N. R.G. 1741/2024

TRIBUNALE ORDINARIO di PESCARA

RESPONSABILITA' AQUILIANA E ALTRO CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. R.G. **1741/2024**

tra

Parte_1
Parte_2
Parte_3
Pt_4 *Pt_1*
Parte_5
Pt_6 *Pt_1*
Pt_7 *Pt_8*
[...] *Pt_1*

RICORRENTI

e

Controparte_1

RESISTENTE

Oggi **6 maggio 2026** ad ore **9.32** innanzi alla dott.ssa Patrizia Medica, sono comparsi:
per *Parte_1* *Parte_2* *Parte_3* *Parte_5* *Parte_9* *Parte_10* e *Parte_11* quest'ultimo in proprio e quale genitore del minore *Parte_8*, l'avv. [redacted] e l'avv. [redacted] le quali si riportano alle richieste formulate chiedendo l'accoglimento del ricorso, contestando le avverse richieste.
Per l' *Controparte_1* l'avv. [redacted] oggi sostituita dall'Avv. [redacted] quale nel tornare a contestare tutto quanto ex adverso dedotto e richiesto, si riporta ai propri scritti difensivi ed, in particolare, alla comparsa conclusionale ritualmente depositata, ed insiste per le conclusioni ivi rassegnate.
Sono altresì presenti la Dott.ssa *Persona_1*, tirocinante ex art 73 DL 69/2013, presente ai fini della pratica forense, il dott. *Persona_2*, Magistrato ordinario in tirocinio e la Dott.ssa [redacted] presente ai fini della pratica forense.
Il Giudice, sentite le parti, pronuncia sentenza *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. dandone lettura.

Il Giudice
dott. Patrizia Medica

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI PESCARA

RESPONSABILITA' AQUILIANA E ALTRO CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Patrizia Medica ha pronunciato *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. **1741/2024** promossa da:

Parte_1 C.F. *C.F._1*) *Parte_2* C.F. *C.F._2* *Parte_3* C.F. *C.F._3* *Parte_11* (C.F. *C.F._4*) in proprio e quale genitore del minore *Parte_8* C.F. *C.F._5*), *Parte_5* (C.F. *C.F._6*) *Pt_9* *[...]* C.F. (C.F.) tutti con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliati in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

RICORRENTI

contro

l' *ntroparte_1* (C.F. *P*) con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso l'avv. [redacted]

RESISTENTE

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. Con ricorso depositato in data 6.6.2024 il marito della sig.ra *Parte_12* *Pt_1* *[...]* i figli *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_11* ed i nipoti *Parte_5* *Parte_9* *Parte_10* e *Parte_8* quest'ultimo in quanto minore rappresentato dal padre *Parte_11* hanno chiesto che il Tribunale condanni la *CP_2* al risarcimento dei danni subiti dalla sig.ra *Parte_12* *[...]* [redacted] a causa delle infezioni conseguenti alle piaghe da decubito insorte durante il ricovero della medesima presso [redacted] di Pescara, nonché al risarcimento dei danni subiti iure proprio dai ricorrenti a causa del decesso della sig.ra *Parte_12* conseguente alle infezioni insorte a seguito di tale patologia.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

2. Con comparsa depositata in data 25.9.2024 si è costituita la *CP_2* , contestando la fondatezza della domanda.

3. Acquista in data 17.10.2024 la CTU svolta nel giudizio di ATP iscritto al n. 2356/2023, con ordinanza emessa all'esito dell'udienza del 24.9.2025 è stato chiesto ai CTU di chiarire se, in ipotesi di corretta gestione della paziente, quale sarebbe stata la presumibile aspettativa di vita della de cuius, tenuto conto delle comorbilità che la medesima presentava alla data del ricovero presso [redacted] di Pescara, avvenuto il 14.2.2022, precisando se le condizioni della paziente fossero tali da consentire alla medesima di avvertire, consapevolmente, l'ineluttabile approssimarsi della propria fine.

4. Acquisiti i chiarimenti richiesti al collegio peritale, la causa è stata rinviata per la decisione all'udienza del 6.5.2026 con assegnazione alle parti di termine per il deposito di note difensive.

****

A. Sulle coordinate giuridiche della fattispecie di cui è processo

a.1 Prima di procedere all'esame del merito della vicenda, appare opportuno delineare la disciplina giuridica della fattispecie, al fine di un corretto riparto dell'onere probatorio gravante sulle parti processuali.

Al riguardo, è necessario ulteriormente distinguere tra le somme risarcitorie chieste dai ricorrenti iure hereditatis, a titolo di ristoro del danno biologico temporaneo e permanente subito dalla sig.ra *[...]* *Parte_12* [redacted] e quelle richieste iure proprio dai ricorrenti, nella loro qualità di marito, figli e nipoti della defunta.

