N.R.G.25681/2013

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI NAPOLI
VIII SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, in persona del Giudice monocratico Dott. Giovanni D'Istria, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al N.R.G.25681/2013 avente ad oggetto: risarcimento danni da responsabilità professionale degli esercenti la professione medica e vertente

TRA

Parte_1 *CodiceFiscale_1* [redacted] e *Parte_2* *CodiceFiscale_2* [redacted] il [redacted] e *Pt_3* *[...]* *CodiceFiscale_3* [redacted] tutti [redacted] alla [redacted] tutti in proprio e nella qualità di eredi della Sig.ra *Persona_1* **C.F.** *C.F._4* [redacted] e [redacted] in Napoli [redacted], rappresentati e difesi, in virtù di mandato in calce all'atto all'atto di citazione dall' **AVV.** [redacted] **C.F.** *C.F._5* e **AVV.** [redacted] presso i quali elett.te domiciliati in Napoli alla [redacted] c/o lo studio dell'Avv. [redacted], i quali dichiarano di voler ricevere le comunicazioni presso il numero di [redacted] o all' indirizzo pec. *Email_1*

ATTORI

CONTRO

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

Controparte_1 **P.IVA** *P.IVA_1*

in persona del Direttore Generale legale rapp.te p.t. Dott. *CP_2* con sede in Napoli alla [redacted] rapp. ta e difesa in virtù di mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione dall'**AVV.** [redacted] *CodiceFiscale_6* presso il cui studio elett.te domicilia in Napoli alla [redacted] il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni o notificazioni relative al presente procedimento al numero di [redacted] ed all'indirizzo di Posta Certificata *Email_2*

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Come precisate dai procuratori delle parti nelle note di trattazione scritta da intendersi di seguito integralmente trascritte

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Va premesso che la presente sentenza viene redatta senza l'esposizione dello svolgimento del processo, in applicazione del nuovo testo dell'art. 132, comma 2°, n. 4), c.p.c., come modificato dall'art. 45, comma 17°, L. n. 69/2009, la cui immediata operatività anche per i giudizi pendenti in primo grado alla data di entrata in vigore della "novella" (4/7/2009) è espressamente sancita dalle disposizioni transitorie dettate dall'art. 58, comma 2°, L. cit. di conseguenza, i riferimenti specifici alla vicenda processuale in questione saranno limitati ai soli profili rilevanti ai fini della presente decisione.

Cio' posto con atto di citazione ritualmente notificato, i Sig.ri *Parte_1* , *Pt_2* *[...]* , *Parte_3* , in proprio e nella qualità di eredi della Sig.ra *Persona_1* *[...]* [redacted] il [redacted] e [redacted] convenivano in giudizio innanzi al Tribunale di Napoli per l'udienza del 7/01/2014, l' *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante p.t., al fine di sentire accogliere le seguenti conclusioni:

a)"previo ogni opportuno accertamento e declaratoria, in relazione ai contestati illeciti, omissioni, inadempienze e quindi responsabilità professionali collegate alle attività sanitarie eseguite nel periodo di degenza presso l' *Controparte_1* *convenuta e segnatamente nei due ricoveri registratisi nell'arco temporale andante dal 20/10/2012*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

al 2/11/2012 e nel successivo periodo dal 7/11/2012 al [redacted] *(data dell'exitus), condannarsi la predetta struttura sanitaria, al risarcimento di tutti i danni (patrimoniali e non), subiti dagli istanti sia in proprio che quali eredi della Sig.ra* *Per_1* *, patiti per le sofferenze e la morte della congiunta avvenuta a causa e per effetto delle condotte sanitarie (omissive e commissive) e tanto nella misura che si sarebbe provata e quantificata in corso di causa, a mezzo di CTU;*

b)"tenersi conto della svalutazione del denaro e degli interessi, sulle somme a liquidarsi";

c) "vittoria di spese ed onorari, con attribuzione ai sottoscritti procuratori antistatari".

Assumevano gli istanti che, la Sig.ra *Persona_1* in data 20.10.2012, veniva ricoverata presso la Divisione di Chirurgia Vascolare dell' *Controparte_1* *[...* *CP_1* di Napoli, con diagnosi di accesso di "ischemia critica arto inferiore", per venire dimessa in data 2/11/2012.

Dopo pochi giorni in data 07/11/2012 si rendeva necessario un ulteriore ricovero presso la predetta struttura ospedaliera con diagnosi di accesso di "deiscenza ferita"; e durante il suddetto ricovero, il giorno [redacted] si registrava il decesso della Sig.ra *Per_1* , che trovava la propria causa nelle lesioni personali dalla stessa patite in conseguenza dei gravi e non scusabili errori medici consumatisi ai suoi danni nella predetta struttura sanitaria.

Ed invero, la paziente affetta da "malattia di cushing" e da insufficienza renale cronica con necessità di trattamento dialitico trisettimanale, nei mesi antecedenti al predetto ricovero, era stata sottoposta -a causa di sepsi per infezione del catetere di *Per_2* a interventi chirurgici, praticati nei Presidi *Organizzazione_1* di Benevento e " *Organizzazione_2* di Avellino, il primo dei quali resosi appunto necessario per l'impianto di nuovo catetere di *Per_* .

Deducevano gli attori, che tale intervento si rivelava poi mal eseguito, con errato posizionamento di catetere venoso, il quale per l'appunto si sarebbe poi scoperto essere stato inspiegabilmente posizionato in arteria piuttosto che in vena femorale, con conseguente produzione di grave lesione dell'arteria stessa, e vasta perdita di sostanza nel triangolo di Scarpa. Per porre rimedio a tale errore chirurgico, veniva praticato –nel gennaio 2012- presso la *Controparte_3* ,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

intervento operatorio di confezionamento di By-pass iliaco-femorale superficiale dx in PTFE 6 mm con anastomosi L-L e legatura bipolare lesione iatrogena arteria femorale comune dx" praticato presso la detta struttura.

Tutto questo solo dopo che la Sig.ra *Per_1* , era rimasta vittima di ulteriori gravi errori professionali questa volta imputabili ai medici dell' *Controparte_4* *[…]* che la ebbero in cura a partire dal mese di ottobre 2011, i quali nel rimuovere il catetere a grosso flusso, posizionato erroneamente in arteria femorale destra dai sanitari dell *Org_3* " *Org_1* di Benevento, non soltanto non erano riusciti a risolvere l'emorragia in atto per lesione iatrogena dell'arteria femorale destra ma, operando in maniera censurabile, ne avevano causato una estesa macerazione ed ulcerazione tissutale associata a perdita di sostanza nonché una lesione a tutto spessore dell'arteria femorale di destra. Errori medici che venivano appunto denunciati e contestati dagli attori, mediante instaurazione di autonomo giudizio civile promosso nei confronti e dell' *Controparte_5* e dell' *Controparte_4* *[…]* innanzi al Tribunale di Avellino, definito con adesione alla proposta di definizione proposta dal Giudice ex art. 185 bis c.p.c..

Più nel dettaglio, gli attori evidenziavano che, per porre rimedio agli errori medici eseguiti dalle strutture ospedaliere di Benevento ed Avellino, stante il perdurare della perdita ematica, con verificazione in data 06.12.2011 di ampia deiscenza della ferita inguinale con cavità a fondo sieroso di dimensioni di 15 x 20 cm, la Sig.ra *Per_1* veniva trasportata nella *Controparte_3* di *Controparte_3* , ove restava ricoverata dal 9/1/2012 al 26/1/2012, e previa asportazione di un segmento arterioso di cm. 2,3 di lunghezza, veniva eseguito confezionamento di "By-pass iliaco-femorale superficiale dx in PTFE 6 mm con anastomosi L-L e legatura bipolare lesione iatrogena arteria femorale comune dx"; la correzione della vasta perdita di sostanza necessitava, nel prosieguo, di interventi plastico-ricostruttivi presso l' *Controparte_1* *[…]* di Napoli, ove restava ricoverata dal 3/2/2012 al 4/4/2012 e praticava una serie di attività sanitarie e chirurgiche. Seguiva dunque una lunga degenza della paziente presso l' *Controparte_1* di Napoli, durata dal febbraio all'aprile 2012, nel corso della quale la Sig.ra *Per_1* veniva sottoposta ad interventi chirurgici di chirurgia plastica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

A causa dell'occlusione dell'iliaca esterna la Sig.ra *Per_1* era costretta nella data del 20/10/2012 ad un nuovo ricovero ospedaliero sempre presso il *CP_1* ove accedeva con diagnosi di ingresso di *"ischemia critica arto inferiore"* ed ove veniva sottoposta ad ulteriore intervento chirurgico di apposizione di bypass iliaca comune-femorale profonda +by pass protesico –poplitea destra sovra-articolare. In seno a tale intervento –eseguito in data 26/10/2012- i chirurghi asportarono l'ulcera necrotica della gamba destra. Nella successiva data del 2/11/2012, la Sig.ra *Per_1* veniva dimessa con prescrizione di terapia medica tra cui "Tavanic 500 una cpr x7 gg".

