N. R.G. 2245/2022

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI RAVENNA

in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott. Massimo Vicini, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. **2245/2022** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] – MESTRE presso il difensore avv. [redacted]

RICORRENTE

contro

Controparte_1 C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in INDIRIZZO TELEMATICO presso il difensore avv. [redacted]

RESISTENTE

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Parte_1 moglie di *Parte_2* [redacted] ha promosso il presente giudizio per fare accertare la responsabilità di *Controparte_1* ed ottenere la conseguente tutela risarcitoria, in ordine al decesso del proprio marito, che asserisce essere imputabile alla struttura sanitaria per violazione delle norme in tema di prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali.

Nel ricorso introduttivo la *Pt_1* espone infatti quanto segue:

"In data 07.09.2015 il sig. *Parte_2* veniva ricoverato presso *[...]* *Controparte_1* (di seguito anche *Controparte_2*) per una grave coronopatia trivasale (**doc. 02**) e veniva ivi sottoposto, in data 08.09.2015, ad un intervento di rivascolarizzazione miocardica in CEC (pag. 52, doc. 02).
Dopo l'intervento, il paziente veniva trasferito presso il reparto di Terapia intensiva per la convalescenza di routine, conclusa la quale sarebbe passato nel reparto di Riabilitazione.
Tuttavia, il decorso postoperatorio si aggravava, prima a causa di complicanze emodinamiche e cardiologiche, poi in ragione di ripetuti episodi settimici da Staphylococcus epidermis e Streptococcus faecalis, culminati con l'infezione del sito chirurgico e shock settico da Klebsiella KPC (pag. 40, doc. 02).
Il sig. *Parte_2* [redacted] dopo 51 giorni di degenza in Terapia intensiva (pag. 3, doc. 02);

*****

È apparso pertanto inevitabile chiedersi se esistesse un nesso di causalità diretta tra la condotta dei sanitari che ebbero in cura il sig. *Parte_2* presso l'Ospedale di *CP_2* ed il decesso di quest'ultimo.
A tal fine si è affidato l'incarico di esaminare la documentazione medica relativa all'iter clinico del defunto al Dott. *Persona_1*, Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, che si avvaleva della collaborazione del Prof. *Persona_2*, specialista in Malattie Infettive.
I consulenti, esaminato accuratamente il carteggio, inquadrata la patologia cui andava affetto il sig. *Parte_2* e individuate le linee guida da seguire nel caso di specie secondo la miglior pratica medica all'epoca dei fatti, hanno redatto gli elaborati che si producono (**docc. 03 e 04**), da intendersi parte integrante del presente atto.
I Periti incaricati ritenevano che la colonizzazione da cui era scaturita la sepsi terminale conclusiva fosse stata acquisita durante il ricovero dal paziente presso il reparto di Terapia Intensiva da un ceppo multiresistente di Klebsiella KPC a palese genesi nosocomiale e concordavano sulla sussistenza di nesso causale tra tale infezione ed il decesso del sig. [redacted]
Ne conseguiva una responsabilità della struttura sanitaria per violazione delle norme in tema di prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali.

* * *

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Acclarata, quindi, la piena responsabilità di *Controparte_1* per i fatti di cui in proemio, in data 26.10.2018 si provvedeva a svolgere opportuna richiesta di risarcimento danni nei confronti della predetta struttura, che apriva il sinistro presso la propria Compagnia assicurativa (**doc. 05**).
Tuttavia, ogni tentativo di addivenire ad una soluzione stragiudiziale della controversia risultava vano.

* * * *

Del procedimento per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. incardinato avanti il Tribunale di Ravenna e rubricato al n. 3195/2019 R.G.

Con ricorso in data 08.10.2019 la sig.ra *Pt_1* proponeva, dinnanzi al Tribunale di Ravenna, un procedimento per consulenza tecnica preventiva ex art. 696 bis c.p.c. nei confronti di *Controparte_1* (**doc. 06**).
Il procedimento veniva iscritto al n. 3195/2019 R.G. ed in data 08.11.2019 la resistente si costituiva a mezzo degli avvocati [redacted] e [redacted]
La prima udienza veniva fissata per il giorno 13.11.2019 e veniva nominato, quale CTU, il Dott. *Persona_3* specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni.
Quest'ultimo indicava, quale professionista che potesse affiancarlo nell'espletamento dell'incarico, il Dott. *Persona_4*, specialista in Malattie Infettive.
La ricorrente nominava, quali CCTTPP, il Dott. *Persona_5*, medico legale, ed il Dott. *Persona_6*, Infettivologo, mentre la difesa della resistente nominava, quale medico legale, il Dott. *Persona_7* ed il Dott. *Persona_8* quale Infettivologo.
Le operazioni peritali avevano inizio il giorno 06.12.2019 ed al termine delle stesse i CCTTUU rispondevano al quesito loro affidato dal Tribunale depositando l'elaborato tecnico che si produce (**doc. 07**) e che si chiede venga acquisito agli atti del presente giudizio.
Secondo i Consulenti incaricati dal Giudice, il sig. *Parte_2* in data 28.09.2015 risultava colonizzato da KPC, germe di cui non era portatore all'ingresso nel reparto di Terapia intensiva in data 07.09.2015.
Successivamente si sviluppava un'infezione sistemica a carico del polmone e del sito chirurgico (ferita sternale): setticemia attribuibile ai cateteri vascolari risultati tutti positivi per KPC e compatibile con la sepsi con shock settico che portò a decesso il paziente.
Pertanto, la colonizzazione da KPC e la susseguente infezione sistemica con shock settico rappresentano anelli causali che hanno portato al decesso del sig. *Parte_2*
L'evento clinico infettivo è risultato correlato al decesso con elevata probabilità causale, considerando che prima dell'episodio le condizioni cliniche erano in lento miglioramento, preludendo ad un recupero sotto il profilo prognostico.
In conclusione, i CCTTUU hanno stabilito che **l'infezione da KPC che ha determinato il decesso del Sig.** *Parte_2* **è addebitabile ad un'inadeguata gestione del Paziente da parte della** *Controparte_3* **, in quanto non appare**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

dimostrabile che siano state applicate correttamente e/o compiutamente l'insieme delle misure di prevenzione della diffusione del germe.
Secondo i Dottori *Per_3* e *Persona_4* manca, infatti, non solo la prova della corretta esecuzione e dell'approccio ai diversi punti riportati nei documenti procedurali prodotti dalla difesa della resistente, ma soprattutto la dimostrazione dell'azione di controllo sulla loro corretta applicazione, sia dal punto di vista generale che, e soprattutto, nel caso oggetto di valutazione (cfr. pagg. 29 e 30 doc. 07).

****

In punto "quantum debeatur"
Ai fini della determinazione dell'ammontare dei danni sofferti dalla ricorrente "*iure proprio et hereditatis*" in conseguenza del grave lutto, si dovranno tenere in considerazione le seguenti poste di danno.
1. Alla sig.ra *Pt_1* andrà riconosciuto a titolo personale, "*iure proprio*", il risarcimento del danno non patrimoniale, con riguardo al pregiudizio afferente alla perdita del rapporto parentale. Tali pretese risarcitorie, afferendo un prossimo congiunto del de cuius, dovranno essere valutate nell'ambito della responsabilità extracontrattuale. Le stesse consistono nel:
a) "danno da perdita del rapporto parentale": tale richiesta trova il suo fondamento nella lesione del diritto a conservare e coltivare la relazione parentale e, quindi, a godere nel quotidiano di quell'insieme di relazioni a presidio delle quali si collocano gli artt. 2, 29 e 30 della Costituzione.
Detta posta di danno si concreta quindi nell'irrimediabile, oggettiva e peggiorativa alterazione degli assetti affettivi e relazionali all'interno della famiglia derivante dalla morte del prossimo congiunto; nel vuoto costituito dal non poter più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti (ex plurimis: Cass. Civ. sentenza n. 10107/2011; Cass. Civ. sentenza n. 1933/2007 e Cass. Civ. sentenza n. 13546/2006).
Come confermato recentemente dalla Corte di Cassazione, la liquidazione finalisticamente unitaria del danno da perdita del rapporto parentale ha il significato di attribuire al soggetto una somma di denaro che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito tanto sotto l'aspetto della sofferenza interiore, quanto sotto quello dell'alterazione/modificazione peggiorativa della vita di relazione in ogni sua forma e considerata in ogni suo aspetto (Cass. Civ. n. 9196/2018).
Si rammenti, peraltro, che il risarcimento del danno non patrimoniale subito dai congiunti della vittima di un fatto illecito non richiede una prova specifica della sussistenza di tale danno, ove la sofferenza patita dai parenti possa essere accertata, in via presuntiva, sulla base di circostanze, quali lo stretto vincolo familiare, di coabitazione e/o di frequentazione, idonee a dimostrare l'esistenza di un legame affettivo (Cass. Civ. n. 10823/2007, Cass. Civ. n. 1410/2011).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

La sofferenza patita dal prossimo congiunto di persona ferita in modo non lieve (il che varrà a maggior ragione per persona deceduta) è già stata, infatti, riconosciuta dalle Sezioni Unite come danno non patrimoniale risarcibile (Cass. Civ. Sez. Un. 1 luglio 2002 n. 9556) e un tale pregiudizio, consistente in un moto dell'animo, non è provabile in concreto con le cd. prove storiche, ma solo facendo ricorso alle prove cd. critiche, prima tra tutte la prova presuntiva (art. 2727 c.c.).
Tale prova, sempre secondo la Corte, se da un lato non può essere svilita ad "una mera massima d'esperienza", dall'altro lato deve essere cercata anche d'Ufficio, qualora la parte abbia dedotto e provato i fatti noti che ne possano costituire il fondamento, essendo un "*ragionamento logico-deduttivo che consente di risalire a fatti ignorati partendo da fatti noti*" (orientamento confermato anche dalla recente Cass. Civ., Sez. III°, sentenza n. 17058 del 11.07.2017).
Tra la vittima e l'odierna ricorrente, in ragione del rapporto di coniugio, intercorreva un rapporto di convivenza, amore ed affidamento reciproco.
Il danno da perdita del rapporto parentale conseguente alla morte di un prossimo congiunto deve essere integralmente risarcito, come più volte affermato dalla Corte di Legittimità, mediante l'applicazione di criteri di valutazione equitativa, rimessi alla prudente discrezionalità del Giudice, tenendo conto dell'irreparabilità della perdita della comunione di vita e di affetti e dell'integrità della famiglia facendo riferimento ai parametri aggiornati indicati dalle Tabelle in uso al Tribunale di Roma, così come sancito dalla Corte di Cassazione, Sez. III, con sentenza n. 10579 del 21.04.2021 e come recentemente confermato con sentenza n. 11689 dell'11.04.2022.
Passando all'esame del caso di specie, si evidenzia come le tragiche circostanze che hanno determinato l'improvvisa morte del sig. *Parte_2* abbiano generato grande turbamento ed un insanabile dolore nell'animo della sig.ra *Pt_1*
Sebbene sia difficile, e soprattutto assolutamente riduttivo, fornire una descrizione del rapporto che univa l'odierna ricorrente al de cuius, del legame e degli equilibri che caratterizzavano questa coppia, si tenterà comunque di dare al Giudice un quadro delle conseguenze che può aver comportato il decesso del sig. *Parte_2* in capo alla di lui moglie.
a.1 Il sig. *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1* si sono fidanzati nel [redacted] ed hanno iniziato a convivere nel [redacted]
a.2 il sig. *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1* avevano un legame quasi simbiotico, caratterizzato da grande affiatamento e complicità;
a.3 il sig. *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1* cenavano assieme al ristorante almeno una volta alla settimana;
a.4 il sig. *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1* trascorrevano una serata o una giornata assieme agli amici almeno una volta alla settimana;
a.5 il sig. *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1* erano soliti fare lunghe passeggiate assieme all'aria aperta;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

a.6 il sig. *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1* ogni fine settimana, trascorrevano una giornata assieme in un luogo di villeggiatura o visitando una città d'arte.
a.7 A conferma di quanto detto, si allegano n. 8 fotografie scattate in occasioni diverse che ritraggono la sig.ra *Parte_1* ed il sig. *Parte_2* (**doc. 08**).
a.8 Il sig. *Parte_2* era candidato per il trapianto di un rene e tale organo gli sarebbe stato donato dalla moglie, sig.ra *Parte_1*
a.9 Dopo la scomparsa del sig. *Parte_2* la sig.ra *Pt_1* si è chiusa in sé stessa, rifiutando di uscire con gli amici e di far visita ai parenti.