Va al riguardo precisato che il rapporto contrattuale tra paziente e struttura sanitaria (o medico) esplica i suoi effetti tra le sole parti del contratto, sicché l'inadempimento della struttura o del professionista genera responsabilità contrattuale esclusivamente nei confronti dell'assistito, che può essere fatta valere dai suoi congiunti iure hereditario, senza che questi ultimi possano agire a titolo contrattuale iure proprio per i danni da loro patiti.

Con riferimento ai danni richiesti iure proprio dai ricorrenti, la disciplina applicabile è quindi quella di cui all'art. 2043 c.c. con i relativi corollari probatori.

a.2 Con riguardo all'azione esercitata dai ricorrenti iure hereditatis, la Suprema Corte ha precisato che, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente, che agisce per il risarcimento del danno, l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari.

Ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. civ. sez.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

III del 26.7.2017 n. 18392).

Nei giudizi risarcitori aventi ad oggetto medical malpratice si delinea quindi un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante.

Mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa imprevedibile e inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto) (Cass. civ. sez. III del 29.1.2018 n. 2061, Cassazione Sez. 3, Ordinanza n. 27142 del 21/10/2024).

Ne consegue che la prova del nesso eziologico tra condotta sanitaria ed evento dannoso è posto a carico del danneggiato, nel senso che questi è tenuto a prospettare detta relazione causale alla stregua di criteri rispondenti a leggi scientifiche o fondati su presunzioni logiche e dunque astrattamente idonei a fondare l'accertamento della causalità materiale ex artt. 40 e 41 c.p., in quanto in concreto l'assunto dimostrativo dovrà essere verificato in giudizio alla stregua degli elementi istruttori acquisiti.

Se la verifica avrà avuto esito positivo insorgerà allora l'onere della prova del medico convenuto, diretto a contestare il proprio inadempimento colpevole o a dimostrare la riferibilità esclusiva del danno all'esistenza di una causa determinante estranea alla sfera di controllo del medico (Cass. civ. sez. III del 2.3.2018 n. 4928).

Chiariti gli oneri probatori gravanti sulle parti si può quindi passare all'esame della vicenda sanitaria dedotta in giudizio.

B. Sugli accertamenti svolti dal Collegio peritale e sulla fondatezza della domanda formulata dai ricorrenti.

b.1 La vicenda, sottoposta all'attenzione di questo Tribunale, riguarda la sig.ra *Parte_12* [redacted] affetta da malattia di Alzheimer in fase avanzata, diabete mellito in terapia con antidiabetici orali, ipotiroidismo, in condizioni generali precarie in quanto allettata (da circa un anno), sonnolenta, in grado di aprire gli occhi a chiamata, anisocorìa (dx>sx), portatrice di SNG e di CV, con edemi agli arti superiori e inferiori, tosse produttiva con ronchi espiratori, nonché disidratazione.

La sig.ra *Pt_12* era stata ricoverata in data 14.2.2022 presso il [redacted] di Pescara per "iperpiressia resistente a terapia antibiotica".

Durante tale ricovero le condizioni generali si erano mantenute sempre precarie.

La paziente era stata sempre descritta non in contatto con l'ambiente esterno, con edemi discrasici agli arti superiori e succulenza perimalleolare bilaterale.

Il 16.02.2022, stante il rialzo termico, la paziente era stata sottoposta ad esame colturale del catetere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

vescicale, risultato positivo ad Acinetobacter Baumanii 100.000 UFC/mL e Klebsiella Pneumoniae 10.000 UFC/ml. Era stata quindi sottoposta a trattamento antibiotico.

Il 21.02.2022 alla prima emocoltura con evidenza di positività a Corynebacterium Amycolatum e alla coprocoltura del 24.02.22 era emersa la positività a Klebsiella Pneumoniae 10.000 UFC/ml.

Il 10.03.2022, per riscontro di positività al Covid, era stata trasferita presso il reparto di Malattie Infettive Covid, dove le sue condizioni si erano mantenute stazionarie nella loro precarietà.

Il 01.04.2022 era stata segnalata la positività al tampone rettale per Acinetobacter Baumanii e Pneumiomiae KPC.

In data 13.04.2022 aveva fatto ritorno presso la U.O. di Medicina Interna del [redacted] pescarese, dove all'ingresso era stata descritta una lesione da decubito in II stadio del sacro e dei talloni.

Stante la persistenza di alvo diarroico era stato incrementato il supporto idrico e gli esami di laboratorio avevano consentito di evidenziare un marcato incremento della PCR (90.54 mg/L il 14.05).

Era stata sottoposta a trasfusioni di emazie concentrate e in data 16.05.2022 e 18.05.2022 era riportata, sul diario clinico, la medicazione della lesione da decubito sacrale e del tallone destro.

Il 19.05.2022 era stata sottoposta a consulenza di chirurgia plastica, per la presenza di una "*vasta lesione da decubito sacrale, a fondo e margini necrotici, il fondo in particolare presenta ampia quantità di tessuto in decomposizione maleodorante*" con prescrizione di medicazione ogni 2-3 giorni.