In data 7/11/2012 la Sig.ra *Per_1* era costretta ad un nuovo ricovero presso la struttura sanitaria del *CP_1* per la presenza di "deiscenza ferita" (cfr. cartella clinica in atti). All'accesso in reparto veniva praticata terapia antibiotica con "Unasyn 1,5 fl im x2. La paziente si presentava in condizioni generali molto gravi, per cui lo stesso chirurgo plastico, in sede di consulenza del 11/11/2012, si esprimeva nel senso di una impossibilità di "effettuare alcun trattamento chirurgico di ricostruzione" consigliando l'applicazione di medicazioni. In tale occasione lo specialista annotava in cartella clinica la presenza di "ferita chirurgica infetta" (by pass aorto –iliaco-femorale) con aree necrotiche interessanti tutti i piani sino al peritoneo (emiaddome dx +regione mediale coscia dx).

Frattanto in data 13/11/2012 in seguito ai risultati dei tamponi effettuati sulla ferita che evidenziavano lo sviluppo di Pseudomonas Aeruginosa e Klebsiella Pneumoniae e dell'antibiogramma- era sospesa la terapia con *CP_6* ed intrapresa la terapia con "Colicina 1.000.000x 2in SF 100 ev in 30/60 min". Nella stessa giornata veniva praticata consulenza chirurgica dalla quale emergeva la presenza di "Deiscenza totale della ferita" ove veniva, altresì, annotata la presenza di "piano profondo con foro di circa 1 cm di diametro dal quale fuoriesce ansa intestinale".

A questo punto e data la gravità del quadro clinico, i sanitari decidevano di intervenire con urgenza effettuando una plastica con impianto di protesi biologica. Dalla cartella clinica si legge alla data del 22 novembre che "la ferita addominale si presenta aperta con secrezione sierica moderata"; era inoltre riscontrata la presenza di deiscenza dei piani superficiali della ferita femorale, e la presenza di una piaga da decubito in regione sacrale. Infine in data 23/11/2012 e ben 16 giorni dopo l'accesso in reparto si

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

praticava visita infettivologica con i seguenti esiti: “Pz sottoposta ad intervento di by pass aorto –iliaca femorale dx con deiscenza della ferita chirurgica infetta con colture positive per Pseudomonas Aeruginosa mdr e Klebsiella Pneumoniae ESBL” con la conseguente prescrizione farmacologica “ TYGACIL 50 MG 1 FL x2/die colimicina ...rifadin 600 mg...” l’infettivologo, dunque in base alle risultanze, aggiungeva la terapia antibiotica aggiungendo alla *Org_4* il *Org_5* ed il Rifadin.

Evidenziavano ancora gli attori, come dal diario clinico emergesse che ancora il 24/11/2012 i sanitari annotavano la presenza di ferita addominale aperta con esposizione della protesi biologica, per cui veniva effettuata nuova consulenza chirurgica durante la quale la ferita era medicata con betadine.

Il 30/11/2012 era praticata nuova consulenza infettivologica durante la quale lo specialista, presa visione delle nuove indagini colturali che rilevavano la presenza di Pseudomonas Aeruginosa, Escherichia Coli -produttore di beta-lattamasi- ed Enterococcus faecium, riconfermava la terapia prescritta in precedenza, e consigliava l’isolamento della paziente e di ripetere i tamponi sulle ferite.

Frattanto la paziente aveva praticato 8 sedute di ossigeno terapia iperbarica, che però erano state sospese dal 5 dicembre poiché la stessa non tollerava tale trattamento. Il 7 dicembre, in seguito ai risultati degli esami colturali, era effettuata una nuova consulenza infettivologica e la terapia era modificata come segue: “colimicina 1.000.000 2 fl dopo dialisi (tutti tre volte la settimana); Rifadin 600 1 cp/die”. Intanto le condizioni cliniche della paziente, nonostante la terapia medica praticata, restavano decisamente critiche. Dalla cartella clinica si legge con riguardo al giorno 12/12/2012 “Pz in condizioni cliniche estremamente scadute...presenza di vasta ferita infetta arto inf. Dx” ancora alla data del 13/12 si legge in cartella clinica: “Persistono gravissime le condizioni cliniche della pz”, il giorno seguente veniva emessa diagnosi di shock settico.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

In tale quadro veniva applicato il 20/12/2012 il sistema VAC alla ferita ed il giorno seguente l'infettivologo, constatando la presenza di Klebsiella Pneumoniae multiresistente, modificava la precedente terapia farmacologica, prescrivendo, altresì, l' *Org_6* . Dal 22/12/2012 le condizioni della Sig.ra *Per_1* peggioravano notevolmente, rendendo necessario l'utilizzo di inotropi ed il successivo 28 dicembre la paziente era posta in analgosedazione. I chirurghi consultati descrivevano la ferita cutanea come "vasta ferita post chirurgica all'addome dx che si estende alla regione mediale della coscia omolaterale", e date le ormai gravissime condizioni cliniche della paziente escludevano la possibilità di un intervento ricostruttivo. Nei giorni successivi le condizioni cliniche si aggravavano ulteriormente per uno stato *"di shock settico conclamato nonostante inotropi e noradrenalina ad alto dosaggio"* e in ultimo il [redacted] dopo circa due mesi la Sig.ra *Per_1* decedeva presso il *[...] Organizzazione_7*

La causa veniva iscritta a ruolo con R.G. n. 25681/2013 ed assegnata alla cognizione della VIII Sezione civile nella persona del Giudice Dr. Francesco Graziano, e con prima udienza differita d'ufficio al 9/01/2014.

Si costituiva in giudizio l' *Controparte_7* eccependo in via preliminare l'improcedibilità della domanda attorea per non essere la stessa, stata preceduta dal tentativo di mediazione di cui assumeva sussistere l'obbligatorietà. Nel merito, rappresentava che non sussistesse la legittimazione passiva della struttura convenuta per l'evento tanatologico della Sig. ra *Per_1* , per vari ordini di motivi. In particolare, deduceva che, la paziente era pervenuta al *CP_1* in un quadro clinico fortemente compromesso a causa della negligente condotta del personale sanitario del *Org_1* di Benevento e del *Organizzazione_2* di Avellino, ove la paziente era stata precedentemente ricoverata e curata, e contro cui gli eredi della Sig.ra *Per_1* avevano azionato autonoma domanda incardinata presso il Tribunale di Avellino.

Peraltro, essa convenuta, evidenziava come prima del periodo intercorrente dal 4/04/2012 al 7/11/2012, la Sig.ra *Per_1* era stata ricoverata presso altre strutture ove avrebbe potuto contrarre la sepsi, per il che, respingeva qualsivoglia addebito. Concludeva in rito per l'improcedibilità della domanda, nel merito per il rigetto della stessa.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

In sede di prima udienza, il Giudice concedeva alle parti i termini di cui all'art. 183 VI comma c.p.c., rinviando all'udienza del 1/12/2014 ai sensi dell'art. 183 VII comma c.p.c.

Alla udienza di rinvio del 1/12/2014 il Giudice, ammetteva la CTU medica come richiesta dall'attore, e riservandosi all'esito sull'ammissione degli ulteriori mezzi di prova articolati dalle parti, nominava quale CTU la Dr.ssa *Persona_3* cui conferiva incarico come dall'ordinanza del 1/12/2014 e consistente nei seguenti quesiti:

"1) previo esame della documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro e non oltre il termine perentorio di cui all'art. 183, comma sesto, n. 2) cod. proc. civ. (che, nella specie risulta essere scaduto in data 10/03/2014), riferisca il Consulente Tecnico d'Ufficio innanzitutto in ordine alla tipologia di ricovero e di terapie alle quali la "de cuius" sig.ra *Persona_1* *venne sottoposta, nel corso dei ricoveri dalla stessa subiti dal 20/10/2012 al 2/11/2012 e dal 7/11/2012 al* [redacted] *presso la struttura sanitaria pubblica convenuta (* *Controparte_1* *"* *Organizzazione_8* *), chiarendone, in particolare, il grado di difficoltà e specificando, altresì, se gli stessi possano definirsi, o meno, come di particolare semplicità ed a carattere routinario, tenuto conto anche delle patologie dalle quali era scaturita la necessità dei suddetti ricoveri;*