*****

b) Alla sig.ra *Pt_1* dovrà altresì essere riconosciuto, a titolo di danno patrimoniale, il rimborso delle spese sostenute per la consulenza medico-legale di parte, pari ad Euro 2.900,00 (**docc. 09 e 10**); gli onorari dei CCTTUU, pari ad Euro 4.440,00 (**docc. 11 e 12**); gli onorari di C.T.P. per l'assistenza nel procedimento di consulenza tecnica preventiva, pari Euro 13.542,00 (**docc. da 13 a 16**); nonché le spese sostenute per il rilascio di copia della cartella clinica (**doc. 17**) e le spese funerarie (**doc. 18**).

*****

2. Alla sig.ra *Parte_1* nella sua qualità di avente diritto del sig. *Parte_2* *[...]* andranno pure riconosciute, pro quota e iure hereditatis (**docc. 19 e 20**), le seguenti poste di danno, da valutare nell'ambito della responsabilità contrattuale:
a) il danno biologico terminale, consistente nei postumi invalidanti subiti dal defunto nel periodo intercorrente tra il compimento del fatto illecito e il decesso, non essendo la morte del paziente seguita immediatamente alle omissioni dei sanitari che lo ebbero in cura, bensì dopo 51 giorni (vds. tra le più recenti Cass. civ., sez. III, 26/05/2020, n.9861 e Corte Appello Genova, sez. II, 13.08.2020, n.785).
b) il cd. danno catastrofale o danno morale terminale, ossia la sofferenza patita dalla vittima nell'avvicinarsi della fine della propria vita, connessa alla lucida e cosciente percezione della gravità della sua condizione e dell'ineludibilità del termine della propria esistenza (Cass. civ. 26.05.2020, n. 9888. e Cass. civ. 20.06.2019. n. 16592).
Entrambe le suestese poste di danno andranno calcolate applicando le Tabelle in uso presso il Tribunale di Milano.

* * * *

Nella denegata, ma non creduta, ipotesi in cui venisse accertato, invece, che la condotta inadeguata dei sanitari che ebbero in cura il sig. *Parte_2* ha cagionato, non già il decesso di quest'ultimo, ma la privazione della possibilità di conseguire un risultato migliore, allora alla sig.ra *Parte_1* andrà riconosciuto, in via gradata, sempre pro quota e iure hereditatis:
c) il "danno da perdita di chance di sopravvivenza" consistente nella perdita, da parte del de cuius, della possibilità di godere di una maggiore durata della vita.
La Suprema Corte ha infatti affermato, con la nota sentenza n. 4400 del 2004 che "*in una situazione in cui è certo che il medico ha dato alla patologia sottopostagli una risposta errata o in ogni caso inadeguata, è possibile affermare che, in presenza di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

fattori di rischio, detta carenza (che integra l'inadempimento della prestazione sanitaria) aggrava la possibilità che l'esito negativo si produca. Non è possibile affermare che l'evento si sarebbe o meno verificato, ma si può dire che il paziente ha perso, per effetto di detto inadempimento, delle chances, che statisticamente aveva, anche tenuto conto della particolare situazione concreta. Com'è stato ormai da tempo evidenziato, tanto da autorevole dottrina quanto dalla giurisprudenza di questa Corte, la chance, o concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato, non è una mera aspettativa di fatto ma un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile d'autonoma valutazione, onde la sua perdita, "id est" la perdita della possibilità consistente di conseguire risultato utile del quale risulti provata la sussistenza, configura un danno concreto ed attuale (ex pluribus Cass. 10 novembre 1998 n. 11340, 15 marzo 1996 n. 2167, 19 dicembre 1985 n. 6506).
Siffatto danno, non meramente ipotetico o eventuale (quale sarebbe stato se correlato al raggiungimento del risultato utile), bensì concreto ed attuale (perdita di una consistente possibilità di conseguire quel risultato), non va commisurato alla perdita del risultato, ma alla mera possibilità di conseguirlo".
Da ultimo la Corte di Cassazione, con la fondamentale sentenza n. 28993 del 11 novembre 2019 ha affermato che "*in tema di lesione del diritto alla salute da responsabilità sanitaria, la perdita di chance a carattere non patrimoniale consiste nella privazione della possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (la maggiore durata della vita o la sopportazione di minori sofferenze) conseguente – secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica – alla condotta colposa del sanitario ed integra evento di danno risarcibile (da liquidare in via equitativa) ove risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza*".

***

Trattandosi di debiti di valore, sui predetti importi dovrà essere applicata la rivalutazione monetaria da effettuarsi, secondo l'insegnamento della Suprema Corte, anno per anno, con gli interessi compensativi da calcolarsi sul capitale via via rivalutato (Cass. civ., sez. II, 18.2.2010 n. 3931; Cass. civ., sez. III, 3.3.2009 n. 5054; Cass. civ., sez. III, 10.3.2006 n. 5234 e Cass. civ., sez. III, 25.1.2002 n. 883)".

La resistente *Controparte_1* si è ritualmente costituita in giudizio, contestando l'ammissibilità e la fondatezza del ricorso avversario per le ragioni così esposte nella propria memoria difensiva di costituzione:

"**3. IN VIA PRELIMINARE:**
3.1. SULL'INAMMISSIBILITÀ DEL RICORSO AVVERSARIO – TARDIVA INSTAURAZIONE DEL GIUDIZIO IN VIOLAZIONE DELLA LEGGE 24/2017.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

La scrivente difesa rileva come il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. necessario per la procedibilità della domanda sia stato depositato innanzi al Tribunale di Ravenna in data 8.10.2019 e come, dunque, il procedimento non si sia concluso entro il termine perentorio di sei mesi (ossia entro l'8.04.2020) risultando l'elaborato peritale depositato in data 27.04.2020. In base alla legge 24/2017 entrata in vigore il 1.4.2017, la quale trova immediata applicazione processuale (con conseguente necessità per il danneggiato all'instaurazione del tentativo obbligatorio di conciliazione a mezzo di ricorso ex art. 696 bis c.p.c. o, in via alternativa, di procedura di mediazione) anche in relazione a fatti occorsi precedentemente alla sua entrata in vigore ma non sostanziale non avendo quest'ultima efficacia retroattiva, laddove la vicenda verta – come nel caso di specie - su fatti anteriori alla sua entrata in vigore, si eccepisce l'inammissibilità del riscorso per la tardività con cui controparte ha instaurato il procedimento ex art. 702 bis c.p.c. In base infatti alla formulazione dell'art. 8 della Legge 24/17 in base al quale "*ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'art. 702 bis del codice di procedura civile*".
Orbene, il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. è stato depositato in data 15.07.2022 e dunque a distanza di un anno dalla scadenza del termine perentorio di sei mesi di cui sopra e non, come invece doveva essere, entro i successi 90 giorni. Il mancato rispetto del predetto termine determina la perdita della possibilità di ancorare gli effetti della domanda agli accertamenti di cui al precedente ricorso depositato ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c. In buona sostanza, la proposizione della domanda oltre il predetto termine determinerà il venir meno di quell'ancoraggio e/o legame al ricorso per ATP precedentemente istaurato e ciò, dunque, a ritenere la predetta domanda totalmente infondata con la conseguenza che il giudizio pendente andrà incontro ad estinzione per inattività delle parti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 307, 3° comma, c.p.c.
In subordine, nel caso in cui codesto ill.mo Tribunale adito non dovesse accogliere la predetta tesi e, dunque, non dovesse pronunciarsi per l'estinzione del giudizio pendente, preme evidenziare come l'omessa tempestiva proposizione del ricorso ed il conseguente venir meno del sopra citato "ancoraggio" al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. precedentemente istaurato, determini la perdita del valore probatorio della stessa ctu medico legale resa all'esito del procedimento di accertamento tecnico preventivo, la quale pertanto non potrà rappresentarsi come valido elemento probatorio a fondamento della domanda della ricorrente. Se è infatti vero che ill.mo Giudicante è libero di valutare discrezionalmente gli elementi posti da ciascuna parte a fondamento della propria pretesa, va da sé il venir meno di una qualsivoglia valenza probatoria della ctu resa in sede di ATP, la quale andrà unicamente a costituire un indizio discrezionalmente valutabile dal Tribunale adito, così analogamente a qualsivoglia relazione di parte.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Se, infatti, l'obiettivo della predetta riforma è quello di far sì che la C.T.U. espletata in sede di ATP sia acquisita nel successivo procedimento sommario di cognizione così a fondarlo senza necessità di procedere ad altre operazioni peritali, è evidente come, nel caso di specie, la relazione resa nel giudizio di ATP non possa trovare automatico riconoscimento nella causa pendente, con conseguente necessità del suo rinnovo e ciò, a maggior ragione, alla luce delle osservazioni redatte in risposta alla bozza del medesimo elaborato peritale alle quali la scrivente difesa si richiama integralmente e di cui si dirà meglio innanzi.

3.2. SULLA RITENUTA INCOMPATIBILITA' DELLA FATTISPECIE CON IL PROCEDIMENTO AZIONATO DA CONTROPARTE – ISTANZA DI TRASFORMAZIONE DEL RITO.

La difesa avversaria, nel notificare il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. dà atto di una vicenda obiettivamente complessa causa del danno sofferto dalla ricorrente che, a parere della scrivente difesa, risulta inconciliabile con una istruzione sommaria. Tenuto conto della natura del procedimento azionato e del fatto che l'art. 54 Legge n. 69/09 lo individua come il prototipo dei procedimenti in cui "*sono prevalenti i caratteri di semplificazione della trattazione o dell'istruzione della causa*", va da sé che la valutazione di compatibilità con l'istruttoria sommaria debba afferire principalmente all'accertamento della complessità della controversia alla luce della natura ed entità delle questioni di fatto e di diritto controverse, anche a prescindere dalla tipologia di mezzi di prova articolati dalle parti. In tale contesto, ci pare quindi che il delicato oggetto di causa, la netta contrapposizione fra le parti sull'an e sul quantum della pretesa azionata, i rilevi evidenziati avverso l'elaborato peritale reso nell'ambito del giudizio di ATP, depongano per la trattazione della causa secondo il rito ordinario e, così, per l'assunzione da parte del Giudice dei provvedimenti di cui all'art. 702 ter, secondo comma, c.p.c.. Ciò, a maggior ragione, considerato che gli stessi esiti dell'ATP (di cui si dirà meglio di seguito) risultano del tutto discutibili, non condivisibili e contraddittori e ciò a fondare la richiesta di rinnovazione dell'elaborato peritale. Non solo, la stessa richiesta di controparte d'ammissione di prova orale, determina la necessità che la causa sia trattata con rito ordinario e non a mezzo del procedimento ex adverso azionato. In ragione di quanto sopra, la scrivente difesa chiede che l'ill.mo Tribunale adito si pronunci per la conversione del giudizio pendente nelle forme e nei termini del rito ordinario.