Il 24.05.2022 la Sig.ra *Pt_12* era stata dimessa a domicilio con diagnosi di encefalite virale, covid 19; enterite da Klebsiella Pneumoniae KPC ed Acinetobacter Baumannii; IVU (infezione delle vie urinarie) da Proteus Mirabilis, in paziente affetta da Malattia di Alzheimer con grave deterioramento cognitivo e sindrome da allettamento; diabete mellito tipo 2, portatrice di SNG e CV a permanenza; allergica a *Parte_13* e prescrizione di medicazioni 3 volte alla settimane per "*lesioni da compressione in zona sacrale grado IV*".

In ragione dell'impossibilità di gestire a domicilio la paziente, per scadute condizioni generali e comparsa di iperpiressia, il 30.05.2022 la sig.ra *Pt_12* era stata trasferita presso il [redacted] del P.O. di [redacted] che aveva posto la seguente diagnosi di ingresso "*Stato settico in paziente con sindrome ipocinetica complicata da vasto decubito sacrale in M. di Alzheimer con grave deterioramento cognitivo; diabete mellito tipo 2; portatrice di SNG e CV a permanenza*".

La sig.ra *Pt_12* era stata trasferita presso la U.O. di Medicina del P.O. di [redacted] dove all'ingresso era stata descritta disidratata, in stato soporoso, risvegliabile allo stimolo meccanico, non collaborante con evidenza obiettiva di un vasto cratere in sede sacrale al IV stadio.

Le condizioni della paziente si erano mantenute sempre stabili nella loro precarietà e alla consulenza chirurgica del 30.05.2022 era stato descritto un "*voluminoso decubito sacrale IV stadio con esposizione*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

dell'osso sacro e disinserzione del coccige, di circa 10 cm di diametro".

Era stata effettuata la medicazione avanzata della piaga e prelevato tampone della lesione (risultato positivo a Klebsiella, Pneumoniae, Pseudomonas e Candida glabrata) e segnalato ulteriore "*decubito calcaneare dx con necrosi cutanea e cute circostante arrossata*".

Durante la degenza l'emocoltura del 30.05.2022 era risultata positiva a Staphylococcus Haemolyticus, a *Controparte_3* *Controparte_4* Enterococcus *CP_5* Escherichia Coli, Klebsiella Pneumoniae, Staphilococcus Epidermidis.

Gli esami mostravano procalcitonina di 90.03 ng/mL, la PCR a 61,6 mg/L (01.06) leucocitosi neutrofila. Le condizioni generali subivano un ulteriore peggioramento fino al [redacted] per CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata) in paziente con sepsi complicata da shock settico e severa distonia; Malattia di Alzheimer con grave deterioramento cognitivo, complicata da sindrome da allettamento; vasto cratere ulcerativo in sede sacrale IV stadio; Polmonite intercorrente; Diabete Mellito tipo 2; portatrice di SNG e CV; esiti di encefalite virale.

b.2 L'accertamento, oggetto del presente procedimento, riguarda la genesi ed il trattamento di una vasta piaga da decubito, che aveva interessato la zona sacrale della paziente e l'incidenza che tale patologia aveva avuto nel [redacted]

Al collegio peritale, composto dalla dott.ssa *Persona_3* , *Controparte_6* *[...]* e dal dott. *Persona_4* *Controparte_7* e nominato nel procedimento di ATP iscritto al n. 2356/2023, era stato chiesto di accertare, previa verifica della possibilità di addivenire ad una conciliazione della controversia, la sussistenza di una responsabilità della *Cont* per supposta malpractice sanitaria, in relazione causale al decesso della signora *[...]* *Parte_12*

b.3 Con relazione definitiva depositata nel procedimento di ATP n. 2356/2023, i periti avevano evidenziato che la causa mortis della Sig.ra *Pt_12* andava individuata in uno stato settico secondario all'infezione della piaga da decubito sacrale in IV stadio, intervenuto su una paziente con gravi comorbilità ed abolizione della funzione motoria e cognitiva.

Lo stato settico aveva trovato riscontro in sede di accertamento autoptico effettuato in data 30.06.2022 (macroscopica evidenza di petecchie diffuse della cute e delle sierose di organi parenchimatosi polmoni e fegato e microscopicamente dalla presenza di emboli settici e fibrinosi intravascolari ed infiltrati flogistici nel parenchima polmonare e nel tessuto renale) nonché nei rilievi documentali, per evidenza nel caso della *Pt_12* di alcuni tra i parametri ritenuti diagnostici per sepsi dalle Linee Guida della Surviving Sepsis Campaign.

Per quanto riguarda le piaghe da decubito (LDD), il collegio peritale aveva evidenziato che la Sig.ra

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

Pt_12 al momento del primo contatto con la struttura convenuta, era certamente una paziente fragile, diabetica, con uno scompenso di tipo cognitivo e motorio, già allettata da un anno.