2) Verifichi, quindi, il Consulente Tecnico d'Ufficio, sempre in base alla documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro e non oltre il termine perentorio sopra menzionato, nonché alla luce delle deduzioni di parte, la presenza, a carico della suddetta paziente (sig.ra *Persona_1* *) e durante i periodi di ricovero suddetti, di indici sintomatici dell'avvenuta contrazione delle infezioni nosocomiali specificamente indicate dell'atto di citazione introduttivo del presente giudizio (Pseudomonas Aeruginosa, Escherichia Coli, Enterococcus Faecium e klebsiella Pneumoniae);*

3) Verifichi, quindi, il Consulente Tecnico d'Ufficio, in base alla situazione preesistente desumibile dalla documentazione prodotta in giudizio, nonché alla stregua delle deduzioni di parte, se i trattamenti sanitari di cui si tratta e l'assistenza alla paziente siano stati eseguiti correttamente in base alle regole dell'ordinaria diligenza professionale propria della struttura sanitaria pubblica di rilievo nazionale, e dunque, ad elevato grado di specializzazione e, in caso contrario, specifichi dettagliatamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

quali siano state le attività non corrette e quali sarebbero state quelle alternative da eseguirsi. In particolare, provveda il Consulente tecnico d'ufficio, a verificare sulla base della documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro il termine perentorio già sopra indicato, e tenendo conto di quanto emergente dalla lettura medico-scientifica e dalle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale dell'epoca (2012-2013), la sussistenza (se, del caso, anche mediante identificazione di indici sintomatici valevoli a rivelarle) delle carenze tecnico-assistenziali ed organizzative specificamente indicate e descritte dalla sesta alla tredicesima pagina dell'atto di citazione introduttivo del presente giudizio, al paragrafo contrassegnato dal numero "14) ";

4) Accerti, ancora, il consulente tecnico d'ufficio, in caso di risposta positiva al quesito formulato nel precedente capoverso, se le carenze tecnico-assistenziali ed organizzative eventualmente accertate a carico della struttura sanitaria pubblica convenuta ([…] Controparte_8), abbiano causalmente contribuito, in tutto o in parte ed anche alla stregua del criterio dell'evidenza o del "più probabile che non", al decesso delle "de cuius" sig.ra Persona_1 ;

5) Fornisca, il Consulente Tecnico d'Ufficio, ogni altro elemento dallo stesso eventualmente ritenuto utile ai fini della decisione".

Rinviava per il conferimento incarico all'udienza del 2/03/2015, in tale udienza il consulente prestava il giuramento di rito, ed il Giudice disponeva rinvio all'udienza del 14/03/2016 per la verificazione del deposito dell'elaborato finale, concedendo al consulente termine per l'inoltro della bozza entro il 31/01/2016, ed alle parti termine per controdeduzioni alla bozza da inviare al CTU entro la data del 14/02/2016.

All'udienza del 25/03/2015, stante il mancato deposito della CTU, rinviava all'udienza del 19/01/2017, per la verifica del deposito della CTU.

Alla successiva udienza del 19/01/2017, il procuratore dell'attore, preso atto del deposito dell'elaborato finale ad opera della Dr.ssa Per_3 lo impugnava estensivamente e chiedeva che il consulente venisse chiamato a chiarimenti. Il Giudice, fissava l'udienza del 27/03/2017 onde deliberare le richieste formulate dalla difesa di parte attrice.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

Celebratasi l'udienza del 27/03/2017, il Giudice convocava a chiarimenti il CTU, sottoponendo alla Dr.ssa Per_3 i seguenti quesiti:

1) tempestività o meno dell'intervento dell'infettivologo;

2) modificazione della terapia ad opera dello stesso;

3) adeguatezza della terapia antibiotica somministrata;

4) osservanza norme e protocolli di profilassi;

5) trattamento chirurgico della deiscenza;

6) isolamento della paziente;

fissando all'uopo l'udienza del 19/06/2017. Dopo due rinvii, venivano depositati i chiarimenti ad opera del CTU per cui il procuratore di parte attrice, evidenziando la persistenza delle criticità e le gravi lacune dell'elaborato peritale, insisteva per la rinnovazione della CTU, ed in ogni caso per l'ammissione degli ulteriori mezzi di prova articolati.

Il giudice, rinviava la causa per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 29/11/2018, all'esito della quale, fatte precisare le conclusioni dalle parti, introitava la causa in decisione.

Sciogliendo la riserva, acclarata la lacunosità della CTU precedente, questi rimetteva la causa sul ruolo e nominava nuovo Collegio, nelle persone della Dr.ssa CP_9 e del Prof. Dott. Per_4 la prima medico-legale ed il secondo esperto infettivologo.

Conferiva sul punto, i seguenti quesiti:

"1) Previo esame della documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro e non oltre il termine perentorio di cui all'art. 183, comma sesto, n. 2), cod. proc. civ., riferisca il Consulente Tecnico d'Ufficio innanzitutto in ordine alla tipologia di ricovero di terapie ai quali la "de cuius" sig.ra Persona_1 *venne sottoposta, nel corso dei ricoveri dalla stessa subiti dal 20 ottobre 2012 al 2 novembre 2012 e dal 7 novembre 2012 al 5* [redacted] *presso la struttura sanitaria pubblica convenuta (* […] Controparte_8 *, chiarendone, in particolare, il grado di difficoltà e specificando altresì se gli stessi possano definirsi, o meno, come di particolare semplicità ed a carattere routinario, tenuto conto anche delle patologie dalle quali era scaturita la necessità dei suddetti ricoveri;*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

2)Verifichi, quindi, il Consulente Tecnico d'Ufficio, sempre in base alla documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro e non oltre il termine perentorio sopra menzionato, nonché alla luce delle deduzioni di parte, la presenza, a carico della suddetta paziente, (sig.ra Persona_1) e durante i periodi di ricovero suddetti, di indici sintomatici dell'avvenuta contrazione delle infezioni nosocomiali specificamente indicate nell'atto di citazione introduttivo del presente giudizio (Pseudomonas Aeruginosa, Escherichia Coli, Enterococcus Faecium, e Klebsiella Pneumoniae);

3)Verifichi, quindi, il Consulente Tecnico d'Ufficio, in base alla situazione preesistente desumibile dalla documentazione prodotta in giudizio, nonché alla stregua delle deduzioni di parte, se i trattamenti sanitari di cui si tratta e l'assistenza alla paziente siano stati eseguiti correttamente in base alle regole dell'ordinaria diligenza professionale propria di una struttura sanitaria pubblica di rilievo nazionale e, dunque, ad elevato grado di specializzazione e, in caso contrario, specifichi dettagliatamente quali siano state le attività non corrette e quali sarebbero state quelle alternative da eseguirsi. In particolare, provveda il Consulente Tecnico d'Ufficio a verificare, sulla base della documentazione sanitaria prodotta in giudizio entro e non oltre il termine perentorio già sopra indicato, e tenendo conto di quanto emergente dalla letteratura medico-scientifica e dalle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale dell'epoca (2012-2013), la sussistenza (se, del caso, anche mediante identificazione di indici sintomatici valevoli a rilevarle) delle carenze tecnico-assistenziali ed organizzative specificamente indicate e descritte dalla sesta alla tredicesima pagina dell'atto di citazione introduttivo del presente giudizio, al paragrafo contrassegnato dal numero "14";

4. Accerti, ancora, il Consulente Tecnico d'Ufficio, in caso di risposta positiva al quesito formulato nel precedente capoverso, se le carenze tecnico-assistenziali ed organizzative eventualmente accertate a carico della struttura sanitaria pubblica convenuta ([…] Controparte_8 , abbiano causalmente contribuito, in tutto o in parte ed anche alla stregua del criterio della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", al decesso della "de cuius" sig.ra […] Persona_1 ;5 Fornisca, il Consulente Tecnico d'Ufficio, ogni altro elemento dallo stesso eventualmente ritenuto utile ai fini della decisione" .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

In seguito al deposito della relazione da parte dei CC.TT.UU la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni, e infine dopo il cambio del Giudicante all'udienza del 03.07.2023, la causa veniva riservata a sentenza concedendo i termini ex art.190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

Così riassunti i termini della controversia e passando alla disamina della "*res controversa*", la domanda giudiziale è fondata e merita, pertanto, di trovare accoglimento, nei sensi che vengono di seguito precisati.

In primo luogo va disattesa l'eccezione di improcedibilità della domanda atteso che, le disposizioni introdotte col c.d. decreto del fare nel 2013, si applicano decorsi trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione (la quale, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 20 agosto 2013, è vigente dal 21 agosto 2013).