Alla luce di quanto sopra, la scrivente difesa eccepisce l'inammissibilità dello strumento processuale azionato da controparte alla luce della normativa di recente introduzione e chiede la trasformazione del rito.

*** *** ***

4. IN FATTO.

4.1. Il sig. *Parte_2* di anni 60, presentava al momento del suo ingresso a *[...]* *Controparte_1* un'anamnesi positiva per episodi pregressi di manifestazioni cliniche da herpes zoster, ipertensione arteriosa, vasculopatia cerebrale cronica con esiti documentati alla TAC, seppur non rilevabili clinicamente, diabete mellito di tipo 1 dall'età di 15 anni complicato nel tempo con retinopatia laser-trattata, neuropatia agli arti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

inferiori e nefropatia cronica giunta al V° stadio con necessità di recente utilizzo della dialisi peritoneale ed emodialisi tramite catetere doppio nel lume venoso giugulare interno destro ed in lista per eventuale trapianto renale.
Negli anni precedenti, il paziente era stato ricoverato per scompenso cardiaco. A luglio 2015, a seguito di visita cardiologica, veniva posta indicazione all'esecuzione di coronarografia per la comparsa di dispnea a seguito di sforzi lievi. Lo studio coronarografico, effettuato ad agosto 2015, attestava la presenza di una malattia coronarica trivasale.
Nel settembre 2015 il paziente si sottoponeva ad esame TAC encefalo che evidenziava una sofferenza microvascolare cronica con esiti ischemici non recenti. Un successivo ecocardiogramma confermava la presenza di un ventricolo sinistro dilatato con ipocinesia apicale e della parete postero-laterale ed una FE del 35%.
In data 07.09.2015 il paziente era ricoverato presso *Controparte_1* (doc. 3) a seguito di trasferimento in urgenza dall *CP_2* di Ferrara per "coronaropatia trivasale in diabete mellito tipo 1, complicato da retinopatia, neuropatia, ed insufficienza renale cronica con recente inizio di emodialisi". Si associava inoltre una storia di scompenso cardiaco con FE del 35% ed insufficienza mitralica moderata.
Sulla base della sintomatologia clinica e degli accertamenti strumentali effettuati, veniva posta indicazione all'esecuzione di una "ri-vascolarizzazione miocardica chirurgica". Effettuate le indagini di routine comprensive del RX del torace, l'ECG, gli esami ematochimici del protocollo di cardiochirurgia, l'ecocardio preoperatorio e dei tronchi sovra-aortici, a seguito di valutazione degli esiti di detti esami, veniva attribuito al sig. *Parte_2* un euroscore di 3 con un logistico di 2,53% ed un euroscore II del 4,06, con ASA di IV, rischio anestesiologico associato elevato e rischio chirurgico molto elevato.
Prima di procedere con l'esecuzione della procedura interventistica veniva acquisito il valido consenso del paziente all'esecuzione della procedura interventistica programmata.
In data 08.09.2015 il sig. *Parte_2* era sottoposto a procedura chirurgica: il paziente entrava in sala alle 07:45 e, successivamente, veniva condotto in terapia intensiva alle 15:40.
Il decorso post-operatorio era complicato inizialmente da insufficienza cardiocircolatoria acuta con necessità di supporto inotropo e vaso-pressorio moderato ed un monitoraggio emodinamico invasivo con swan-ganz. Al fine di osservare e registrare eventuali variazioni erano eseguiti più controlli ecocardiografici ed il paziente era mantenuto in ventilazione meccanica prolungata. Nel contempo venivano effettuati diversi cicli di emofiltrazione vista anche l'importante insufficienza renale cronica in cui versava il paziente. Si manifestavano inoltre episodi recidivanti di aritmie ventricolari maligne trattate con un controllo caliemico stretto, terapia anti-aritmica e ripetute defibrillazioni.
In data 13.09.2015, visto il quadro emodinamico, si procedeva in emergenza ad un ristudio coronarografico che attestava condotti arteriosi pervi e ben funzionanti; tuttavia per la presenza di ipotensione si decideva di posizionare il contropulsatore.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

In data 15.09.2015, per il persistere di aritmie maligne e la prevenzione di episodi di fibrillazione ventricolare, veniva programmato l'impianto di un defibrillatore bicamerale. I giorni successivi erano caratterizzati da fasi alterne di criticità e di stabilità emodinamica. Il paziente veniva sottoposto a ripetuti cicli di emofiltrazione e poi svezzato dal contropulsatore.
In data 28.09.2015 i sanitari decidevano, in ragione del protrarsi della ventilazione meccanica assistita, di intervenire con una tracheostomia dilatativa percutanea. Contestualmente iniziava la nutrizione per via enterale con lento e progressivo svezzamento dagli inotropi e dai vaso-pressori senza, tuttavia, riuscire a svezzare completamente il paziente dalla dipendenza della somministrazione dei farmaci vaso-pressori per il persistere della tendenza ipotensiva.
Nei giorni successivi le condizioni restavano critiche con andamento altalenante per il rilievo di aumento e la riduzione della bilirubina e degli indici di flogosi; anche l'emodinamica alternava fasi di instabilità a momenti critici con la necessità di un supporto di noradrenalina a scalare. Vista la fragilità clinica del paziente che già di base presentava importanti comorbilità, a far data dal 28.09.2015, nei consueti monitoraggi microbiologici, iniziavano ad evidenziarsi alcuni segni di infezione (sviluppo di un bronco aspirato positivo e la positivizzazione del tampone anale con klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae KPC). Nonostante la terapia antibiotica sistemica prontamente impostata nel corso della degenza si svilupparono, nelle ultime due settimane, due episodi distinti di batteriemia e quindi un'infezione superficiale del sito chirurgico primario ed infine uno shock settico refrattario a qualunque terapia con conseguente decesso del paziente nonostante fosse stata impostata un'appropriata e tempestiva terapia antibiotica e fossero state osservate tutte le indicazioni con precauzioni da contatto oltre che le precauzioni standard.
4.2. Secondo la tesi argomentativa avversaria, sussisterebbe la responsabilità di *[...] Controparte_1* in ragione del manifestarsi dell'evento infettivo il quale alla luce degli esiti istruttori è risultato correlato al decesso con elevata probabilità causale, considerato che prima dell'episodio le condizioni cliniche erano in lento miglioramento preludendo ad un recupero sotto il profilo prognostico (ricorso, pag. 4). Fonda dunque controparte la propria domanda alla luce degli esiti della ctu che ha stabilito che "*l'infezione da KPC che ha determinato il decesso del sig. Parte_2 è addebitabile ad un'inadeguata gestione del Paziente da parte della Controparte_3 [...], in quanto non appare dimostrabile che siano state applicate correttamente e/o compiutamente l'insieme delle misure di prevenzione della diffusione del germe". Richiamandosi quindi alle conclusioni dei ccttuu, mancherebbe "la prova della corretta esecuzione e dell'approccio ai diversi punti riportati nei documenti procedurali ma soprattutto la dimostrazione di controllo sulla loro corretta applicazione sia da punto di vista generale che, e soprattutto, nel caso oggetto di valutazione*" (ricorso pag. 5).
5. <u>GLI ESITI ISTRUTTORI: ISTANZA DI RINNOVAZIONE DELLA CTU MEDICO LEGALE RESA IN SEDE DI ATP.</u>

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

5.1. La relazione medica depositata in sede di giudizio di ATP sulla base della quale controparte fonda la propria domanda così ha concluso:
"*- Il Sig.* Parte_2 *al momento dell'accesso presso la* CP_3 [...] CP_3 *di* CP_2 *era affetto da una coronaropatia trivasale in diabete mellito tipo 1 complicato da retinopatia, neuropatia ed insufficienza renale V stato in recente trattamento emodialitico;*
- in data 08.09.2015 il Paziente eseguiva un intervento cardio-chirurgico di rivascolarizzazione miocardica in circolazione extra-corporea;
- l'intervento era necessario e non si ravvedono elementi di censura nello stesso;
- il post-operatorio si caratterizza per l'insorgenza di insufficienza cardio-circolatoria con necessità di supporto inotropo e ricovero in terapia intensiva;
- la morte avvenne dopo 51 giorni di ricovero in terapia intensiva per uno shock settico refrattario alle terapie ida Klebsiella Pneuomiae carbapemenasi-produttrice (KPC);
- si sottolinea che il quadro patologico pre-esistente - di rilevante entità - ha certamente concorso all'instaurarsi della morte: se è pur vero che senza l'infezione il Paziente non sarebbe deceduto, si deve considerare che le condizioni cliniche complessivamente scadute hanno certamente giocato un ruolo di tutto rilievo nell'innesco letifero, impedendo un'adeguata risposta alle terapie;
- l'infezione da KPC che ha determinato il decesso del Sig. Parte_2 *è addebitabile ad una inadeguata gestione del Paziente da parte della* Controparte_3 [...] *: infatti non appare dimostrabile che siano state applicate correttamente e/o compiutamente l'insieme delle misure di prevenzione della diffusione del germe*".
5.2. Premesse le conclusioni della ctu medico legale, la scrivente difesa chiede la sua rinnovazione ritenendo che i periti non abbiano risposto adeguatamente ed in modo esaustivo alle osservazioni inviate dai consulenti di parte della struttura, dott.ri Per_8 e Per_7 (doc. 4) che in questa sede si richiamano integralmente.
Evidenti sono infatti le diverse contraddizioni e le errate valutazioni dei periti d'ufficio in forza delle quale risulta opportuno, a parere della scrivente difesa, procedere con la sua rinnovazione. Precisamente, si fa istanza di rinnovazione dell'elaborato peritale per i seguenti motivi:
a) i periti incorrono in contraddizioni laddove nel rispondere alle osservazioni dei ccttpp della resistente, dapprima confermano "una situazione di elevata criticità propria della Regione Emilia Romagna" (ctu pag. 32) e, successivamente, concludono che "non è accettabile definire per qualsiasi evento avverso correlato all'assistenza sanitaria che nel singolo caso l'evento fosse non prevenibile" (ctu pag. 33) ritenendo che "quanto in concreto fatto nel caso del sig. Parte_2 non è stato documentato dai sanitari né in altra forma fornito in forma probante". Nel ribadire come tutte le realtà ospedaliere operino in regine anti-sepsi, e dunque, nella consapevolezza che il rischio infettivo non potrà mai essere pari a zero, nel caso di specie hanno certamente avuto un ruolo determinante le innumerevoli comorbosità del paziente tali per cui questo era un soggetto "più vulnerabile" a contrarre le infezioni. L'elaborato peritale non ha considerato tale aspetto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

e non ha nemmeno valutato l'incidenza di tali comorbosità (ASA IV) nel determinismo dell'evento lesivo.

