



TRIBUNALE ORDINARIO di REGGIO EMILIA
SEZIONE SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Ersilia Carlucci ha pronunciato *ex art. 190 c.p.c.* la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. R.G. **433/2020** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*)

Parte_2 (C.F. *C.F._2*)

Parte_3 (C.F. *C.F._3*)

Parte_4 (C.F. *C.F._4*)

tutti rappresentati e difesi dall'Avv. [REDACTED] Reggio Emilia ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in Gattatico (RE) [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (pec.

Email_1

ATTORI

contro

Controparte_1

(P.IVA. *P.IVA_1* , rappresentata e difesa dagli avv.ti prof. [REDACTED] [REDACTED] (c.f.: *C.F._5*), [REDACTED] [REDACTED] (c.f.: *C.F._6*), *Parte_5* (cf *C.F._7* , *Parte_6* (c.f.: *C.F._8* , [REDACTED] c.f.: *C.F._9*), presso lo studio dei quali ultimi in Reggio Emilia, [REDACTED] ha eletto 02/88556226 e agli indirizzi e-mail

Email_2

Email_3

Email_4

Email_5

Email_6

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Parte attrice ha concluso come da note di precisazione delle conclusioni del 28.04.2022 richiamate dal verbale del 28.04.2022; parte convenuta ha concluso come da note di precisazione delle conclusioni del 27/04/2022 richiamate dal verbale del 28.04.2022

1. - I signori *Parte_1* , *Parte_2* , *Parte_3* e *Parte_4* tutti eredi della defunta signora *Persona_1* [REDACTED] *Controparte_1* [REDACTED] re il grave inadempimento della struttura sanitaria e condannarla al risarcimento del danno subito per la perdita della loro congiunta, rispettivamente nelle qualità di marito, figlio, figlia e nipote *ex filio*.

La difesa di parte attrice ha così ricostruito i fatti oggetto di causa:

- la signora *Per_1* , il giorno 11.01.2017, veniva inviata, da parte del proprio medico curante, per una

valutazione specialistica urgente, presso il reparto di cardiologia dell' **Organizzazione_1** di Montecchio Emilia e veniva dimessa con diagnosi "angina residua in cardiopatia post infartuale silente con severa depressione della cinetica Vsn. DM tipo 2, obesità, ipertensione arteriosa"; perciò, a seguito di una coronarografia effettuata il 18.01.2017, i medici concludevano circa la necessità di un intervento chirurgico;

- la signora **Per_1** veniva quindi trasferita presso il reparto di cardiocirurgia del **CP_1** di Reggio Emilia e veniva operata con intervento di "duplice bypass aortocoronarico" in data 31.01.2017.
- a seguito all'intervento, qualche giorno dopo, la paziente accusava malessere e veniva segnalata sul diario delle cartelle infermieristiche in data 11.02.2017 la fuoriuscita di materiale purulento dalla sternotomia; veniva in seguito eseguito un tampone sulla ferita che risultava positivo per S. Aureus meticillino sensibile;
- in data 13.02.2017 veniva trasferita in urgenza nel reparto di cardiocirurgia del **CP_1** e nella stessa data veniva sottoposta ad intervento chirurgico di "revisione della ferita chirurgica e inserzione **Organ** toilette";
- in data 28.02.2017 veniva eseguito un secondo intervento di revisione della ferita chirurgica, consistente nella rimozione della medicazione e successive operazioni; veniva svolto un ulteriore tampone sternale da cui emergeva positività anche per Klebsiella pneumoniae;
- il giorno [redacted] la signora **Per_1** andava incontro ad arresto cardiaco con conseguente decesso per shock settico;

Ha sostenuto parte attrice che la morte della signora **Per_1** era da ravvisarsi nella condotta colposa dei sanitari del reparto di cardiologia del **CP_1** io Emilia; a tale convincimento i congiunti della signora **Per_1** erano giunti dopo aver affidato a diversi specialisti una consulenza tecnica specialistica medico-legale, in merito alla causa della morte della signora **Per_1**.

Infatti, il medico legale ed il medico specializzato in malattie infettive incaricati dagli eredi di **Persona_1** hanno ravvisato profili di responsabilità a carico della struttura sanitaria per non aver necessaria asepsi degli ambienti, dello strumentario e degli operatori sanitari; si riproducono di seguito le conclusioni del CTP: "si realizzano profili di responsabilità (colpa generica), sostenuti da imprudenza e negligenza a carico della struttura sanitaria per non aver garantito la necessaria asepsi degli ambienti, dello strumentario e degli operatori sanitari, e per non aver predisposto i dovuti presidi terapeutici volti alla prevenzione della patologia de quo; è infatti pacifico come le infezioni nosocomiali batteriche, siano il risultato di condotte colposamente erranee nella prevenzione ambientale e nelle misure organizzative, ovvero dovute all'inosservanza delle buone pratiche da parte degli operatori sanitari, configurandosi quale inadempimento contrattuale dell'ente ospedaliero" e ancora che "qualora i sanitari avessero garantito la dovuta asepsi durante tutto il processo di cura, nonché avessero messo in atto tempestivamente le dovute procedure terapeutiche, non si sarebbe verificata la grave patologia infettiva".

Parte attrice ha quindi sostenuto la sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva degli operatori della struttura sanitaria **CP_1** e l'evento morte della signora **Per_1**.

