostante i tentativi di recupero;
5) durante l'intervento, i sanitari operanti avevano quindi deciso di sostituire la protesi valvolare con altra del tipo Omnicarbon I;
6) il successivo decorso operatorio non aveva presentato anomalie ed il paziente dopo 8 giorni veniva dimesso;
7) dopo qualche giorno dalle dimissioni insorgeva febbre serotina. A seguito di una visita con il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

dott. *Per_3* veniva prescritto al paziente l'antibiotico *Org_2* fino al 9 aprile 1998 e successivamente terapia farmacologica;

8) in data 10 aprile 1998, il paziente veniva sottoposto a visita dal prof. *CP_1* presso lo studio professionale ad Avellino, il quale aveva prescritto la sospensione della terapia antibiotica e invitava il paziente ad aggiornarlo telefonicamente sulla sintomatologia a distanza di 10 giorni;

9) in data 2 maggio, il paziente aveva informato il dott. *CP_1* di un ulteriore persistente aumento della ipotermia;

10) in data 7 maggio, il paziente veniva nuovamente ricoverato presso la clinica *CP_2* ove, a seguito del progressivo deteriorarsi delle condizioni di salute, veniva sottoposto a nuovo intervento in data [redacted] di espianto della protesi e di impianto di nuova protesi St Jude, di dimensioni più piccole. Il decesso sopraggiungeva il giorno successivo a tale intervento;

11) in relazione alla condotta di *CP_2* si è osservato che l'endocardite rappresenta una delle più terribili complicanze degli interventi di impianto di protesi con elevata mortalità e morbilità e che nel caso in esame vi era un rischio elevato, considerato che il paziente era già portatore di protesi e che aveva una anamnesi positiva per infezioni ricorrenti delle vie urinarie. In base a tali aspetti si sarebbe dovuto garantire una assoluta igiene degli ambienti e del personale operante;

12) pur non potendosi individuare, in base agli elementi a disposizione, il momento e l'evento specifico fonte dell'infezione, si è ritenuto certo che l'infezione si sia verificata nel corso del primo ricovero e che tale evento sarebbe stato evitato se si fossero seguite adeguatamente tutte le regole di igiene che la scienza medica prevede;

13) si è poi rilevato che è stato sottovalutato in modo negligente ed imprudente il fatto che la prolungata ipotermia post operatoria, durata oltre un mese, potesse essere sintomo di endocardite;

14) con riferimento specifico alla posizione del dott. *CP_1* si è rilevato come la rottura della protesi verificata nel corso del primo intervento possa avere favorito l'insorgenza dell'infezione per il prolungamento dell'intervento e reso più complessa l'evoluzione dell'intervento, in quanto per l'apposizione della nuova protesi si era dovuto ampliare l'*anulus* aortico e si era dovuto procedere al rimaneggiamento di tutta l'area cardiaca, tutte attività suscettibili di favorire il propagarsi dell'infezione;

15) si è censurato l'atteggiamento attendistico del dott. *CP_1* nella visita eseguita ad aprile 1998, atteso che il persistere dell'ipertermia dopo 40 giorni dall'intervento avrebbe dovuto fare sospettare una anomalia del decorso post operatorio; laddove fosse stata prescritta l'esecuzione di una ecocardiografia, sarebbe stata probabilmente svelata la natura della sintomatologia e si sarebbe potuto ricorrere ad un trattamento chirurgico che avrebbe forse potuto salvare la vita del paziente;

16) si è rilevata la sussistenza di condotte colpose anche in capo al dott. *Per_3* per non avere disposto adeguati approfondimenti in presenza della prolungata sintomatologia febbrile.

Nella relazione peritale, il CTU ha quindi concluso per la sussistenza di condotte omissive e commissive in capo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

ai convenuti ed al dott. *Per_3* in rapporto causale con il decesso di *Persona_1*, graduando le responsabilità nella misura del 60% a carico della struttura sanitaria, del 30% a carico del dott. *CP_1* e del 10% a carico del dott. *Per_3*

