



TRIBUNALE ORDINARIO DI NAPOLI NORD
II SEZIONE CIVILE

Il Tribunale ordinario di Napoli Nord, II Sezione Civile, in composizione monocratica, nella persona del G.M. dott.ssa Annamaria Buffardo;
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 6.12.2022;
nel procedimento iscritto al n. r.g. **12784/2021**;

promosso da:

Parte_1 [redacted] (c.f. *C.F._1*) e *Parte_2* [redacted]
[redacted] (Pakistan) il 27.08.1988 (c.f. *C.F._2* , nella qualità di eredi e
congiunti del *de cuius* *Persona_1* [redacted] (Pakistan) il 24.04.1970 e [redacted]
[redacted] tutti rapp.ti e difesi dall'avv.to [redacted] –
C.F._3 - giusta mandato in calce al ricorso introduttivo e tutti elettivamente
domiciliati presso lo studio dell'avv. [redacted] alla [redacted] - [redacted]
[redacted] – Giugliano in Campania (NA);

RICORRENTI

Contro

CP_1 , C.F. *P.IVA_1* , in persona del Direttore Generale p.t., Dott. [...] *CP_2* C.F. *C.F._4* , con sede legale in [redacted] *CP_1* alla [redacted]
[redacted] rappresentata e difesa, in forza di mandato alle liti rilasciata su foglio
separato ai fini del deposito telematico, nonché deliberazione di conferimento di incarico al
patrocinio, dall'Avv. [redacted] (C.F. *C.F._5*), unitamente al quale
elettivamente domicilia presso l'UOC Affari Legali aziendale in *CP_1* , alla [redacted]
[redacted]

RESISTENTE

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Fatto e diritto

Con ricorso depositato in data 1.12.2021, ritualmente notificato, *Parte_1* *Parte_1* (c.f. *C.F._1*) e *Parte_2* *Parte_2* (Pakistan) il 27.08.1988 (c.f. *C.F._2* , nella qualità di eredi e congiunti del *de cuius* *Persona_1* *Persona_1* (Pakistan) il 24.04.1970 e *Parte_3* *Parte_3* convenivano, innanzi a questo Tribunale, il P.O. *Controparte_3* *Controparte_3* [...], in persona del Direttore Generale, legale rapp.te p.t., al fine di vedere accogliere le seguenti conclusioni: “ A) Accertare e dichiarare la condotta negligente, l'imprudenza e l'imperizia dei sanitari del P.O. *CP_3* *CP_3* di *Controparte_3* *Controparte_3* e per l'effetto, accogliere la spiegata domanda di risarcimento dei danni nei confronti della struttura sanitaria resistente responsabile del decesso del sig. *Persona_1* *Persona_1* ; B) in accoglimento della presente domanda, dichiarare che le gravissime lesioni, le sofferenze ed i traumi patiti dal sig. *Persona_1* *Persona_1* ed il suo decesso si sono verificati per fatto, responsabilità e colpa esclusiva del *CP_3* *CP_3* di Aversa - *CP_1* *CP_1* e dei sanitari ivi in servizio, per i fatti di cui in narrativa; C) condannare la parte resistente, in favore degli istanti, in proprio e nella qualità di eredi legittimi di *Persona_1* *Persona_1* al risarcimento di tutti i danni derivanti dalle lesioni personali, dalle sofferenze, dai traumi e dal decesso cagionati al sig. *Persona_1* *Persona_1* , quali danni patrimoniali e non, compresi il danno biologico, morale, esistenziale, da mancato guadagno e da perdita di chance, menomazione della qualità di vita da relazione, oltre ai danni connessi tutti all'evento lesivo morte di cui è causa anche quale danno biologico terminale da liquidarsi nella misura tabellare (Tribunale di Milano) massima, da liquidarsi iure successionis in favore degli istanti, quali eredi legittimi, ovvero secondo diversi criteri in attuazione, il tutto oltre gli interessi e la rivalutazione monetaria; D)condannare le parti resistenti, in favore degli istanti, al risarcimento del danno iure proprio e di tutti i danni derivanti dalle lesioni personali, dalle sofferenze e dai traumi cagionati al *de cuius* *de cuius* e per la perdita del congiunto, *Persona_1* *Persona_1* , per i fatti di cui in narrativa, quali danni patrimoniali e non, compresi il danno biologico, morale, esistenziale, da mancato guadagno e perdita di chance, menomazione della qualità di vita da relazione, oltre ai danni connessi tutti all'evento lesivo di cui è causa nella misura prevista dalle Tabelle di Milano per la perdita del congiunto, riconoscendo il massimo valore delle Tabelle per ciascuno dei rapporti parentali, anche in ragione del vincolo familiare e della convivenza in essere, oltre rivalutazione monetaria ed interessi sino al soddisfo; E) Condannare la resistente al risarcimento del danno da perdita di

chance patito dal sig. *Persona_1*, per quanto argomentato, e da riconoscersi in favore degli istanti nella misura stabilita dal Giudice; F) Condannare la resistente in ogni caso al pagamento delle spese, diritti ed onorari del presente giudizio, nonché al pagamento delle spese comprese spese CTU (acconto e saldo), diritti ed onorari del procedimento di ATP, tutte con attribuzione al sottoscritto avvocato anticipatario. G) Emettere ogni altro provvedimento del caso. H) Munire l'emittendo di clausola di provvisoria esecuzione".

Disposta la comparizione delle parti ed assegnato il termine per la notifica del ricorso introduttivo e del pedissequo decreto, si costituiva, mediante rituale deposito di memoria,

Controparte_4, in persona del legale rapp.te p.t., la quale, in via preliminare, eccepiva l'inammissibilità del rito sommario di cognizione e, nel merito, deduceva l'infondatezza della domanda concludendo per il rigetto della stessa con vittoria di spese e competenze di lite.

All'udienza del 6.12.022 (celebratasi a trattazione scritta mediante lo scambio e il deposito di note dai procuratori costituiti), sulle conclusioni rassegnate, la causa, ritenuta matura, veniva riservata per la decisione.