Ha quindi rassegnato le proprie conclusioni:

- accertare l'inadempimento, dovuto a condotta colposa, della struttura **Controparte_1** delle obbligazioni, di natura medica ed accessoria, assunte con il ricovero della Signora [redacted] pre [redacted] tura sanitaria, a causa del quale la **Persona_1** [redacted] ha contratto la grave patologia infettiva ed è [redacted]

- dichiarare la responsabilità della struttura sanitaria **Controparte_1** per la propria condotta colposa nella causazione della grave patologia infettiva in capo all' [redacted] ad Aiello Calabro (CS), [redacted] e, dunque nella causazione della morte della Signora **Persona_1** per l'effetto condannare la struttura sanitaria **CP_1**

Controparte_1 considerate anche le atroci, inutili, sofferenze, a cui è stata sottoposta la Signora *Persona_1*, per oltre un mese, oltre alla lucida consapevolezza in capo alla medesima di avvicinarsi alla morte, al risarcimento del danno non patrimoniale da perdita parentale, unitamente, a quello biologico iure proprio, complessivamente, quantificato in € 400.000,00 in favore del coniuge *Parte_1* e quindi, in favore degli eredi dello stesso, *Parte_2* e *Parte_3* ragione di accettazione d'eredità allegata alla comparsa di prosecuzione del giudizio, depositata all'udienza del 29.04.2021, considerando anche che lo stesso era invalido, privo di un arto superiore e che la moglie, unica convivente, era la sola persona che poteva prendersene cura, in € 300.000,00 in favore del figlio *Pt_2* [...] in € 300.000,00 in favore della figlia *Parte_3* ed in € 200.000,00, in favore della nipote *Parte_4* irrimediabilmente del rapporto con la no se maggiori o minori somme che saranno rite anche con liquidazione in via equitativa, con gli interessi legali dalla domanda, oltre al rimborso delle spese sostenute, quantificate in € 2.964,00, come da documentazione allegata.

- Con vittoria di spese, competenze ed onorari di causa.

2. - Con comparsa di costituzione e risposta del 10.04.2020 si è costituita in giudizio *Controparte_1* contestando le deduzioni avversarie.

Nello specifico parte convenuta ha contestato quanto dedotto da controparte, asserendo che dalla documentazione medica relativa al ricovero della paziente emergesse la correttezza dell'operato della struttura e di quello dei sanitari che, presso la stessa, avevano in cura la paziente.

Ha asserito che la paziente era affetta da gravi patologie che di per sé determinavano un alto rischio di infezione post-operatoria e di mortalità, quali ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità addominale severa.

Ha affermato che la paziente veniva ricoverata presso la casa di cura *CP_1* dopo un periodo di ospedalizzazione in un altro centro dove era stata sottoposta a manovre invasive e non si poteva escludere che già in tale ospedale si fosse verificata una colonizzazione subclinica da parte del germe *Stafilococco aureus* meticillino sensibile.

Ha sostenuto che l'infezione era stata correttamente trattata ed accuratamente seguita nel tempo.

Ha asserito che la struttura sanitaria aveva effettuato tutto quanto in suo potere al fine di garantire alla paziente il massimo livello di sicurezza dei propri locali, avendo la stessa rispettato le "linee guida per la definizione degli standards di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori".

Ha sostenuto che l'infezione manifestata dalla paziente rientrava nelle complicanze interventistiche non prevedibili e non prevenibili, a fronte del corretto adempimento della struttura agli obblighi di igiene ambientale.

Ha quindi contestato la pretesa risarcitoria di parte attrice, rassegnando le proprie conclusioni: "in via principale: respingere integralmente le domande proposte dagli attori nei confronti della convenuta *Controparte_1* in quanto infondate in fatto ed in diritto e dichiarare l'omonima struttura esente da ogni responsabilità, condannando parte attrice a rifondere alla concludente spese e competenze di causa".

3. - La causa è proseguita mediante il deposito di memorie ai sensi dell'articolo 183 comma 6 c.p.c.

Durante la pendenza del giudizio è deceduto l'attore *Parte_1* ed i suoi eredi hanno presentato, in data 29.04.2021, comparsa di costituzione al fine di proseguire il giudizio ai sensi dell'articolo 300 e 302 c.p.c. anche relativamente alle domande già formulate dal sig. *Parte_1* nei confronti di *Controparte_1* facendo proprie tutte le domande, istanze, eccezioni, deduzioni già in precedenza proposte e formulate.

In corso di causa è stata disposta una CTU medico legale al fine di rispondere alle seguenti domande: "1) dica quali fossero le condizioni della sig.ra *Per_1* al momento del ricovero presso *Controparte_1* 2) dica se l'evento infettivo manifestato dalla sig.ra *Per_1* sia ente riconducibile all'intervento o, comunque, alla degenza della stessa presso la struttura ospedaliera ovvero se detto evento infettivo possa esser dipeso dal verificarsi di fattori e/o di eventi del tutto indipendenti dall'operato dei sanitari e/o del personale della struttura; 3) dica se sia configurabile o

meno una condotta negligente, imprudente e/o imperita imputabile alla struttura quanto all'evento infettivo verificatosi nonché alla condotta posta in essere dai suoi sanitari quanto alle prestazioni propriamente mediche ed alle cure postoperatorie rese alla sig.ra Per_1 per la cura dell'infezione di cui è causa; 4) verifichi la natura e tempestività dei trattamenti sanitari e delle terapie farmacologiche ante e post-operatorie, somministrate alla sig.ra Per_1, presso la struttura sanitaria [...] CP_1

con riguardo anche ai sintomi presentati successivamente razione chirurgica; 5) dica se, da causa, possa ricavarsi l'adozione da parte della struttura sanitaria delle procedure di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione degli ambienti ospedalieri richieste per garantire la massima sicurezza e prevenzione; 6) descriva il periodo di inabilità temporanea che ha interessato la Sig.ra Per_1 prima della sua morte”.