4. La consulenza tecnica espletata nel presente giudizio.

Nell'elaborato redatto dai consulenti tecnici dott. *Persona_4* (medico legale), dott. *Persona_5* (specialista in cardiochirurgia), dott. *Persona_6* (specialista in cardiochirugia), sono state svolte le seguenti considerazioni sull'operato dei convenuti:

a) l'intervento di sostituzione di protesi valvolare era indicato in relazione alla sintomatologia del paziente, che deponeva chiaramente per il malfunzionamento della valvola, ed alla rilevata presenza di un "*pannus*" nel tratto di efflusso del ventricolo sinistro, costituente una ostruzione emodinamica di entità severa. Si è parimenti ritenuta corretta ed adeguata la profilassi antibiotica peri intervento;

b) non è censurabile la scelta di utilizzare una protesi relativamente sottodimensionata rispetto a quella impiantata anni prima, in quanto legata a necessità tecnica. In particolare, si è rilevato che il chirurgo sceglie direttamente il calibro della protesi da impiantare dopo avere rimosso la vecchia protesi ed effettuato adeguata toilette dell'*anulus* e che ogni chirurgo impianta la protesi con il calibro maggiore possibile, compatibilmente con la fattibilità chirurgica. Nel caso del paziente, il sottodimensionamento della nuova protesi rispetto alla protesi espiantata è spiegabile con il fatto che nel corso degli negli anni, la crescita ed il rimaneggiamento anulare possono rendere difficile e rischiosa una escissione troppo aggressiva dei tessuti peri anulari;

c) la rottura accidentale della nuova protesi, con necessità di risostituzione, non ha costituito un evento che abbia potuto in modo dimostrabile favorire l'insorgenza dell'infezione endocarditica, trattandosi di materiali sterili. Risulta in ogni caso che i sanitari, dopo la rottura accidentale della protesi nel corso delle manovre di rotazione, avessero messo in atto tutte le tecniche utilizzabili (ricerca diretta, tramite ECO-transesofageo, tramite endoscopia ed anche dopo atriotomia sinistra per permettere l'esplorazione diretta del ventricolo sinistro) senza rinvenire frammenti protesici. Inoltre, non sono stati rinvenuti frammenti protesici intracardiaci nemmeno ai successivi controlli ECO e radiologici effettuati nel post-operatorio il che fa ritenere che non vi fosse la presenza di frammenti di dimensioni visibili alle varie metodiche all'interno delle camere cardiache;

d) l'assunto che un maggiore tempo di circolazione extracorporea/tempo operatorio sia direttamente correlato a maggiore probabilità di infezione post-operatoria non è dimostrabile, dal momento che entrano in gioco tante altre variabili, anche alla luce della complessità del caso, quali la necessità di cruentazione dell'*anulus* per rimozione della protesi disfunzionante, rimozione del *pannus* tissutale, necessario utilizzo di *pledget* di rinforzo ed ampliamento dell'*anulus* valvolare, condizione immunitaria pre-operatoria del paziente, tutte condizioni. Inoltre, in via generale un intervento cardiochirurgico recidivo comporta sempre la possibilità di tempi operatori più lunghi legati alle possibili difficoltà procedurali che si incontrano;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

e) la protesi valvolare utilizzata (Omnicarbon 21 mm.) al posto di quella danneggiata è di eguale calibro e va considerata funzionalmente equivalente. Si tratta in entrambi i casi di protesi meccaniche ampiamente utilizzate, entrambe con ottimo profilo emodinamico. Per l'impianto della seconda protesi è stata utilizzata una tecnica di allargamento dell'*anulus*, che, nonostante il calibro sottodimensionato di 21 mm. risultava difficoltoso impiantare. L'impianto della seconda protesi ha comportato un allungamento dei tempi dell'intervento che sono rimasti tuttavia in ambiti accettabili, pari a 130 minuti di clampaggio aortico e 220 minuti di circolazione extracorporea:

f) con riferimento allo sviluppo di endocardite precoce, si tratta di infezione che, con più probabilità, può essere conseguenza dell'intervento chirurgico e delle manovre peri-operatorie invasive correlate (come utilizzo di cateteri venosi centrali e loro manipolazione). Si tratta tuttavia di infezione non direttamente conseguente alle tecniche chirurgiche impiegate ovvero alla condotta dei chirurghi;

g) con riferimento alla fase post dimissione, il fatto che in un primo tempo si sia presentata una febbricola serotina, della durata di qualche ora e con valori decisamente bassi (fra 37° e 37,5°) era suscettibile di essere interpretato come stato infiammatorio conseguente all'intervento, senza destare particolare preoccupazione. Al riguardo si deve considerare che in base alla letteratura dell'epoca, gli unici due fattori predisponenti lo sviluppo di endocardite su protesi erano uno stato precedente di endocardite e lo sviluppo di infezione della ferita sternotomica;