Ed invero, il tentativo obbligatorio di mediazione, era stato momentaneamente abolito, per effetto della pronuncia della Corte Costituzionale che aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 5, comma 1, del d.lgs. n. 28 del 2010, per violazione degli artt. 76 e 77 Cost., contestando l'eccesso di delega legislativa del d.lgs. 4 marzo 2010, n. 28, nella parte in cui aveva previsto il carattere obbligatorio della mediazione, ed era stato poi ripristinato nel nostro ordinamento giuridico solo alla data del 20/09/2013 in quanto il decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 , aveva reintrodotto la mediazione obbligatoria per molte materie, tra cui quella di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria, ma solo a partire dal 20/09/2013.

Quindi la suddetta normativa non risulta applicabile al caso *de quo*, atteso che l'atto di citazione veniva notificato il 16/09/2013, ovvero in un periodo antecedente a quello previsto per l'entrata in vigore della legge suddetta.

In secondo luogo va rigettata la richiesta di parte convenuta di nullità e di rinnovazione della CTU, poiché dalla lettura della relazione definitiva depositata dai CC.TT.UU. non si evidenziano incongruenze o nullità, avendo gli stessi compiutamente argomentato e risposto alle controdeduzioni inviate dai consulenti di parte attrice e convenuta, partendo dal presupposto che costituisce principio acquisito il fatto che rientra nel potere discrezionale del Giudice, disporre la rinnovazione ovvero un supplemento di consulenza (Cass. n. 21525/2019; n. 15666/2011).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

Sussiste altresì la legittimazione delle parti in causa sono stati, infatti, prodotti certificato di morte della Sig.ra Persona_1 e stato di famiglia, infatti per costante orientamento giurisprudenziale l'onere della prova della qualità di erede legittimo è soddisfatto mediante la produzione dei certificati dello stato civile, dai quali si desume il rapporto di parentela con il *de cuius* a norma degli artt. 565 e 572 c.c., nonché la legittimazione passiva della convenuta struttura Ospedaliera risultante dalla documentazione dei ricoveri nella stessa della *de cuius*, la quale anche se la momento del ricovero aveva una storia sanitaria complessa, decedeva, nonostante la somministrazione di terapia antibiotica, a seguito di infezioni di natura nosocomiale

Ed invero, devono anzitutto essere richiamati gli approdi della giurisprudenza di legittimità in punto di responsabilità professionale sanitaria, deve precisarsi che l'azione, proposta nel caso di specie, va qualificata come azione di responsabilità extracontrattuale proposta *iure proprio* dagli istanti. Come più volte ribadito dalla Suprema Corte, il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art.1372 comma 2 c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria , rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (cfr. Cass. N. 11320 del 2022, Cass. N.21404 del 2021).

Ne consegue che, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della prestazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione di terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art.1372 secondo comma c.c.); pertanto per un verso, non è predicabile un " effetto protettivo " del contratto nei confronti di terzi, per altro verso, non è identificabile una categoria di terzi , (quand'anche legati da vincoli di parentela o di coniugio , con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto ".

Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subito in proprio delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

sanitaria (impropriamente definiti danni mediati o riflessi), non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro dei loro pregiudizi. Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova.

In applicazione di questi principi, incombeva sugli attori l'onere di fornire la prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità extracontrattuale della struttura, vale a dire il fatto colposo, il pregiudizio che da questo fatto è conseguito al defunto ed il nesso causale tra il fatto colposo ed il danno.

Orbene, i fatti costitutivi della pretesa risarcitoria azionata dagli attori possono ritenersi ampiamente acclarati alla stregua della relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio redatta dai CC.TT.UU. Dott.ri *Per_5* e *Per_4* e che ha riconosciuto, in merito all'indagine richiesta dal Magistrato, che:

"La paziente Persona_1 fu ricoverata presso l' Controparte_7 per una ischemia critica dell'arto inferiore di destra in un contesto di alto rischio clinico. L'ischemia si manifestava per occlusione di un precedente dispositivo vascolare endoarterioso, già posizionato presso altro centro circa un anno prima, a correzione di un falso lume vascolare generato da una erronea incannulazione dell'arteria femorale destra. Si trattava quindi di ischemia da occlusione di un vaso preternaturale, posto in essere per aggirare l'ostruzione del vaso naturale derivante da un precedente accidente da cannulazione, in un soggetto con insufficienza renale terminale in trattamento dialitico trisettimanale da alcuni anni, nonostante la giovane età. La dialisi veniva effettuata con difficoltà di accessi arterovenosi, tanto che alle fistole arterovenose degli avambracci, usuale accesso dialitico, era stato necessario aggiungere il posizionamento di un catetere di Per_, cioè di un catetere tunnellizzato, costituito da due lumi indipendenti l'uno dall'altro, posizionati in vena femorale. I due lumi separati del catetere di Per_ consentono la circolazione del sangue nel circuito extracorporeo per la dialisi minimizzando il rischio di aspirare nel vaso contenente sangue già dializzato. L'inserimento erroneo di un catetere di Per_ in arteria femorale aveva generato il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

danno vascolare, innesco di una lunga serie di interventi presso altri centri. Infatti, oltre a dover aggirare il vaso arterioso danneggiato nella coscia destra con un Bypass, era stato necessario intervenire più volte nella zona di cute del Trigono di Scarpa, cioè nella regione della coscia ove il problema si era determinato, per favorire la difficoltosa chiusura dei piani cutanei, supportata da interventi di chirurgia plastica. Si trattava dunque di una situazione tutt'altro che routinaria, dovendosi operare in una zona già più volte oggetto di interventi, e quindi sede di processi cicatriziali fibrotici, che limitano l'efficienza dei sistemi loco regionali di controllo e monitoraggio immune della flora batterica residente. Tale situazione, si veniva ad istaurare in un soggetto a rischio vascolare elevato, come testimoniato dalla frequente occlusione delle fistole arterovenose degli avambracci, quindi a rischio elevato di complicanze procedurali (ri-occlusione del vaso preternaturale nuovamente posizionato) ed infettive (fenomeni tromboembolici da alterato flusso vascolare in soggetto dializzato). A tutto questo, che rendeva già molto complicato il quadro di presentazione, va aggiunto come l'ischemia critica da occlusione del vaso in oggetto avesse determinato una macerazione tissutale locoregionale nella zona più volte "manipolata" della coscia destra, tanto da costringere i chirurghi vascolari ad eseguire una resezione contestuale del tessuto macerato (escissione di una vasta ulcera necrotica sull'aspetto anteriore della gamba). La paziente si presentava pertanto come paziente ad alto rischio chirurgico, ad alto rischio di complicanze ed in particolare, per la storia di ripetuti ricoveri nell'anno precedente, associati a verosimilmente ripetuti trattamenti antibiotici, ad alto rischio di carriage di germi multiresistenti al momento del primo ricovero del 20 ottobre del 2012.

Il primo intervento chirurgico è ben descritto in atti, al pari del difficoltoso decorso post-operatorio, correttamente assistito in Terapia Intensiva Post-Operatoria per alcuni giorni a seguito della complessità e della rilevanza dell'atto chirurgico. La paziente presentò nell'immediato post-operatorio una leucocitosi neutrofila marcata (22.800 GB) associata ad una protratta ipotensione, gestite conservativamente, in apiressia, risolvendosi senza nessun coinvolgimento sistemico nell'immediato. In occasione di tale episodio non furono effettuati campionamenti microbiologici, né esami dei biomarcatori, come meglio dettagliato nel successivo paragrafo di risposta. La paziente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

quindi non presentò nell'immediato i canonici segni e sintomi della risposta infiammatoria sistemica, mentre non vi è documentazione sufficiente in atti a comprovare che non vi sia stata una precoce evoluzione complicativa della ferita chirurgica e della zona della escissione della zona necrotica della coscia destra. Nel diario clinico le medicazioni non vengono mai descritte in esteso, ma sinteticamente riportate come "si medica ferita". Di rilievo, a margine, è la persistenza di due fattori di rischio di complicanza locoregionale non efficacemente corretti stando a quanto desumibile dalla cartella: la severa ipoalbuminemia, che favorisce l'edema locoregionale oltre che sistemico, e l'anemia, persistente a lungo dopo l'intervento. Infine, nella lettera di dimissione è prescritta la levofloxacina, a basso dosaggio: una prescrizione ad alto rischio per la selezione di germi resistenti, ad un dosaggio fortemente selettivo in un paziente in dialisi. L'intenzione più probabilmente desumibile è quella di una malintesa profilassi di infezioni; non può essere escluso però che il clinico prescrittore, pur nella inappropriatezza della scelta, ravvisasse in dimissione la presenza di segni non trascurabili di infezione locoregionale, ipotesi più probabile nella interpretazione.