Un tale quadro clinico evidenziando di per sé un elevato rischio di insorgenza di piaghe da decubito, avrebbe dovuto prevedere una cura assidua della *Pt_12* al fine di ridurre le pressioni e scongiurare il cedimento dei tessuti.

Dalla lettura della cartella clinica non risulta che tali precauzioni siano state adottate.

Parte resistente ha dedotto che alla paziente fosse stato posizionato un materasso da decubito in data 18.02.2022 e che fosse stata sottoposta a quotidiane manovre di mobilizzazione ed inoltre, impostata una corretta terapia diuretica, antibiotica, antivirale ed insulinica per il trattamento delle pregresse patologie della paziente.

Premesso che di tali presidi e di tali manovre non è stata allegata alcuna documentazione emerge, dai rilievi svolti dal collegio peritale, che l'obiettività, rilevata in sede di visite effettuate nel corso del ricovero, dimostra che la piaga si era formata ed aggravata nel corso della degenza della paziente.

Sia in sede di P.S. di *CP_1*, al momento del primo contatto del 14.02.2022, che dalla documentazione redatta al momento del ricovero presso la U.O. di Medicina Interna del P.O. [redacted] di *CP_1* del 16.02.2022, non è descritta in cartella nessuna lesione cutanea indicativa di lesività da pressione, fino alla data del 17.03.2022 in cui gli infermieri annotavano, sul diario infermieristico, la medicazione delle LDD del sacro e del calcagno, che descrivevano in II stadio.

Nei giorni 16.05.2022 e 18.05.2022, sul diario clinico veniva registrata la medicazione della lesione da decubito sacrale e del tallone destro (descritte in II stadio il 16.05).

La consulenza di chirurgia plastica del 19.05.2022 evidenzia quale fosse lo stato effettivo della lesività sacrale in tale epoca: "*vasta lesione da decubito sacrale, a fondo e margini necrotici, il fondo in particolare presenta ampia quantità di tessuto in decomposizione maleodorante*".

Alla dimissione del 24.05.2022 la lesione appare progredita sino in IV stadio e, al momento dell'esame autoptico, viene descritta "*di IV grado, con esposizione dei piani ossei sottostanti, di circa 8x9 cm*".

Trattasi di lesioni che si sono chiaramente formate durante il ricovero presso la U.O. di Medicina Interna del [redacted] di Pescara, il cui personale sanitario aveva disatteso le "*Linee Guida aziendali per la prevenzione delle lesioni da decubito"* con inadempienze individuate nelle stesse linee guida e rappresentate da: (1) mancato controllo delle condizioni di degenza (attraverso una rivalutazione periodica delle regione cutanee più esposte alla formazione delle LDD di una paziente fragile, diabetica, allettata, con coscienza alterata, incontinente (e dunque con molteplici fattori di rischio favorenti lo sviluppo delle LDD), anche attraverso l'adozione delle scale di valutazione del rischio descritte nelle sopracitate Linee Guida; (2) mancata adozione di presidi sanitari (ciambelle,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

materasso antidecubito); (3) Mancato piano di mobilizzazione e postura della paziente; (4) Mancata ed attenta valutazione dell'assetto alimentare.

Tale inadeguata condotta assistenziale, distante dalle Linee Guida promosse dalla *CP_2* (vieppiù in una paziente fragile e già allettata, affetta dunque da fattori predisponenti la formazione delle LDD), aveva permesso alle ulcere da decubito (ed in particolare a quella sacrale) di formarsi ed espandersi, creando il grosso cratere, nel cui fondo, già il 19.05.2022 era stata descritta un'ampia quantità di tessuto in decomposizione maleodorante, espressione certamente di un processo infettivo in corso, poi confermato dall'esame colturale del 30.05.2022, quando il tampone della lesione da decubito sacrale era risultato positivo per alcuni batteri, quali KPC, Pseudomonas Aeruginosa e *CP_3* *[...]* .

È noto che l'infezione batterica è una complicanza comune delle LDD, in grado di causare cellulite, fascite necrotizzante, batteriemia e sepsi (queste ultime associate ad un alto tasso di mortalità), come verificatosi nel caso della Sig.ra *Pt_12*

Per ciò che concerne l'agente eziologico causativo dello shock settico a partenza dalla LDD, il collegio peritale evidenziava che la storia clinica della *Pt_12* risulta costellata da innumerevoli riscontri microbici su diversi campioni, alcuni del quali hanno le caratteristiche della nosocomialità, mentre altri rivestono esclusivamente il ruolo di semplici contaminanti e assurgono a dignità di patogeno nei pazienti immunocompromessi.

Durante la degenza ospedaliera, la Signora *Pt_12* era stata più volte valutata con esami microbiologici per la presenza di multiple infezioni.