h) a fronte del perdurare dello stato febbrile, vi è invece stata una manifesta sottostima del fenomeno febbrile. Si è tuttavia ritenuto poco probabile che, considerata la natura dei germi responsabili dell'infezione, l'esecuzione di emocolture in ambiente non specialistico avrebbe condotto ad isolamento certo dei patogeni responsabili e consentito l'impiego di idonea terapia antifungina. Il paziente avrebbe dovuto essere sottoposto, nel sospetto di endocardite, ad un controllo ECO trans-esofageo in ambiente specialistico, dal momento che il semplice ecocardiogramma trans toracico, in presenza di una protesi meccanica impiantata, non avrebbe dato risultati certi, dato che la presenza della protesi meccanica "maschera" la regione anulare da esaminare;

i) la corretta diagnosi ecografica e colturale avrebbe potuto avvenire esclusivamente in ambiente altamente specialistico e ciò avrebbe escluso la possibilità di una diagnosi molto precoce.

Alla luce di ciò e considerato l'agente etiologico responsabile dell'endocardite su protesi (lievito), la condizione chirurgica di intervento tri-recidivo precoce, le terapie allora disponibili, l'elevata mortalità correlata a tale tipo di endocardite, la elevata complessità dell'intervento chirurgico di re-sostituzione di una protesi valvolare in sede di endocardite in paziente tri-recidivo per intervento di cardiochirurgia, si è ritenuto improbabile un esito diverso anche con diagnosi posta più precocemente;

j) al momento del nuovo ricovero del paziente presso *CP_2* le condizioni di danno anatomico causato dalla infezione endocarditica a livello dell'*anulus* aortico erano molto severe.

Va considerata accettabile la scelta di avere atteso una settimana procedendo al trattamento con terapia antibiotica triplice, corrispondente alla terapia prescritta in caso di endocardite su protesi, prima

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

dell'isolamento del germe, in attesa dei risultati delle emocolture, piuttosto che sottoporre il paziente ad un intervento che si sarebbe già prospettato come altamente complesso, senza nemmeno avere iniziato una copertura antibiotica sicura;

k) le condizioni del paziente sono precipitate con tutta probabilità quando si è creata una ulteriore comunicazione tra *anulus* aortico ed atrio sinistro, causando un importante peggioramento emodinamico che, associato allo stato settico, ha determinato il grave edema polmonare e lo shock cardiogeno che hanno portato al decesso del paziente.

L'intervento in emergenza effettuato presentava da subito profili di complessità per i problemi tecnici derivanti dalle aderenze tissutali, data la breve distanza temporale mesi dal precedente intervento, per la fragilità dei tessuti, per il fatto che l'infezione aveva devastato la regione anatomica sede della protesi e per la già compromessa condizione preoperatoria.

Non sono stati rilevati elementi di censura in relazione a tale intervento, che è da considerarsi, oltre che caratterizzato da abnorme difficoltà, tentativo estremo di salvare la visita al paziente, che oramai versava in una condizione cardio—circolatoria assolutamente critica;

i) dal punto di vista infettivologico, si sono evidenziate una serie di difficoltà significative nella ricostruzione della vicenda del paziente, sia per la qualità dei registri sanitari, costituiti da fotocopie poco leggibili, sia per la incompletezza della cartella sanitaria del secondo ricovero presso *CP_2* con riferimento al parte microbiologica, mancando i referti definitivi del microrganismo isolato nel Sig. *Per_1* , sia per il lungo tempo trascorso, dovendosi considerare che alla fine degli anni 90 la farmacopea compendiava pochi e limitati presidi, la diagnostica si fondava ancora pressoché esclusivamente su metodiche di isolamento invariate da decenni e le linee guida, in particolare in Italia, sembravano uno strumento avveniristico;

l) si è in particolare rilevata la mancanza del referto definitivo dei n° 3 isolamenti eseguiti dell'agente patogeno, nonché la presenza di carenze nella parte relativa alla terapia, che indica la prescrizione di amfotericina B senza fare emergere la tipologia di farmaco né la posologia

m) con riferimento al primo aspetto, da un referto si desume che l'emocoltura era positiva per "*geotrichum*", senza tuttavia indicazione della specie e senza che vi sia conferma certificata di tale isolamento e della tipologia di microrganismo.