Il CTU dott. Persona_2 con l'ausilio dello specialista infettivologo Dott. Persona_3 ha depositato la propria relazione in data 27.04.2021.

All'udienza del 28/04/2022, tenuta con le modalità della trattazione scritta, le parti sono state invitate a rassegnare le proprie conclusioni mediante il deposito di note di udienza; in particolare le parti del processo hanno preso posizione sulla circostanza, illustrata nella relazione peritale, per la quale lo shock settico terminale presentato dalla sig.ra Per_1 fosse ascrivibile alla diffusione dell'infezione da Klebsiella pneumoniae, ulteriore infezione di nosocomiale rispetto a quella iniziale provocata da S. Aureus meticillico.

Le parti hanno quindi proceduto al deposito di comparse conclusionali e memorie di replica, ribadendo le già rassegnate conclusioni.

4. - La domanda attorea è fondata e va accolta nei termini che seguono.

La fattispecie in esame richiede una sintetica ricognizione dei principi che regolano la responsabilità medica e sanitaria.

In punto di qualificazione giuridica, la responsabilità invocata dall'odierna attrice – quella della struttura sanitaria Organizzazione_3 è di natura contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale comporta la conclusione di un contratto (in questo senso Cass. Sez. Un. 577/2008).

Nello specifico, preme sottolineare come la fonte dell'autonomo rapporto con l'ente ospedaliero (o casa di cura privata) va quindi rinvenuta nel c.d. contratto atipico di ospitalità o assistenza sanitaria da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal s.s.n. o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr. Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, Cass., Sez. Un., 11.1.2008 n. 577: *“Questa Corte ha costantemente inquadrato la responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori”*).

Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario dipendente o strutturato, quale suo ausiliario necessari, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale.

L'inquadramento del rapporto in ambito contrattuale comporta che:

- il riparto dell'onere probatorio segue i criteri generali fissati nella materia contrattuale in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento (cfr. Cass., Sez. Un., n. 13533/01);

- il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto e può limitarsi alla mera allegazione dell'inadempimento della controparte;
- il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.

Quindi, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass.Sez. 3 - , Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018).

Si riporta, inoltre, la seguente chiara massima in materia in ordine al riparto dell'onere della prova nella responsabilità civile derivante da condotta omissiva: *“In tema di responsabilità civile (sia essa legata alle conseguenze dell'inadempimento di obbligazioni o di un fatto illecito aquiliano), la verifica del nesso causale tra la condotta omissiva e il fatto dannoso si sostanzia nell'accertamento della probabilità (positiva o negativa) del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio contro fattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto. Tale giudizio deve essere effettuato sulla scorta del criterio del "più probabile che non", conformandosi a uno standard di certezza probabilistica, che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa -statistica delle frequenze di classi di eventi (c. d. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana)”. (Cassazione civile sez. III, 14/03/2022, n.8114).*

I fatti contestati sono avvenuti nei primi mesi del 2017 (il [REDACTED], quindi durante la vigenza della c.d. legge Balduzzi (l. 18/2012), impedendo quindi l'applicabilità delle modifiche intervenute a seguito della c.d. legge Gelli-Bianco (l. 24/2017), applicabile ai fatti avvenuti successivamente al 01.04.2017.

5. - Nel caso di specie la CTU disposta in corso di causa ha rivelato come la sig.ra **Per_1** avesse contratto due infezioni da germi nosocomiali, la prima da Stafilococco Aureus meticillino (MSSA), la seconda da Klebsiella pneumoniae (KPC).

Entrambe sono infezioni tipicamente nosocomiali, che si verificano cioè in ambiente ospedaliero.

La prima infezione da MSSA, invero, si è verificata in seguito alla prima operazione cardiaca subita dalla sig.ra **Per_1**. E' stato il CTU ad identificare precisamente il momento di specifica contrazione del germe *“contr corso dell'intervento chirurgico del 31.1.2017 presso CP_1 responsabile della successiva duplice revisione della ferita sterno-tomica”*.

Con riferimento alla seconda infezione, derivante da Klebsiella pneumoniae (KPC), non è stato possibile, secondo il CTU, risalire al momento esatto della sua contrazione, posto che *“si tratta del tutto verosimilmente, essendo la KPC un germe multi resistente tipicamente e classicamente nosocomiale, di una colonizzazione contratta in ambiente ospedaliero. E, tuttavia - proprio alla luce delle sue caratteristiche, della mancata esecuzione di un tampone rettale sino al 4.3.17 e della degenza della paziente protrattasi senza alcuna soluzione di continuo in diverse strutture ospedaliere - non risulta possibile determinare in alcun modo il preciso momento in cui il germe è stato contratto.*

La paziente, infatti, è stata dapprima ricoverata presso l' Organizzazione_1 di Montecchio Emilia (11 – 23.1.2017) quindi, presso CP_1 di Reggio Emilia (24.1 – 7.2.17), poi presso l' Organizzazione_4 di Reggio Emilia e, infn a CP_2 dall'8.2 sino all'[REDACTED] In que aggiunto il torrente ematico e la colonizzazione è evoluta in infezione”.

