Proc. n. 14720/2019 R.G.

R E P U B B L I C A I T A L I A N A
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Napoli, VIII sezione civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice, dott. Fabio Lombardo, ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile n. 14720/2019 R.G., assegnata in decisione con ordinanza del 24.4.2025, con la concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

TRA

arte_1 (c.f. *C.F._1*), [redacted] *Parte_2* (c.f. *C.F._2*), [redacted] e *Parte_3* (c.f. *C.F._3*), [redacted] tutti in proprio e quali eredi di (c.f.), [redacted] e [redacted] alla [redacted] elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] (c.f. *C.F._5*) e dell'avv. [redacted] (c.f. *C.F._6*), che li rappresentano e difendono giusta procura allegata all'atto introduttivo

ATTORI

E

Controparte_1 in persona del legale rappresentante, con sede legale in Napoli alla [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (c.f. *C.F._7*) con studio in Castellammare di Stabia (NA) alla [redacted] giusta procura in allegato all'atto di costituzione e risposta

CONVENUTA

Oggetto: responsabilità professionale.
Conclusioni: all'udienza del 24.4.2025, svolta in modalità di trattazione scritta, ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., i procuratori delle parti concludevano riportandosi ai propri atti ed alle conclusioni ivi formulate.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 7.5.2019, *Parte_1* *Pt_2* *[...]* e *Parte_3* quali eredi di *Persona_1* dopo aver dedotto di essere rispettivamente i genitori ed il fratello di *Persona_1* , proponevano domanda risarcitoria nei confronti dell' *Controparte_2* lamentando di aver subìto danni patrimoniali e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

non patrimoniali, sia *iure hereditatis*, che *iure proprio*, a causa del decesso della loro congiunta, avvenuto per colpa dei sanitari in servizio presso la struttura convenuta che la ebbero in cura.
Gli attori, in particolare, esponevano:

- che *Persona_1* era affetta dalla nascita dalla sindrome di Cornelia De Lange, *"caratterizzata da limitato accrescimento fisico, notevole ritardo psicomotorio e scarso sviluppo cognitivo, con alterazioni morfologiche peculiari della sindrome, a cui si accompagnano disabilità complesse e compromissioni malformative a carico di diversi organi e apparati"*;
- che, in data 7.6.2014, alle ore 4.00 circa, la ragazza si svegliava in preda ad una crisi di pianto, che costringeva i genitori a portarla presso il [redacted] di Avellino, ove il medico di turno, a seguito di una ecografia e un inibitore di pompa protonica per via endovenosa, nonostante il malessere persistente, la dimetteva alle ore 6.45 "*con diagnosi di colica addominale, prognosi non assegnata, dimissione domiciliare*";
- che, contattata telefonicamente la dott.ssa *Persona_2* (medico [redacted] di Roma che aveva in cura la ragazza, sin dalla nascita, presso il centro di riferimento per la sindrome genetica sofferta), che gli consigliava di condurre la figlia presso un altro P.S., decidevano di recarsi presso il [redacted] di Napoli, ove il dott. *Persona_3* disponeva un eco addome completo, ex torace, rx diretta addome e TAC addome, nonché il ricovero in chirurgia d'urgenza per occlusione intestinale;
- che, entrata in reparto, il medico di turno faceva eseguire una nuova tac il cui esito confermava la diagnosi di ingresso (*"volvolo intestinale, complicato da occlusione intestinale"*), motivo per cui, alle ore 20.30, veniva sottoposta ad un intervento chirurgico "urgente ed indifferibile" che terminava alle ore 1.40 del giorno successivo (8.6.2014);
- che, dopo l'intervento, la giovane *Persona_1* veniva trasferita dapprima nel reparto di rianimazione e, poi, in data 11.6.2014, in terapia intensiva, dove restava fino all'*exitus*;
- che, in data 9.6.2014, un esame colturale dell'aspirato tracheale, refertato soltanto in data 13.6.2014, evidenziava lo sviluppo di Staphylococcus aureus e la presenza di lieviti, *"senza che però venisse somministrata un'opportuna terapia antifungina"* e senza che venisse *"svolto neanche un secondo aspirato tracheale per individuare il micete specifico, al fine di selezionare il farmaco antifungino elettivo"*;
- che, solo a seguito di una seconda emocultura, effettuata in data 17.6.2014 e refertata dopo 4 giorni (in data 21.6.2024), la quale evidenziava la presenza di "candida albicans", veniva somministrata una terapia farmacologica, quando ormai *"lo stato settico era già in atto"* e determinava *"quel progressivo ed ormai irreversibile stato di insufficienza vascolare acuta che ha causato il prematuro exitus della paziente"*, intervenuto in data [redacted]
- che, a seguito di una richiesta di risarcimento danni avanzata contro le due strutture sanitarie, veniva formulata un'offerta risarcitoria complessiva di € 150.000,00 (da suddividere nella misura del 50% tra i due ospedali), che l'Ospedale [redacted] assolveva per la sua parte, corrispondendo la somma di 75.000 euro, mentre l'Ospedale [redacted] si rifiutava di adempiere.