Sul punto si è in primo luogo rilevato che *Geotrichum* è un lievito saprofita ubiquitario, colonizzante occasionale del cavo orale in specifiche popolazioni, che assurge a agente patogeno in soggetti con profonda depressione del sistema immunitario, quali quelle che si manifestano nei neoplastici sotto chemioterapia, nelle malattie linfoproliferative (linfomi, leucemie) trattate, soggetti cachettici. Poiché il paziente, pur avendo un quadro cardio-circolatorio compromesso, non apparteneva a nessuna di queste categorie, difficilmente si potrebbe ipotizzare una riattivazione endogena.

In secondo luogo, la patologia normalmente associata a questo micete nei gruppi di pazienti immunodepressi è caratterizzata da forme disseminate con formazione di ascessi multipli e variamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

localizzati, cosa che non risulta essersi verificata nel caso del paziente;

n) pur se la quasi totalità dei processi settici si manifesta in soggetti con gravi forme di immunodepressione, in analogia con altre forme di micosi sistemica si può ipotizzare che l'esposizione di aree in condizioni fisiologiche sterili a questi lieviti sia in grado di dare origine a infezioni in aree di solito non raggiunte da questo patogeno. In particolare, risulta è ben documentata una casistica di infezioni di valvole protesiche da *CP_3* parapsilosis all'interno dello stesso centro cardiochirurgico. La concorde letteratura scientifica ritiene come contratte sul tavolo operatorio tutte le infezioni che si sviluppino precocemente (entro 1-3 mesi) rispetto all'intervento chirurgico;

o) si è quindi ritenuto che, per l'univoco convergere dei comuni criteri di riferimento eziologico in materia di nesso causale (topografico, cronologico, adeguatezza quali-quantitativa, continuità fenomenologica, esclusione), avuto riguardo alla tempistica di insorgenza e all'agente patogeno responsabile dell'endocardite (Geotrichum spp), l'infezione che ha condotto al decesso *Persona_1* sia da ricondurre all'intervento cardiochirurgico subito circa 70 giorni prima;

p) in base alle considerazioni sui tempi e sulle modalità di isolamento dell'agente patogeno ed in base alla letteratura scientifica sulle infezioni micotiche di valvole sostituite contestualizzata all'epoca dei fatti, si è ritenuto altamente probabile che il sig. *Per_1* sarebbe comunque deceduto anche se la diagnosi fosse stata più tempestiva.

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

q) poiché il paziente non era portatore di nessuna compromissione immunitaria sistemica, la ipotesi più probabile è che l'infezione sia stata contratta sul tavolo operatorio, perché solo in quel momento l'apertura della breccia chirurgica consentiva a un fungo nell'adulto sano di superare le barriere anatomiche e funzionali che proteggono l'endocardio dall'attacco di questi funghi. L'ipotesi di [redacted] di una diffusione ematogena risulta meno probabile dato che il sistema immunitario sistemico e le barriere anatomiche del paziente, efficiente entro i limiti di normalità, avrebbero intercettato il patogeno prima che raggiungesse le valvole;

r) si è rilevata la irrilevanza, dal punto di vista infettivologico, dell'infezione alle vie urinarie citata dal CTP attoreo, dato che l'endocardite fu causata da un micete, che nulla ha a che vedere con una infezione delle vie urinarie;

s) i tempi di citati dai CTP (30' clampaggio e 40/60 di circolazione extracorporea) sono tempi sottostimati per impianto di protesi su valvola nativa e non quelli del reintervento;

t) il monitoraggio con eco trans-esofageo rappresenta pratica comune e consolidata per la quasi totalità degli interventi di cardiochirurgia e non rappresenta assolutamente elemento favorente l'insorgere di infezioni perioperatorie; inoltre generalmente la procedura viene effettuata dallo stesso anestesista;

u) il calibro delle protesi poste in vendita si riferisce al calibro dell'*anulus* protesico di impianto, in quanto è a questo che il chirurgo si deve riferire per valutare quale sia la dimensione della protesi idonea al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

paziente. Nel caso in esame, sia la protesi St.Jude (poi espiantata per rottura), sia la *Parte_2* hanno la stessa dimensione dell'*anulus* di impianto (21 mm.);

v) di norma la scelta di effettuare un ampliamento dell'*anulus* si rende necessaria qualora non sia possibile impiantare una protesi di calibro sufficiente in un *anulus* piccolo. Pur non essendo specificato nel report operatorio, si ritiene evidente che il chirurgo abbia cercato di rendere più agevole l'impianto della protesi stessa, mentre la diversa ipotesi di "lacerazione dell'*anulus*" nel tentativo di rinvenire frammenti della protesi rotta rappresenta una ipotesi arbitraria e non documentabile.