Risulta quindi chiaro, sulla base delle risultanze della CTU, che vi fosse una pregressa infezione da S. Aureus (MSSA) seguita da ulteriore infezione da Klebsiella pneumoniae che ha portato la paziente alla

condizione di shock settico dalla quale è derivato il suo [REDACTED]

Sul punto, tuttavia, occorre fare riferimento a quanto esposto dal CTU nel suo elaborato. Egli ha sostenuto che: “è condivisibile quanto afferma il **Pt_8** circa ridotte possibilità di sopravvivenza della paziente all’atto della diagnosi presso **CP_1** posto che, l’emocoltura positiva a Klebsiella il primo riscontro positivo è quello dell’emocoltura dell’1. 27.2.17), quando ci si trovava già in una condizione settica e il germe aveva già invaso il torrente ematico. E, tuttavia, si ritiene che condotta maggiormente accorta avrebbe dovuto evidenziare la colonizzazione della paziente da parte della Klebsiella P., quindi, la presenza del microrganismo (ad esempio sulla cute, le mucose, ecc.) in una paziente senza manifestazioni cliniche evidenti o danno cellulare in una fase antecedente rispetto alla emocoltura.”.

Parte convenuta ha eccepito il proprio corretto adempimento dell’obbligazione di cura assunta nei confronti della paziente, sostenendo che ‘...le linee guida regionali prevedono lo screening con tampone rettale per la ricerca di CRE tutti i pazienti provenienti da altre strutture o con recenti ricoveri in altri nosocomi sono state pubblicate sul sito della **Organizzazione_5** in data 20/02/2017 ([https:// assr.regione. \[..\]](https://assr.regione.liguria.it) **Email_7** **Pers_1**)...’ e di conseguenza che, nel specie, ‘...conformemente alle Linee Guida è stata disposta la ricerca di **Pers_1**...’;

Sul punto il CTU dott. **Per_2** e l’infettivologo dott. Dott. **Persona_3** hanno osservato che “Non sembra, tuttavia, un inquadramento condivisibile, posto che, in realtà nel caso della Sig.ra **Per_1**, la Klebsiella P. non è mai stata ricercata ed è stata individuata solo in esito alla emocoltura richiesta il 27.2.2017 caso di specie, peraltro, vi era una convergenza di plurimi riferimenti normativi, tutti antecedenti i fatti di cui si discute, che raccomandavano, con una indicazione forte, lo screening per la ricerca della Klebsiella P. di tutti i pazienti trasferiti da altro ospedale per acuti o da struttura socio-sanitaria e anche di coloro recentemente dimessi (meno di 60 giorni) da ricovero ospedaliero, anche in altra regione così come di tutti i pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva e/o in altri reparti con caratteristiche simili per valutare se sono colonizzati, trattandosi di contesti ad elevato rischio di infezioni da microrganismi”.

Il CTU ha quindi concluso ravvisando una responsabilità della struttura sanitaria in quanto “innegabili le plurime carenze assistenziali nel corso della degenza della paziente in occasione dei due ricoveri presso **CP_1** così come più sopra analiticamente riportate, e tuttavia non determinabile l’epoca di colonizzazione da Klebsiella nza, la struttura ospedaliera ove la stessa si è verificata, dovendosi ulteriormente sottolineare che l’inerzia diagnostica presso la Casa di Cura ha certamente influito anche sotto questo profilo”.

6. – Tanto premesso in ordine agli elementi emergenti dall’istruttoria dibattimentale, la domanda di risarcimento attorea può trovare ugualmente accoglimento, non ravvisandosi gli estremi di una domanda nuova e tardivamente formulata, per come contestato dalla struttura sanitaria convenuta, pur avendo il CTU ricondotto lo shock settico, che ha condotto al decesso della Signora **Per_1**, all’infezione da Klebsiella e non all’infezione da Stafilococco Aureus meticillino (MSSA).

Infatti, identiche risultano le conclusioni rassegnate dalla parte attrice nella prima memoria ex art. 183 co VI c.p.c. e all’esito dell’istruttoria, in sede di udienza di precisazione delle conclusioni, chiedendo in entrambe l’accertamento della “responsabilità della struttura sanitaria **Controparte_1** per la propria condotta colposa nella causazione della grave patologia infettiva in capo alla propria paziente Signora **Persona_1**”.

Pertanto, si osserva che nel caso di specie fin dall’introduzione del giudizio la difesa attorea ha contestato alla convenuta un inadempimento contrattuale dovuto ad omissioni sul piano della prevenzione e del trattamento delle infezioni nosocomiali, “per non aver garantito la necessaria asepsi degli ambienti, dello strumentario e degli operatori sanitari, e per non aver predisposto i dovuti presidi terapeutici volti alla prevenzione della patologia de qua” (cfr. pag. 16 dell’atto di citazione), a prescindere dall’accertamento in sede istruttoria dello specifico batterio che ha causato lo shock settico, diverso da quello individuato da entrambe le parti processuali come l’agente patogeno incriminato del decorso causale fatale.

Tra l’altro, è evidente che, nonostante l’indicazione nell’elaborato del CTU di un diverso specifico batterio che ha causato lo shock settico, la **CP_1** non possa lamentare alcuna “compromissione delle potenzialità difensive” (Cass. S.U., n. 12310/2015) essendosi l’intero processo concentrato sempre e solo sulla dimostrazione di un’adeguata prevenzione e cura delle infezioni nosocomiali patite dalla sig.ra **Per_1**

durante i suoi ricoveri presso la struttura sanitaria convenuta.