Ebbene, tanto premesso, in via preliminare va osservato che la presente controversia viene decisa ai sensi dell'art. 702-ter c.p.c., rientrando la stessa tra quelle in cui il Tribunale giudica in composizione monocratica (cfr. art. 702-ter c.p.c., in relazione all'art. 702-bis, comma 1, c.p.c.) e non avendo implicato la trattazione e la decisione della medesima lo svolgimento di istruttoria alcuna, emergendo gli elementi necessari ai fini della decisione già dalla abbondante documentazione ritualmente versata in atti dalle parti, fin dalle rispettive costituzioni in giudizio.

Nel merito va rilevata la fondatezza della domanda avanzata.

Dall'esame della documentazione in atti emerge che: il sig. *Persona_1* in data 11/01/2015 giungeva al [REDACTED] *Org_1* di Aversa a causa di una sintomatologia dolorosa al braccio sx e al petto quale inizio di infarto del miocardio; che, dopo l'accesso in P.S. il paziente si presentava in arresto cardiocircolatorio per cui venivano attuate le manovre rianimatorie necessarie e, a seguito della sua ripresa, veniva trasferito in reparto di rianimazione; che, nel corso del ricovero, gli enzimi cardiaci iniziavano a normalizzarsi e contestualmente venivano svolti vari esami diagnostici come quelli ematochimici e colturali; che, gli esami colturali datati 12/01/2015 risultavano positivi per *Staphylococcus Hominis*; che, in data 19/01/2015 venivano ripetuti gli esami colturali che, tuttavia, non risultavano più positivi per

Staphylococco bensì per Acinetobacter e Klebsiella; che, nel corso del ricovero, il paziente presentava iperpiressia e alterazioni degli indici ematici con PCR in aumento e scompenso del profilo coagulativo; che, dal giorno 20/01 la degenza del sig. *Per_1* degenerava sempre con elevata iperpiressia immune alla somministrazione di antipiretici; che, in data 28/01 venivano ripetuti gli esami colturali risultanti ancora positivi per Acinetobacter e Klebsiella; che il [REDACTED] il paziente decedeva per arresto cardiocircolatorio; che a seguito di ricorso per ATP veniva nominato il collegio peritale composto dal Dott. *Persona_2*, Specialista in Medicina *CP_5* Assicurazioni e dal Dott. *Persona_3*, Specialista in Microbiologia e *Org_2* i quali, all'esito delle indagini espletate, concludevano nel senso che: "E' possibile affermare, con elevata probabilità logica, che la causa della morte è stata: polmonite acuta batterica con arresto cardio-circolatorio in soggetto affetto da infarto acuto. La polmonite secondaria ad infezioni nosocomiali va causalmente riferita ad omissione delle misure profilattiche e, quindi, ad una condotta colposa della *Controparte_6*".

Ulteriore censura va mossa nei confronti dei sanitari per la colposa somministrazione di antibiotici non testati prima e al ritardo nell'esecuzione di campioni colturali su bronco aspirato e per il ritardo nell'inserimento del Colimicina, unico antibiotico cui era sensibile la Klebsiella e l'Acinetobacter. Vi è responsabilità dei sanitari per negligenza ed imperizia per inosservanza di linee guida, procedure e protocolli per la prevenzione delle infezioni nosocomiali, cagionando al paziente infezioni da patogeni nosocomiali (Acinetobacter Baumannii e Klebsiella P.). La responsabilità dei medici è stata la negligenza e l'imperizia, per non aver saputo gestire la terapia antibiotica, successivamente alla contaminazione. Inoltre per negligenza e per imprudenza per non aver subito avvisato gli organi amministrativi dell'ospedale e attivato l'isolamento del paziente o ancora la chiusura del reparto. L'Amministrazione dell'ospedale non ha disposto e attivato le norme sancite anche nel protocollo di qualsiasi ospedale d'Italia, non ha denunciato tale nuova situazione; pertanto la Struttura amministrativa è responsabile di imprudenza, di negligenza e di imperizia, per non aver disposto subito tutte le necessarie e improrogabili norme preventive ed attuative del caso. Sussiste nesso causale tra le infezioni da Acinetobacter Baumannii e Klebsiella Pneumoniae contratte dal paziente ed il suo decesso, essendo queste causa efficiente. Per quanto riguarda la concausa necessaria e sufficiente, quindi causa effettiva, che ha causato la morte del *Per_4*, si chiarisce che, nell'ambito della

responsabilità civile e medica, la figura giuridica del concorso di colpa riveste particolare importanza: la concausa è la causa che con altre ha concorso a determinare l'evento. In risposta ai quesiti posti dal Giudice i CCTTUU dichiarano che c'è colpa da parte dei medici e dell'amministrazione ospedaliera, per i motivi precedentemente relazionati, dal momento che non si è trattato di problemi di difficile diagnosi, ma di infezioni che, in assenza di documentazione idonea atta a dimostrare l'adozione di protocolli di misure e prevenzione così come l'attuazione di questi ultimi, delle quali infezioni è responsabile la struttura sanitaria ed i sanitari, responsabili altresì dell'errore terapeutico, inidoneo a salvare la vita di un soggetto infartuato con arresto cardiaco. La polmonite secondaria a patogeni nosocomiali, seguita da errata e ritardata terapia medica di un soggetto già debilitato, è stata causa del suo decesso. L'amministrazione ospedaliera avrebbe dovuto isolare il paziente e il reparto, disponendo tutte le norme e i provvedimenti igienico-sanitari necessari, per accogliere gli altri ricoverati in condizioni sicure. Pertanto anche l'Amministrazione ospedaliera ha responsabilità extra contrattuale e contrattuale - il danno provocato è connesso alla violazione del diritto alla salute e l'inadeguata organizzazione dei servizi necessari per la corretta esecuzione delle prestazioni sanitarie, determinando la morte del *Persona_1*. Considerando l'età di circa 45 anni del paziente, che prima del ricovero, aveva malattie metaboliche in atto, ma nessun episodio documentato di pregresso interessamento cardio-respiratorio nè importanti malattie infettive, ma, al ricovero, solo febbre dovuta a infezione extra ospedaliera di origine batterica, curata poi durante i primi giorni di degenza, la chance di sopravvivenza e di vita del defunto, se non avesse avuto l'infezione in ospedale, sarebbe stata migliore, con elevata probabilità logica, con una sopravvivenza che si attesta al 70% circa. L'ITT è stata breve al 100% di giorni 19 (data del ricovero 11.01.2015 e [REDACTED]).