b) Contrariamente a quanto sostenuto dai consulenti d'ufficio la prova stessa dell'applicazione, in concreto, dei protocolli si evince implicitamente dalla circostanza che l'infezione da KPC non ha raggiunto il torrente ematico sino al 27 settembre e ciò a significare che il paziente ha trascorso un mese presso i locali di *Controparte_1* senza nulla contrarre pure essendo un soggetto, come già evidenziato, in ragione delle molteplici comorbosità, ad alto rischio poiché sottoposto a diverse procedure quali il monitoraggio invasivo con cateteri arteriosi polmonari, ventilazione meccanica, cicli di emofiltrazione, ristudio coronarografico, posizionamento di contropulsatore, impianto di defibrillatore bicamerale, tracheostomia percutanea, nutrizione enterale.

c) sussiste altresì contraddittorietà nell'elaborato laddove i consulenti affermano che "in definitiva non è stata fornita prova – né sarebbe in onestà possibile data la complessità e l'attuale livello organizzativo delle strutture assistenziali – della applicazione, e in particolare della corretta applicazione, di tutte le indicazioni procedurali che hanno coinvolto l'assistenza del sig. *Parte_2* (ctu, pag. 34). In buona sostanza, i periti riconoscono l'impossibilità di una tale prova che a ben vedere sarebbe "diabolica" non potendo certamente la struttura provare l'adempimento di tutto il proprio personale alle misure messe in atto al fine di evitare il rischio infettivo. A fronte infatti di una tale prova "diabolica" i periti avrebbero dovuto considerare l'infezione quale complicanza e, dunque, quale evento prevedibile ma non prevenibile e così mandare esente da responsabilità la struttura. Certamente, e in ciò è ravvisabile la contraddizione interna dei ctu, non potrà parlarsi di omessa prova se, come concludono i consulenti, detta prova non sarebbe nei fatti possibile.

In ragione di quanto sopra, la scrivente difesa insiste per la rinnovazione della ctu medico legale o, in subordine, per i chiarimenti dei ccttuu sui predetti punti sopra indicati.

5. <u>NEL MERITO: ASSENZA DI RESPONSABILITA' DI</u> *CP_1* *[...]* **<u>.</u>**

Fermo quanto sopra detto circa la necessità della rinnovazione dell'elaborato peritale, la scrivente difesa non può che ribadire la correttezza del proprio operato e l'assenza di una qualsivoglia sua propria responsabilità in relazione al decesso del sig. *Parte_2*

La resistente, infatti, ha dato corretta e diligente esecuzione alla prestazione sanitaria alla quale si era direttamente obbligata nei confronti del paziente ponendo in essere tutte le misure idonee e necessarie al fine di evitare o contenere al massimo il rischio infettivo. Contrariamente a quanto affermato da controparte il manifestarsi dell'infezione non presuppone affatto l'asserita violazione delle norme in tema di prevenzione, considerato che le infezioni nosocomiali possono verificarsi in modo del tutto indipendente dal corretto operato della struttura e, quindi, anche in presenza della sua diligente condotta, non potendo mai essere pari a zero il rischio infettivo. Rileva evidenziare come la stessa ctu abbia escluso totalmente la responsabilità dei sanitari della struttura "relativamente alle indicazioni e alle modalità degli interventi chirurgici" (ctu, pag. 28) e come abbia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

correttamente valutato la copiosa documentazione prodotta così confermando "*l'attenzione nei confronti della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza*" precisando altresì che "*si tratta certamente di un percorso virtuoso finalizzato a ridurre in misure sempre maggiore l'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza*" (ctu, pag. 30). Ciò nondimeno, i consulenti d'ufficio, come già evidenziato, sono incorsi nel chiaro errore di ritenere le infezioni prevenibili, quando, a ben vedere, alla luce del caso concreto e delle molteplici comorbidità del paziente, ciò doveva essere escluso. Pur vera, infatti, la prevedibilità delle infezioni, queste non possono dirsi prevenibili (o comunque prevenibili in assoluto) né, tanto meno, può gravare sulla struttura l'onere di dimostrare in concreto l'applicazione delle procedure interne trattandosi evidentemente di prova impossibile c.d. "diabolica". Lo stesso esame dei fatti e, dunque, la stessa considerazione che il sig. *Parte_2* fino alla data 28 settembre non registrava alcuna colonizzazione di KPC (solo evento infettivo ritenuto dai consulenti d'ufficio determinante il decesso) prova l'adempimento in concreto degli obblighi di cui ai protocolli prodotti e conferma l'impossibilità di pervenire ad una totale esclusione del rischio infettivo nonostante la messa in opera di tutte le più idonee misure preventive. Ciò, a maggior ragione, si ribadisce, in presenza di pazienti, quale era il sig. *Parte_2* sottoposti ad intervento cardiochirurgico e, quindi, a perfusione extracorporea che vanno incontro ad episodi di bassa portata, come accaduto nella fattispecie concreta. In questi casi, specificatamente, la bassa portata favorisce l'immissione nel torrente ematico di germi usualmente presenti a livello intestinale che possono portare, in soggetti debilitati, ospedalizzati, sottoposti a procedure invasive (posizionamento di contropulsatore, cicli ripetuti di emofiltro, ecc.), quale era il sig. *Parte_2* alla selezione di germi multiresistenti responsabili di importanti infezioni sistemiche.
Si ribadisce altresì come il rischio d'infezione nosocomiale sia insito in ogni ricovero ospedaliero posto che lo stesso non può essere in assoluto escluso o debellato pur a fronte dell'adozione, da parte della struttura medesima, di ogni dovuta e possibile cautela preventiva. Pur avendo, dunque, la struttura posto in essere tutte le misure atte a prevenire tale rischio, quest'ultimo non può dirsi mai totalmente eliminato e ciò indipendentemente dalla diligente e corretta condotta della stessa e del suo personale sanitario.
Controparte_1 al fine di dimostrare la corretta messa in opera di tutte le misure atte ad evitare l'insorgenza di possibili eventi infettivi e, dunque, l'applicazione alle prescrizioni contenute nelle "Linee Guida per la definizione degli standards di sicurezza di igiene ambientale dei reparti operatori" elaborate, a suo tempo, dal *Controparte_4* *[...]*, da atto dell'adozione di specifici protocolli interni volti a disciplinare, con particolare rigore, le procedure di pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei blocchi operatori e della strumentazione chirurgica. A ciò si aggiunga la costante attenzione prestata dai competenti organi di vigilanza, in ordine al rispetto, da parte degli operatori interni, di tutte le cautele, dalle più elementari (come procedere ad accurato lavaggio delle mani prima di ogni intervento, all'indossare sempre indumenti e guanti sterili, al preparare le attrezzature e le soluzioni sterili solo immediatamente prima dell'uso) alle

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

più sofisticate; il tutto chiaramente al fine di evitare che, da atteggiamenti di semplice leggerezza o noncuranza del personale, possano derivare serie conseguenze in termini di salute per i pazienti.
Tali prescrizioni sono state chiaramente rispettate anche in occasione del ricovero del sig. *Parte_2* avendo il personale medico e paramedico adottato tutte le precauzioni necessarie per eliminare ogni possibile fonte di infezione e, una volta quest'ultima accertata, posto in essere tutte le procedure prescritte ex lege al fine della sua cura.
Proprio al fine d'assicurare un monitoraggio continuo ed una costante operatività in materia di infezioni ospedaliere, si dà atto del fatto che è presente presso la stessa struttura un Comitato di Lotta alle infezioni Ospedaliere (CIO) con incarico di definire la strategia di lotta alle stesse infezioni con riferimento all'organizzazione del sistema di sorveglianza, alle misure di prevenzione, al coinvolgimento del Laboratorio Analisi, nonché alla verifica dell'applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e loro effettiva efficacia. A ciò si aggiunga che le rilevazioni microbiologiche ambientali effettuate su campioni di aria e superfici non hanno mai riscontrato la presenza di cariche microbiche superiori ai paramenti di riferimento proprio in ragione del fatto che veniva data corretta applicazione alle procedure ed ai protocolli in uso presso la struttura al tempo dei fatti nonché veniva correttamente e diligentemente eseguita la sterilizzazione dei ferri interventistici. Nella stessa cartella clinica sono indicate le etichette dei ferri utilizzati nel corso dell'intervento *de quo*.
In particolare, a dimostrazione del corretto adempimento della struttura agli obblighi di messa in opera di tutte le misure atte ad evitare eventi infettivi, la scrivente difesa deposita nuovamente la documentazione già prodotta in sede di ATP e, precisamente:
doc. 5: protocollo "igiene delle mani e corretto utilizzo dei guanti";
doc. 6: protocollo "conservazione del campo sterile vestizione asettica dell'equipe chirurgica, disinfezione del campo operatorio";
doc. 7: protocollo "bonifica dei dispositivi medici";
doc. 8: protocollo "raccomandazioni per l'uso della profilassi antibiotica in chirurgia e in aritmologia";
doc. 9: protocollo "prevenzione delle infezioni in chirurgia";
doc. 10: protocollo "raccomandazioni per misure di prevenzione delle infezioni respiratorie polmonari";
doc. 11: protocollo "linee guida per la prevenzione delle infezioni associate a dispositivi intervascolari";
doc. 12: protocollo "linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie";
doc. 13: protocollo "misure di prevenzione e di controllo nella gestione degli eventi epidemici e germi sentinella";
doc. 14: verifiche periodiche degli impianti del 15.06.15
doc. 15: verifiche periodiche degli impianti del 25.11.15
doc. 16: verifiche periodiche degli impianti del 26.11.15
doc. 17: verifiche periodiche degli impianti del 30.11.15
doc. 18 A: documentazione attestante la sterilizzazione dello strumentario