In merito si richiama la chiara massima della Cassazione civile sez. III, 16/02/2021, n.4031 “*La modificazione della domanda ammessa ex articolo 183 del codice di procedura civile può riguardare anche uno o entrambi gli elementi oggettivi della stessa (petitum e causa petendi), sempre che la domanda così modificata risulti comunque connessa alla vicenda sostanziale dedotta in giudizio e senza che, perciò solo, si determini la compromissione delle potenzialità difensive della controparte, ovvero l'allungamento dei tempi processuali. A opinare diversamente, assumendo una interpretazione restrittiva dell'articolo 183, comma 6, del codice di procedura civile si giungerebbe a costringere la parte che abbia meglio messo a fuoco il proprio interesse e i propri intendimenti in relazione a una determinata vicenda sostanziale a rinunciare alla domanda già proposta per proporre una nuova in un altro giudizio, in contrasto con i principi di conservazione degli atti e di economia processuale, ovvero a continuare il processo perseguendo un risultato non perfettamente rispondente ai propri interessi. (Deriva da quanto precede, ha osservato la Suprema corte, che nella specie non può negarsi che la domanda introdotta nei termini dell'articolo 183, comma 6, del codice di procedura civile, volta a ottenere l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria per il contagio dovuto a fattori diversi dalla trasfusione, relativi ad esempio alle cattive condizioni di sterilizzazione degli strumenti o della sala operatoria, doveva ritenersi connessa e quindi ammissibile, rispetto alla domanda di danni per la trasmissione del virus tramite trasfusione, di guisa che il giudice non avrebbe dovuto trincerarsi dietro la inammissibilità, ma avrebbe dovuto pronunciarsi sull'ipotesi del nesso eziologico dell'infezione con fattori diversi, peraltro in presenza di una Ctu che aveva espressamente riconosciuto che l'infezione fosse stata contratta in occasione del ricovero)*”.

7. - Tanto premesso in fatto, occorre sottolineare come, nel caso di più cause determinanti l'evento, quelle sopravvenute possono escludere il rapporto di causalità quando da sole abbiano causato l'evento.

Nel caso di specie, come già sottolineato, sono intervenute due infezioni tipicamente nosocomiali, la seconda delle quali sembra essere stata decisiva nella determinazione dell'evento morte.

Con riferimento all'infezione da Stafilococco, la consulenza medica in atti ha accertato che essa è derivata dall'intervento chirurgico cui la signora **Per_1** è stata sottoposta presso **CP_1** in data 31/01/2017 ed è dunque ascrivibile alla convenuta.

La soluzione risulta assolutamente condivisibile da questo giudice tenuto conto del rigore scientifico e dello scrupolo con il quale il CTU dott. **Persona_2** ed il suo ausiliario Dott. **Persona_3** hanno analizzato la cartella clinica e illustrato le p[er]sonali opinioni in consonanza con il posto da questo Tribunale.

Le conclusioni della CTU risultano logicamente coerenti anche con lo sviluppo cronologico della degenza.

Infatti la paziente **Per_1**, che in occasione del primo ingresso in **CP_1** (24.01.2017) non presentava alcun se[gn]o di infezione, già il 07.02.17 (una settimana do[po] di doppio by-pass aortocoronarico effettuato presso la struttura convenuta il 31.01.2017) manifestava “*comparsa di dolore sternale*”, mentre era ancora ricoverata presso **CP_1** il giorno successivo la signora **Per_1** veniva trasferita dalla **CP_1** all'**Organizzazione_6** di Reggio Emilia, dove in ragione dell'aggravamento del **di** le prime emocolture; il 09.02.17 l'emocoltura positiva allo Stafilococco Aereus ha portato alla prescrizione di terapia antibiotica; quindi il 13.02.2017 **Persona_1** è stata trasferita d'urgenza nuovamente presso **CP_1** dove è stata sottoposta a toilette chirurgica della ferita, dalla quale continuava a fuoriuscire materiale purulento.

Il tempo intercorso tra l'intervento chirurgico presso **Controparte_1** e l'insorgenza dei sintomi (7 giorni), la correlazione topografica tra la sede dell'intervento e la sede di isolamento del batterio (Stafilococco), gli esiti degli accertamenti batteriologici eseguiti presso l'**Organizzazione_6** di Reggio il giorno dopo il trasferimento della **Per_1** presso la struttura e sul materiale prelevato proprio dalla ferita chirurgica, rendono evidente **o** di causalità materiale tra la condotta dei sanitari di **CP_1** e l'insorgenza della prima infezione e rendono logicamente più probabile che l'infezione sia stata contratta presso **Controparte_1** e non presso l'**[REDACTED]** di Reggio (dove la paziente è stata ricoverata solo 6 giorni, dal 08.02.2017 al 13.02.2017); risulta quindi attendibile che il germe sia stato contratto nel corso del primo ricovero per l'esecuzione dell'intervento chirurgico da doppio bypass (dal

2.01.17 al 07.02.17), non essendo state identificate altre cause all'origine dell'infezione stessa riferibili ad altre struttura sanitarie.

Come rilevato dai consulenti (pag. 20 della perizia) l'infezione da MSSA è avvenuta a dispetto di una profilassi antibiotica corretta, praticata presso CP_1 il giorno dell'intervento chirurgico; ne consegue che verosimilmente sia stata causata a non perfetta sterilità della cute del paziente/operatori/strumentario presso Org_7 di Reggio Emilia.