Tanto premesso, ritenendo sussistente una condotta negligente, imprudente ed imperita dei sanitari dell' *Controparte_2* gli attori chiedevano il risarcimento dei danni subiti, *iure proprio* e *iure hereditatis*, patrimoniali (consistente nelle spese sostenute per la cerimonia funebre e per l'assistenza legale nell'ambito del procedimento penale) e non patrimoniali (biologico terminale,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

catastrofale e tanatologico ed esistenziale da perdita del rapporto parentale), nonché per la perdita di *chance* di sopravvivenza.
Instauratosi il contraddittorio, si costituiva l' *Controparte_1* *[...]* , eccependo la nullità della citazione *ex* artt. 163, comma 3, n. 3 e 4 e 164, comma 3, c.p.c ed il difetto di legittimazione attiva degli attori, per l'assenza di prova della qualità di eredi. Nel merito, contestava integralmente ogni pretesa di parte attrice in quanto infondata in fatto ed in diritto.
Quindi, espletata CTU medico-legale, la causa veniva trattenuta in decisione con l'assegnazione dei termini *ex* art. 190 c.p.c., per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Preliminarmente deve essere respinta l'eccezione di nullità dell'atto di citazione *ex* art. 164 c.p.c.
Dalla lettura dell'atto introduttivo del giudizio, infatti, è agevole rilevare la determinazione del *petitum,* l'esposizione dei fatti e degli elementi di diritto costituenti le ragioni della domanda, che non è in alcun modo carente in parte narrativa o eccessivamente sintetica.
Prima di affrontare il merito della vicenda, inoltre, deve essere disattesa l'eccezione di carenza di legittimazione attiva degli attori che è stata sollevata da parte convenuta. Gli attori, infatti, hanno allegato all'atto introduttivo un certificato di famiglia dal quale si evince che *Parte_1* *[...]* , *Parte_2* e *Parte_3* sono rispettivamente il padre, la madre ed il fratello di *Persona_1* ne deriva che, ai sensi degli artt. 565 e ss. c.c., gli stessi sono, altresì, eredi legittimi della *de cuius* e, come tali, risultano pienamente legittimati a proporre le domande che sono state avanzate nel presente giudizio.

2. Nel merito, la domanda risulta parzialmente fondata e deve essere, dunque, accolta nei limiti di cui in motivazione.

3. La domanda risarcitoria proposta dagli attori postula l'accertamento di una responsabilità professionale a carico dell' *Controparte_2* alla quale viene ascritta l'inadeguata assistenza prestata a *Persona_1* in occasione del ricovero del 7.6.2014 presso la struttura sanitaria convenuta, ove la stessa [redacted]
La domanda, invero, è stata proposta successivamente all'entrata in vigore della legge n. 24/2017 cd. "Gelli-Bianco" (1.4.2017), ma in relazione a fatti accaduti nel mese di giugno del 2014 e, quindi, antecedenti a tale data.
Sul punto, deve dirsi che la Corte di Cassazione ha ormai da tempo chiarito che il nuovo riparto di responsabilità previsto dall'articolo 7 comma 3 della legge Gelli-Bianco – contrattuale, per quanto riguarda la struttura sanitaria, ed extracontrattuale, per quanto concerne quella del medico – non opera retroattivamente (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 28994 dell'11.11.2019, a mente della quale *"le norme sostanziali contenute nella legge n. 189 del 2012, al pari di quelle di cui alla L. n. 24 del 2017, non hanno portata retroattiva, e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca precedente alla loro entrata in vigore"*).
Occorre dunque considerare il titolo di responsabilità civile applicabile all'epoca dei fatti (giugno 2014).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

In proposito, deve rilevarsi che, già con la sentenza n. 589/1999, la Suprema Corte, facendo leva sulla teoria del cd. "contatto sociale", aveva qualificato come di natura "contrattuale" la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria.
Ne discende che, dovendo trovare applicazione *ratione temporis* la disciplina introdotta dalla previgente legge n. 189/2012 (c.d. "decreto Balduzzi"), in luogo della legge n. 24/2017 cd. "Gelli-Bianco", la responsabilità civile del medico convenuto deve essere accertata secondo le regole proprie della responsabilità da inadempimento contrattuale, *ex* artt. 1218 e 1228 c.c.
Inoltre, con la sentenza n. 577/2008 delle SS.UU. della Cassazione, è stata ribadita la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, in quanto l'accettazione del paziente comporta la conclusione di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di spedalità o di assistenza sanitaria), da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), sorgono a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo *"lato sensu"* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie a garantire il buon esito degli interventi e l'ottimale gestione di eventuali complicazioni od emergenze.
La responsabilità contrattuale delle strutture sanitarie nei confronti del paziente, dunque, può derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono direttamente a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, dipendente o intraneo alla struttura, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.
Ne discende che, dovendo trovare applicazione *ratione temporis* la disciplina introdotta dalla previgente legge n. 189/2012 (c.d. "decreto Balduzzi"), in luogo della legge n. 24/2017 cd. "Gelli-Bianco", tanto la responsabilità civile della struttura sanitaria, quanto quella dei medici dei quali la struttura stessa si è avvalsa nell'adempimento della propria obbligazione devono essere accertate secondo le regole proprie della responsabilità da inadempimento contrattuale, *ex* artt. 1218 e 1228 c.c.
Orbene, la riconduzione della ipotizzata responsabilità al paradigma della responsabilità da inadempimento contrattuale ai sensi dell'art. 1218 c.c. comporta, sul piano processuale, che "*il paziente danneggiato che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto o il "contatto sociale" ed ha l'onere di 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, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione* (Cass, 26907/2020; Cass. 28991/2019)".
In buona sostanza, quindi, grava sul creditore della prestazione sanitaria l'onere di provare il nesso di causalità fra l'azione o l'omissione – almeno colposa – degli operatori sanitari e il danno di cui domanda il risarcimento.