I CTU hanno quindi confermato le conclusioni rassegnate in bozza ribadendo che l'inadeguatezza derivante dal non avere rilevato i segni caratteristici di un processo infettivo a carico delle valvole in un soggetto recentemente operato non ha avuto conseguenza sulla prognosi finale dato che all'epoca dei fatti le endocarditi da miceti erano gravate da prognosi invariabilmente mortale.

5. La valutazione delle consulenze tecniche e della responsabilità dei convenuti

Ritiene il giudicante di condividere le conclusioni della consulenza tecnica espletata nel presente giudizio, considerato il maggior grado di approfondimento tecnico della vicenda clinica del paziente *Per_1 [...]*, dovuto anche alla natura collegiale della consulenza che, a differenza di quella disposta nel primo giudizio, ha visto l'apporto delle competenze di uno specialista in cardiochirurgia e di uno specialista in infettivologia.

L'elaborato peritale redatto dal Collegio si contraddistingue inoltre per la attenta ed accurata valutazione di tutti i dati emergenti dai documenti clinici prodotti, la applicazione di criteri tecnici esenti da censure, la esposizione delle conclusioni in modo chiaro ed argomentato, la puntuale risposta alle osservazioni svolte dai consulenti di parte.

In base ai rilievi svolti nella consulenza, non si ritiene che sussistano i presupposti per accogliere la domanda attorea nei confronti del medico dott. *CP_1*

Al riguardo, si osserva quanto segue:

- non vi è evidenza di condotte censurabili del convenuto dott. *CP_1* in relazione all'aspetto della esecuzione dell'intervento di sostituzione della protesi valvolare, sia in relazione alla scelta della prima protesi da impiantare così come di quella successivamente impiantata dopo la rottura della prima, sia in relazione alla tecnica utilizzata;
- il verificarsi della rottura di uno degli emidischi della prima protesi va considerato evento di natura accidentale, correlato alle manovre di rotazione che il cardiochirurgo deve eseguire nel caso in cui il movimento degli emidischi non sia ottimale e determini un impedimento alla completa libertà di rotazione. Come evidenziato dai consulenti tecnici, la rotazione di una protesi impiantata e con i punti di sutura è molto difficile e la rottura degli emidischi, seppure evento infrequente, è un evento noto a tutti i cardiochirurghi;
- in ogni caso, non vi è prova che la maggiore durata dell'intervento conseguente alla rottura della prima protesi, così come la eventuale presenza nel ventricolo di un frammento della protesi danneggiata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

possano avere in concreto inciso sul verificarsi dell'infezione da endocardite che ha cagionato la morte del paziente;

- la condotta colposa riscontrata in capo al dott. *CP_1* derivante dalla sottovalutazione della sintomatologia del paziente nel corso del colloquio del 10 aprile 1998 e dalla mancata prescrizione di esami specifici, quali l'eco trans-esofageo, non avrebbe potuto, con elevata probabilità, impedire l'evento, alla luce della tempistica necessaria per arrivare alla diagnosi dell'agente infettivo, della elevata mortalità correlata a tale tipo di endocardite, della natura delle terapie all'epoca disponibili, delle condizioni del paziente (che era paziente tri-recidivo per intervento di cardiochirurgia), della obiettiva difficoltà dell'intervento di risostituzione della valvola in considerazione delle caratteristiche del paziente e della breve distanza temporale dal precedente intervento chirurgico.

In via generale, secondo i criteri di riparto dell'onere della prova, "*ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario 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 del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione*" (Cass.civ., sez. 3, 11 novembre 2019 n. 28992).

Una volta che il creditore abbia assolto al proprio onere di provare il nesso di causalità tra la condotta del debitore e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, anche a mezzo di presunzioni, spetta al debitore dimostrare l'insussistenza dell'inadempimento o che esso derivi da impossibilità della prestazione a lui non imputabile e quindi da una causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176 comma cod.civ..