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

doc. 18 B: documentazione attestante la sterilizzazione dello strumentario
doc. 19: verbali CIO
Quanto sopra, si ribadisce, a dimostrazione del corretto operato della struttura la quale ha messo in opera tutto quanto era in suo potere al fine d'evitare il manifestarsi, presso i propri locali, di problematiche infettive.
Ne consegue che, ove mai dovesse risultare che l'infezione manifestata sia la conseguenza dell'intervento di cui è causa, ciò nondimeno non sarebbe, in ogni caso, configurabile una responsabilità di *Controparte_1* che altro non avrebbe potuto fare se non dare attuazione alle prescrizioni normative in materia, così come la stessa ha fatto.
L'accertata presenza dell'infezione manifestata dal paziente, non può infatti ritenersi sufficiente ad attribuire una qualsivoglia responsabilità "oggettiva" alla struttura, la quale deve ritenersi del tutto estranea alla materia di cui si tratta laddove, come nel caso di specie, vi sia stata la prova della corretta messa in opera di tutte le misure atte ad evitare il rischio infettivo. E', difatti, evidente come la struttura, una volta predisposti tutti i protocolli interni atti a prevenire il rischio infettivo e reso edotto il proprio personale della necessità di attenersi ai medesimi, non possa vigilare sull'operato dei sanitari e, quindi, sul concreto adempimento di questi alle predette procedure. E se, evidentemente, le scelte procedurali e di cura sono rimesse all'operato dei sanitari, non può in alcun modo affermarsi una responsabilità della struttura per culpa in vigilando et eligendo posto che, "in assenza di specifiche allegazioni e prove delle parti sul punto, si reputa inesigibile pretendere che la clinica potesse controllare l'operato dei medici all'interno della camera operatoria o fosse tenuta a realizzare qualsivoglia selezione (ulteriore rispetto alla sussistenza dei titoli formali) dei liberi professionisti autorizzati a operare al suo interno. (Tribunale di Torino – dott.ssa Demaria del 15 maggio 2014).
Ciò nondimeno, la struttura ha fatto tutto quanto era in suo potere per istruire ed informare il proprio personale quanto al rispetto dei protocolli vigenti. Ad integrazione di quanto sopra, a dimostrazione del proprio corretto operato nel caso concreto quanto al ricovero del sig. *Parte_2* la struttura resistente, ad integrazione di quanto prodotto in sede di ATP, deposita la seguente ulteriore documentazione:
- al fine di provare il corretto apprendimento del proprio personale assistenziale, si evidenzia come questo sia stato adeguatamente "formato" avendo partecipato ai corsi di formazione relativamente alle infezioni nell'anno 2014 e 2015. A fine corso, il personale, conseguiva l'attestato di partecipazione che prevedeva il superamento di un test finale (**doc. 20**).
- Quanto alla dimostrazione della corretta applicazione delle indicazioni procedurali, si precisa come ogni nuovo assunto (medico, infermiere, tecnico) ricevesse dalla Direzione un CD contenente le procedure di prevenzione delle infezioni in essere presso *[...] Controparte_1* Si allega la documentazione che veniva rilasciata unitamente al predetto CD (**doc. 21**).
- A prova di quella che era l'incidenza degli eventi infettivi nel periodo di ricovero del sig. *Parte_2* si producono le statistiche allegate ai verbali di CIO nelle quali sono

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

altresì ricomprese le statistiche dell'incidenza delle infezioni del reparto di terapia intensiva dove il paziente è stato unicamente ricoverato (**doc. 22 A-B**).

7. Ciò detto e provato, la scrivente difesa ribadisce come in più occasioni la giurisprudenza di merito si sia pronunciata mandando esente da responsabilità la struttura laddove vi fosse la dimostrazione della corretta applicazione delle misure preventive atte ad evitare il rischio infettivo e ciò pur in presenza di accertata infezione nosocomiale.

Il Tribunale di Ravenna, con la sentenza n. 818 del 31.07.2019 si è pronunciato per l'assenza di qualsivoglia profilo di responsabilità in capo alla struttura sanitaria una volta dato atto e rilevato che questa "*ha dimostrato di aver correttamente adempiuto alla propria prestazione, per quanto riguarda la prevenzione del rischio di contaminazione, mediante adozione del protocollo di "decontaminazione, pulizia, disinfezione dei dispositivi medici, organizzazione ed invio del materiale di sterilizzazione e conservazione degli endoscopi" con coinvolgimento dei reparti del comparto chirurgico, di degenza e di terapia intensiva ove restava ricoverato il paziente. La clinica ha inoltre assolto all'onere probatorio ad essa spettante circa l'esatto adempimento della prestazione di cura inerente alla somministrazione del trattamento farmacologici corretto delle infezioni prevedibili e/o in atto, infatti i consulenti medici riferivano che gli agenti microbiologici isolati venivano trattato con terapia antibiotica mirata*". Il Tribunale di Bologna, con la sentenza n. 20220 del 2.03.2018 ha così affermato: "*risulta indimostrato ed è indimostrabile come l'infezione sofferta dal V. sia stata provocata da un'omissione delle misure di asepsi…si sono evidenziate le procedure e le modalità adottate nel caso di specie per evitare le infezioni …..Ne consegue che avendo la struttura sanitaria applicato le adeguate misure di controllo e sorveglianza in base agli standards previsti dalla normativa nazionale e le necessarie misure organizzative atte ad evitare l'insorgenza della sepsi, non sussiste alcuna responsabilità*".

In ragione di ciò, anche a voler ritenere l'infezione di natura nosocomiale, a fronte del corretto operato di *Controparte_1* nulla potrà essere alla stessa addebitato per quanto tragicamente occorso al sig. *Parte_2*

*** *** ***

8. SULLA PRETESA RISARCITORIA.

Fermo quanto sopra affermato in merito all'assenza di una qualsivoglia responsabilità di *Controparte_1* ferma restando la massima comprensione per le sofferenze patite dalla ricorrente, in relazione al diritto di quest'ultima all'asserito risarcimento, si evidenzia la totale indeterminatezza delle rivendicazioni avversarie.

Con riferimento infatti al preteso diritto della ricorrente a vedersi risarcire del danno da perdita del rapporto parentale, si precisa come l'esistenza del rapporto parentale non sia di per sé circostanza sufficiente per legittimare la richiesta di un danno risarcibile in quanto spetta pur sempre all'attore/danneggiato la concreta dimostrazione di quel rapporto di affetto, di reciproco affidamento e/o di frequentazione che, nel sentire comune e al di là di riscontri puramente anagrafici, rappresenta il proprium del rapporto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

parentale. Si ribadisce come il danno in esame non sia in re ipsa e non esista, pertanto, un "minimo garantito". Ne consegue che la parte è gravata dagli oneri di allegazione e prova del danno non patrimoniale subito e il giudice deve valutare caso per caso (Cass. sentenza n. 25164/2020), liquidando il danno in base a criteri di equità "circostanziata", alla luce delle allegazioni fornite dal danneggiato rispetto a diversi profili, quali l'intensità del vincolo familiare, le abitudini di vita del defunto e dei familiari, l'età della vittima e dei superstiti (Cassazione civile, sezione III, sentenza n. 14931 del 6/09/2012). Se è, dunque, vero che la liquidazione risarcitoria per danno da perdita del familiare non può prescindere, anche per gli stretti congiunti, dall'allegazione di una pacifica convivenza del nucleo familiare, è altresì indubbio che il riconoscimento di un ristoro presupponga una sofferenza interiore e/o uno sconvolgimento dell'esistenza (conseguenti al decesso del familiare) tali da aver determinato (e da determinare) un'alterazione significativa del modo di rapportarsi con gli altri nell'ambito della vita comune di relazione, inducendo il danneggiato a scelte di vita diverse in conseguenza della perdita subita. Allegazione che deve concernere fatti precisi e specifici del caso concreto, non potendo risolversi in mere enunciazioni di carattere generico ed astratto (cfr. Cassazione civile, sezione III, sentenza n. 10527 del 13/05/2011). Quanto sopra è stato confermato dal Tribunale di Como che, con sentenza del 23.06.2016, ha ribadito come "il danno da perdita del rapporto parentale non si risolve nella mera sussistenza di un rapporto parentale, dovendosi basare su riscontri di carattere oggettivo circa la consistenza dei rapporti familiari, anche al fine di graduare il risarcimento del danno in funzione dell'intensità del legame", sul presupposto che "non esiste un minimo garantito da liquidarsi in ogni caso" e che "il giudice deve valutare caso per caso e la parte è comunque gravata dagli oneri di allegazione e prova del danno non patrimoniale subito" (Tabelle Milanesi 2018). Più recentemente, sul punto, l'orientamento giurisprudenziale ha precisato che in tema di danno alla persona da lesione della salute e così nel caso di "tutti gli altri danni alla persona conseguenti alla lesione di un valore o interesse costituzionalmente protetto, il giudice dovrà necessariamente valutare tanto le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera morale quanto quelle incidenti sul piano dinamico -relazionale del soggetto con la realtà esterna, con tutto ciò che, in altri termini, costituisce "altro da sé" (Cass. 2788/2019), precisando che tale valutazione dovrà in ogni caso condurre ad una "liquidazione unitaria del danno non patrimoniale intesa nel senso di attribuire al soggetto danneggiato una somma che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito in assenza di qualsiasi automatismo" (Cass. 901/2018) e con il "concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici" (Cass. 27888/2019). Da ultimo la Suprema Corte ha affermato che nella liquidazione del danno da perdita parentale, occorre considerare diversi parametri, come la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario, la convivenza con questi ultimi, la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta, l'età della vittima primaria e secondaria. Il danno non è riconosciuto automaticamente (in re ipsa) ma il danneggiato deve

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

dimostrare il pregiudizio patito e spetta al giudice valutare se riconoscere il ristoro (Cass. sent. 25164/2020).
Quanto invece alla pretesa rivendicata a titolo di danno jure hereditatis, è unanime la giurisprudenza nel ritenere riconducibili alla categoria dei "danni terminali", quei danni liquidabili alla vittima di lesioni mortali a condizione che il decesso non sia immediato ma avvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo; pregiudizi definiti anche come danno biologico terminale, da lucida agonia o morale catastrofale, per cui le Tabelle di Milano, hanno dettato criteri orientativi di liquidazione comprensivi anche della componente biologica temporanea (Tribunale di Torino, dott.ssa Ferrero, sentenza n. 1370 del 21.4.20). Si tratta, in buona sostanza, secondo l'insegnamento della Suprema Corte (Cass. SU 3475/2015) di danni che si verificano nel "periodo che va dal momento in cui sono provocate le lesioni a quello della morte conseguente alle lesioni stesse" a cui è correlato un diritto che si acquisisce al patrimonio del danneggiato ed è quindi suscettibile di trasmissione agli eredi; tali danni possono riguardare sia la menomazione dell'integrità psico-fisica patita dal danneggiato sino al decesso, commisurabile alla inabilità temporanea – c.d. danno biologico terminale (Cass. 15395/2016) – sia, ove il danneggiato sia cosciente e consapevole, dalla sofferenza psichica causata dalla consapevolezza della propria fine imminente – c.d. danno catastrofale o catastrofico (Cass. 23183/2014). Non solo, la liquidazione del danno terminale, proprio in quanto comprensiva di ogni voce di pregiudizio non patrimoniale patita in quel lasso di tempo, esclude la separata liquidazione del danno biologico temporaneo cd "ordinario", da intendersi quindi assorbita. Come pacificamente affermato dalla Suprema Corte "*nel caso in cui intercorre un apprezzabile lasso di tempo tra lesioni colpose e la morte causata dalle stesse è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla menomazione della integrità psicofisica patita dal danneggiato per il periodo di tempo indicato, e il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento del danno è trasmissibile agli eredi "iure hereditatis"; in questo caso, l'ammontare del danno biologico terminale sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea e tuttavia la sua liquidazione dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporanee, tale danno è massimo nella sua entità e intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed esitare nella morte*" (Cass. civ. sez. III n. 3549/2004).
Quanto, poi, alla richiesta di danno da perdita di chance svolta in via subordinata da parte ricorrente, si evidenzia come questa consista nella privazione della possibilità di conseguire un vantaggio sperato, incerto ed eventuale, che può variamente atteggiarsi in termini di migliori opportunità di cura o di maggiore durata della vita o di sopportazione di minori sofferenze; in altri termini, nel sacrificio della possibilità di un risultato migliore. Anche in questa ipotesi, al pari di ogni altro evento di danno, l'affermazione del pregiudizio da perdita di chance presuppone il necessario accertamento di un nesso di derivazione causale da una condotta colpevole (commissiva od omissiva), da effettuarsi secondo il consueto criterio della preponderanza dell'evidenza, senza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

possibilità di sovrapporre (e confondere) la possibilità costituente il contenuto della chance con la probabilità significativa sul piano eziologico. La chance, per poter rilevare sul piano risarcitorio, deve essere apprezzabile, seria e consistente (ossia non risultare talmente labile e ipotetica da non essere neppure determinabile in termini probabilistici) e, al tempo stesso, deve conservare immutato il proprio connotato di incertezza eventistica, senza tradursi in pregiudizi di diversa natura suscettibili di autonomo risarcimento. Rileva infine come la liquidazione correlata ad una perdita di chance propriamente intesa non possa che essere effettuata in via equitativa, con una valutazione commisurata alla peculiarità del caso concreto, che tenga conto delle caratteristiche della possibilità perduta e del suo grado di apprezzabilità, serietà e consistenza, mentre va sicuramente escluso il ricorso – anche mediato – ai criteri tabellari in uso per la liquidazione del danno da invalidità permanente o da inabilità temporanea che, pur attenendo a danno non patrimoniali, presuppongono la sussistenza di pregiudizi incompatibili con quello derivante da perdita di chance.
Da ultimo, si contesta e ci si oppone alla richiesta di pagamento delle spese dei ctp avversari e della consulenza medico legale di parte, trattandosi di spese non necessarie e che, pertanto, non possono gravare sulla resistente, oltre che decisamente eccessive nel loro importo risultando le spese di ctp ben maggiori rispetto all'onorario degli stessi ccttuu".