4. Ai sanitari dell' *Controparte_2* gli attori imputano:
- una tardiva messa in atto dell'intervento per il trattamento chirurgico dell'occlusione intestinale;
- una inadeguatezza della profilassi antifungina e del monitoraggio delle infezioni nel post operatorio.

Ciò posto, occorre esaminare nel merito le condotte denunciate nell'atto introduttivo, costituenti allegazione dell'inadempimento addebitato alla convenuta struttura sanitaria, quale fonte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

dell'obbligazione risarcitoria azionata e verificarne l'effettiva ricorrenza, nonché l'idoneità causale a determinare i danni come lamentati dagli attori.
L'*excursus* dell'assistenza prestata alla paziente nel breve arco temporale in cui la stessa rimase ricoverata presso l'ospedale *CP_2* può essere sintetizzato come segue, attingendo all'elaborato della CTU a firma del prof. *Persona_4* esperto in medicina legale.
Ed, invero, nell'elaborato peritale si legge quanto segue:
Persona_1 "*presentò, in data 7/6/14, improvvisa colica addominale, per la quale intorno alle ore 4,00 venne accompagnata dai genitori al* [redacted] *di Avellino. In tale ambiente, dopo un iniziale inquadramento come paziente "di pertinenza neurologica" (vi era stata perdita di coscienza), l'esecuzione di una ecografia addominale con valutazione di "esame non diagnostico per la visualizzazione parziale degli organi addominali per notevole meteorismo intestinale e per l'agitazione della paziente", l'espletamento di esami di laboratorio e la somministrazione endovenosa di un inibitore di pompa protonica (pantorc), venne dimessa con diagnosi di regressione della sintomatologia dopo terapia.*
Sta di fatto che alcune ore dopo esser tornata presso il proprio domicilio la p. venne trasportata (ingresso alle ore 10,24) al PS dell' CP_2 " CP_1 per essere poi trasferita alle ore 11,54 -dopo aver praticato esami di laboratorio, addome completo, esame radiografico del torace e diretto dell'addome- in reparto di degenza area chirurgica. In tale ambiente gli accertamenti proseguirono con effettuazione di ecocardiogramma, ECG, TC addome all'esito del quale, acclarata la presenza di un volvolo intestinale, alle ore 20,30 venne deciso di praticare intervento chirurgico urgente e indifferibile. Questo consistette in "resezione massiva di ileo e colon ascendente. Anastomosi ileo-colon discendente meccanica".
Dalla sua descrizione emerge: "presenza di notevole quantità di materiale siero ematico e purulento tra le anse e i recessi ... Presenza di volvolo al cieco e colon ascendente. Le anse interessate dal volvolo si presentano necrotiche sanguinanti "a foglia morta". Resezione di circa 1 metro di ileo e del colon ascendente ... Il colon trasverso e la flessura splenica del colon presentano una adesione come epifenomeno del pregresso intervento. Confezione di anastomosi ileo-colon ascendente L-L meccanica con ... affondamento del moncone ... l'anastomosi si presenta continente alle prove pneumoidrauliche".
Al termine dell'intervento la p., in narcosi, intubata, venne trasferita in Rianimazione, per essere ulteriormente trasferita nel pomeriggio dell'11/6 in Terapia Intensiva Post-Operatoria (CP_3 . L'estubazione avvenne il giorno successivo. Nella medesima giornata si registrò apprezzabilità radiografica, al torace, di addensamento parenchimale basale a destra con falda di versamento pleurico; insorgevano moderata ipertensione e polipnea. Il giorno successivo (13/6) un esame colturale da aspirato tracheale del 9/6 risultò "positivo per Staphylococcus aureus e lieviti (in) volume insufficiente per quantizzare". Il 14/6 ad una emocoltura si registrò "assenza di sviluppo microbico", in apiressia. Il 16/6 la p. era in respiro spontaneo con supporto di occhiali nasali e saturazione di O2 del 90%; "all'ascoltazione toracica ipoventilazione nei campi di destra". Al torace assenza di addensamenti parenchimali. Il 17/6 si praticarono broncoaspirato ed emocoltura da vena centrale; al torace "disomogeneo addensamento parenchimale in campo polmonare medio a destra" in assenza di versamento. Il 18/6 reperto toracico di "diffuso impegno interstiziale bilaterale, con circoscritto impegno alveolare segmentario in para ilare dx; ipodiafania disventilatoria in apicale sinistra". Il 21/6 ad emocoltura del 17/6: "sviluppo di lieviti (candida)". Pertanto risulta sospeso levoxacin in terapia e, presa visione degli esami colturali pervenuti, si aggiunse in terapia cancidas, con immediato carico di 58 mg e mantenimento 40 mg. Successivamente non risultano riportati nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

diario clinico mantenimento o sospensione del farmaco. Il 22/6 riduzione del Murmure Vescicolare alle basi, ripresa di ipertermia. Alla rx torace "diffuso impegno interstiziale bilaterale con circoscritto impegno alveolare segmentario in para ilare dx". La respirazione è sempre in Maschera di CP_4 *Alle prime ore del mattino del* [redacted] *improvviso marcato calo pressorio (60/40 mmHg) con tachicardia (165 b/m). La pressione riprende, ma la saturazione respiratoria si fa critica, con peggioramento clinico e radiografico. Si identifica nella emocoltura del 17/6 sviluppo di candida albicans. Al torace: "segni di marcato e diffuso impegno interstiziale bilateralmente con diffuse aree di impegno alveolare che in medio campo polmonare ed in sede ilo-basale sinistra assumono carattere confluente". Nella notte* [redacted] *si risolve il distress respiratorio, ma alle ore 10,00 le condizioni cliniche si fanno gravissime, con polipnea e disadattamento al ventilatore, ipertermia, ipotensione, desaturazione progressiva. Sopravviene cianosi, poi ritmo bradicardico ed infine asistolia. Le manovre rianimatorie non hanno effetto e si constata il decesso alle ore 12,40".*