In linea generale si rileva che le infezioni ospedaliere (da ora I.O.) sono quelle acquisite durante la degenza nella struttura ospedaliera e che non erano presenti nel paziente, o in fase di incubazione, al momento dell'ingresso o del ricovero, che deve essere avvenuto per causa diversa dall'infezione, insorte durante la degenza o successivamente alle dimissioni.

Per definire, individuare e classificare le I.O. deve farsi riferimento alla letteratura scientifica internazionale (in particolare quella del *Organizzazione_3* [...]) e nazionale sul tema, alle circolari del *Organizzazione_4* (52/85 e

8/88), alla normativa (da ultimo la Legge Gelli-Bianco 24/2017), alla giurisprudenza di legittimità e di merito in materia che, a tal proposito, richiama la più autorevole e riconosciuta letteratura scientifica sul punto. Possono definirsi I.C.A. quelle i cui segni emergono: Almeno 48 ore dopo il ricovero in ospedale; Fino a 72 ore dopo la dimissione; Fino a 30 gironi dopo un intervento chirurgico; Fino a 1 anno in caso di impianto permanente.

Pertanto, dall'analisi della letteratura scientifica si evince che un'infezione, per poter essere considerata associata all'assistenza sanitaria, deve insorgere dopo almeno 48 ore di ricovero e non deve essere presente (neanche in fase di incubazione) al momento dell'ingresso in ospedale.

La c.d. Legge Gelli-Bianco, n. 24 del 2017, ha attuato una significativa riforma in materia di responsabilità medico-legale anche nei casi di infezioni ospedaliere ponendo l'accento, in particolare, sulla difficoltà di individuare gli operatori sanitari ai quali attribuire la responsabilità per l'infezione contratta durante la degenza presso una struttura sanitaria.

Al fine della risoluzione di tale problematica, la succitata legge ha riconosciuto l'esistenza, già ampiamente riconosciuta dalla giurisprudenza, di una responsabilità di tipo contrattuale in capo alla struttura, alla quale potrà esser rivolta la richiesta risarcitoria, e, conseguentemente, la responsabilità del professionista è divenuta residuale nonchè di natura extracontrattuale, evidenziando, inoltre, l'importante ruolo del *"rischio clinico"*, da arginare mediante l'adozione di specifiche procedure volte a evitare l'insorgenza delle I.O. che dovrebbero così divenire, almeno in linea teorica, maggiormente *"prevedibili"* e *"prevenibili"*.

Se è vero che di solito sono considerate "nosocomiali" le infezioni che si manifestano più di 48 ore dopo l'ingresso o 72 ore dopo le dimissioni va precisato che molto dipende anche dal caso concreto e dal relativo "tempo di incubazione" della singola infezione che assume quindi rilievo come parametro per individuare/definire le I.O. (o più in generale le ICA).

A tal proposito la letteratura scientifica, sia italiana che internazionale, le circolari ministeriali sul punto, la dottrina giuridica e la giurisprudenza in materia hanno individuato dei limiti e dei parametri temporali, più o meno precisi, per definire le infezioni ospedaliere o nosocomiali: *"48 ore dal ricovero e fino a 3 giorni dopo le dimissioni"* (Il termine infezione Ospedaliera o nosocomiale comprende varie entità nosologiche e segnatamente infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, non manifeste clinicamente né in

incubazione al momento dell'ingresso e che si rendono evidenti 48 ore o più dal ricovero e le infezioni successive alla dimissione, ma casualmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione, al ricovero medesimo - Corte d'Appello di Catanzaro, sentenza n.1446/2018 - Per infezione acquisita in Ospedale si definisce un'infezione contratta durante il ricovero in ospedale, che non era manifestata clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione, ma che compare durante o dopo il ricovero e da questa è determinata - Circolare *Controparte_7* n.52/1985- Più recentemente, per I.O. si intende un campo più vasto all'interno delle Infezioni Correlate all'Assistenza che include tutte le infezioni riconducibili a tutti i momenti assistenziali della pratica clinica, anche non strettamente ospedalieri, infezioni che per essere definite tali, devono essere insorte in un paziente ricoverato nell'ambito della rete di sorveglianza che al momento dell'ammissione al ricovero non presentava segni di una infezione o di una sua incubazione o l'agente eziologico e le modalità di trasmissione, nonché il periodo di incubazione, devono essere compatibili con l'intervallo di tempo intercorso tra l'esposizione all'agente responsabile e la comparsa della malattia - Tribunale di Palermo, sentenza n.5124/2017).

Quanto alla responsabilità medica si rileva quanto segue.

Giurisprudenza consolidata della Corte di Cassazione è orientata, ormai da tempo, nel senso di richiedere al paziente la sola dimostrazione di avere avuto un contatto con una determinata struttura sanitaria per un trattamento astrattamente idoneo a determinare un'infezione nosocomiale, o più in generale un'infezione correlata all'assistenza, ed i suoi postumi e la prova del danno in seguito alla permanenza in quella determinata struttura.

Alla struttura sanitaria spetta, invece, dimostrare la diligenza del suo operato e dei propri operatori, la speciale difficoltà dell'intervento, l'imprevedibilità di un determinato evento e che questo si sia verificato per cause di forza maggiore, indipendenti dal suo comportamento ovvero la mancanza di nesso di causa tra evento ed operato dell'Ospedale/struttura sanitaria.