La paziente Persona_1 *era dunque paziente ad alto rischio di complicanze e di carriage di germi multiresistenti. Tale carriage potenziale è ritenuto in letteratura dipendente o da selezione nel microbiota individuale per pregressa protratta terapia antibiotica, o per trasmissione orizzontale in precedenti contatti con le strutture sanitarie. Orbene, la paziente era facilmente identificabile, con la sua storia clinica e chirurgica, come tale, ovvero ad alto rischio di carriage di germi multiresistenti.*

Appare pertanto difficile comprendere come ella non sia stata sottoposta a nessun campionamento microbiologico nel corso del primo ricovero, ed in particolare né all'ingresso, né in sede di resezione della flittene all'arto inferiore destro poco dopo il ricovero, né tantomeno in sede di intervento chirurgico, quando ella fu sottoposta, oltre che al posizionamento del nuovo bypass, alla resezione di una ampia zona necrotica. Questo dato di fatto appare francamente rilevante. Oltre a documentare in forma di piani e protocolli procedurali le modalità di mantenimento dell'asepsi dei locali, le strutture sanitarie devono infatti, da linee guida nazionali ed internazionali, commisurare il livello del campionamento microbiologico posto in essere alla gravità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

del singolo paziente ed al numero di fattori di rischio per carriage di germi MDR, Peraltro, il campionamento microbiologico precoce, oltre a migliorare il carattere mirato e specifico della terapia antibiotica eventualmente necessaria per il controllo delle infezioni nosocomiali, tutela le strutture sanitarie che ospitano con obbligazione contrattuale il paziente critico o a rischio di MDRO, in quanto valgono a documentare la colonizzazione da Org_9 presente all'ingresso o nelle fasi precoci del ricovero, come preesistente all'avvio del percorso assistenziale del quale la Struttura Sanitaria ospite è poi direttamente responsabile. La paziente Per_1 , per tutto quanto sopra richiamato, andava sottoposta a multipli campionamenti. All'ingresso, in un'area di esteso carriage di Parte_4 come quella Org_10 si sarebbe dovuta sottoporre a tampone nasale per MRSA, per rilevarne l'eventuale stato di portatore. La mortalità post operatoria da Stafilococco è molto ridotta nei carriers precocemente decolonizzati rispetto a quelli misconosciuti. Ella andava poi campionata, sempre all'ingresso, a livello rettale, per verificare la possibile presenza di una colonizzazione intestinale da germe Org_ Infine, andava campionata la zona manovre assistenziali successive, il campionamento delle lesioni bollose all'arto inferiore destro è stata una possibilità mancata molto importante di rilevare la presenza di Stafilococchi o Streptococchi invasori dei tessuti sottocutanei, come suggerito dal riscontro tardivo di un TAS elevato; andava infine estesamente campionato l'intervento chirurgico, specie nella fase di resezione della zona necrotica. Di tutto questo in cartella non vi è traccia, probabilmente perché non eseguito. All'epoca dei fatti, una [redacted] di interesse nazionale avrebbe dovuto avere in essere ed in operatività un protocollo a riguardo. Quel che rende più delicato il profilo di responsabilità in relazione alla prevenzione delle infezioni nosocomiali da parte convenuta, è il fatto che non sono stati praticati campionamento biochimici di monitoraggio per la precoce rilevazione delle infezioni locoregionali e sistemiche. Nella cartella del primo ricovero non risulta eseguito nessun prelievo di procalcitonina e Proteina C reattiva e D-dimero, il che non può essere semplicisticamente addotto alla persistente apiressia della paziente, che aveva fattori di rischio molto importanti per una infezione o complicanza locoregionale precoce. La letteratura sul monitoraggio della sepsi e dello stato flogistico in pazienti di questo tipo antecede di decenni l'epoca dei fatti, il che non può essere sorvolato, come appare nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

giudizio sui fatti posto in essere nella precedente CTU, che giudica addirittura avveniristico per quella struttura assistenziale la menzione e la richiesta da parte dell'infettivologo di un isolamento spaziale della paziente a seguito dei ripetuti isolamenti di germi multiresistenti. Complessivamente, quindi, il livello di campionamento microbiologico e di monitoraggio delle infezioni appare decisamente sotto standard nel caso della paziente Per_1 *, come confermato dolorosamente dal fatto che una paziente con Shock settico refrattario abbia in cartella solo due prelievi emocolturali, uno effettuato il 20 dicembre (non specificato il numero di brodi, verosimilmente uno solo per lotto), ed uno il 30 dicembre, peraltro risultati entrambi negativi, a fronte di una diagnosi riconosciuta anche nella precedente CTU di morte da shock settico da infezione nosocomiale del sito chirurgico in paziente a rischio. Purtroppo, questo dato è aggravato dal fatto che nella fase avanzata del decorso clinico due esami ecocardiografici abbiano documentato una sospetta vegetazione sul lembo non coronarico della valvola aortica, fortemente sospetto per endocardite. A fronte di tale reperto, che avrebbe dovuto indurre a moltiplicare il campionamento microbiologico, ed a moltiplicare i prelievi emocolturali anche per miceti (funghi) oltre che per anaerobi, nella cartella non vi è traccia di un atteggiamento adeguato alla gravità della situazione. Appare difficilmente comprensibile come il reperto del sospetto endocarditico non venga né menzionato né tantomeno commentato nella precedente CTU. Purtroppo il dato è molto rilevante, in quanto il sospetto di una endocardite rende fondato quello di una infezione concomitante della neo-protesi vascolare, un evento che avrebbe dovuto ulteriormente indurre ad una rivalutazione della gestione della paziente.*

Poste queste premesse sulla gestione del monitoraggio microbiologico presso la […] CP_7 *nel caso della Signora* Per_1 *, può essere meglio compresa la serie di osservazioni a seguire in merito alla gestione della terapia antibiotica della paziente fin dalle prime fasi della prima ospedalizzazione. Proprio per la richiamata e condivisa natura di paziente fragile ad alto rischio di complicanze e di complicanze infettive gravi della paziente* Per_1 *, l'atteggiamento più adeguato e potenzialmente più impattante sull'incremento delle chances di sopravvivenza della paziente* Per_1 *in caso di infezione nosocomiale del sito chirurgico avrebbe dovuto includere un "pacchetto" di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

provvedimenti sinergici, contenuto nelle linee guida Org_1 richiamate anche nella precedente CTU, caratterizzato da: monitoraggio microbiologico precoce e serrato (già discusso); monitoraggio precoce e serrato degli indici di flogosi (già discusso), per un precoce avvio della terapia in caso di infezione; avvio di una terapia antibiotica mirata (o empirica in caso di mancanza di isolato microbiologico) il più possibile altamente e rapidamente soppressiva della crescita microbica, nonostante i limiti imposti dalla insufficienza renale cronica della paziente, onde prevenire la progressione ad uno stato di shock e di severa compromissione loco-regionale, quadro questo che, per la fragilità della paziente e la natura dei germi implicati avrebbe di necessità avute poche chances di successo da un trattamento antibiotico tardivo e di "rincorsa" dell'infezione. In questa ottica, la gestione della paziente è stata particolarmente carente.

I profili di inappropriatezza della gestione della terapia antibiotica che si ravvisano nel caso in oggetto sono molteplici:

I. In assenza di un campionamento microbiologico adeguato e precoce, come sopra descritto, la profilassi antibiotica perioperatoria dei due interventi subiti dalla paziente (il secondo di plastica della parete peritoneale per il foro di 1 cm riscontrato all'inizio della seconda ospedalizzazione) sono stati carenti. L' Org_13 , associazione di ampicillina e sulbactame, è un antibiotico non adeguato alla profilassi degli stafilococchi ed in particolare di quelli meticillino resistenti (MRSA), non esclusi in assenza di campionamenti precoci, né tantomeno per il trattamento dei germi gram negativi pluriresistenti, analogamente non campionati precocemente, quindi non esclusi, ma altamente probabili in questa paziente; questo pone in essere una responsabilità oggettiva importante da parte dell' CP_1 nella mancata prevenzione della progressione del quadro clinico locoregionale e sistemico poi presentato dalla paziente, molto più rilevante della possibile mancata cura, non documentata e poco verosimile, di una scarsa asepsi dei locali e delle procedure poste in essere;

II. La terapia antibiotica associativa per MDRO è stata posta in essere tardivamente, cioè solo dopo la disponibilità del primo isolato colturale dal sito della ferita deiscente, durante il secondo ricovero. La mancata instaurazione di una terapia antibiotica associativa energica e precoce all'epoca del secondo ricovero, a vista della deiscenza della ferita e della progressione della necrosi fino alla fascia peritoneale, peraltro lesa,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

ha limitato fortemente le chances di sopravvivenza della paziente, poco difendibile da una disregolata risposta settica in una fase più avanzata di progressione dell'infezione;

III. La terapia antibiotica in dimissione con levofloxacina a basso dosaggio dal primo ricovero è stata purtroppo inappropriata, favorendo la selezione di germi multiresistenti nell'intestino della paziente, possibilmente anche l'emergenza di un ceppo di Klebsiella KPC resistente ai carbapenemi, visti i noti meccanismi di selezione crociata;

IV. La terapia antibiotica, instaurata prima e dopo del consulto infettivologico, è stata purtroppo subottimale, per tutto quanto appresso rappresentato, tenendo conto di un fatto fondamentale non segnalato e sottolineato nei precedenti documenti in atti: i pazienti in dialisi non sono la stessa realtà clinica dei pazienti con insufficienza renale cronica evolutiva non dializzati. Nei pazienti in dialisi, con funzione renale ormai compromessa e dipendenti dalla filtrazione ematica extracorporea, le dosi di carico degli antibiotici non vanno di norma ridotte, specie quando la terapia antibiotica abbia un ruolo cruciale nel controllo di germi difficili, con ridotta sensibilità agli antibiotici. Non vi è infatti nessuna ragione di temere che dosaggi anche elevati di antibiotici dializzabili possano determinare un danno clinico di rilievo; analogamente dosaggi elevati di antibiotici a metabolismo epatico non devono preoccupare, non risentendo della ridotta funzionalità renale.