Considerando il ricovero avvenuto il 30.05.2022 presso l'Ospedale di Medicina di [redacted] e la precedente dimissione dalla U.O. di Medicina di Pescara del 24.05.2022, è chiaro che la contaminazione di tali germi era avvenuta durante la degenza presso [redacted] di Pescara sia con riferimento ad un criterio modale, che fenomenologico. Trattasi di processi infettivi di natura nosocomiale, coesistenti a germi contaminanti che hanno assunto entità patogena in una paziente immunocompromessa.

Sebbene non sia possibile identificare nello specifico il germe nosocomiale responsabile del quadro terminale, secondo il criterio civilistico del più probabile che non, il collegio peritale aveva attribuito la causa dello shock settico alla sovrapposizione di processi infettivi di natura nosocomiale contratti in occasione del ricovero protrattosi dal 16.02.22 al 24.05.22, ascrivibili alla responsabilità [redacted] di Pescara.

Riteneva che il comportamento negligente del personale sanitario della struttura convenuta, che aveva omesso l'adozione dei presidi preventivi le LDD (estremamente prevedibili in una paziente fragile e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

allettata con deterioramento cognitivo e motorio), avesse favorito la formazione del decubito sacrale (e calcaneare), che si era ulcerato fino ad un IV stadio (tessuto necrotico e maleodorante con esposizione ossea) e successivamente infettato.

Ai germi contaminanti si era sovrapposta l'infezione di tipo nosocomiale (contratta in occasione del ricovero presso la U.O. di Medicina di Pescara), che aveva ulteriormente aggravato il già compromesso quadro clinico generale della Sig.ra *Pt_12* conducendo allo shock settico e al decesso.

La sostituzione del comportamento osservato come inadatto con quello adatto (adesione alle standardizzate "Linee Guida aziendali per la prevenzione delle lesioni da decubito" della *CP_2 [...]*) avrebbe scongiurato, secondo il criterio del più probabile che non, il formarsi delle LDD e di conseguenza l'infezione profonda delle stesse, con conseguente shock settico e morte.

b.4 Rispondendo alle osservazioni formulate dal CTP nominato dalla *Cont* il collegio aveva indicato quale causa della morte della Sig.ra *Pt_12* lo stato settico secondario all'infezione della piaga da decubito sacrale in IV stadio, intervenuto su una paziente con gravi comorbilità ed abolizione della funzione motoria e cognitiva.

La diagnosi di stato settico derivava sia dal riscontro autoptico effettuato il 30.06.2022, con evidenza sia macroscopica di petecchie diffuse della cute e delle sierose di organi parenchimatosi (polmoni e fegato), che microscopica, considerata la presenza ì di emboli settici e fibrinosi intravascolari ed infiltrati flogistici nel parenchima polmonare e tessuto renale) e sia dai rilievi documentali che confermano nel caso della *Pt_12* alcuni elementi ritenuti diagnostici per la sepsi dalle Linee Guida della Surviving Sepsis Campaign.

Rispondendo ai rilievi formulati dal CTP, che attribuiva lo stato settico ad almeno due fonti: disseminazione ematogena dell'infezione dalla LDD sacrale e processo polmonitico, evidenziava il collegio che il processo polmonitico, da ricondurre allo status generale della paziente, particolarmente fragile, non era stato mai segnalato durante la storia clinica della *Pt_12* come forma così grave da poter sviluppare una ARDS (Sindrome da Distress Respiratorio Acuto).

Solo alla TAC del torace del 17/06/2022 (10 giorni prima del decesso) era stato evidenziato un quadro di "*area di addensamento a margini sfumati, associata a falda di versamento pleurico in sede basale sinistra e del lobo polmonare inferiore sinistro. Sfumata area di iperdensità parenchimale presente in corrispondenza della lingula".*

Tale quadro è indicativo di un quadro polmonitico, verosimilmente di origine nosocomiale (sebbene in assenza di riscontri microbiologici), comparso in ambiente ospedaliero, dopo un periodo congruo dal momento del ricovero, sufficiente per permettere ai germi di colonizzare il sito polmonare.

Pertanto pur non potendo determinare, perlomeno in termini di certezza, l'esatta eziologia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

dell'infezione alla base della sepsi e, dunque, delle sequele letifere della diffusione setticemica, dovendosi ritenere possibile un ruolo deterministico ovvero codeterministico da parte delle brecce d'ingresso dovute alle lesioni da decubito (in particolare quella in sede sacrale) ovvero del processo polmonitico apprezzato chiaramente in sede autoptica, la ricostruzione delle vicende cliniche della paziente consente di attribuire all'infezione profonda delle LDD (con conseguente cellulite, fascite necrotizzante, batteriemia e sepsi) un ruolo preponderante nell'evoluzione verso lo shock settico e dunque verso l'exitus della *Pt_12*

In relazione alla rilevanza della comparsa delle piaghe da decubito, come circostanza idonea a determinare unicamente una perdita delle possibilità di guarigione della paziente, stimabile in misura non superiore al 15%, il collegio evidenziava che la perdita di chance si configura nell'ipotesi in cui la condotta colpevole del sanitario abbia avuto, come conseguenza, un evento di danno incerto.