Il fenomeno della antibiotico-resistenza comporta la necessità di una particolare attenzione, da parte della struttura sanitaria, alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, in quanto, "l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile. E l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente,

a carico della struttura.” La struttura sanitaria deve garantire la sterilità non solo dei ferri chirurgici, ma dell’intera sala operatoria e risponde anche dell’opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, dato che tali compiti non spettano direttamente al chirurgo operatore. Pertanto, la Cassazione rileva che, a seguito del ricovero della paziente, gravavano sulla struttura sanitaria una serie di obbligazioni di natura contrattuale e tra queste, “pacificamente... anche l’obbligazione di garantire l’assoluta sterilità non soltanto dell’attrezzatura chirurgica ma anche dell’intero ambiente operatorio nel quale l’intervento ha luogo; tanto che questa Corte ha affermato, proprio in un caso di infezione batterica contratta in ambiente operatorio, che il debitore (cioè la struttura sanitaria) risponde anche dell’opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, ai sensi dell’art. 1228 cod. civ., dato che la sterilizzazione della sala operatoria e dei ferri chirurgici è compito che non spetta direttamente al chirurgo operatore”. La responsabilità della struttura sanitaria per il fatto degli ausiliari di cui si avvale si estende dunque alla condotta di tutti gli operatori chiamati a dare il proprio contributo all’operatività della struttura stessa. Se non risulta prospettata la possibilità che l’infezione possa avere un’origine diversa da quella nosocomiale, secondo la Cassazione, infatti, deve darsi per accertata, anche se in via presuntiva, la dimostrazione da parte dei danneggiati che il contagio sia avvenuto in ospedale. Ciò che rileva, a tal proposito, è che l’Azienda ospedaliera dimostri la regolarità dell’operato dei suoi ausiliari, anche in relazione alle operazioni di sterilizzazione dell’ambiente operatorio. Alla luce della giurisprudenza suindicata, infatti, una volta dimostrata, da parte del danneggiato, la sussistenza del nesso di causalità tra l’insorgere (in questo caso) della malattia ed il ricovero, era onere della struttura sanitaria provare l’inesistenza di quel nesso (ad esempio, dimostrando l’assoluta correttezza dell’attività di sterilizzazione) ovvero l’esistenza di un fattore esterno che rendeva impossibile quell’adempimento ai sensi dell’art. 1218 del codice civile.

In tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno-evento non è la violazione delle “leges artis” nella cura del paziente, ma il danno del diritto alla salute di quest’ultimo, che è l’interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato.

Da tale principio di diritto consegue che, ove sia dedotta una responsabilità di natura contrattuale del sanitario, il paziente è tenuto a provare, anche a mezzo di presunzioni, che esiste un collegamento causale tra la condotta del sanitario e l’insorgenza della malattia

nuova o l'aggravamento di una patologia preesistente lamentata dal paziente stesso, la struttura sanitaria è tenuta a provare l'adempimento o che l'inadempimento è dovuto ad una causa "imprevedibile ed inevitabile", che ha reso impossibile il corretto adempimento della prestazione. Nel caso in commento, la Corte d'Appello ha ritenuto che la paziente avesse correttamente fornito la prova del nesso di causalità materiale tra l'evento lesivo (danno all'occhio) e comportamento della struttura mediante un ragionamento probabilistico, basato sulle presunzioni sopra viste e dunque correttamente deducendo da fatti noti (assenza dell'infezione all'ingresso in ospedale; accesso alla zona infetta solo da parte dei dipendenti dell'ospedale) il fatto ignoto (cioè il comportamento attivo o omissivo di un dipendente dell'ospedale quale causa del contagio).

In tema di danno da infezione trasfusionale, è onere della struttura ospedaliera dimostrare che al momento della trasfusione il paziente avesse già contratto l'infezione per la quale domanda il risarcimento. (Cassazione civile sez. III, 24/09/2015, n.18895)

Così la recente sentenza della Cassazione Sez. III, n. 11599 del 15 giugno 2020 sul nesso di causalità materiale in materia di infezioni, decisione conforme al principio di diritto riaffermato in una delle sentenze del cosiddetto "decalogo di *Org_5*", sulla base della quale: "In tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno-evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione". (Cass. Civ., Sez. III, n. 28991 dell'11 novembre 2019)

Con riferimento al nesso di causalità tra comportamento erroneo e insorgenza di infezioni nosocomiali, l'orientamento della Cassazione non è quella di individuare la causa precisa e/o la modalità specifica di insorgenza dell'infezione con criteri di certezza, ma quella di ricorrere alla prova presuntiva e al criterio della probabilità logica o razionale, del "più

probabile che non”, principio sancito dalle Sezioni Unite Cassazione, n. 576/2008, e nella giurisprudenza successiva.

Nelle I.O. (oggi ICA in senso più ampio), infatti, per il riconoscimento del nesso causale è sufficiente che sia individuata l'astratta compatibilità tra infezione e trattamento sanitario ricevuto, in assenza di certezza in ordine ad altre cause alternative di spiegazione dell'origine dell'infezione o la corrispondenza, sotto il profilo cronologico, tra momento di manifestazione dell'infezione e periodo di ricovero.

Nell'ipotesi di infezione contratta in ambito ospedaliero – cd. infezione nosocomiale – graverà sul soggetto danneggiato, oltre alla prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della patologia ovvero dell'insorgenza di nuove patologie, anche la prova del nesso causale tra il pregiudizio lamentato e l'infezione, secondo un criterio di “probabilità logica”, mentre graverà sulla struttura sanitaria – una volta accertata la sussistenza di tale nesso causale – l'onere di dimostrare di avere diligentemente operato, sia sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, sia sotto il profilo del trattamento terapeutico prescritto e somministrato al paziente dal personale medico, successivamente alla contrazione dell'infezione. Il mancato raggiungimento della prova in ordine agli enunciati profili da parte della struttura sanitaria, ne comporta la responsabilità diretta nella causazione dell'infezione, per non aver messo a disposizione del paziente le attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva. (Tribunale Agrigento, 02/03/2016, n.370)

In mancanza di prova in ordine alla effettiva sterilità dei locali in cui fu eseguito l'intervento e della strumentazione utilizzata, così come in ordine ai protocolli adottati per la prevenzione di infezioni ospedaliere ed alle verifiche e precauzioni adottate a tal fine, sia la struttura sia i medici vanno considerati responsabili per l'infezione nosocomiale contratta dal paziente (Tribunale di Milano, sentenza n. 1007 del 5 febbraio 2020; Le infezioni ospedaliere non sono colpa di chi ha curato il paziente ma della struttura dove è stato curato, con questo principio il Tribunale di Roma, Sez. XIII, con sentenza pronunciata nel procedimento R.G. n.34214-2012 e pubblicata in data 27-09-2018, ha condannato un'azienda ospedaliera a risarcire un paziente per aver contratto durante un ricovero e

come conseguenza di questo un'infezione che lo aveva costretto a sottoporsi a ulteriori interventi chirurgici).

Ebbene, con specifico riferimento al caso di specie si rileva quanto segue.