Tutto ciò premesso va sottolineata una serie importante di notazioni di rilievo potenziale rispetto alle scelte di terapia antibiotica poste in essere:

a. La colimicina è stata prescritta al dosaggio di 1,000,000 di UI per die all'inizio e dopo la dialisi dopo revisione infettivologica. La dose di carico corretta di 4,000,000 UI non è mai stata praticata, il che ha importanti implicazioni per i tessuti, come la cute ed i tessuti molli, su cui la penetrazione del farmaco è notoriamente limitata. In altri termini la Org_4 *è stata decisamente sottodosata in base agli standard assistenziali attesi, da linee guida ed expert opinion, in centri di assistenza avanzata come una* CP_7 *;*

b. Analogamente, la teicoplanina è stata sottodosata, essendo la dose adeguata almeno il doppio di quella (400 mg/die) impiegata;

c. Il meropenem, introdotto in terapia al dosaggio di 1g/die, da ripetere dopo ogni seduta dialitica, è stato sottodosato, rispetto agli studi italiani ed internazionali di pari

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

epoca rispetto ai fatti in oggetto, che ne hanno suggerito un impiego valido ed efficace in questo tipo di infezioni a dosaggi elevati. Infatti, quando in antibiogramma, come in questo caso, si legge "MIC>8 mg/L" un dosaggio elevato, che consenta un tasso plasmatico maggiore di 60-100 mg/L, può risultare risolutivo;

d. La rifampicina, a metabolismo epatico, è stata prescritta stranamente per via orale. L'assorbimento per via orale in un paziente critico è assolutamente poco affidabile e dipendente dall'attività epatica. Inoltre, il dosaggio di rifampicina per il trattamento dell'Acinetobacter, altro germe gram negativo alert multiresistente, ben suffragato da uno studio napoletano condotto prima dei fatti in oggetto, è di 600 mg endovena due volte al dì, quindi l'interpretazione prescrittiva in questo caso è poco leggibile in termini di opportunità, specie per mano di un infettivologo;

e. Infine, la tigeciclina, ancora una volta a metabolismo epatico, prescritta in questo caso per il riscontro di un ceppo di Klebsiella pneumoniae ESBL col contestuale isolamento di un Enterococcus fecalis, tenendo conto del sito d'azione inteso, ovvero i tessuti molli macerati del trigono di Scarpa della coscia destra, avrebbe dovuto essere impiegata al dosaggio di 100 mg due volte al dì, con dose di carico (fondamentale per l'effetto eradicante) di 200 mg in prima somministrazione, e non al dosaggio di 50 mg due volte al dì senza dose di carico.

Quello della signora Per_1 è stato un caso davvero complesso, perché la paziente era ad alto rischio clinico di insuccesso, e contestualmente ad alto rischio di essere portatrice di germi multiresistenti. Il complesso di queste due circostanze la rendeva fortemente dipendente da un approccio metodologicamente avanzato in termini di terapia anti-infettiva. Sebbene la paziente presentasse, fin dal momento della diagnosi di Pronto Soccorso di "ischemia critica" dell'arto inferiore di destra, un elevato rischio di incorrere in complicanze potenzialmente mortali, non può essere taciuto che da un punto di vista metodologico, organizzativo, operativo ed assistenziale da una CP_7 quale il CP_1 di Napoli ci si sarebbe atteso un intervento proattivo molto più strutturato, precoce, intensivo ed aggressivo (in linea con quanto posto in essere da parte di altri centri di riferimento nazionale all'epoca dei fatti), volto ad evitare l'evoluzione del quadro clinico della paziente verso una prognosi infausta con conseguente exitus.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

In altri termini, pur essendo la paziente Per_1 *una paziente ad alto rischio di complicanze potenzialmente mortali, a suo favore ben poco fu fatto per prevenire la progressione dell'infezione nosocomiale verso la catastrofe finale. Questo senza nulla togliere alla correttezza dell'approccio chirurgico, che sia nel caso del primo che del secondo intervento appare, per quanto desumibile in atti, più che adeguato. Appare pertanto legittimo affermare che, alla luce della lunga serie di anomalie e carenze organizzative e procedurali desumibili dall'analisi attenta delle cartelle cliniche in atti, la paziente non ricevette il supporto clinico assistenziale di livello che ci si poteva ragionevolmente attendere da una* CP_7 *come il "* CP_1 *di Napoli.*

Le responsabilità mediche della gestione sanitaria della paziente appaiono quindi decisive nel determinismo del decesso ed a tutto quanto sopra esposto, va aggiunta un'ulteriore e conclusiva considerazione, relativa alle conclusioni della precedente CTU. Nella sostanza, la precedente CTU, ripercorrendo gli stessi fatti (anche se non rilevando nelle cartelle cliniche numerosi elementi di criticità metodologica qui sottolineati), giungeva ad una conclusione così semplificabile: la paziente era ad alto se non ad altissimo rischio, aveva numerosi e rilevanti elementi di rischio per progressione clinica fatale a seguito di un evento ischemico conseguenza di un complesso processo patologico e di intervento. I germi Alert mutiresistenti sono una realtà nota ed acclarata in Italia e nel mondo, con una grave mortalità attribuibile nelle infezioni nosocomiali da essi cagionate, quindi la struttura ospite, un'Unità di Chirurgia Vascolare, di fatto non può essere imputabile dell'esito infausto, nel momento in cui ha ben operato dal punto di vista chirurgico.

È forse giunto il momento che questa visione sia sostanzialmente modificata, a favore di una maggiore richiesta di aderenza, da parte di Strutture che, come l' […] CP_7 *vogliano considerarsi avanzate e di riferimento nazionale, ai protocolli ed alle procedure individuati nella esperienza globale della sanità in evoluzione per questo tipo di pazienti a rischio, onde minimizzare le probabilità di progressione infausta di questo tipo di patologia infettiva, soprattutto riconoscendone la tempo-dipendenza."*

A fronte di questo corredo probatorio risulta raggiunta la prova del nesso causale, infatti i CC.TT.UU hanno affermato che il decorso protratto della complicanza infettiva ha modificato negativamente la prognosi del paziente, infatti per verificare la rilevanza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

eziologica dell'omissione, occorreva stabilire se il comportamento doveroso che la struttura avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado d'impedire o meno l'evento lesivo , secondo un criterio probabilistico e tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità, giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa) , ma soprattutto all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica) (cfr. Cass. N.21530 del 2021).

Da ciò discende, che se è ben vero che la prova del nesso causale tra il comportamento dei sanitari e l'evento dannoso deve essere fornita da chi agisce per il risarcimento dei danni (Cass. N.18392 del 2017, Cass. N. 26700 del 2018, Cass. N.27606 e 28991 del 2019) essa deve essere fornita in termini probabilistici, e non di assoluta certezza.

Inoltre il giudizio controfattuale non può limitarsi al solo comportamento dei sanitari, ma deve considerare il dato obiettivo, della contrazione della infezione in ambito nosocomiale, ed occorre utilizzare non il criterio della certezza causa effetto, ma quello di ricostruzione del nesso causale fondato sul giudizio di probabilità logica, o del più probabile che non.

Pertanto, occorre concentrarsi sulla verifica non solo del comportamento dei singoli sanitari, ma occorre considerare nella sua rilevanza la circostanza decisiva che il defunto avesse contratto l'infezione all'interno dell'Ospedale durante il suo ricovero.