Esaminati gli atti e i documenti prodotti, il Tribunale osserva quanto segue.

Per quanto riguarda l'eccepita inammissibilità del ricorso, va ribadito quanto già rilevato con l'ordinanza del 17/05/2023, vale a dire che la procedibilità della domanda di risarcimento proposta da *Parte_1* non è esclusa dall'inosservanza del termine di novanta giorni previsto dall'art. 8, comma 3, della L. n. 24/2017 per l'introduzione del giudizio di merito, e che tale inosservanza incide solo sulla salvezza degli effetti sostanziali e processuali della domanda, prodotti dalla proposizione del ricorso *ex* art. 696-*bis* c.p.c.

Nel merito va osservato che nel caso in esame la responsabilità della struttura sanitaria in ordine al decesso del paziente emerge chiaramente dalle seguenti osservazioni e conclusioni contenute nella relazione dei C.T.U. medico-legali dott. *Persona_3* e dott. *Persona_4*, espletata nell'ambito del procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. n. 3195/2019 R.G., e ritualmente acquisita agli atti del presente giudizio:

"Il Sig. *Parte_2*, [redacted] al tempo dei fatti aveva precedenti patologici multipli: ipertensione arteriosa, dal 1969 diabete mellito tipo II insulinodipendente con recente difficile controllo glicemico con retinopatia, neuropatia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

sensitivo autosomica, e insufficienza renale in stadio V con periodica dialisi peritoneale eseguita a domicilio da giugno 2014, pregressi episodi di TIA (2000 e 2001) e vasculopatia cerebrale cronica con parestesia mano sinistra, pregressa eruzione zoosteriana, pregresso intervento per ernia inguinale destra, trombosi venosa profonda (2009) arto inferiore sinistro, asportazione endoscopica (2015) di polipi del colon, pregressa gastrite erosiva antrale einfezione tubercolare latente.
Nel corso del 2015 compariva insufficienza coronarica, documentata a marzo da scintigrafia da sforzo (ridotta riserva coronarica del 10-12% della massa ventricolare sinistra) e il 31/08/2015 da studio coronarografico eseguito durante ricovero (31/08 – 07/09/2015 U.O. Cardiologia dell [redacted] di Ferrara) che evidenziava: tronco comune indenne da lesioni, stenosi 80% dell'arteria discendente anteriore a livello prossimale-ostiale, occlusione totale dell'arteria circonflessa, stenosi 90% del ramo interventricolare posteriore e stenosi 80% del ramo postero-laterale di arteria coronaria destra. Il quadro valutato da consulente Cardiochirurgo è stato giudicato essere candidato a rivascolarizzazione chirurgica con by-pass aorto-coronarici per cui fu trasferito in data 07/09/2015 in *Controparte_5* ,
con diagnosi "*Coronaropatia critica trivasale in attesa di intervento cardiochirurgico di by-pass aorto-coronarico.*
Riduzione moderata della funzione sistolica ventricolare sinistra. Insufficienza renale severa in trattamento dialitico, in lista per trapianto renale. Ipertensione arteriosa. Diabete mellito tipo I Insulino-dipendente, Esiti di pregressi eventi ischemici cerebrali".
In data 08/09/2015 il Sig. *Parte_2* fu sottoposto ad intervento di rivascolarizzazione coronarica in CEC con confezionamento di by-pass trivasale. Nell'iniziale post-operatorio in Terapia intensiva il quadro risultò complicato da insufficienza cardiaca e respiratoria che necessito di sostegno cronico con amine vasoattive e respirazione meccanica via intubazione oro-tracheale. Per l'insufficienza renale, e per tutta la degenza, furono eseguite sedute di emodialisi veno-venosa continua. L'insorgenza di episodi recidivanti di aritmie ventricolari portò ad impianto di defibrillatore automatico impiantabile (ICD) in data 15/09/2015. In entrambi gli interventi risulta l'esecuzione di profilassi antibiotica con cefazolina con modalità aderenti alla linee guida sull'argomento.
Il 28/09/2015 persistendo la necessità di ventilazione meccanica fu eseguita tracheostomia percutanea tramite la quale fu mantenuta l'assistenza respiratoria.
Dalla data 28/09/2015 si verificarono una serie di episodi infettivi che incisero gravemente sul decorso clinico.
Il primo episodio fu una setticemia da Streptococcus faecalis esordito nell'ultima settimana di settembre – battere isolato da tre campioni di emocoltura il data 28/09/2015 e trattato dal 30/09/2015 con terapia mirata (ampicillina/sulbactam) a fronte del referto microbiologico. Le colture dei cateteri vascolari rimossi risultarono negative.
L'episodio fu curato dalla terapia antibiotica e risolto con sospensione della terapia antibiotica dal 14/10/2015.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Nonostante l'episodio infettivo in quel periodo si assistette ad un progressivo, seppur lento miglioramento del livello di coscienza, della meccanica ventilatoria e del fabbisogno di supporto cardiocircolatorio con amine che, tuttavia, furono ridotte in questa fase ma sempre somministrate in tutto il periodo di ricovero.
E' documentato tale recupero parziale nelle descrizioni presenti in cartella clinica nel diario medico: [03/10/2015] "[…] Sveglio e collaborante. Esegue ordini semplici, muove i 4 arti. Emodinamicamente stabile con modesto supporto di noradrenalina a scalare. […] tracheostomizzato e ventilato con modalità PA. Si eseguono cicli di respiro spontaneo […]"; [07/10/2015] "[…] 10.00 Respiro spontaneo, sveglio non dolore. Noradrenalina in riduzione. Eupnoico [illeg.] con buoni scambi respiratori […]"; [10/10/2015] "[…] h 11:30 Paziente vigile, in respiro spontaneo tramite cannula tracheostomica (3a gg) con scambi gassosi adeguati. Emodinamica sostenuta da noradrenalina […]"; [12/10/2015] "[…] 10.45 Paziente sveglio, contattabile. Emodinamica sostenuta da noradrenalina. Scambi gassosi accettabili in respiro spontaneo tramite tracheostomia. […]".
Il 09/10/2015 un Rx torace descrisse a livello polmonare la presenza di versamento pleurico sinistro e segni di interstiziopatia a destra. Fu eseguita toracentesi [09/10/2015] con posizionamento di drenaggio pleurico che portò a risoluzione del versamento mantenendosi i segni di impegno interstiziale bilaterale [Rx del 10/10]. In data 12 e 15/10/2015 furono eseguito broncolavaggi i cui referti colturali individuarono la presenza di Klebsiella pneumoniae multisensibile agli antibiotici.
Seppure il ceppo fosse sensibile a diverse classi antibiotiche, fu iniziata terapia con colistina e tigeciclina come se si fosse alla presenza della Klebsiella pneumoniae multiresistente carbapemenasi-produttrice (KPC), della quale il Sig. *Parte_2* era diventato portatore dal 28/09/2015, preconizzando quanto sarebbe accaduto nell'immediato futuro e testimoniando indirettamente che l'infezione da KPC era evento clinico noto fra i degenti della Terapia Intensiva.
Contemporaneamente insorse un ulteriore episodio di setticemia con quadro da shock settico: [15/10/2015] "[…] PA 76/40 […] h 19.30 Shock settico severo scarsamente responsivo [illeg.] allo stimolo inotropo ed alla espansione volemica. Si inizia vasopressina 1 mg q8 h. Prognosi estremamente riservata. […]"; [16/10/2015] "[…] 9.00 Condizioni generali critiche da paziente settico. Ipotermico. Iniziata terapia antibiotica [illeg.] a larghissimo spettro […]"
La terapia antibiotica fu ampliata [16/10] con colistina, tigeciclina, meropenem, caspopfungina con evidente l'ipotesi di una possibile eziologia sempre da KPC.
I tre campioni di emocoltura [16/10] risultarono positivi per Staphylococcus epidermidis meticillino-resistente (MRSE) per cui secondariamente al referto [21/10] la terapia fu modificata in vancomicina, colistina ev e aerosol, meropenem. Le colture dei cateteri vascolari rimossi risultarono negative.
L'elevato profilo di resistenza antibiotica del MRSE è caratteristico dei ceppi multiresistenti a circolazione nosocomiale frutto della selezione antibiotica ambientale.
L'ultimo episodio fu la sepsi con shock settico da KPC che portò al decesso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Va a tale proposito ricostruita la storia del Sig. *Parte_2* **relativamente a questo agente infettivo.**

Fin dall'ingresso il Sig. *Parte_2* fu sottoposto a ricerca della KPC mediante coltura specifica del tampone rettale. I risultati dimostrano che all'ingresso non era colonizzato al primo tampone eseguito il 07/09/2015.

Poi fu sottoposto a ulteriori controlli settimanali risultati negativi fino a quello del 28/09/2015 che individuò l'avvenuta colonizzazione intestinale da KPC.

La prima considerazione è che se il Sig. *Parte_2* fu sottoposto a questo screening era perché nel medesimo reparto vi erano altri casi di portatori o infetti da KPC: così è previsto dalle linee guida per la prevenzione della diffusione di questo germe multiresistente in ambito assistenziale. Tuttavia il Sig. *Parte_2* fu contagiato nel corso dell'attività assistenziale.

L'infezione da KPC esordì dal 19/10/2015 e fu multiorgano e sistemica essendo la KPC risultata isolata dal broncolavaggio [19/10], dalla ferita chirurgica [23/10], dalle emocolture [27/10] e dai colturali dei tre cateteri vascolari rimossi [27/10].

Fu proseguita la terapia specifica, già iniziata per il precedente episodio polmonare, con colistina ev e aerosol, meropenem ad alte dosi, ma senza successo.