Il sig. *Persona_1*, di anni 45 all'epoca dei fatti per cui è consulenza, giungeva presso il [REDACTED] dell' *Org_6* *Controparte_6* di Aversa, in data 11 gennaio 2015, con un infarto del miocardio. Presso il P.S. del suddetto Ospedale subentrava un arresto cardiocircolatorio ed i sanitari attivavano le manovre RCP. Il *Per_1* rianimato veniva ricoverato presso U.O. di Terapia Intensiva e Rianimazione. Durante tale ricovero i sanitari eseguivano esami ematochimici con monitoraggio degli enzimi cardiaci, che nei giorni successivi tendevano alla normalizzazione ed anche il quadro neurologico, che inizialmente presentava caratteri di estrema gravità, nel trascorrere dei giorni registrava dei miglioramenti. Venivano eseguiti anche esami colturali all'ingresso che risultavano negativi per i patogeni a cui in seguito, invece, il *Persona_1* divenne positivo.

In data 12.01.2015 veniva riscontrata positività per Staphylococco *Per_5*

In data 19.01.2015 venivano ripetuti esami colturali con positività per Acinetobacter B. e Klebsiella P., positività confermata ai successivi esami colturali del 28.01.2015.

L'infarto subito dal signor *Per_1* con arresto cardiaco è stato gestito dagli anestesisti nel migliore dei modi: è stato trattato con fibrinolisi per essere poi intubato dal ricovero del giorno 11.01.2015 fino alla [REDACTED] mentre la gestione della fase di infezione non è stata corretta. La prima infezione riscontrata, positiva per Stafilococco Hominis il 12.01.2015, sicuramente è stata contratta già prima del ricovero, essendosi ricoverato appena il giorno precedente, infezione alla quale durante il ricovero non risultò più positivo sviluppandone altre ben più gravi; le successive infezioni, per criterio cronologico sono state sicuramente nosocomiali, anche in virtù dell'elevata farmaco resistenza, ed altresì la loro gestione e la terapia sono state del tutto errate. Le infezioni subite successivamente hanno aggravato precipitosamente le condizioni di salute del *Persona_1*; difatti dal diario clinico si evince che in un momento iniziale il *Per_1* veniva ricoverato presso la Rianimazione [REDACTED] di Aversa con un quadro neurologico precario, ma dalla Tac Encefalo eseguita in data 16.01.2015 non si evidenziavano danni neurologici. Nel corso del ricovero, infatti, si annotava una attività di recupero neurologico del paziente con miglioramento del GSC, e con una lenta ripresa della motilità, miglioramento che si registrava negli stessi giorni della compromissione infettiva quando (17.01.2015) venivano

annotate secrezioni bronchiali con episodi febbrili e brividi scuotenti, come da processo infettivo in atto che segnava il progredire del peggioramento respiratorio, documentato dal quadro Rxgrafico.

L'emodinamica del *Per_1* durante il ricovero si presentava stabile, evincibile anche dal fatto che non si registrarono rialzi dei markers e non vi fu indicazione a monitoraggi cardiologici, contrariamente al peggioramento infettivo. _L'aspettativa di vita, in assenza della complicanza infettiva, causa della polmonite, sarebbe stata, con elevata probabilità logica, maggiore.

All'epoca dei fatti il defunto *Per_1* che aveva 45 anni e, come risulta dalla cartella clinica, soffriva di diabete mellito e di ipertensione, giungeva al [REDACTED] di Aversa riferendo sintomatologia dolorosa al braccio sx e al petto, per cui furono diagnosticati, tramite esami, infarto miocardico acuto della parete antero-laterale e arresto cardio-respiratorio. A seguito delle manovre rianimatorie il paziente veniva trasferito in reparto di rianimazione. Se non fosse intervenuta la complicanza dell'infezione da *Acinobacter* e *Klebsiella*, responsabili della polmonite e se non fosse stato intubato per tutto il periodo di ricovero, l'aspettativa di vita con specifiche terapie farmacologiche e chirurgiche in soggetto con diabete ed ipertensione, quali fattori di rischio, sarebbe stata del 70%, considerando gli score di mortalità anzidetti e che il paziente non aveva avuto, prima del suo accesso al P.S. eventi acuti documentati.

La chance di sopravvivenza e di vita del defunto di anni 45 sarebbe stata con elevata probabilità logica del 70% circa, se non fosse sopravvenuta l'infezione di *Acinobacter Baumannii* multiresistente e la *Klebsiella*, causa effettiva della morte del paziente. L'ITT è stata breve, di giorni 19 al 100% (data del ricovero 11/01/2015 ed exitus [REDACTED]). Appare altresì doverosa un'analisi delle infezioni nosocomiali che caratterizzarono il ricovero del paziente *Persona_1*. Sulla base dell'iter clinico del sig. *Persona_1* nel corso della degenza presso [REDACTED] *Controparte_6* di Aversa e delle prestazioni sanitarie erogate dalla struttura, si rileva che il grave quadro infettivo delineatosi presso l'U.O.C. di Rianimazione non era presente al momento del ricovero presso la struttura. Di converso, lo stesso avendo avuto insorgenza dopo le prime 48 ore di ricovero, e come evidenziato dall'antibiogramma eseguito in corso di ricovero, essendo stato sostenuto da germi con multiple resistenze agli antibiotici è inquadrabile, in termini probabilistici, nell'ambito delle infezioni acquisite in ospedale. Con particolare riferimento