Orbene, dopo aver ripercorso la storia clinica che ha condotto al decesso della paziente, il CTU ha inquadrato il caso della povera *Persona_1* ha analizzato gli inadempimenti qualificati che gli attori addebitano ai sanitari della struttura convenuta, alla luce delle condizioni patologiche di cui la paziente era portatrice:

"Si è detto che la p., dopo una prima osservazione di alcune ore presso [redacted] *di Avellino che si concluse con dimissione domiciliare e diagnosi di "dolore addominale generalizzato" fu ricoverata presso l'* CP_2 *"* CP_1 *di Napoli ove, accertata la presenza di occlusione intestinale da volvolo complicato da infarto intestinale massivo, venne trattenuta a ricovero e sottoposta dopo alcune ore ad intervento di resezione intestinale.*

Gioverà ricordare brevemente che il volvolo (Per_5 *Chirurgia. Masson, 1999) è una torsione assiale di un segmento del tenue o del colon su se stesso o sul proprio mesentere che produce un'ostruzione sia prossimale che distale del lume. Esso può prodursi con caratteri subacuti, oppure, quando la torsione strangoli i vasi mesenterici, con un quadro acuto o fulminante. In quest'ultimo caso l'ansa ritorta si distende enormemente, le sue pareti diventano pallide ed edematose e presto sopravvengono le conseguenze dell'ischemia acuta, e cioè la gangrena e la perforazione, secondo la sequenza di eventi tipica dell'occlusione con strangolamento. Un volvolo può risolversi per derotazione, spontanea o provocata, dell'ansa; in entrambi i casi, persistendo i presupposti anatomici favorenti, la possibilità di successivi episodi di torsione è estremamente elevata. Un volvolo è la causa del 5% di tutte le occlusioni intestinali, ma di più del 10% di quelle riguardanti il colon […]. Nel colon, il volvolo interessa più frequentemente il sigma (55% dei casi) ed il segmento ileocecale (40%), ma può prodursi anche a livello del trasverso o della flessura splenica […]. Il quadro clinico varia a seconda della sede del volvolo stesso. Nel volvolo del tenue è quello dell'occlusione con strangolamento di un'ansa del tenue ed identici sono anche i mezzi diagnostici […]. Il volvolo ileocecale produce dolore di tipo colico, localizzato specie alla fossa iliaca destra, ed un'asimmetria dell'addome, risultato della presenza del segmento grossolanamente disteso. Quest'ultimo può essere palpabile ed offrire un'area di marcato timpanismo. Se l'occlusione è completa, l'alvo è chiuso a gas e feci e, col progredire degli eventi, compaiono i sintomi ed i segni dell'occlusione con strangolamento […]. Il volvolo del sigma può presentarsi con un quadro di graduale e progressiva subocclusione oppure come una improvvisa e completa occlusione intestinale con rapida evoluzione verso la gangrena […]. La terapia si pone tre obiettivi:*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