Nel caso in esame, in base a quanto fin qui osservato, le risultanze istruttorie non consentono di ritenere assolto l'onere della prova del nesso causale tra l'evento dannoso allegato dalla attrice– costituito dalla morte di *Persona_1* - e la prestazione sanitaria resa dal convenuto dott. *CP_1*

A fronte di tali rilievi, le osservazioni del CTP attoreo e le deduzioni svolte dalla difesa non si reputano idonee né a disattendere il giudizio espresso dagli ausiliari del giudice, né a disporre approfondimenti tecnici, essendo le repliche svolte dai consulenti tecnici già esaustive rispetto alle note critiche dei consulenti di parte.

Pertanto, in adesione alle conclusioni esposte nell'elaborato peritale, ed in assenza di elementi concreti suscettibili di delineare come probabile la tesi prospettata dalla attrice, non si ritiene raggiunta la prova della responsabilità di *Controparte_1* né con riferimento alla prestazione di esecuzione del primo intervento chirurgico, né con riferimento alla successiva prestazione svolta in sede di controllo post dimissioni.

Rimane quindi da valutare il tema della sussistenza di una responsabilità di *CP_2* e del convenuto 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 affermato trattarsi con elevata probabilità di infezione di natura nosocomiale, avuto riguardo alle caratteristiche del patogeno, al dato temporale di manifestazione della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

sintomatologia e hanno in particolare ricondotto il contagio alla fase dell'intervento di sostituzione della protesi, evidenziando tuttavia l'impossibilità di individuare uno specifico operatore responsabile.

Orbene, alla luce delle risultanze della relazione peritale depositata nel presente giudizio e delle altre risultanze istruttorie risulta raggiunta la prova degli elementi costituitivi dell'illecito contrattuale ed extra contrattuale in capo alla struttura 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) il caso del paziente rientra nell'ambito delle cd. infezioni "precoci", in quanto l'infezione è insorta a distanza di poco più di 30 giorni dall'evento. In base alla letteratura scientifica concorde, le infezioni che si sviluppano precocemente rispetto all'intervento chirurgico vengono considerate come contratte sul tavolo operatorio;
b) se è vero che l'agente patogeno ha natura ubiquitaria, è pur vero che non sono state riscontrate condizioni personali del paziente favorenti la diffusione ematogena, così come prospettato dai consulenti della convenuta, dal momento che il paziente non presentava uno stato di immunodepressione sistemica;
c) poiché in assenza di una condizione di immunodepressione, le difese immunitarie del paziente e le barriere anatomiche consentono di proteggere l'endocardio dall'attacco di tale tipologia di germi, l'ipotesi più probabile è quella della diffusione del patogeno quando il paziente si trovava sul tavolo operatorio, in un momento in cui le valvole cardiache si trovavano allo scoperto. Inoltre, tale ipotesi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

risulta avvalorata anche dal rilievo della scarsa efficacia patogena di tale tipologia di fungo, che solitamente non è in grado di raggiungere aree sterili quali quelle della regione dell'endocardio;

d) la natura ubiquitaria di tale tipologia di fungo rende prospettabile che lo stesso possa essere stato portato sul tavolo operatorio attraverso una breccia del sistema di filtrazione dell'aria o nel processo di sterilità degli operatori.

Una volta accertato, secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza, che l'infezione è stata contratta durante il ricovero presso *CP_2* e, in particolare, durante l'esecuzione dell'intervento del 4 marzo 1998, 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.

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).

Al riguardo, come pure rilevato nell'elaborato peritale, non risulta 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.

Non è quindi possibile apprezzare l'idoneità astratta delle misure adottate a prevenire eventuali rischi di contagio né l'effettiva attuazione delle stesse.

In base a tali rilievi, si ritiene quindi assolto da parte dell'attrice l'onere probatorio della insorgenza dell'infezione nel periodo di ricovero per la sussistenza di condotte non rispettose delle regole di cautela e prudenza nell'ambito dell'approntamento delle misure di sterilizzazione dell'ambiente operatorio.

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 ingresso di tale agente infettivo nella sala operatoria 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 convenuta *CP_2*

Per quanto riguarda il convenuto dott. *CP_1* si è rilevato come non vi siano elementi per ricondurre l'insorgenza dell'infezione alle tecniche chirurgiche impiegate ed alla diretta condotta del cardiochirurgo.