Nel caso di specie, considerato che l'adesione alle standardizzate *"Linee Guida aziendali per la prevenzione delle lesioni da decubito*" della *CP_2* avrebbe scongiurato, secondo il criterio del più probabile che non, il formarsi delle LDD e di conseguenza l'infezione profonda delle stesse, si era invece in presenza di un danno certo.

b.5 Rispondendo al quesito integrativo concernente la presumibile aspettativa di vita della de cuius, in ipotesi di corretta gestione della paziente, con relazione depositata il 15.3.2026 il collegio dava atto che, al momento del primo contatto con l'azienda convenuta la sig.ra *Pt_12* di 73 anni, presentava già condizioni cliniche definite precarie, in quanto affetta da malattia di Alzhaimer avanzata, allettamento da circa 1 anno, diabete mellito, ipotiroidismo in trattamento farmacologico e assumeva la seguente terapia farmacologica: Plavix, metforal 500x2, Eutirox 75, Entumin.

Era inoltre portatrice di sondino naso gastrico e catetere vescicale, vigile, ma non responsiva allo stimolo verbale con iperpiressia resistente alla terapia antibiotica, edemi degli arti superiori e inferiori, con tosse produttiva e ronchi espiratori.

La paziente multimorbida era affetta da incompetenza cognitiva in stadio avanzato, allettata e dunque totalmente dipendente nelle attività della vita quotidiana, corrispondente quindi ad un Functional Assessment Staging Tool – FAST stadio 7, caratterizzato da grave compromissione cognitiva e funzionale, dipendenza totale e immobilità permanente.

Nel 2022, secondo i dati ISTAT l'aspettativa di vita alla nascita per le donne era di 84,8 anni, con livelli di sopravvivenza al di sotto di quelli del periodo pre-pandemico.

Numerosi studi prospettici e revisioni sistematiche dimostrano che la demenza di Alzheimer in fase avanzata è associata a una ridotta aspettativa di vita. In particolare, un vasto studio prospettico di *Pt_14* et al. ha evidenziato una sopravvivenza mediana di circa 1,3 anni (15 -16 mesi) nei pazienti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

con demenza avanzata FAST 7, con oltre il 50% dei soggetti deceduti entro 18 mesi. La presenza di sindrome da allettamento rappresenta un ulteriore fattore prognostico negativo, associato a un significativo aumento della mortalità per complicanze infettive, respiratorie, tromboemboliche e nutrizionali e anche il diabete mellito di tipo 2, pur non costituendo causa diretta di morte, contribuisce ad aggravare il quadro clinico generale.

Alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, dello stato clinico evidenziato al momento del primo contatto con l'azienda convenuta, considerata l'età della paziente, lo stadio avanzato della demenza, la presenza di allettamento e di comorbilità metaboliche, il collegio riteneva ragionevolmente stimabile in un intervallo medio di circa 12 - 18 mesi, l'aspettativa di vita della de cuius, in ipotesi di corretta gestione della paziente.

Chiamato a precisare se la condizioni della paziente fossero tali da consentirle di avvertire, consapevolmente, l'ineluttabile approssimarsi della propria fine, il collegio peritale ha precisato che, sulla base di quanto riportato in cartella, durante tutto il periodo di ricovero, a causa del grave deterioramento cognitivo conseguente alla patologia da cui era affetta, la paziente non aveva avuto coscienza e consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante. Escludevano quindi che fosse stata in grado di avere cosciente e lucida percezione dell'ineluttabile sopraggiungere della propria fine.

b.6 Ritenute le conclusioni formulate dai periti condivisibili e motivate si può quindi procedere alla quantificazione del danno spettante ai ricorrenti.

C. Sul quantum debeatur.

c.1 I ricorrenti hanno chiesto il risarcimento del danno biologico e morale (cd. catastrofale) terminale patito dalla loro congiunta e trasmesso loro iure hereditatis.

Va al riguardo evidenziato che alla data del 17.03.2022 gli infermieri avevano annotato sul diario infermieristico la medicazione delle LDD del sacro e del calcagno, che descrivevano in II stadio.

Nei giorni 16.05.2022 e 18.05.2022, sul diario clinico viene riportata la medicazione della lesione da decubito sacrale e del tallone destro (descritte in II stadio il 16.05).

La consulenza di chirurgia plastica del 19.05.2022 evidenzia quale fosse lo stato della lesività sacrale in tale epoca: "*vasta lesione da decubito sacrale, a fondo e margini necrotici, il fondo in particolare presenta ampia quantità di tessuto in decomposizione maleodorante*", che alla dimissione del 24.05.2022 appare progredita sino in IV stadio, tanto che al momento dell'esame autoptico viene descritta "*di IV grado, con esposizione dei piani ossei sottostanti, di circa 8x9 cm*".