- la derotazione dell'ansa valvolata;
- la prevenzione della recidiva;
- il trattamento di eventuali complicanze.
In presenza o nel sospetto di un volvolo con strangolamento (circa 10% dei casi) il paziente deve essere al più presto operato. Qualora sia presente effettivamente una sofferenza vascolare dell'ansa, il primo provvedimento è la derotazione del volvolo. Se dopo una ragionevole attesa persistono i segni di sofferenza parietale, o se era già presente una gangrena conclamata, l'intervento dovrà proseguire con la resezione dell'ansa interessata ed entero-enteroanastomosi, nel caso di volvolo del tenue; con la resezione ed anastomosi immediata ileocolica, nel volvolo ileocecale; con la resezione dell'ansa valvolata, chiusura del moncone rettale e colostomia prossimale (intervento di Hartmann) nel volvolo del sigma. La continuità intestinale verrà ripristinata in un secondo tempo. La resezione con anastomosi mmediata è gravata da mortalità molto elevata e va riservata a pochi casi selezionati.
III.- Con specifico riferimento ai quesiti ricevuti va detto a questo punto che la situazione clinica della p. esigeva una precisa e rapida diagnosi della causa della improvvisa sintomatologia dolorosa addominale presentata e, all'esito dell'accertata presenza del volvolo intestinale, un intervento chirurgico in urgenza.
Orbene, va ricordato sul punto che la vicenda clinica in oggetto si svolse dapprima presso [redacted] *di Avellino e poi presso l'* CP_2 *"* CP_1 *di Napoli.*
I Sanitari del primo nosocomio non pervennero alla diagnosi dimettendo la p. dopo circa 2 ore in quanto, per come annotato in cartella clinica, la sintomatologia regredì dopo terapia con un inibitore di pompa protonica (farmaco che riduce la produzione di acido nello stomaco). Risulta peraltro praticata una ecografia di stomaco completo ma il volvolo non venne né accertato né sospettato. Per vero la sindrome di Cornelia de Lange avrebbe potuto attivarne il sospetto posto che tra le sue complicanze, come detto, compare anche il volvolo, ma tale osservazione poggia più sull'ex-post che sull'ex-ante. Sarebbe, stato, comunque, più prudente trattenere la p. praticando approfondimenti diagnostici di tipo radiografico e laboratoristici, ma, a ben vedere, il comportamento tenuto dai Sanitari di tale struttura realizzò un illecito di condotta e non un illecito di evento. Ciò in quanto il ritardo diagnostico e di appropriato intervento terapeutico fu di ore, forse anche con apporto evolutivo verso il quadro ischemico vascolare intestinale cui portò il volvolo, ma non ebbe, a nostro avviso, ruolo causale nel decesso. Si è indotti a tale considerazione per gli stessi motivi esposti nella relazione di ct per il PM dei Proff. CP_5 *e* Per_6 *, in quanto dalla cartella clinica dell'Ospedale "* CP_2 *(cfr. consulenze chirurgiche del 17/6 e 19/6) si desume una progressiva favorevole evoluzione di riparazione anatomica e ripresa funzionale post-chirurgica. Di qui l'esclusione di concreti addebiti di responsabilità sanitaria nei confronti dei chirurghi dell'* Controparte_6 *[...] .*
Nemmeno addebiti possono muoversi nei confronti dei Sanitari Controparte_7 ***Napoli per quanto attiene alla diagnosi del volvolo, alla tempestività del trattamento chirurgico e alla correttezza nella sua esecuzione****. I tempi complessivamente da loro impiegati presso il PS ed il Reparto di Chirurgia d'Urgenza per pervenire alla diagnosi ed inquadrare lo stato clinico-laboratoristico generale della p. portatrice della già descritta malattia genetica va ritenuto nel complesso congruo per poter porre sul tavolo operatorio la p., ancora una volta dovendo richiamarci al criterio valutativo dell'ex-ante e non dell'ex-post e dovendo, quindi, tener conto delle tempistiche concretamente esigibili in una struttura come quella in oggetto per*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

l'espletamento di visite specialistiche, esami di laboratorio ed indagini strumentali per immagini (ecografia addome, ecocardiografia, rx diretta addome, rx torace, TC addome).
A diverse considerazioni ci porta, invece, il quesito circa la lamentata inadeguatezza della profilassi antifungina e del monitoraggio delle infezioni nel post-operatorio. *I Sanitari del Reparto di Rianimazione tennero un controllo attento e adeguatamente continuativo della situazione clinico-laboratoristica e, con particolare riferimento a quella respiratoria, dei parametri ventilatori e dello stato radiografico del torace. Non furono, invece, altrettanto doverosamente attenti nei confronti del rischio di infezioni fungine, da prendere ragionevolmente in considerazione per probabile loro insorgenza in un soggetto presumibilmente immunocompromesso e comunque in stato di evidenti scadute condizioni generali per l'acuta patologia intestinale sviluppata ed il gravemente demolitivo intervento chirurgico subito in ambito intestinale, gravato da chiari e diffusi fenomeni necrotici. In conseguenza di ciò si instaurò una infezione fungina, denotata dai risultati dell'esame colturale dell'aspirato tracheale prelevato il 9/6 e comunicato il 13/6 ("Positivo. Germe identificato Staphylococcus aureus.* CP_8 *Volume insufficiente per quantizzare", evoluta in stato settico come desumibile dai risultati dell'emocoltura praticata in data 17/6 e comunicata in data 21/6/14 ("sviluppo di lieviti (candida) segue identificazione"). Nonostante non fosse stato possibile la quantizzazione dei patogeni conosciuti provenienti dall'ambiente tracheale per il volume insufficiente del campione l'aspirato tracheale non risulta in seguito ripetuto, di tal che non si individuò il micete specifico presente in sede respiratoria né si iniziò una terapia antifungina di base.*
Quando il 21/6 si conobbe la presenza della candida (da retrodatare al 17/6) si iniziò la somministrazione di Caspofungina acetata in dose singola di carico con successivo mantenimento per i giorni a seguire. A questo punto lo stato settico generalizzato era ormai in atto e la terapia non più efficace, tanto più in quanto non v'è nemmeno sicurezza che essa sia stata effettivamente proseguita in quanto di ciò non v'è documentazione in cartella clinica. Dunque: carenza di profilassi e tardività di trattamento nei confronti di una infezione fungina invasiva, ad elevata mortalità. In proposito va aggiunto che se è vero che non può farsi riferimento a linee guida che raccomandino e disciplinino l'istituzione di una profilassi antifungina al di fuori di specifiche situazioni onco-ematologiche è altrettanto vero che in una situazione grave, complessa e delicata come quella in oggetto maggiori livelli soprattutto di prudenza avrebbero dovuto portare -quale condotta esigibile- alla profilassi antifungina in riferimento ai seri rischi e le pesanti conseguenze di sviluppo di una patologia da miceti.
Precisato, comunque, che l'exitus è da riferire ad una insufficienza multiorgano (in primis compromissione polmonare) da shock settico, ***non può affermarsi con criteri di qualificata probabilità secondo il principio del "più probabile che non" che una condotta profilattica e terapeutica pur adeguata nei confronti di una temibile infezione fungina avrebbe evitato il decesso, tenuto conto della malattia genetica di base e delle gravissime conseguenze, in sé, del volvolo intestinale sviluppato****. È invece affermabile che la carenza di profilassi e di trattamento antifungino in un contesto di ridotta attenzione diagnostica per una infezione micotica abbiano determinato una perdita di chances di sopravvivenza, quantizzabile, secondo criteri scientifici desunti dalla comune esperienza clinica, sul 35%****, quale valore intermedio della forbice del 20-50% indicata per l'ampiezza riconoscibile ad un tal genere di tipologia di danno ristorabile da parte di qualificata letteratura medico-legale".*