Le condizioni cliniche peggiorarono drasticamente con segni laboratoristici di sepsi grave (sindrome infiammatoria sistemica e insufficienza multiorgano) e in data 26/10/2015 avvenne un primo arresto cardiocircolatorio, recuperato con manovre rianimatorie cardiopolmonari.

Il [redacted] dopo 51 giorni di degenza intensiva postoperatoria.

Riassunta la presente vicenda, riguardo il caso in oggetto va segnalato che non vi sono rilievi critici nei confronti del personale medico relativamente sia alle indicazioni e modalità degli interventi chirurgici che nelle fasi diagnostiche e terapeutiche degli eventi infettivi intercorrenti. I due episodi di setticemia, quello iniziale da Enterococcus faecalis e quello susseguente da Staphylococcus epidermidis meticillino-resistente, potrebbero in prima analisi essere assimilati alle setticemie correlate a catetere vascolare. Infatti in caso di isolamento nel sangue di batteri gram positivi ed in presenza di cateteri vascolari si presume che la loro origine sia tramite il catetere contaminato. Inoltre i due germi sono fra quelli che la letteratura indica con maggiore frequenza isolati in setticemie catetere-correlate.

Tuttavia in entrambi gli episodi le colture dei tre principali cateteri vascolari (catetere venoso centrale, catetere arterioso e catetere coassiale) risultarono negative.

Pertanto pur permanendo alto il sospetto d'origine, da un punto di vista medico-legale e scientifico non rispettano la definizione di setticemie correlate a catetere vascolare e quindi non sono classificabili come infezioni correlate all'assistenza sanitaria.

Questa è la valutazione, nonostante nelle schede interne a [redacted] i due episodi fossero stati segnalati come correlati al catetere vascolare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Diversa è la valutazione relativamente agli eventi che hanno coinvolto come eziologia la colonizzazione e poi infezione da Klebsiella pneumoniae carbapemenasi-produttrice (KPC).
Il Sig. *Parte_2* **non era portatore del germe all'ingresso nel reparto di Terapia Intensiva: il 07/09/2015 data di ingresso il tampone rettale colturale diede esito negativo.**
Il tampone fu ripetuto settimanalmente e rimase negativo fin alla ricerca del 21/09/2015. La ripetizione settimanale è indicazione nelle linee guida per i reparti che hanno la presenza di altri pazienti KPC positivi, per colonizzazione e/o infezione, da eseguire sui pazienti non autosufficienti.
Con probabilità elevata era la situazione di allora nella Terapia Intensiva nella quale conseguentemente si sarebbero dovute applicare stringenti misure di prevenzione da contatto ad isolamento dei pazienti suscettibili da quelli colonizzati (vedi trattazione in Appendice).
Tuttavia il Sig. *Parte_2* in data 28/09/2015 risultò colonizzato da KPC (primo tampone rettale positivo) e il contagio avvenne nel corso dell'attività assistenziale per carente e/o incorretta applicazione delle misure di isolamento.
La presenza dell'episodio nelle schede di segnalazione interna alla [redacted] delle infezioni correlate all'assistenza rafforza la consapevolezza degli operatori e dirigenti della struttura sull'origine nosocomiale dell'evento.
Susseguentemente si sviluppo infezione sistemica a carico di polmone, sito chirurgico (ferita sternale), setticemia in questo caso attribuibile ai cateteri vascolari risultati tutti positivi per KPC e con il quadro della sepsi con shock settico che portò a decesso il Sig. *Parte_2*
Pertanto la colonizzazione da KPC e la susseguente infezione sistemica con shock settico rappresentano anelli causali che hanno portato al decesso.
L'evento clinico infettivo è risultato correlato al decesso con elevata probabilità causale, considerando che prima dell'episodio le condizioni cliniche erano in lento miglioramento preludendo ad un recupero sotto il profilo prognostico.
In conclusione, l'infezione da KPC che ha determinato il decesso del Sig. *Parte_2* **è addebitabile ad un inadeguata gestione del Paziente da parte della** *[...]* *Controparte_3* **: non appare dimostrabile che siano state applicate correttamente e/o compiutamente l'insieme delle misure di prevenzione della diffusione del germe.**
Sottolineiamo che sotto questo profilo [redacted] ha fornito diversi documenti concernenti le procedure operative, le riunioni del CIO, i controlli relativi alle sterilità delle sale operatorie e dei materiali utilizzati (ma in questo caso non si è trattato di infezione del sito chirurgico) che documentano certamente, e ne va dato atto, l'attenzione nei confronti della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Si tratta certamente di un percorso virtuoso finalizzato a ridurre in misura sempre maggiore l'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Il numero dei documenti relativi a linee guida e procedurali interne dimostra la complessità degli interventi necessari per una corretta prevenzione. Dimostra anche che le infezioni correlate all'assistenza sanitaria sono prevedibili e prevenibili con la corretta applicazione delle indicazioni scaturite dalle conoscenze scientifiche e tradotte nelle linee guida interne.
Di fronte ad un evento prevedibile e prevenibile – proprio con la corretta applicazione di procedure di prevenzione – la sua occorrenza non può che evocare che uno o più approcci assistenziali siano stati eseguiti in modo non corretto.
La semplice emanazione di documenti relativamente a "cosa va fatto e come" non è però dimostrativa:
1) del corretto apprendimento del personale assistenziale;
2) della corretta applicazione nell'insieme delle indicazioni procedurali previste;
3) della analisi dell'incidenza degli eventi comunque occorsi;
4) delle azioni di indagine sui casi orientate al miglioramento delle procedure, finalizzato a ridurne l'incidenza.
Manca la dimostrazione documentata della corretta esecuzione e approccio ai diversi punti riportati nei documenti procedurali, ma soprattutto nella dimostrazione dell'azione di controllo sulla loro corretta applicazione, sia dal punto di vista generale, che e soprattutto nel caso oggetto di valutazione.
In particolare sarebbe stato idoneo se tale verifica fosse stata fornita in modo documentale e sistematico, meglio se da certificazione esterna, e relativa al caso in oggetto, tale da permettere di escludere con ragionevole presunzione elementi di inadeguatezza legati all'insorgenza della colonizzazione da KPC e susseguente infezione sistemica.

SINTESI CONCLUSIVA

Analizzata la documentazione in atti, discusso il caso sede di operazioni con i CCTTP nominati, visti i dati di letteratura e consultate le linee guida, il caso del Sig. *Parte_2* *[...]* può essere valutato come segue:
- Il Sig. *Parte_2* al momento dell'accesso presso la *CP_3* *CP_3* *[...]* di *CP_2* era affetto da una coronaropatia trivasale in diabete mellito tipo 1 complicato da retinopatia, neuropatia ed insufficienza renale V stato in recente trattamento emodialitico;
- in data 08.09.2015 il Paziente eseguiva un intervento cardio-chirurgico di rivascolarizzazione miocardica in circolazione extra-corporea;
- l'intervento era necessario e non si ravvedono elementi di censura nello stesso;
- il post-operatorio si caratterizza per l'insorgenza di insufficienza cardio-circolatoria con necessità di supporto inotropo e ricovero in terapia intensiva;
- la morte avvenne dopo 51 giorni di ricovero in terapia intensiva per uno shock settico refrattario alle terapie ida Klebsiella Pneuomiae carbapemenasi-produttrice (KPC);
- si sottolinea che il quadro patologico preesistente - di rilevante entità - ha certamente concorso all'instaurarsi della morte: se è pur vero che senza l'infezione il Paziente non sarebbe deceduto, si deve considerare che le condizioni cliniche complessivamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

scadute hanno certamente giocato un ruolo di tutto rilievo nell'innesco letifero, impedendo un'adeguata risposta alle terapie;
- l'infezione da KPC che ha determinato il decesso del Sig. *Parte_2* è addebitabile ad una inadeguata gestione del Paziente da parte della *Controparte_3* *[...]* : infatti non appare dimostrabile che siano state applicate correttamente e/o compiutamente l'insieme delle misure di prevenzione della diffusione del germe".

I C.T.U. hanno poi fornito le seguenti risposte alle osservazioni critiche dei consulenti di parte resistente:

"I richiami di tipo epidemiologico riportati nella parte iniziale sono ben noti e descrivono una situazione di elevata criticità proprio nella regione Emilia Romagna. Sottolineare che per anno nella regione vengono colonizzati all'interno delle strutture assistenziali quasi 2000 degenti all'anno, non può portare a conclusione che la colonizzazione del Sig. *Per_9* fosse un evento inevitabile.
La condivisione è nel riconoscere da parte della *Controparte_6* un forte impegno sul fronte e della prevenzione della diffusione delle Enterobacteriaceae produttrici di carbapemenasi. La testimonianza è data dai numerosi documenti, aggiornati nel tempo, emanati dalla Regione e che a caduta sono stati recepiti fino alle singole strutture sanitarie, sia dell'assistenza sanitaria pubblica che privata, concretizzandosi nelle linee guida interne dove le disposizioni regionali venivano tradotte in procedure operative adattate a ciascuna realtà locale.
Sotto questo profilo non può però essere assolutamente condivisibile l'interpretazione che è stata data dai CTP relativamente al concetto generale del "buon dato della sanità della nostra regione". I numeri ed il loro andamento nel tempo testimoniano una criticità al momento poco influenzata dagli interventi enunciati.
E' sostanzialmente vero che le procedure di prevenzione siano "atte a ridurne il più possibile la loro presenza, ai fini diminuire quanto più possibile in rischio di contaminazione/infezione, ben sapendo che questo numero in antisepsi non potrà mai essere per definizione lo zero".
Questo tuttavia deve essere l'obiettivo dell'organizzazione sanitaria: tendere alla costante e progressiva riduzione dell'incidenza dell'evento da prevenire. Non è accettabile definire per qualsiasi evento avverso correlato all'assistenza sanitaria che nel singolo caso l'evento fosse "non prevenibile ulteriormente rispetto a quanto in concreto fatto e documentato dai sanitari".
Quanto in concreto fatto nel caso del Sig. *Parte_2* non è stato documentato dai sanitari né in altra forma fornito in forma probante.
Ora tutta l'attività su questo argomento, ad ogni livello da quello apicale regionale fino alle singole strutture assistenziali, si è esplicato nella redazione delle già citate linee guida e a livello locale in ulteriori documenti di procedure operative destinate al personale di assistenza direttamente a contatto con i degenti.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Questo testimonia l'attenzione alla problematica della diffusione delle Enterbacteriaceae produttrici di carbapemenasi ma in maniera insufficiente dimostra l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei relativi eventi avversi.
Il numero di documenti internazionali, nazionali, regionali relativi a linee guida e procedure interne dimostra la complessità degli interventi necessari per una corretta prevenzione e dimostra anche che la le infezioni correlate all'assistenza sanitaria **sono prevedibili e prevenibili** con la corretta applicazione delle indicazioni scaturite dalle conoscenze scientifiche e tradotte nelle linee guida interne.
La semplice emanazione di documenti relativamente a "cosa va fatto e come" non è però dimostrativa, come già segnalato:
1) del corretto apprendimento del personale assistenziale
2) della corretta applicazione nell'insieme delle indicazioni procedurali previste
3) della analisi dell'incidenza degli eventi comunque occorsi
4) delle azioni di indagine sui casi orientate al miglioramento delle procedure finalizzato a ridurne l'incidenza.
Tutto questo percorso, meglio se certificato da enti esterni, non è noto nella causa in oggetto. Se lo fosse stato sarebbe una importante ulteriore prova del processo interno al *Controparte_7* per ridurre l'incidenza delle infezioni acquisite in ospedale che è l'obiettivo più importante per ogni struttura sanitaria.
Nel singolo caso andrebbe implementato un sistema di controllo documentale che fornisse prova della corretta esecuzione sotto il profilo della prevenzione di ogni singolo approccio ed attività espletata nei confronti del degente, sia sanitaria che assistenziale di base.
Nel caso sottoposto a valutazione è poi onere della parte convenuta dimostrare l'avvenuto adempimento, ovvero l'applicazione in forma corretta dell'insieme dei provvedimenti idonei alla prevenzione dalla colonizzazione da CPE per il Sig. *Parte_2*
In definitiva non è stata fornita prova – né sarebbe in onestà possibile data la complessità e l'attuale livello organizzativo delle strutture assistenziali – della applicazione, e in particolare della corretta applicazione, di tutte le indicazioni procedurali che hanno coinvolto l'assistenza del Sig. *Parte_2* e tali da permettere di escludere con ragionevole presunzione elementi di colpa legati all'insorgenza della colonizzazione da Klebsiella carbapemenasi-produttrice e la susseguente infezione.
L'assenza di elementi probanti che possano escludere responsabilità, mantengono stocasticamente elevata la tesi di una incompleta, inadeguata, non corretta applicazione della prevenzione nel caso del Sig. *Parte_2*
Dunque, lette le osservazioni, non si ritiene di dover modificare la valutazione già espressa".