Infatti nel caso di specie possiamo senz'altro fornire risposta positiva al quesito se la condotta degli ausiliari della convenuta sia stata conforme alle *"leges artis"* ed alla diligenza dell`" *homo eiusdem generis et condicionis"* sussiste invece l'elevata "probabilità logica" che una più attenta condotta della struttura in tema gestione delle infezioni nosocomiali, durante il ricovero, avrebbe evitato l'evento lesivo, verificatosi a carico della *de cuius.*

In particolare, in tema di infezioni nosocomiali secondo l'insegnamento della Suprema Corte" si può affermare che (Cass.sez. III 23/0272021, n. 4864) *" 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 condizione patologica(o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabiile dell'impossibilità della esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare :1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di avere applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un ipotesi di responsabilità oggettiva(Cass. Sez. IIII 15/0672020 , n.11599) , mentre ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano tra l'altro ,il criterio temporale – e cioè il numero dei giorni trascorsi in ospedale- il criterio topografico - l'insorgenza dell'infezione nel sito interessato ed infine- il criterio clinico - che ,in ragione della specificità dell'infezione, avrebbe dovuto permettere di verificare , in ragione della specificità dell'infezione, quali tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare .

A fronte quindi della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero, la convenuta *Controparte_7* non ha fornito la dimostrazione di avere adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle Infezioni Ospedaliere – attesa l'irregolare tenuta della cartella clinica anche al fine di fornire ai CC.TT.UU. la documentazione necessaria – al fine di soddisfare gli oneri probatori gravanti su di essa , ed in particolare :

a) L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
b) L'indicazione della modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
c) L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami,
d) Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;
e) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
f) La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;
g) L'attivazione di un sistema di sorveglianza e notifica;
h) L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;
i) Le procedure di controllo degli infortuni e della malattia del personale e le profilassi vaccinali;
j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

k) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;

l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni- sentinella;

m) L'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Appurata quindi la responsabilità della struttura sanitaria, non avendo essa ottemperato all'onere probatorio che le incombeva, in assenza di mancanza di responsabilità specifica degli operatori sanitari, vertendosi in tema di danni da infezione nosocomiale si può affermare in tale ipotesi solo la responsabilità in capo alla convenuta *Controparte_1* .

In punto di quantum la conseguente liquidazione equitativa del danno in capo agli istanti da quanto sinora esposto consegue che, provato il nesso causale secondo le ordinarie regole civilistiche, rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze, il risarcimento di quel danno sarà dovuto integralmente.

Prive di pregio sono le affermazioni di parte convenuta *Controparte_7* che in caso di accertamento della responsabilità della struttura il danno andrà risarcito solo in termini di *chance*, in quanto nel caso di specie la condotta commissiva o meglio omissiva, colpevolmente tenuta dai sanitari ha cagionato la morte della paziente, mentre una diversa condotta avrebbe evitato tale esito, alla luce dell'accertamento della disposta CTU. In tal caso l'evento (conseguenza del concorso di due cause, la malattia e la condotta colpevole) sarà attribuibile interamente ai sanitari, chiamati a rispondere del danno biologico cagionato al paziente e del danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari, mentre soltanto laddove la condotta colpevole dei sanitari avesse , come conseguenza, un evento di danno incerto, in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo., si potrebbe discorrere legittimamente di *chance* perduta, la quale sarà risarcibile equitativamente, alla luce di tutte le circostanze del caso, come possibilità perduta - se provato il nesso causale, secondo gli ordinari criteri civilistici tra la condotta e l'evento incerto (la possibilità perduta) - ove risultino

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

comprovate conseguenze pregiudizievoli (ripercussioni sulla sfera non patrimoniale del paziente) che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza.

Va premesso, quanto ai danni risarcibili, che questo Tribunale condivide l'orientamento espresso dalle Sezioni unite n. 26972/2008, secondo cui il risarcimento del danno alla persona ha struttura bipolare, ossia di danno patrimoniale e non patrimoniale e che quest'ultimo comprende il danno biologico in senso stretto (inteso come lesione all'integrità psicofisica della persona), il danno morale come tradizionalmente inteso (inteso come sofferenza morale, non necessariamente transeunte, turbamento dello stato d'animo del danneggiato), nonché tutti quei pregiudizi diversi e ulteriori, purché costituenti conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto ovvero di interessi di rango costituzionale inerenti alla persona. Danno biologico, morale, esistenziale integrano solo voci o profili di danno, con contenuto descrittivo, considerando che, attesa la natura e la funzione puramente risarcitoria della responsabilità aquiliana, deve essere liquidato tutto il danno, evitando la duplicazione dello stesso (cfr. sul principio dell'integralità del risarcimento e, tuttavia, del carattere unitario della liquidazione anche Cass. civ., sez. III, 23 gennaio 2014, n. 1361; sez. III, 16 maggio 2013, n. 11950, sez. III, sent. 20 novembre 2012, n. 20292).
L'ampia nozione di danno non patrimoniale desumibile dall'interpretazione costituzionalmente orientata dall'art. 2059 c.c. impone la considerazione di tutte le singole conseguenze pregiudizievoli (c.d. danno conseguenza) derivanti dalla lesione dell'interesse (danno evento o danno ingiusto) e, pertanto, non solo le mere sofferenze psichiche che venivano in passato qualificate come danno morale c.d. soggettivo, ma anche le ripercussioni sull'esistenza delle persone, con riguardo al "non poter più fare", ricondotte in passato sotto le categorie del danno biologico o del danno esistenziale.

Il principio secondo il quale vanno evitate con cura tutti i rischi di duplicazioni risarcitorie, ossia il rischio di risarcire due volte la stessa conseguenza pregiudizievole, ossia lo stesso danno, mediante l'espediente di definirlo in modo diverso (sul punto vedasi Cass. civ., sez. III, 13 luglio 2011, n. 15373; Cass. civ., sez. III, 28 giugno 2011, n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

14263) deve essere correttamente inteso ed infatti la Suprema Corte è ripetutamente tornata sul punto, chiarendo che "Il danno biologico, il danno morale ed il danno alla vita di relazione rispondono a prospettive diverse di valutazione del medesimo evento lesivo, che può causare, nella vittima e nei suoi familiari, un danno medicalmente accertato, un dolore interiore e un'alterazione della vita quotidiana, sicché il giudice di merito deve valutare tutti gli aspetti della fattispecie dannosa, evitando duplicazioni, ma anche "vuoti" risarcitori" (così Cass n. 19402 del 22/08/2013).
Pertanto, nell'ambito della suddetta dicotomia danno non patrimoniale/danno patrimoniale può dirsi che la categoria del danno non patrimoniale può risultare composta da una somma di pregiudizi o "voci" risarcitorie che, benché non possano assurgere ad autonome categorie, devono essere tutte considerate ai fini della liquidazione integrale del danno.
Il danno non patrimoniale, anche quando sia determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona, costituisce pur sempre danno conseguenza e come tale deve essere sempre allegato e provato.

La lesione di un diritto inviolabile non determina, neanche quando il fatto illecito integri gli estremi di un reato, la sussistenza di un danno non patrimoniale *"in re ipsa",* essendo comunque necessario che la vittima abbia effettivamente patito un pregiudizio, il quale va allegato e provato, anche attraverso presunzioni semplici e ciò sia nel caso in cui tale pregiudizio venga qualificato come danno morale, sia nel caso in cui venga qualificato come danno esistenziale (cfr., da ultimo, Cass. civile sez. III, 10/05/2018, n.11269).

Nel caso di specie gli attori hanno lamentato il danno da perdita del rapporto parentale, che rientra nel novero del danno non patrimoniale, ampia categoria in cui il riferimento a determinati tipi di pregiudizi, in vario modo denominati (danno morale, danno biologico, danno da perdita del rapporto parentale e così via), risponde come già precisato ad esigenze descrittive, ma non implica il riconoscimento di distinte categorie di danno. Conseguentemente, è necessario liquidare tale pregiudizio come categoria unitaria non suscettibile di suddivisioni in sottocategorie (ritenendolo comprensivo sia dell'area del c.d. danno biologico sia di quella del c.d. danno morale in senso lato, inteso come sofferenza psicologica non necessariamente transeunte) ed è