Pertanto, il CTU ha concluso nei seguenti termini: "*L'attività diagnostica e terapeutica espletata dai Sanitari* [redacted] *di Avellino non fu completa e non portò*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

all'esatta diagnosi, ma ciò non ebbe determinismo causale nel decesso della p. (...). Presso l' Controparte_7 *di Napoli l'attività diagnostica e l'intervento chirurgico furono corretti e complessivamente tempestivi. Furono, invece, inadeguati la profilassi antifungina e il monitoraggio del quadro infettivo post-operatorio realizzando un comportamento tecnico inadeguato improntato soprattutto ad imprudenza per non aver adeguatamente prevenuto e trattato una grave complicanza micotica sfociata nel decesso della p. per shock settico. Tale carente comportamento tecnico fu causativo, per i suesposti motivi, di* ***perdita di chances*** *di sopravvivenza della p., quantizzabile intorno al* ***35%***".

Ebbene, in base alla relazione peritale, le cui considerazioni medico-legali appaiono condivisibili, in quanto sostenute da un percorso logico-argomentativo esaustivo e coerente, che viene pertanto fatto proprio anche da questo Giudice, può serenamente concludersi che le condotte colpevoli imputabili ai sanitari dell' Controparte_2 sarebbero, dunque, consistite nella tardiva e, di conseguenza, inadeguata somministrazione di una terapia antifungina a seguito della rilevazione in data 13.6.2014 di un'infezione da *Staphylococcus aureus*. Furono, invece, corretti e tempestivi la diagnosi del volvolo e l'intervento chirurgico di ampia resezione colica per massivo infarto intestinale.

Alla luce di quanto sopra, quindi, deve ritenersi senz'altro accertata una responsabilità della struttura sanitaria convenuta per la perdita di chance di sopravvivenza subita dalla paziente Persona_1

Del resto, in sede di osservazioni tecniche di parte *ex* art. 195 comma 3 c.p.c., i consulenti di parte convenuta hanno mosso critiche alla CTU, che, tuttavia, hanno trovato precisa e puntuale risposta nell'elaborato peritale il quale, si ripete, appare coerente, esaustivo e pienamente condivisibile, anche nella parte relativa alle valutazioni rese in merito alle suddette osservazioni e al cui contenuto, quindi, si fa espresso rinvio.

Ciò acclarato, si ritiene che parte attrice abbia provato la responsabilità contrattuale dell' [...] CP_2 ilevante ai fini del risarcimento del danno da perdita di *chance* fatto valere *iure hereditatis* dai congiunti della *de cuius*.

Nel caso che occupa, infatti, non vi è prova che la condotta imperita dei sanitari, così come accertata e consistita nell'inadeguata profilassi antifungina e nell'omesso monitoraggio delle infezioni nel post operatorio, avrebbe senz'altro cagionato il decesso della paziente e non la mera perdita di *chance* di sopravvivenza della medesima, posto che, nella fattispecie in esame – come ha ben evidenziato il CTU – alla luce delle circostanze del caso concreto e, in particolare, della malattia genetica di base (la sindrome di Cornelia De Lange) e delle gravissime conseguenze del volvolo intestinale sviluppato, non vi era alcuna certezza in ordine all'efficacia salvifica della condotta attesa.

L'incertezza del risultato che connotava la vicenda clinica in esame, in altri termini, non consente di ritenere che il decesso in senso tecnico della povera Persona_1 si ponga in rapporto causale diretto con la condotta imperita accertata, ma consente di affermare che l'errore medico ha senz'altro determinato una perdita di *chance* di sopravvivenza per la stessa.

Va, dunque, accolta la richiesta risarcitoria relative al danno da perdita di *chance* di guarigione della paziente.

5. Accertati il nesso causale ed il profilo di colpevolezza in capo alla convenuta, occorre procedere alla esatta identificazione e liquidazione dei danni.

Orbene, nel caso di specie, tenuto conto degli esiti della consulenza tecnica, dalla quale è emerso che il decesso in senso tecnico della paziente non è causalmente riconducibile alla condotta dei

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

sanitari, avendo quest'ultima solo inciso sulla *chance* di sopravvivenza della medesima, l'evento di danno oggetto di ristoro è costituito dalla possibilità perduta di consecuzione del vantaggio sperato, rappresentato dalla conservazione di una migliore qualità della vita durante il decorso della malattia ovvero da una maggiore durata della vita stessa rispetto a quella effettivamente verificatasi.

Sul punto, appare utile riportare i più recenti arresti della giurisprudenza di legittimità in tema di risarcibilità del danno da perdita di *chance* secondo cui "*la chance si sostanzia nell'incertezza del risultato, la cui perdita costituisce l'evento di danno, inteso anche in termini di possibilità di "battersi" consapevolmente per un esito più favorevole dell'evolversi della malattia. Ne consegue che tutte le volte in cui la condotta negligente del sanitario abbia determinato, in applicazione dell'ordinario criterio di accertamento del nesso eziologico basato sulla regola del "più probabile che non", la morte del paziente o una riduzione della durata della sua vita o un peggioramento della qualità della stessa, non di perdita di chances di sopravvivenza sarà dato di discutere, non potendo incidere sulla qualificazione dell'evento l'equivoco lessicale che richiami la perdita della "possibilità" di una vita più lunga e migliore. In tali casi il giudice dovrà riconoscere il risarcimento nella sua pienezza, condannando, alternativamente, i sanitari a risarcire il danno da morte o da riduzione della durata della vita o da perdita di qualità della stessa* (cfr. Cass., III sez., sentenza n. 28993 dell'11.11.2019)*"*.