poi allo sviluppo di tale quadro di infezione nosocomiale risulta confermato anche dalla documentazione depositata dalla parte ricorrente relativa ad altra paziente ricoverata nei giorni antecedenti presso la stessa struttura sanitaria e nel medesimo reparto, risultata positiva per gli stessi germi, senza che all'interno di tale cartella sia stata rinvenuta segnalazione alla Direzione Sanitaria di tali germi. Risalendo ai momenti salienti di tale ricovero sono opportune le seguenti considerazioni: -dalla disamina dei singoli fogli di diaria si evincerebbe la somministrazione nei primi giorni di terapia antibiotica con **CP_8** 1,5 mg x 4 ev. Veniva poi sospesa tale terapia antibiotica ed introdotto **Parte_3** 500 mg x 2 ev in combinato con **Pt_4** 4,5 % g x 2 ev e **Pt_4** 2,25% g x 4 ev per 7 giorni. Quivi i sanitari è presumibile avessero impostato una terapia antibiotica empirica. L'impostazione di terapia antibiotica empirica non veniva corredata dalle opportune indagini colturali sino a quando il quadro respiratorio, non peggiorava con secrezioni che necessitavano di bronco aspirazione. E' possibile rilevare elementi di censura professionale nella condotta assistenziale tenuta dai sanitari segnatamente al ritardo con il quale eseguirono esami colturali sul paziente e i relativi antibiogrammi che avrebbero permesso di individuare anticipatamente il batterio responsabile del quadro infettivo polmonare con impostazione della terapia antibiotica adeguata. Difatti, la terapia impostata empiricamente si dimostrò inefficace per il paziente; veniva somministrato Tazocin, la quale molecola (piperacillina/tazobactam) non veniva testata nell'antibiogramma del 12.01.2015. E' evidente il colposo ritardo nel rendere disponibile il referto dell'antibiogramma solo il 17.01, dopo ben 5 giorni dall'esame colturale, e quando disponibile nonostante l'esito, i sanitari continuavano terapia con **Pt_4**, non testato.

Al riguardo anche le Linee Guida elaborate nel 2005 congiuntamente dalla [...] **Controparte_9** " e dalla "infectious Diseases Society of America" sottolineano come sia possibile ottenere risultati ottimali in pazienti affetti da polmonite acquisita in ospedale con la combinazione di una terapia iniziale appropriata (l'organismo eziologico è sensibile all'agente terapeutico) e un regime terapeutico adeguato. Per ottenere una terapia adeguata, è necessario non solo utilizzare l'antibiotico corretto, ma anche la dose ottimale e la via di somministrazione corretta (orale, endovenosa o aerosol) per garantire che l'antibiotico penetri nel sito di infezione e utilizzare terapia di combinazione, se necessario (American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Op. cit). Il paziente si presentava da più giorni febbrile e con indici di flogosi alterati; venivano aspirate secrezioni

mucose, ma su tale broncoaspirato non veniva eseguito esame colturale, fino al 19.01.2015, come si evince dal diario clinico e confermato dagli antibiogrammi. A fronte, quindi, di dati clinici e di risultanze di indagini clinico-strumentali e di laboratorio estremamente significative, nel merito del fondato sospetto diagnostico di un grave processo infettivo polmonare, che la terapia antibiotica adottata risultava, evidentemente, incapace di contrastare, i sanitari che avevano in cura il p. continuavano in un atteggiamento colposo consistito nel non disporre gli opportuni esami colturali sulla scorta dei quali poter pervenire all'identificazione dell'agente eziologico responsabile dell'infezione in corso e predisporre, quindi, una terapia finalmente mirata sulla scorta delle risultanze delle prove di sensibilità del microrganismo identificato ai vari antibiotici testati; del pari non venne ritenuto opportuno e necessario richiedere una Consulenza Infettivologica, anche se le condizioni cliniche del paziente, progressivamente ed ineluttabilmente, andavano peggiorando in termini inequivocabili. _Solo in data 19.01.2015 si procedeva ad esami colturali con antibiogramma su broncoaspirato, le cui risultanze furono disponibili dopo ulteriori 3 giorni, in data 22.01.2015. _Pertanto, dopo 9 giorni di terapia antibiotica empirica, oltretutto inefficace, presumibilmente solo il 22 gennaio (non vi è indicazione del giorno di somministrazione) venne modificata terapia antibiotica, all'esito probabilmente del risultato dell'antibiogramma. L'esito dell'antibiogramma mostrava positività per ben più temibili germi nosocomiali, Acinetobacter b. e Klebsiella P., veniva introdotta in terapia antibiotica Colimicina, al quale mostrava sensibilità. Dai fogli di terapia si evince che l'antibiotico *Per_6* veniva somministrato in combinato con altri antibiotici (*Pt_4* e *Org_7*) ai quali i patogeni non risultavano sensibili. A fronte del risultato dell'antibiogramma non si comprende l'associazione degli antibiotici anzidetti laddove, l'impostazione di una terapia antibiotica eventualmente in associazione avrebbe dovuto propendere verso farmaci verso i quali gli agenti patogeni risultavano sensibili, tenuto conto anche del progressivo scadimento delle condizioni cliniche del paziente. _Alla luce di quanto sinora detto, è possibile rilevare elementi di censura professionale nella condotta assistenziale tenuta dai sanitari, segnatamente alle condotte censurate. _Il paziente dal 22.01.2015 continuava ad essere febbrile, G.B e PCR restavano alterate e all'EOT MV presente bilateralmente. Le condizioni tendevano al peggioramento. In data 27.01 il p. si presentava tachipnoico, iperpiretico con T.C. 41, 1° C. Venivano ripetuti esami colturali che ancora una volta mostravano positività per Acinetobacter B. e Klebsiella P. _In data

29.01 “.....Al torace MV presente bil. Presenza di rantoli da ingorgo bronchiale. Si broncoaspirano dalle vie aeree secrezioni dense e purulente.....Si prende visione degli esami di laboratorio: G.B. alti; Pcr in forte aumento. CP_10 ”. _In data [REDACTED] h. 10,20 al monitor improvvisa asistolia e alle [REDACTED] se ne constata il decesso.

Sulla scorta dell'esame della documentazione sanitaria sottoposta all'attenzione dei Consulenti, riteniamo di poter affermare che l'exitus del sig. Persona_1 , avvenuto alle [REDACTED] del [REDACTED] presso l'UOC di Rianimazione del Organizzazione_8