In ogni caso, non è stata l'infezione da MSSA a condurre la signora Per_1 a morte per shock settico: la persistente negatività delle emocolture e del broncoaspirato a detto batterio lascia motivatamente ipotizzare che la terapia antibiotica praticata sia stata sostanzialmente efficace per il trattamento dello *Stafilococco Aereus* consentendo ai CTU di escludere che lo shock settico terminale presentato dalla Sig.ra Per_1 sia ascrivibile alla diffusione dello stesso (cfr. pag. 20 della CTU).

8. – L'infezione da MSSA ha determinato la necessità di sottoporre la paziente presso CP_1 ad una duplice revisione chirurgica della ferita sterno-tomica (praticate rispettivamente e 28.02.2017).

Sebbene gli interventi di toilette chirurgica della ferita e la terapia con Org_8 (iniziata il 15.02.17 e praticata per 3 settimane) hanno consentito di risolvere la prima infezione nosocomiale, che infatti non ha trovato più alcun riscontro nelle indagini praticate a far tempo dal 20.2.2017, dette terapie hanno sicuramente debilitato la paziente, ne hanno prolungato la degenza ospedaliera e hanno creato le condizioni adatte per lo svilupparsi di una seconda infezione, questa causata dalla *Klebsiella pneumoniae*.

Sostengono i consulenti che non sia possibile individuare con precisione l'epoca in cui la *Klebsiella pneumoniae* (KPC) è stata contratta dalla paziente e la sua fonte.

Tuttavia, vi sono molteplici elementi che indicano come la fonte possa essere individuata proprio negli ambienti della Controparte_1 non essendo stati provati dalla struttura decorsi alternativi plausibili:

1) la *klebsiella* è, come rilevato dal CTU, «un germe multi resistente tipicamente e classicamente nosocomiale» (pag. 21), con la conseguenza che la paziente lo ha necessariamente contratto in ambito ospedaliero;

2) già una prima infezione da *Stafilococco aureo* è stata contratta nell'ambiente ospedaliero della convenuta il 31.01.2017;

3) ricostruendo i diversi ricoveri della signora Per_1, si può notare che la stessa sia stata ricoverata presso la struttura per complessivi giorni 40 ima dal 24.01.17 al 08.02.2017 e successivamente dal 13.02.2017 al mentre presso l'Arcispedale di Santa Org_6 di Reggio Emilia la paziente è stata ricoverata per soli sei giorni, dal 08.02.17 al 13.02.17, se sottoposta a invasivi interventi chirurgici ma unicamente ad emocolture;

4) presso la struttura CP_1 la paziente è stata sottoposta a tre interventi chirurgici, il primo per l'impianto di doppio bypass il 31.01.2017 e gli altri due di revisione della ferita chirurgica infettatasi (il 13.02.17 e il 28.02.17);

5) la Parte_9 è stata rivelata per la prima volta presso la struttura CP_1 in data 01/03/2017 da un prelievo effet 7.02.17 (quindici giorni dopo il suo secondo ricov presso la struttura e l'esecuzione della prima toilette chirurgica del 13.02.17, una settimana prima del

6) sebbene la paziente sia stata ricoverata presso diversi (l' Organizzazione_1 di Montecchio Emilia dal giorno 11 al 23.1.2017, la CP_1 di Reggio E Org_4 [...] di Reggio Emilia dal 08.02.17 al 13.02.17 e, infine, ancora presso la Casa di Cura convenuta all, proprio presso la convenuta CP_1 «la KPC ha raggiunto il torrente ematico e la colonizzazione è evoluta in infezione» (pag. 21).

Se si considera, difatti, che il nesso causale non può essere individuato sulla base di dati statistici ovvero su criteri valutativi a struttura probabilistica, dovendo tale accertamento essere effettuato in termini di “certezza processuale” e che il giudice per raggiungerla deve valorizzare le circostanze del caso concreto sottoposto al suo esame), secondo un procedimento logico che consenta di poter ricollegare un evento ad una condotta con “alto o elevato grado di credibilità razionale” o “probabilità logica”, si ritiene che la genesi della seconda infezione può essere ricondotta, secondo un criterio di probabilità logica, alla struttura convenuta.

Infatti, tra i fattori di maggiore rischio per il contagio da Klebsiella rientrano proprio l'ospedalizzazione prolungata (per circa 40 giorni presso la CP_1, gli interventi chirurgici e l'utilizzo prolungato di dispositivi medici invasivi (tre interventi, uno con impianto di bypass), l'immunodepressione o l'immunodeficienza (la paziente era debilitata da una terapia antibiotica da Stafilococco), tutte condizioni riscontrate nel caso della paziente Per_1; pertanto la colonizzazione da KPC deve ritenersi avvenuta presso la struttura CP_1 e presso altre strutture dove la stessa si è trattenuta per limitati periodi di degenza e senza ivi subire interventi medici invasivi.

9. - Pur non potendo identificare il preciso momento in cui il germe è stato contratto, essendo stata la donna ricoverata, senza discontinuità, in tre strutture ospedaliere diverse, non è quindi più in discussione il fatto che lo shock settico, responsabile del [REDACTED] sia ascrivibile alla Klebsiella pneumoniae e che vi fossero *“ridotte possibilità di sopravvivenza della paziente all'atto della diagnosi presso CP_1 posto che, l'emocoltura positiva alla Klebsiella il primo riscontro positivo è quello dell'emocoltura dell'1.3.2017 (prelievo 27.2.17), quando ci si trovava già in una condizione settica e il germe aveva già invaso il torrente ematico”*.