Del pari – e all'opposto – non sarà dato di discutere di *chances* perduta tutte le volte in cui l'indagine causale condurrà a concludere per la non riferibilità della morte (o dell'abbreviazione della vita o del deterioramento della qualità della stessa) all'atto del sanitario.

Solamente nell'ipotesi in cui la condotta colpevole del sanitario abbia determinato un evento di danno incerto, nel senso che le conclusioni del CTU siano espresse in termini di *insanabile incertezza* rispetto alla eventualità della maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo, allora sarà dato di configurare un danno da perdita di *chances*, quale possibilità perduta di un risultato sperato.

Il danno da perdita di chance, dunque, sarà risarcibile ove risulti provato il nesso causale, secondo gli ordinari criteri civilistici della relazione tra la condotta e l'evento incerto (la possibilità perduta), purché risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli (quali ripercussioni nella sfera non patrimoniale del paziente) che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza.

Per integrare gli estremi del danno risarcibile, infatti, la *chance* dovrà attingere ai parametri della "*apprezzabilità, serietà e consistenza",* rispetto ai quali il valore statistico/percentuale potrà costituire solamente criterio orientativo, onde distinguere la concreta possibilità dalla mera speranza (così, Cass. sentenza n. 28993/2019).

Pertanto, "*il danno da perdita di chance di sopravvivenza sarà risarcito, equitativamente, volta che, da un lato, vi sia incertezza sull'efficienza causale della condotta illecita quoad mortem, ma, al contempo, vi sia certezza eziologica che la condotta colpevole abbia cagionato la perdita della possibilità di vivere più a lungo (possibilità non concretamente accertabile nel quantum nè predicabile quale certezza nell'an* (cfr. Cass. sentenza n. 26851/2023)*"*.

Da ultimo, con specifico riguardo al riparto dell'onere probatorio, deve darsi atto che la Suprema Corte ha chiarito che: *"(...) il risarcimento del danno da perdita di chance esige la prova, anche presuntiva, purché fondata su circostanze specifiche e concrete, dell'esistenza di elementi oggettivi dai quali desumere in termini di certezza o di elevata probabilità la sua esistenza. Osserva il collegio come sia ben vero che la chance non è una mera aspettativa di fatto, bensì*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

deve tradursi nella concreta ed effettiva possibilità di conseguire un determinato risultato (...) o un certo bene giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione, e che la sua perdita configura un danno concreto ed attuale commisurato alla possibilità perduta del risultato sperato (sulla nozione di chance v. Cass. n. 5641 del 2018 e, da ultimo, Cass. n. 2261 del 2022 e Cass. n. 25886 2022). Pertanto, la prova del danno da perdita di chance si sostanzia:

- *nella dimostrazione della esistenza e della apprezzabile consistenza di tale possibilità perduta, da valutarsi non in termini di certezza, ma di apprezzabile probabilità (...) che può essere data con ogni mezzo, e quindi anche a mezzo di presunzioni;*
- *nell'accertamento del nesso causale tra la condotta colpevole e l'evento di danno (...). Di tal che,* ***il nesso tra condotta ed evento si caratterizza, nel territorio della perdita di chance, per la sua sostanziale certezza eziologica (i. e., dovrà risultare causalmente certo che, alla condotta colpevole, sia conseguita la perdita di quella migliore possibilità), mentre l'incertezza si colloca esclusivamente sul piano eventistico (è incerto, in altri termini, che, anche in assenza della condotta colpevole, la migliore possibilità si sarebbe comunque realizzata)****.*

Ne consegue che il soggetto, che agisce per ottenere il risarcimento del danno da perdita di chance, è tenuto ad allegare e provare l'esistenza dei suoi elementi costitutivi, ossia di una plausibile occasione perduta, del possibile vantaggio perso e del correlato nesso causale (nei termini sopraesposti), fornendo la relativa prova pure mediante presunzioni, ed eventualmente ricorrendo anche ad un calcolo di probabilità (Cass. n. 7110/2023).

In definitiva, il danno da chance perduta consiste non nella perdita di un vantaggio, economico e/o non economico (ben potendo un danno da perdita di chance legittimamente predicarsi anche su di un piano non patrimoniale: Cass. 7513/2018), che sia certo ed attuale, ma nella perdita della concreta possibilità di conseguire un vantaggio sperato (cfr. Cass., sez. II, ordinanza n. 25910 del 5.9.2023)*".*

Ebbene, in ossequio ai principi di diritto su richiamati, considerata la chiarezza delle conclusioni rassegnate dal CTU le quali hanno incontrovertibilmente accertato che significative *chances* di sopravvivenza furono perdute proprio a causa della inadeguata prestazione assistenziale dei sanitari, nella fattispecie in esame appaiono sussistere i presupposti richiesti per la risarcibilità della suddetta voce di danno.