[...] di Aversa, sia ascrivibile ad una insufficienza cardio-circolo-respiratoria irreversibile terminale conseguente ad una grave polmonite da infezione nosocomiale da Acinetobacter B. e Klebsiella P., insorta in un soggetto ricoverato per IMA. _Nel caso oggetto di valutazione risulta essersi realizzato un peggioramento delle condizioni cliniche per l'insorgenza di un evento prevedibile ed evitabile, non risultando dimostrato nel contempo da parte della Struttura Ospedaliera di aver adottato tutte le cautele dovute nel caso concreto. _In particolare, non risulta dalla disamina della documentazione sanitaria versata in atti che siano state poste in essere le misure cautelative necessarie per evitare il prodursi di una infezione iatrogena. Quanto sopra in considerazione che la legge 98-535 del 1 luglio 1998 rende obbligatoria l'attuazione di un dispositivo di vigilanza e di prevenzione delle infezioni nosocomiali. _Va poi chiarito, che la presenza nel caso di specie di comorbidità configuranti, in tesi generale, fattori di rischio per l'insorgenza di una infezione, non esime la Struttura da responsabilità verso il paziente. In sostanza, per ormai consolidato orientamento giurisprudenziale, la responsabilità della struttura sanitaria, a prescindere dalla natura pubblica o privata della struttura medesima, va ricondotta a un rapporto contrattuale atipico o “da contatto sociale”, in forza del quale insorgono, a carico del soggetto presso cui viene effettuato il trattamento, sia in termini di ricovero, che di visita ambulatoriale, obblighi non solo “alberghieri”, ma anche di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, rispondendo, altresì, il luogo di cura, in forza di tale vincolo, anche ex art.1228 c.c., rispetto all'inadempimento della prestazione, sia essa medico-professionale, o tecnico-infermieristica, svolta direttamente da un Sanitario ivi operante, qualora sussista comunque un collegamento tra la prestazione de qua e l'organizzazione aziendale della struttura. In proposito, nella fattispecie, secondo quanto si evince dalla documentazione versata in atti non risultano programmati controlli biologici nella struttura

in cui si svolsero i fatti citati. In più, non sono disponibili i dati di monitoraggio inerenti la distribuzione percentuale degli isolamenti di microrganismi e quelli relativi alle frequenze assolute di *Acinetobacter* e *Klebsiella* isolati nei principali reparti a rischio, non essendo possibile esprimersi in ordine alla congruità o meno con quelli indicati dalla letteratura scientifica internazionale sui rischi da infezione ospedaliera, né tantomeno sull'efficacia delle eventuali, non documentate, attività di controllo adottate. _Di talché, non essendo stata fornita la prova necessaria a superare la presunzione di responsabilità ex art. 1218 c.c., se ne ricava, necessariamente, l'individuazione di elemento di colpevole mancata vigilanza sul fenomeno, il quale rimane un evento compressibile allo stato delle attuali generali capacità gestionali di una struttura sanitaria di tipo ospedaliero. _In altri termini, deve convenirsi che l'insorta complicità vada causalmente riferita ad omissione delle misure profilattiche e, quindi, ad una condotta colposa della [...]

Controparte_6. Ulteriore censura riteniamo debba essere mossa nei confronti dei sanitari è quella relativa alla somministrazione di antibiotici non testati prima e al ritardo nell'esecuzione di campioni colturali su bronco aspirato (nonostante fossero presenti da giorni secrezioni) e ritardo quindi nell'inserimento del Colimicina, unico antibiotico cui era sensibile la *Klebsiella* e l'*Acinetobacter*. Tale colpevole comportamento ha sicuramente cagionato un aumento del rischio di mortalità (inteso come la probabilità che un'azione non messa in atto porti ad un evento infausto) del *Persona_1*, che da quanto annotato nel diario clinico ha subito un ulteriore peggioramento dopo aver contratto l'infezione da *Acinetobacter* e *Klebsiella*, mostrando chiari segni di interessamento sistemico. _Relativamente alle Circolari del Ministero della Sanità n. 52/1985 e n. 8/1988, in Atti non è presente ulteriore documentazione depositata dalla struttura sanitaria atta a dimostrare la sussistenza di azioni di sorveglianza continuata ed attiva così come delineati dalle citate circolari, l'utilizzo di schede di rilevazione, l'istituzione di un "Comitato responsabile del programma di lotta contro le infezioni ospedaliere", la verifica dell'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza, controllo e la loro efficacia e la specifica formazione e sensibilizzazione del personale alla tematica della prevenzione delle infezioni nonché l'identificazione di una figura infermieristica preposta all'attività di sorveglianza delle infezioni.

Quanto precede, dunque, consente di ricostruire la fattispecie concreta sottoposta al vaglio del Tribunale.

Nel caso di specie i nominati CTU hanno concluso nel senso che “La chance di sopravvivenza e di vita del defunto di anni 45 sarebbe stata con elevata probabilità logica del 70% circa, se non fosse sopravvenuta l’infezione di *Acinobacter Baumanii* multiresistente e la *Klebsiella*, causa effettiva della morte del paziente”.

Sul punto si osserva che laddove nel processo penale l’efficienza causale deve essere provata oltre ogni ragionevole dubbio, in sede civilistica è sufficiente che, secondo il giudizio controfattuale con valutazione ex ante, risulti “più probabile che non” che, qualora si fosse tenuto il comportamento che la situazione avrebbe imposto, tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto, il danno alla persona, o quanto meno quel danno alla persona procurato nel caso di specie si sarebbe evitato.

Un criterio probabilistico di valutazione dei fatti che non si aggancia ad un dato di probabilità assoluta (il 50 + 1% di probabilità), ma relativo, secondo il quale, tenuto conto di tutte le cause e di tutti i possibili esiti, in quella situazione, ove si fosse tenuto il comportamento corretto, esisteva un maggior grado di probabilità, rispetto a tutti gli altri possibili esiti, che l’esito mortale non si sarebbe verificato. Un criterio probabilistico relativo che consente di giungere all’affermazione dell’esistenza del nesso causale tra operato del medico o della struttura sanitaria e danno anche con una percentuale di probabilità inferiore al 50% (cfr., sul punto, Cassazione ordinanza del 6 luglio 2020).

La questione da affrontare nel caso di concorso tra causalità umana e concausa naturale, è se quest’ultima debba essere tenuta in conto, quanto meno ai fini del ragionamento equitativo di liquidazione del danno, ovvero se qualora il comportamento del medico sia stato solo una concausa nella provocazione dell’evento, si debba compiere una valutazione equitativa della efficienza concausale, e di conseguenza porre a carico del medico o della struttura solo una frazione di danno, pari al suo effettivo apporto causale.