Pertanto, non trova applicazione nel caso di specie la giurisprudenza richiamata dalla convenuta in ordine all'onere della prova in caso di “causa incognita”, la cui mancata prova incombe sull'attore; nel caso che ci occupa la causa dello shock settico che ha condotto a morte la paziente è stata adeguatamente individuata in un'infezione nosocomiale specifica da klebsiella (KPC).

Infatti, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è onere del danneggiato provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o insorgenza di nuove patologia per effetto dell'intervento) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre è onere della parte debitrice provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione (Cassazione civile sez. III, 26/07/2017, n.18392) ovvero dimostrare che tale inadempimento non vi è stato (Cassazione civile sez. III, 29/03/2022, n.10050) oppure che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Tribunale Monza sez. II, 30/03/2022, n.726).

Il riparto dell'onere della prova non cambia in caso riferimento specifico alle infezioni nosocomiali: *“spetta al paziente l'onere di provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario; invece, grava sulla struttura sanitaria l'onere di provare di aver adempiuto esattamente la prestazione o fornire la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione. Con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di: 1) aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico”* (Tribunale Livorno sez. I, 07/03/2022, n.206).

In merito, nella relazione peritale è stata evidenziata dal CTU, in relazione al trattamento di questa seconda infezione da klebsiella, una grave condotta omissiva sicuramente ascrivibile alla struttura sanitaria [...] CP_1 perché *“nel caso della Sig.ra Per_1, la Klebsiella P. non è mai stata ricercata ed è stata individuata solo i alla emocoltura richiesta il 27.2.2017”, pochi giorni prima del decesso*” (cfr. pag. 24 dell'elaborato peritale).

Infatti, per come segnalato dal medico legale dott. Persona_2 e dall'infettivologo suo ausiliario Dott. Persona_3 nel corso del secondo ricovero della signora Per_1 la casa di cura Controparte_3 non esami colturali che si sarebbero dovuti pr e anche per t tato

possibile conoscere quando il secondo germe fosse stato contratto né tempestivamente trattarlo.

La ritardata diagnosi dell'infezione da KPC da parte della struttura CP_1 ha avuto efficacia eziologica sul decorso causale degli eventi successivi, esitati nel decennio te, in quanto “una condotta maggiormente accorta avrebbe dovuto evidenziare la colonizzazione della paziente da parte della Klebsiella P., quindi, la presenza del microrganismo (ad esempio sulla cute, le mucose, ecc.) in una paziente senza manifestazioni cliniche evidenti o danno cellulare in una fase antecedente rispetto alla emocoltura” (cfr. pag. 24 della perizia).

10. - Lo stesso CTU ha sostenuto trattarsi di esami culturali dovuti e che se eseguiti avrebbero offerto alla paziente maggiori chance di guarigione, osservando che: “relativamente a quest'ultimo ricovero presso Org_7 è possibile, tuttavia, ulteriormente riferire che nell'intervento chirurgico di revisione del 13.2.17 non sono stati i culturali che diligentemente si sarebbero dovuti praticare (c'era ancora l'Per_5 ? Non c'era nulla perché in terapia antibiotica anti-MSSA da 4 giorni? C'era già la Pers ? Si è contratta la Pers in quell'occasione?”

Rilevano il CTU ed il suo ausiliario che “Dall'Rx del torace del 26.2.17 al momento del [redacted] non è stata fatta più alcuna imaging di alcun tipo, nonostante la consapevolezza dell'invasione sistemica da parte della ers. Si ha contezza della presenza di KPC il mercoledì 1.3.17: ciò nonostante si attende il sabato 4.3.17 per richiedere una consulenza infettivologica, espletata infine il lunedì 6.3.17. Somministrare la Pt_10 mercoledì 1.3.17, invece di lunedì 6.1.17, del tutto verosimilmente non avrebbe modificato l'esito della vicenda e, tuttavia, avrebbe dato qualche chance di sopravvivenza in più. (pag. 21 perizia)”.

Come correttamente sottolineato dal CTU nella sua relazione, esistevano plurimi riferimenti normativi che raccomandavano lo screening per la ricerca del germe Klebsiella pneumoniae in tutti i pazienti trasferiti da altro ospedale per acuti o da struttura socio-sanitaria e anche di coloro che fossero stati recentemente dimessi da ricoveri ospedalieri, al fine di valutare se colonizzati da determinati agenti patogeni, anche antecedenti alle linee guida richiamate dalla convenuta pubblicate sul sito della Organizzazione_5 solo in data 20/02/2017 ([redacted] [...])...

Email_7)...?; tra le tante, si apenemasi (CPE)” del Controparte_4 26.03.2013, la quale oltura, tutti i soggetti

identificati come pazienti precedentemente identificati come colonizzati o infetti che vengono nuovamente ricoverati in ospedale; nonché suggerisce di sottoporre a screening i pazienti provenienti da altro ospedale o recentemente ricoverati in ospedale o provenienti da strutture territoriali per anziani (p. 24 cit. CTU, nota 12).