Inoltre, il fatto che siano ipotizzabili plurime modalità e fonti di contagio, correlate non solo alla sterilizzazione del cardiochirurgo operante, ma altresì ai materiali utilizzati, al sistema di areazione, e quindi a fattori coinvolgenti direttamente le misure organizzative approntate dalla casa di cura, non consente di individuare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

come causa della contaminazione una specifica condotta colposa del convenuto.

6. L'evento di danno

Una volta accertata la responsabilità della convenuta per lo sviluppo in capo a *Persona_1* 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 endocardite sviluppatasi a seguito dell'intervento di sostituzione di protesi valvolare è stata la causa della morte del paziente.

Se si considera che l'intervento aveva avuto esito positivo e che il decorso operatorio e riabilitativo era regolare, è possibile affermare che in assenza dell'infezione fungina contratta dal paziente in sede di intervento, il paziente avrebbe potuto con elevata probabilità sopravvivere.

In base a tali rilievi, ritiene questo giudice che sussista la prova del nesso di causalità tra la condotta di *CP_2* e l'evento dannoso, evento da individuarsi nella morte anticipata del paziente.

7. Il danno risarcibile

7.1. Il danno iure hereditatis

L'attrice ha chiesto il risarcimento del danno non patrimoniale terminale subito dal proprio congiunto, di quello da lucida agonia e del danno da perdita di chance

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 subìto 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, dall'esame della vicenda clinica del paziente, così come delineata nella consulenza e nella documentazione medica prodotta, è possibile individuare il periodo di invalidità temporanea ed il lasso di tempo di lucida agonia nel periodo di ricovero dal 7 maggio 1998 fino al [redacted]

Invero, mentre la fase precedente era stata connotata dal presentarsi di rialzi febbrili più contenuti che si manifestavano solo la sera, a partire dal 7 maggio vi è stato un aggravarsi del rialzo termico che ha imposto il ricovero.

Nel corso della degenza la febbre risulta persistente e in progressivo aumento, fino a quando il [redacted] viene annotato il verificarsi di vomito alimentare accompagnato da brividi scuotenti, tachicardia, sudorazione profusa e si rappresenta che il paziente è cosciente ed in stato di agitazione (cfr. pag. 8 della relazione peritale).

In base a tali risultanze, 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 al progressivo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

aggravarsi dello stato febbrile, sia un danno da sofferenza legato al fatto che la parte è rimasta cosciente anche nella fase di trasferimento in terapia intensiva, così assistendo al drastico peggioramento delle proprie 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 il citato intervallo temporale di sopravvivenza di *Persona_1* la somma onnicomprensiva di € 32.000,00, già espressa in moneta attuale, tenuto conto della intensità e rilevanza delle sofferenze fisiche subite, desumibili dalla entità e persistenza dello stato febbrile, accompagnato quasi costantemente da brividi scuotenti, dallo stato di marcata astenia annotata nel diario clinico, dall'ulteriore aggravarsi delle condizioni fisiche del paziente poco prima del decesso, con comparsa di tachicardia, agitazione e vomito.

Al contempo tale somma tiene conto della particolare intensità della sofferenza morale patita, desumibile dal fatto che il paziente è rimasto vigile fino alla fine.

Non è invece risarcibile il danno da perdita di possibilità di sopravvivenza subito da *Persona_1* .

Invero come rilevato dalla giurisprudenza di legittimità, si tratta di pregiudizio non risarcibile *iure hereditatis* potendo giustificarsi, sulla base del sistema della responsabilità civile, solo le perdite derivanti dalla violazione del diritto alla salute che si verificano a causa delle lesioni, nel periodo intercorrente tra le stesse e la morte (Cass.civ. sez.un, 22 luglio 2015 n.15350).

7.2. Il danno non patrimoniale iure proprio

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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

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 l'attrice e *Persona_1*, atteso che *Parte_1* era la madre del defunto.

Dalla documentazione prodotta si desume la sussistenza del rapporto di convivenza tra la vittima e la madre, risultando indicata la residenza di *Persona_1* in *Pt_3* [redacted] corrispondente al luogo di residenza della madre (cfr. pag. 37 e 221 della cartella clinica relativa al ricovero presso *CP_2* .

Dallo stato di famiglia prodotto si desume che il marito dell'attrice è deceduto nel 2002 e che la attrice ha altri due figli.