Sussistono pertanto i presupposti per la liquidazione, in favore degli eredi della sig.ra *Pt_12* del danno biologico temporaneo riportato dalla medesima, considerato che, in tema di risarcimento del danno alla persona, nel caso in cui la morte intervenga dopo un considerevole lasso temporale dall'evento lesivo,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

la liquidazione della componente dinamico-relazionale del danno non patrimoniale, reclamabile iure hereditatis, va commisurata ai giorni di invalidità temporanea dall'evento all'exitus.

Considerato che non è configurabile il c.d. danno da lucida agonia o morale catastrofale, non avendo avuto la paziente avuto alcuna consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante, accertato che il [redacted] la liquidazione equitativa del danno in questione va effettuata quantificando in circa 100 giorni il periodo intercorrente tra l'insorgere delle lesioni e l'exitus, che si stima equo liquidare nell'importo di € 25.000,00 pari ad € 250,00 per ogni giorno di invalidità temporanea assoluta.

Sull'importo di € 25.000,00 spettante agli eredi della sig.ra *Pt_12* *Parte_1* *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_11* la *CP_2* dovrà versare sia la rivalutazione monetaria che gli interessi calcolati sulla somma via via devalutata e rivalutata dalla data del [redacted] *Pt_12* [redacted] fino alla data della presente pronuncia, quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte dei danneggiati, dell'equivalente pecuniario del debito di valore.

Su tale importo, in quanto convertito con la liquidazione in credito di valuta, spetteranno gli interessi legali dalla data di pubblicazione della sentenza al saldo.

c.2 Con riguardo alla quantificazione dei danni, richiesti dai ricorrenti iure proprio, deve premettersi che il fatto illecito, costituito dalla morte di un congiunto, dà luogo ad un danno non patrimoniale presunto, consistente nella perdita del rapporto parentale, allorché colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 4253 del 16/03/2012).

Nella liquidazione (necessariamente equitativa) di tale danno non patrimoniale, occorre apprezzare la gravità e l'effettiva entità del danno, in considerazione dei concreti rapporti instaurati dal richiedente con il congiunto, anche ricorrendo ad elementi presuntivi quali la maggiore o minore prossimità del legame parentale, la qualità dei legami affettivi (anche se al di fuori di una configurazione formale), la sopravvivenza di altri congiunti, la convivenza o meno col danneggiato, l'età delle parti ed ogni altra circostanza del caso (v. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 28989 del 11/11/2019).

La liquidazione del danno va quindi effettuata in via equitativa, utilizzando come parametro le tabelle per il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, elaborate dal Tribunale di Milano che prevedono, oltre all'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, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, la presenza di altri familiari nel nucleo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

familiare primario, con indicazione dei relativi punteggi e con la possibilità di applicare, sull'importo finale, i correttivi richiesti dalla particolarità della situazione (Cassazione civile sez. III, 16/12/2022, n.37009).

Nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello, nonno) l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza è, per comune esperienza, connaturale all'essere umano.

In tal caso, trattandosi di una praesumptio hominis, sarà sempre possibile per il convenuto dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra vittima e superstite.

In assenza di prova contraria dedotta dalla resistente la liquidazione del danno andrà effettuata considerando il grado di parentela, l'età della vittima e del famigliare superstite, la convivenza tra vittima e superstite e l'esistenza di altri familiari.

Considerata l'età della vittima (73 anni) e quella dei ricorrenti al momento del decesso (83 anni il marito, 57 anni il figlio *Pt_2* , 52 anni il figlio *Pt_3* 48 anni il figlio *Pt_11* , 21 la nipote *Per_5* , 18 la nipote *Pt_9* 20 la nipote *Pt_5* e 5 anni il nipote *Pt_8* nonché la convivenza tra la vittima ed il coniuge, l'importo del danno tabellare da perdita del rapporto parentale spettante ai ricorrenti va determinato considerando che l'aspettativa di vita della sig.ra *Pt_12* di 73 anni, tenuto conto delle comorbilità preesistenti, non era superiore a 12-18 mesi, come accertato dai CTU.

Considerato che, secondo i dati ISTAT, nel 2022 l'aspettativa di vita alla nascita per le donne era di 84,8 anni, l'importo spettante ai ricorrenti va determinato in misura pari a 15% del valore indicato nelle tabelle del Tribunale di Milano.

Conseguentemente l'importo medio tabellare spettante a *Parte_1* marito convivente della sig.ra *Pt_12* ridotto dell'85% è pari ad € 29.912,15 (199.461,00 ridotto dell'85%).

L'importo medio tabellare spettante al figlio non convivente *Parte_2* i 57 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 26.399,25 (175.995,00 ridotto dell'85%).

L'importo medio tabellare spettante al figlio non convivente *Parte_3* di 52 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 26.399,25 (175.995,00 ridotto dell'85%).