Alla luce delle risultanze peritali sopra riportate – che il Tribunale ritiene di dover condividere e fare proprie, in quanto sorrette da ampia ed esauriente motivazione,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

immune da vizi logici e giuridici, e da convincenti repliche alle osservazioni critiche dei C.T.P. – appare evidente che *Parte_2* è deceduto a causa di una prestazione sanitaria inadeguata, dovendo ritenersi provata, quanto meno in via presuntiva, la non corretta e/o compiuta applicazione dell'insieme delle misure di prevenzione dell'avvenuta infezione da KPC, e dovendo inoltre ritenersi sussistente, in base al criterio del "più probabile che non", il nesso di causalità tra la predetta colpa professionale e l'avvenuto decesso del paziente.

La pretesa risarcitoria avanzata dalla ricorrente appare quindi fondata sotto il profilo dell'*an debeatur*.

Per quanto attiene al *quantum debeatur*, va osservato quanto segue.

Nel caso in esame si è verificata, a causa dell'incongruo trattamento sanitario subito dal paziente, un'inabilità temporanea biologica assoluta (c.d. danno biologico terminale) della durata di 11 giorni (dal 19/10/2015 al [redacted] data del decesso), e non di 51 giorni (come sostenuto dalla ricorrente): va infatti considerato che l'infezione da KPC esordì solo in data 19/10/2015 (pag. 27 della relazione dei C.T.U.), ed è irrilevante il fatto che la colonizzazione intestinale da KPC fosse stata riscontrata già in data 28/09/2015, poiché la colonizzazione è solo la presenza e la crescita di un germe, e non costituisce di per sé una malattia dell'organismo in cui si verifica.

Non può invece ritenersi provato l'asserito danno morale terminale (o catastrofale), non essendovi elementi per poter affermare che il *Parte_2* fosse consapevole dell'ineluttabile approssimarsi della propria fine, considerato anche lo stato di semincoscienza in cui il paziente si trovava nell'ultima parte del lungo periodo di ricovero in terapia intensiva che precedette il decesso[1].

[1] V. Cass. 23/1/2014 n. 1361 per un quadro sintetico della giurisprudenza formatasi sul danno biologico terminale e sul danno morale terminale (o danno catastrofale):
"*... si è nella giurisprudenza di legittimità pervenuti ad affermare che "quando la morte è causata dalle lesioni", e tra le lesioni colpose e la morte intercorra un "apprezzabile lasso di tempo", è invero risarcibile il danno biologico terminale (v. Cass., 28/8/2007, n. 18163, nel senso che l'ammontare del danno biologico terminale va commisurato soltanto all'inabilità temporanea, ma ai fini della liquidazione il giudice deve tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che pur se temporaneo tale danno è massimo nella sua entità ed intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed esitare nella morte), e "per il tempo di permanenza in vita" (v. Cass., 16/5/2003, n.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

Si ritiene pertanto equo liquidare a Parte_1 in applicazione delle tabelle di liquidazione in uso presso il Tribunale di Milano (aggiornate al 2024), la somma di € 33.090,00 (€ 24.000,00 per i primi tre giorni + € 9.090,00 per i successivi otto giorni) a titolo di risarcimento spettante alla ricorrente *iure hereditatis* per il danno non patrimoniale c.d. terminale sofferto dal defunto marito Parte_2

Deve poi riconoscersi alla ricorrente, sempre in applicazione delle tabelle milanesi, il danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, che può liquidarsi nella misura

---

7632), e a considerare il diritto di credito al relativo risarcimento trasmissibile iure hereditatis (v. Cass., 1/2/2003, n. 18305; Cass., 16/6/2003, in 9620; Cass., 14/3/2003, n. 3728; Cass., 2/4/2001, n. 4783; Cass., 10/2/1999, n. 1131; Cass., 29/9/1995, n. 10271).

Il danno biologico terminale, quale pregiudizio della salute che pur se temporaneo è massimo nella sua entità ed intensità (v. Cass., 23/2/2004, n. 3549) in quanto conduce a morte un soggetto in un sia pure limitato ma apprezzabile lasso di tempo (v. Cass., 23/2/2005, n. 3766), si è ravvisato come "sempre esistente", per effetto della "percezione", "anche non cosciente", della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della sua vita (v. Cass., 28/8/2007, n. 18163).

La brevità del periodo di sopravvivenza alle lesioni ha peraltro indotto ad escludersi la sussistenza del danno biologico laddove risulti non apprezzabile, ai fini risarcitori, il deterioramento della qualità della vita a cagione del pregiudizio alla salute.

Si è cioè ritenuto che in ragione del limitato intervallo di tempo tra lesioni e morte la sofferenza non sia suscettibile di degenerare in danno biologico.

Si è peraltro affermato che, se non il danno biologico, in tal caso può ritenersi senz'altro integrato il danno morale terminale, dalla vittima subito per la sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine.

Danno morale terminale per la cui configurabilità, in luogo dell'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso della vittima, assume rilievo il diverso criterio dell'intensità della sofferenza provata (v. Cass., 8/4/2010, n. 8360; Cass., 23/2/2005, n. 3766; Cass., l/12/2003, n. 18305; Cass., 19/10/2007, n. 21976; Cass., 24/5/2001, n. 7075; Cass., 6/10/1994, n. 8177; Cass., 14/6/1965, n. 1203. In tema di cd. danno catastrofico v. già Cass., 2/4/2001, n. 4783).

Anche in tal caso la risarcibilità è ammessa solamente al ricorrere del presupposto della permanenza in vita (v. Cass., 25/2/1997, n. 1704; Cass., 6/10/1994, n. 8177), in ragione della sofferenza, rilevante sotto il profilo del danno morale, provocata dalla cosciente percezione da parte della vittima delle "conseguenze catastrofiche delle lesioni" (v. Cass., 31/5/2005, n. 11601; Cass., 6/8/2007, n. 17177). E al riguardo si è parlato anche di danno "biologico di natura psichica" (v. Cass., 14/2/2007, n. 3260).

Le Sezioni Unite del 2008 hanno quindi ammesso la risarcibilità della "sofferenza psichica, di massima intensità anche se di durata contenuta, nel caso di morte che segua le lesioni dopo breve tempo", quale "danno morale inteso nella sua nuova più ampia accezione", altrimenti indicato come danno da lucida agonia o catastrofale o catastrofico (v. Cass., Sez. Un., 11/11/2008, n. 26772; Cass., Sez. Un., 11/11/2008, n. 26773).

Pur continuando a qualificarsi a volte la lucida percezione dell'approssimarsi della propria fine in termini di danno biologico di natura psichica (v. Cass., 18/1/2011, n. 1072. V. altresì Cass., 13/1/2009, n. 458, di conferma della sentenza impugnata, che aveva qualificato la sofferenza della vittima come danno morale, e non già come danno biologico terminale, in ragione della ravvisata inidoneità dell'intervallo di tempo di tre giorni tra il sinistro e la morte ad integrare gli estremi di quest'ultimo), tale ricostruzione è stata prevalentemente confermata dalle Sezioni semplici della Corte Suprema di Cassazione, che considera catastrofale il "danno non patrimoniale conseguente alla sofferenza patita dalla persona sopravvissuta per un lasso di tempo apprezzabile in condizioni di lucidità tali da consentirle di percepire la gravità della propria condizione e di soffrirne" (v. Cass., 21/3/2013, n. 7126)".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

di € 363.723,00, assumendo come "valore-punto" quello tabellare pari a € 3.911,00, e riconoscendo alla ricorrente un totale di 93 punti (18 + 18 + 16 + 16 + 25); importo da ritenersi comprensivo, in base alle tabelle milanesi, anche del danno morale, oltre che di quello esistenziale, poiché la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita e quella che accompagna l'esistenza del soggetto che l'ha subita altro non sono che componenti del complesso pregiudizio, che va integralmente ed unitariamente risarcito (Cass. S.U. 11/11/2008 n. 26972).

Agli importi sopra liquidati deve aggiungersi quello delle spese sostenute dalla ricorrente per le consulenze medico-legali relative al decesso del marito espletate in ambito stragiudiziale, pari a complessivi € 2.900,00 (docc. 9 e 10 allegati al ricorso); spese da ritenersi senz'altro congrue e riferibili all'evento dannoso *de quo*.

Complessivamente risulta quindi dovuta a *Parte_1* a titolo di risarcimento dei lamentati danni, la somma di € 399.713,00, oltre a rivalutazione e interessi.

Le spese di lite seguono la soccombenza.

P.Q.M.

il Tribunale, definitivamente pronunciando sulla domanda oggetto del presente giudizio, così provvede:

1) condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 399.713,00, oltre alla rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT dalla data dell'evento dannoso [redacted] alla pubblicazione della presente sentenza, previa devalutazione dell'importo corrispondente al danno non patrimoniale, ed oltre agli interessi legali sul capitale rivalutato anno per anno dalla data dell'evento dannoso fino al saldo effettivo;

2) condanna *Controparte_1* a rifondere a *Parte_1* le spese del presente giudizio e quelle del procedimento di istruzione preventiva n. 3195/2019 R.G., che liquida complessivamente in € 831,00 per anticipazioni ed € 23.000,00 per compenso professionale, oltre a rimborso forf. spese generali nella misura del 15%, I.V.A. e C.P.A., con distrazione a favore del difensore di parte ricorrente avv. [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748

[redacted] ponendo in via definitiva interamente a carico della resistente i compensi dovuti ai C.T.U., così come liquidati con apposito decreto, e quelli dovuti ai C.T. di parte ricorrente, limitatamente all'importo complessivo di € 5.000,00.

Così deciso in Ravenna, il giorno 21/08/2025.

Il Giudice

(dott. Massimo Vicini)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-748