In ordine ai rapporti con il proprio congiunto ed alle conseguenze della perdita del rapporto parentale, l'attrice nella memoria integrativa ex art. 164 c.p.c. ha allegato che la morte del figlio ha comportato il totale mutamento di vita della madre e che è stato un evento inatteso, che fa vivere la donna in uno stato di rimorso e di dolore.

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, nonchè 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.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

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* 22 punti per l'età della vittima all'epoca del decesso (32 anni), 18 punti per l'età del congiunto (52 anni), 16 punti per la convivenza, 12 punti per la presenza di altri due membri del nucleo familiare (i due figli), per un totale di 68.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

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 all'attrice 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.

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 la madre degli altri figli, oltre che, per un certo numero di anni, anche del marito.

In base a tali criteri, moltiplicando il numero di punti attribuiti attori per il valore del punto base (pari a € 3.365,00), si arriva alla somma di € 296.120,00.

La suddetta somma è già calcolata all'attualità e non deve quindi farsi luogo alla rivalutazione della stessa.

Sul complessivo credito di € 328.120,00 (€ 296.120,00 + € 32.000) spettano gli interessi compensativi, che si reputa congruo calcolare al tasso legale, 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.

In particolare, il credito risarcitorio devalutato alla data dell'illecito ammonta a € 201.053,92; gli interessi legali, calcolati sulla base del criterio sopra indicato, ammontano a € 122.162,23.

Si arriva quindi alla somma di € 450.282,23.

7.3. Il danno patrimoniale

L'attrice ha richiesto il rimborso all'attrice della somma di € 5.000,00 a titolo di danno patrimoniale per le spese funebri sostenute.

Non risulta tuttavia provato tale esborso, non essendo stata prodotta né documentazione afferente ai pagamenti (atteso che gli assegni prodotti si riferiscono al pagamento dei compensi in favore del precedente difensore avv. [redacted], né fatture o preventivi quietanzati da parte dell'impresa che si è occupata del servizio funebre.

8. Le domande di regresso svolte dai convenuti

In base ai rilievi svolti nei paragrafi precedenti, che hanno evidenziato l'assenza di prova in ordine alla responsabilità del dott. *CP_1* va respinta anche la domanda di regresso svolta dalla convenuta *CP_2* nei confronti del sanitario che ha eseguito l'intervento.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199

Il rigetto della domanda nei confronti del dott. *CP_1* esonera dalla pronuncia sulla domanda di regresso svolta da quest'ultimo.

9. Le spese del giudizio

Tenuto conto dell'esito del giudizio, le spese vanno poste a carico della convenuta *CP_2* in quanto soccombente, e si liquidano come da dispositivo, con riferimento al valore dell'accolto, ai sensi del DM 147/2022, essendosi esaurita l'attività difensiva nella vigenza di tali tariffe, facendo applicazione dei valori medi.

Le spese della consulenza tecnica espletata nel presente giudizio vanno poste a carico della convenuta.

Va disposta la compensazione delle spese tra l'attrice e *Controparte_1* , tenuto conto dei rilievi svolti nella precedente consulenza medico legale espletata nel corso del giudizio davanti al Tribunale di Santa Maria Vetere, che hanno giustificato il coinvolgimento di tale sanitario nell'azione risarcitoria, del fatto che la consulenza tecnica collegiale disposta nel presente giudizio ha confermato la sussistenza di una condotta censurabile in capo a tale convenuto e della circostanza che, soltanto all'esito di tale consulenza, è emersa l'assenza di sufficienti elementi a sostegno del nesso causale tra l'omissione ascritta al dott. *CP_1* ed il decesso del paziente.

P.Q.M.

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

1) condanna *Controparte_2* al pagamento in favore dell'attrice *Parte_1* per le causali indicate in motivazione, della complessiva somma di € 450.282,23 oltre ad interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione della sentenza al saldo;
2) condanna la convenuta alla rifusione in favore dell'attrice delle spese del presente giudizio, liquidate in € 545,00 per esborsi, € 22.457,00 per compenso professionale, oltre a rimborso spese forfettarie al 15%, Iva e Cpa come per legge, oltre al rimborso delle spese di CTU;
3) rigetta la domanda svolta dall'attrice nei confronti di *Controparte_1* ;
4) compensa integralmente tra l'attrice ed il convenuto le spese del giudizio.

Milano, 18 ottobre 2023

Il Giudice

dott. Serena Nicotra

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-199