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, provvedendo ad una integrale riparazione, valutando, inoltre, congiuntamente, entro il danno biologico, tutte le sofferenze soggettivamente patite dall'attore in relazione alle condizioni personali dello stesso ed ai risvolti che concretamente la lesione all'integrità psico-fisica ha comportato, quali "pregiudizi esistenziali" concernenti aspetti relazionali della vita (cfr. Cassazione civile , sez. III , 30/11/2018 , n. 30997). Attenendo il pregiudizio (non biologico) ad un bene immateriale, il ricorso alla prova presuntiva assume particolare rilievo nel caso di danno da perdita del rapporto parentale, e può costituire anche l'unica fonte per la formazione del convincimento del giudice, non trattandosi di mezzo di prova di rango inferiore agli altri (v., tra le tante, sent. n. 9834/2002 e cfr. Cass. Sez. Un., n. 26972 del 11.11.2008). In particolare, affermare che alla morte di una persona legata da stretto vincolo familiare corrisponda, generalmente, un pregiudizio di carattere non patrimoniale, vuol dire esprimere un giudizio inferenziale che si caratterizza per trarre dalla accertata esistenza di un elemento costitutivo (il decesso del congiunto) l'esistenza di altro elemento costitutivo della fattispecie (il danno in capo ai superstiti). Detto tipo di inferenza deve ritenersi possibile atteso che consente di muoversi su un piano diverso da quello del danno in *re ipsa* (ormai ritenuto non più ammissibile dalla giurisprudenza) e atteso che la stessa si fonda non su una implicazione necessaria (*id quod semper necesse*) bensì su una implicazione meramente probabile che, a propria volta, si traduce in una regola probatoria *(id quod plerumque accidit*) (cfr. ex plurimis Cass. Sez. 3, Sentenza n. 4253 del 16/03/2012). Del resto, il ragionamento inferenziale su indicato, fondato sulla costruzione di una massima di esperienza, si fonda su un processo di generalizzazione dei caratteri comuni di una serie di fatti passati che, pur estranei al processo, vengono assunti come dati di partenza. In dette ipotesi il giudice fa uso di un ragionamento di tipo induttivo nel quale, però, il fatto ignorato è tratto non da un fatto secondario ma da altro fatto principale.

Il Tribunale ritiene che le considerazioni sopra esposte abbiano particolare valore ai fini di causa. Dare ingresso a questo tipo di ragionamento probatorio nel giudizio di accertamento del danno non patrimoniale, infatti, consente di evitare che le parti si

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

vedano costrette, nell'impossibilità di provare il pregiudizio dell'essere, ad allegare un pregiudizio del fare.

La liquidazione del danno per la perdita del rapporto parentale , va effettuata da questo Tribunale in ossequio al principio di diritto enunciato dalla Cassazione per il quale *"al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella"*.

A tale impostazione si adattano le Tabelle redatte dal Tribunale di Milano, a cura dell'Osservatorio Giustizia Civile, nella recentissima modifica improntata al su richiamato principio espresso dalla Corte di Cassazione nella sentenza N. 10579/2021, in base alle quali si può liquidare utilizzando tali parametri tenuto conto dell'età della vittima primaria , dell'età delle vittime secondaria , della presenza di altri familiari, nel loro importo minimo decurtato del 50 % tenuto conto dello stato di salute del soggetto deceduto e della presenza di altri gravi patologie e della presistenza di lesioni cagionate da errati trattamenti subiti nel periodo immediatamente precedente il ricovero da altre Strutture Sanitarie , nell'importo di **€ 84.125,00 (Euro Ottantaquattromilacentoventicinque /00)** in favore del signor *Parte_1* e per le medesime ragioni nell'importo di **€ 84.125,00 (Euro Ottantaquattromilacentoventicinque /00)** in favore di *Parte_2* nonché nell'importo di **€ 84.125,00 (Euro Ottantaquattromilacentoventicinque /00)** in favore di *Parte_3* , a titolo di perdita del rapporto parentale a seguito del [redacted] *Persona_1* [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

Merita invece il rigetto la domanda degli attori a titolo di risarcimento *iure hereditatis* per il danno catastrofale da lucida agonia, infatti pur essendo la [redacted] *Persona_1* [redacted] avvenuta dopo un apprezzabile lasso di tempo, non vi è agli atti la dimostrazione, anche in via presuntiva, della prova della *"coerente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine nello spatium temporis tra la lesione e la morte".*

Nella liquidazione del danno cagionato da illecito aquiliano, in caso di ritardo nell'adempimento, tuttavia, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma dì denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario ; tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno, ovvero in base ad un indice dì rivalutazione medio (cfr., in tal senso ed "ex multis", Cass. civ., sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. civ., Sez. III, 10 marzo 2000, n. 2796).

Le spese di lite seguono la sostanziale soccombenza e si liquidano, come in dispositivo in ragione dell'accolto, in applicazione dei parametri di cui al D.M.55/2014 e successive modificazioni e relativi scaglioni di riferimento (€ 52.000,00 ad € 260.000,00); pari ad € 2.552,00 per la fase di studio della controversia, € 1.628,00 per la fase introduttiva del giudizio , € 5.670,00 per la fase istruttoria e/o di trattazione, € 4.253,00 per la fase decisionale e così per un totale di **€ 14.103,00** , non sussistono altresì gli estremi per concedere l'aumento per la presenza di più parti aventi la stessa posizione processuale ai sensi dell'art. 4 comma 2 del richiamato decreto stante l'identità della posizione giuridica dedotta, oltre rimborso forfettario come per legge , con attribuzione ai difensori antistatari Avv. [redacted] e [redacted] , stante la dichiarazione degli stessi ex art. 93 c.p.c. ; si evidenzia che nella liquidazione in oggetto sono altresì ricomprese le spese relative all'assistenza legale nella fase d'instaurazione della lite .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

Le spese di C.T.U. liquidate in favore dei CC.TT.UU. Dott. *Persona_6* nell'importo di € 2.044,03 ed in favore della Dott.ssa *Persona_7*, nell'importo di € 2.127,13 nonché in favore della Dott. ssa *Persona_3* nell'importo di €. 1.523,53, come liquidate con separati decreti nel corso del giudizio, si pongono in via definitiva a carico della parte convenuta *Controparte_7*

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da signor *Parte_1*, *Parte_2*, *Parte_3*, in proprio e nella qualità di eredi della Sig.ra *Persona_1* [redacted] il [redacted] e [redacted] contro *Controparte_7* in persona del legale rapp.te p.t., Direttore Generale così provvede,

- In accoglimento della domanda proposta da *Parte_1*, *Parte_2*, *Pt_3* *[...]*, in proprio e nella qualità di eredi della Sig.ra *Persona_1*, [redacted] nei limiti dì cui in parte motiva, dichiara la responsabilità *Controparte_7* in persona del legale rapp.te p.t., Direttore Generale nella produzione dell'evento dannoso di cui è causa.
- Condanna per l'effetto, la *Controparte_7* in persona del legale rapp.te p.t., Direttore Generale al pagamento di **€ 84.125,00 (Euro Ottantaquattromilacentoventicinque /00)** in favore del signor *Parte_1* e per le medesime ragioni nell'importo di **€ 84.125,00 (Euro Ottantaquattromilacentoventicinque /00)** in favore di *Parte_2*, nonché nell'importo di **€ 84.125,00 (Euro Ottantaquattromilacentoventicinque /00)** in favore di *Parte_3*, a titolo di risarcimento *iure proprio*, per la perdita del rapporto parentale della Sig.ra *Persona_1* [redacted] oltre interessi al tasso previsto dal codice del fatto sul predetto importo devalutato , in base all'indice *Org_14* alla suddetta data e, quindi, anno per anno, ed a partire dall'anno successivo e fino alla data della pubblicazione della presente sentenza, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra indicata, oltre al pagamento degli interessi legali sulla somma complessiva sopra liquidata, dalla predetta pubblicazione fino all'effettiva corresponsione.
- Condanna la *Controparte_7* in persona del legale rapp.te p.t., Direttore Generale al pagamento delle spese di giudizio che liquida in favore dell'Avv. [redacted] e [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624

[redacted] in complessivi **€ 16.676,45** di cui **€ 14.103,00** per onorari, **€ 458,00** per esborsi ed **€ 2.115,45** per rimborso spese generali del 15%, oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge se dovuti.

- Pone definitivamente a carico della convenuta la *Controparte_7* in persona del legale rapp.te p.t., Direttore Generale le spese di Consulenza, liquidate in favore dei CC.TT.UU. Dott. *Persona_6* nell'importo di **€ 2.044,03** ed in favore della Dott.ssa *Persona_7*, nell'importo di **€ 2.127,13** nonché in favore della Dott. ssa *Persona_3* nell'importo di **€ 1.523,53**, con separati decreti nel corso del giudizio, oltre I.V.A. e C.P.A. se dovute e se documentate con fattura.
- Dichiara la presente sentenza provvisoriamente esecutiva.

Napoli, 21/11/2023

IL GIUDICE MONOCRATICO

DOTT. GIOVANNI D'ISTRIA

L'originale della presente sentenza è un documento informatico sottoscritto mediante cd. " firma digitale" [artt. 1, lettera s), 21 e 24 del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82] e depositato telematicamente nel fascicolo informatico ai sensi dell'art. 35, comma 1, D. M. 21 febbraio 2011, n. 44, come modificato dal D. M. 15 ottobre 2012, n. 209

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-624