Ebbene, secondo i principi di diritto più volte affermati dalla Suprema Corte, in caso di concorso tra causalità umana e causalità naturale, si esclude che si possa dar luogo ad una riduzione proporzionale di responsabilità, e quindi in caso di concorso tra causalità umana e concausa naturale, il responsabile dell’illecito risponde per l’intero poichè una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli (“In materia di rapporto di causalità nella responsabilità civile, in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica sulla quale

incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, poichè una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile.

Ne consegue che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo "con-causale" di un fattore naturale (quale che esso sia), non è ammesso, sul piano giuridico, affidarsi ad un ragionamento probatorio "semplificato", tale da condurre "ipso facto" ad un frazionamento delle responsabilità in via equitativa, con relativo ridimensionamento del "quantum" risarcitorio (secondo la costante giurisprudenza di legittimità, nell'ipotesi in cui la persona danneggiata sia, per la propria condizione soggettiva, più vulnerabile dei soggetti della stessa età e dello stesso sesso, tale circostanza non incide nè sul nesso di causa, nè sull'attribuzione della colpa, nè sulla liquidazione del danno - cfr. Cass. n. 28811 del 2019; Sez. 3 -, Ordinanza n. 20836 del 21/08/2018; Sez. 3, Sentenza n. 8995 del 06/05/2015, Rv. 635338 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 15991 del 21/07/2011, Rv. 618882 - 01).

In merito alla valutazione del danno si osserva quanto segue.

A seguito degli accertamenti condotti dai nominati CTU di è stimata una ITT al 100% di giorni 19 (data del ricovero 11.01.2015 e [REDACTED]).

In difetto di allegazione da parte dei ricorrenti non può essere liquidato il danno non patrimoniale c.d. terminale il quale, come in più occasioni chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, in nessun caso si tratta di danno in re ipsa, occorrendo la comprovata percezione della fine imminente; la consapevolezza della fine vita da parte della vittima è, dunque, un presupposto necessario affinché possa esservi il risarcimento del danno terminale.

Nel caso di specie dalla cartella clinica allegata emerge che *Persona_1* è stato in sedazione farmacologica dall'11.1.2015 fino al decesso con una sospensione per poche ore nei giorni del 16.1.2015 e del 26.1.2015 con una condotta comunque non collaborante. Va, quindi, riconosciuto il solo danno per ITT per gg. 19 che, in applicazione delle Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per l'anno 2021, viene determinato in €. 2.831,00 (€. 149,00 quale punto base X100%X19 gg).

Inoltre, nella liquidazione del danno causato da illecito aquiliano, in caso di ritardo nell'adempimento, deve tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovutagli 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 via via rivalutata anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (Cfr., ex multis, Cass., S.U., 17.2.1995 n. 1712, nonché Cass., 10.3.2000, n. 2796). Orbene, per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma rivalutata in base ad un indice di rivalutazione medio questo Giudicante reputa opportuno ordinare il pagamento in favore dei ricorrenti, nella spiegata qualità, degli interessi al tasso legale dalla data dell'evento, sulla somma complessiva innanzi liquidata ma devalutata, in base agli indici ISTAT e, quindi, anno per anno fino al momento del deposito della presente decisione, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra precisata.

Dal momento della pronuncia della presente sentenza e sino all'effettivo soddisfo, infine, con la trasformazione dell'obbligazione di valore in debito di valuta, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale sopra liquidata all'attualità, gli ulteriori interessi al tasso legale, ex art. 1282 cod. civ. (cfr., in tal senso, Cass., 3 dicembre 1999 n. 13470; Cass., 21 aprile 1998 n. 4030).

Per la perdita del rapporto parentale in applicazione delle Tabelle a punti elaborate dal Tribunale di Milano nell'anno 2022 va riconosciuta alla sig.ra *Parte_1* la somma di €. 195.170,00 tenuto conto del rapporto di coniugio e di convivenza, dell'età della vittima e

dell'avente diritto; viceversa, in quanto non si specifica l'esistenza di altri familiari, si ritiene di non assegnare punti aggiuntivi.

In favore di *Parte_2* (fratello non convivente) si ritiene di riconoscere la somma di €. 46.758,40 tenuto conto della mancanza di convivenza (dal certificato di residenza storico allegato emerge solo la residenza nel Comune di Orta di Atella dal 7.3.2019 con provenienza da Sant'Arpino), dell'età della vittima e del congiunto e della presenza di altri congiunti in numero superiore a cinque.

In definitiva spetta ai ricorrenti la somma complessiva di €. in €. 2.831,00 iure hereditatis, a *Parte_1* di €. 195.170,00 e a *Parte_2* la somma di €. 46.758,40 iure proprio.

Inoltre, in applicazione dei criteri indicati da Cass. S.U. 95/1712, vanno riconosciuti alle parti istanti gli interessi che si ritiene di fissare al tasso legale, calcolati anno per anno sulle somme sopra indicate, fino all'effettivo soddisfo.

I danni risarcibili, così come determinati, vanno posti, dunque, a carico di *CP_1*, in persona del Direttore Generale p.t.

Quanto alla regolamentazione delle spese del giudizio, comprensive di quelle relative all'accertamento tecnico preventivo, le stesse seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo in applicazione dei parametri medi di cui al DM 55/2014, con distrazione in favore del costituito procuratore dichiaratosi antistatario.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli Nord, in composizione monocratica, nella persona della dr.ssa Annamaria Buffardo, definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n. RG. 12784/2021, ogni altra istanza disattesa o assorbita, così provvede:

1)ACCOGLIE nei limiti di cui in motivazione le domande proposte da *Parte_1* e *Parte_2*

per l'effetto:

2) CONDANNA *CP_1* al pagamento, a titolo di risarcimento danni, della somma di €. 2.831,00 in favore dei ricorrenti, di €. 195.170,00 in favore di *Parte_1* e di €. 46.758,40 in favore di *Parte_2* oltre interessi come specificato in parte motiva;

3) condanna *CP_1* al pagamento delle spese processuali, che si liquidano in complessivi € 600,00 per esborsi ed in €. 10.300,00 per compensi professionali, oltre rimborso forfettario del 15 %, I.V.A. e C.P.A. come per legge, con distrazione in favore del procuratore;

4) pone definitivamente a carico di *CP_1* le spese di CTU, liquidate con separato decreto.

Si comunichi.

Aversa, 19.12.2022

Il Giudice
Dr.ssa Annamaria Buffardo