Come si è visto, infatti, dalla lettura dell'elaborato peritale si evince che le condotte omissive dei sanitari dell' *Controparte_2* anno causato una perdita di *chance* di sopravvivenza nella paziente, quantizzabile intorno al 35%.

Trattasi di una percentuale *"effettiva, seria e apprezzabile* (così Cass. n. 28993/2019)*"*, in conformità al requisito minimo della gravità della lesione e della serietà del pregiudizio, e che pertanto è meritevole di adeguato ristoro.

6. Venendo alla liquidazione di siffatta voce di danno, non può che darsi ingresso ad una stima equitativa che tenga conto, in primo luogo, del grado di probabilità di successo, nonché, a seguire, dell'età della paziente al momento del fatto (22 anni) e delle sue generali condizioni di salute e preesistenti comorbilità.

Dal momento che non esistono criteri obiettivabili per monetizzare l'ipotetico danno da perdita della propria vita, da utilizzare quale parametro per liquidare adeguatamente la *chance* di sopravvivenza, si ritiene equo utilizzare quale mero riferimento parametrico il valore monetario minimo posto dalle tabelle di Milano, fatte proprie anche da numerosi altri uffici giudiziari, per una inabilità totale del 100% in persona della stessa età della vittima (donna di 22 anni).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

Tale importo deve essere decurtato percentualmente in considerazione delle gravissime patologie che la paziente presentava al momento del fatto e, quindi, rapportato agli anni di sopravvivenza "attesa" e alla percentuale di chance riconosciuta dal CTU (35%).
Ne deriva che, alla luce di quanto sopra, l' *Controparte_2* deve essere condannata a risarcire, in favore degli attori, una somma che – anche in considerazione dell'avvenuta corresponsione di una somma pari a 75.000 euro a titolo di risarcimento da parte [redacted] di Avellino – si stima equo determinare in **€ 90.000,00 (novantamila/00)** a titolo di danno da perdita di *chances* di sopravvivenza della paziente *Persona_7*
A ciò vanno aggiunti gli interessi da ritardo, liquidabili sull'importo qui indicato, devalutato alla data del [redacted] e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, [redacted] sino alla pronuncia della presente sentenza.
Nulla può essere riconosciuto, invece, agli istanti in merito alle altre voci di danno *iure hereditatis*, quali il danno biologico e morale, patiti in vita dal paziente.
Ed invero, in mancanza di imputabilità delle condotte dei sanitari della struttura sanitaria convenuta rispetto al distinto e autonomo bene della vita rappresentato dal diritto alla salute, nessuna responsabilità può loro attribuirsi in relazione alla voce di danno terminale, mancando un nesso di causalità giuridicamente apprezzabile tra l'uno e l'altra. Per tali motivi, le relative richieste risarcitorie non possono trovare accoglimento.
Va inoltre rigettata la domanda risarcitoria inerente i danni azionati dagli istanti *iure proprio* per la perdita del rapporto parentale.
Come si è detto, la condotta colposa dei sanitari ha dato causa ad una fattispecie di danno qualificabile solo in termini di perdita della possibilità di salvarsi, mentre si è escluso che sia stata causa efficiente del decesso in sé.
Ne consegue che non spetta ai congiunti il risarcimento per la perdita del rapporto parentale con la vittima, in quanto questo implica la perdita del bene della vita quale evento pregiudizievole imputabile alla controparte, costituente antecedente logico giuridico del pregiudizio proprio dei congiunti. Non è dunque ipotizzabile la lesione del rapporto parentale quale autonoma voce di danno risarcibile laddove, come nella fattispecie, manchi una responsabilità in senso tecnico per il decesso, e tale responsabilità sia riferibile solo ed esclusivamente alla riduzione delle *chances* di sopravvivenza.
Analogamente, proprio per l'insussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'evento morte del soggetto, non può essere riconosciuto agli istanti il ristoro di voci di danno patrimoniale ricollegabili al decesso del parente.

7. Le spese di lite sostenute dagli attori seguono la soccombenza della convenuta, ai sensi dell'art. 91 c.p.c., e devono essere liquidate d'ufficio, nella misura indicata in dispositivo (con applicazione dei valori medi dei parametri introdotti dal D.M. 10.3.2014 n. 55, in vigore dal 3.4.2014, con un aumento del 10% per la pluralità delle parti rappresentate ed aventi la stessa posizione processuale).
Allo stesso modo, le spese della CTU – già liquidate, con separato decreto – devono essere poste definitivamente a carico della convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando nella controversia civile proposta come in epigrafe, disattesa ogni contraria istanza, così provvede:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801

- accoglie per quanto di ragione la domanda formulata da *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3* e, per l'effetto, condanna l' *[...] CP_2* al pagamento in favore degli attori della somma di **€ 90.000,00 (novantamila/00)**, a titolo di danno non patrimoniale *iure hereditatis*, liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale sull'importo devalutato all'epoca del fatto e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza;
- condanna l' *Controparte_2* al pagamento in favore di *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3*, delle spese di lite, che si liquidano in **€ 1.000** a titolo di esborsi (per le sole spese di CTP, in ragione dell'ammissione degli attori al beneficio del patrocinio a spese dello Stato), nonché in **€ 15.513,30** per compensi professionali, oltre IVA e CPA e rimborso spese generali al 15%, con attribuzione ai procuratori dichiaratisi antistatari;
- pone le spese di CTU, già liquidate con separato decreto, a carico della convenuta.

Napoli, 5.11.2025

Il Giudice
Dott. Fabio Lombardo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-801