L'importo medio tabellare spettante al figlio non convivente *Parte_11* di 48 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 27.572,55 (183.817,00 ridotto dell'85%).

L'importo medio tabellare spettante alla nipote non convivente *Parte_10* di 21 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 10.442,70 (69.618,00 ridotto dell'85%).

L'importo medio tabellare spettante alla nipote non convivente *Parte_9* di 18 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 19.952,70 (73.014,00 ridotto dell'85%).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

L'importo medio tabellare spettante alla nipote non convivente *Parte_5* di 20 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 19.952,70 (73.014,00 ridotto dell'85%).

L'importo medio tabellare spettante al nipote non convivente *Parte_8* di 5 anni, ridotto dell'85% è pari ad € 19.952,70 (73.014,00 ridotto dell'85%).

c.3 Sulle somme sopra indicate pari ad € 180.589,20 (29.919,1 + 26.399,25 + 26.399,25 + 27.572,25 + 10.442,70 + 19.952,10 + 19.952,10 + 19.952,10), la *CP_2* dovrà versare ai ricorrenti, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, sia la rivalutazione monetaria che gli interessi calcolati sulla somma via via devalutata e rivalutata, dalla data del [redacted] *Pt_12* [redacted] fino alla data della presente pronuncia.

Su tale importo, in quanto convertito con la liquidazione in credito di valuta, spetteranno gli interessi legali dalla data di pubblicazione della sentenza al saldo.

c.4 Spetta agli eredi della sig.ra *Pt_12* anche il rimborso delle spese funerarie per un importo documentato di € 3.500,00, maggiorato di interessi legali dal 6.7.2022 al saldo (cfr doc. 41).

Non essendo stata allegata la relativa fattura, non spetta ai ricorrenti il rimborso delle spese sostenute per la CTP.

D. Sulla disciplina delle spese del giudizio

d.1 Atteso l'esito del giudizio, la *CP_2* va condannata a rifondere ai ricorrenti le spese di lite sostenute nella fase di ATP e nel presente giudizio.

Spese liquidate come in dispositivo, tenuto conto del valore accertato della controversia e del numero delle parti.

d.2 Le spese di CTU, liquidate come da decreti emessi nella fase di ATP e nel presente giudizio, vanno poste a carico della *CP_2*, con conseguente obbligo di procedere ai relativi rimorsi.

P.Q.M.

Il Tribunale di Pescara,

definitivamente pronunciando nel giudizio iscritto al R.G. n. 1.741/2024, ogni diversa istanza, deduzione ed eccezione disattesa, così decide:

ACCERTATO

che il decesso della sig.ra *Parte_12* è da ascrivere, in via esclusiva, alla responsabilità dei sanitari che l'avevano assistita durante la degenza presso l'ospedale civile di *CP_1*,

ACCERTATO

che i danni non patrimoniali, complessivamente subiti dalla sig.ra *Parte_12* sono pari ad € 25.000,00, oltre accessori,

ACCERTATO

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011

che i danni non patrimoniali, complessivamente subiti iure proprio dai ricorrenti Pt_1 [...] Parte_2 Parte_3 Parte_11 Parte_5 Parte_9 Parte_10 Parte_8 sono complessivamente pari ad € 180.589,20 (29.919,1 + 26.399,25 + 26.399,25 + 27.572,25 + 10.442,70 + 19.952,10 + 19.952,10 + 19.952,10), oltre accessori.

CONDANNA

la CP_2 a versare agli eredi della sig.ra Pt_12 Parte_1 Pt_2 [...] Parte_3 Parte_11 la somma di € 25.000,00 oltre accessori.

CONDANNA

la CP_2 a versare ai ricorrenti la somma di € 180.589,00 oltre accessori.

CONDANNA

la CP_2 a versare agli eredi della sig.ra Pt_12 Parte_1 Pt_2 [...] Parte_3 Parte_11 la somma di € 3.500,00 oltre accessori.

CONDANNA

la CP_2 a rifondere ai ricorrenti le spese della fase di istruzione preventiva iscritta al n. 2356/2023 che liquida in € 259,00 per esborsi ed € 11.863,70 per compensi (3.827,00 aumentato del 210%) e, per la presente fase, in € 1.713,00 per esborsi ed € 43.719,30 per compensi (14.103,00 aumentato del 210%), importi tutti maggiorati di spese generali nella misura del 15% oltre I.V.A. e C.A.P. come per legge.

PONE

le spese della CTU svolta nel giudizio di ATP iscritto con R.G. n. 2356/2023 e le spese della CTU svolta nel presente giudizio, liquidate con separati decreti, a carico della CP_2 con conseguente obbligo di provvedere agli eventuali e relativi conguagli.

Sentenza resa ex articolo 281 sexies c.p.c. e pubblicata mediante lettura alle parti presenti ed allegazione al verbale.

Pescara, 6 maggio 2026

Il Giudice

dott. Patrizia Medica

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-011