11. – Concludendo si può affermare che se la paziente non avesse contratto la prima infezione da S. Aureus (MSSA), per chiara colpa dei sanitari del Controparte_1 con criterio di probabilità logica, non avrebbe contratto in ambito ospedaliero la seconda infezione da Klebsiella P. (KPC9, probabilmente contratta nel corso dei successivi interventi di toilette della ferita chirurgica o comunque nel corso delle successive e prolungate degenze ospedaliere che ne sono seguite presso la struttura sanitaria convenuta.

L'inadempimento contrattuale di Perso CP_1 nel suo rapporto con la signora Per_1 si rileva anche nel trattamento specifico della Perso

In effetti, il fatto che l'infezione si sia manifestata nel predetto ospedale CP_1 comportava l'obbligo di una maggiore diligenza nell'adempimento delle obbligazioni di prevenzione e di trattamento terapeutico delle infezioni nosocomiali, che – e questo risulta chiaramente dalla CTU – non è stata garantita e che avrebbe potuto essere maggiormente assicurata mediante l'esecuzione di quegli esami culturali raccomandati dalla normative vigenti per i pazienti provenienti da ricoveri presso altra struttura sanitaria, tutti antecedenti i fatti di cui si discute.

In sostanza, la convenuta non ha assicurato alla propria paziente i trattamenti diagnostici e terapeutici cui era tenuta in forza del rapporto contrattuale in essere con la medesima, ponendo in essere una serie di

successive omissioni che nella stessa consulenza tecnica sono definite come «*plurime carenze assistenziali*» (cfr. pag. 22) influenti in modo determinante sul decesso della paziente *Per_1*.

Perciò, applicando il criterio del “più probabile che non” al caso di specie, si può riscontrare la rilevanza causale della condotta colposa della convenuta non solo nella causazione ma anche nella diagnosi e nel tardivo trattamento dell’infezione da *Klebsiella pneumoniae*, omissioni che hanno determinato il decesso della signora *Per_1* o che, in ogni caso, hanno diminuito le chance di sua sopravvivenza.

Le omissioni della convenuta determinano chiaramente la responsabilità per inadempimento delle proprie obbligazioni nascenti dal contratto di ospedalità.

Tra l’altro, in ordine all’onere della prova, spettava alla struttura sanitaria convenuta dimostrare di aver dato corretta applicazione alle buone pratiche per l’asepsi degli ambienti e dello strumentario medico e chirurgico e che la signora *Per_1* fosse venuta in contatto con il secondo batterio, *Klebsiella pneumoniae* (KPC) in un ospedale diverso da *CP_1* e che detta seconda infezione avesse interrotto il nesso causale tra la prima infezione (imputabile ad omissioni della struttura convenuta) e la morte della paziente.

La convenuta ha allegato campionamenti microbiologici e verbali di verifica risalenti al dicembre 2016 e un verbale del comitato aziendale infezioni ospedaliere del 18/01/2017 di tenore più che altro operativo mentre nulla ha documentato sulla reale asepsi degli ambienti e sul buon operato nel caso specifico e sulle condizioni specifiche della paziente all’ingresso nella struttura sanitaria; la convenuta non ha giustificato la mancata tempestiva ricerca della KPC e il mancato rispetto delle linee guida e delle raccomandazioni normative in relazione alla seconda infezione, quella fatale, così come indicati nella perizia del CTU.

Pertanto, si può delineare con un’adeguata probabilità logica la responsabilità causale della convenuta in relazione ai tempi e alle circostanze nelle quali è avvenuto il decesso della signora *Per_1* per infezione nosocomiale.

12. – I congiunti della Signora *Persona_1* hanno chiesto in questa sede il risarcimento delle seguenti categorie di danno:

- a) quello parentale, avanzato iure proprio dal marito, dai figli e dalla nipote, per la recisione del legame familiare con la defunta;
- b) quello “terminale”, maturato in capo alla signora *Per_1* per la lentissima e dolorosa vana agonia che ha dovuto patire in piena coscienza del proprio stato, trasmissibile agli eredi;
- c) quello derivante dall’inabilità temporanea dal manifestarsi del primo evento infettivo fino alla morte.

12. a) Con riferimento al danno parentale, la struttura medica convenuta ha contestato che l’esistenza del rapporto parentale non sia di per sé circostanza sufficiente per legittimare la richiesta di un danno risarcibile ma debba essere liquidato 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 (cfr. da ultimo, Cassazione civile, sezione III, sentenza n. 14931 del 6/09/2012 e Tabelle Milanesi 2018).

In merito, ritiene la convenuta *CP_1* che i figli *Parte_2* e *Parte_3* e la nipote *Pt_4* [...] non abbiano adeguata o la conv ef *Per_1* l’alterazio proprie abitudini di vita in conseguenza alla perdita della madre e nonna, risultando provata unicamente la convivenza con il marito, oggi scomparso, *Parte_1*.

In giurisprudenza, si ritiene che la morte di un congiunto fa presumere da sé sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima (cfr., tra tante, Cass. ord. n. 14422/2021).

Va rammentato in diritto che non è condivisibile l’affermazione contenuta nella sentenza n. 4253 del 2014 della S.C. secondo cui, affinché possa ritenersi leso il rapporto parentale al di fuori della famiglia nucleare (nonni, nipoti, genero, nuora), è necessaria la convivenza, “*quale connotato minimo attraverso cui si esteriorizza*

l'intimità dei rapporti parentali, anche allargati, caratterizzati da reciproci vincoli affettivi, di pratica della solidarietà, di sostegno economico", in quanto, come correttamente evidenziato dalla più recente giurisprudenza di legittimità, qui condivisa, va provata "la effettività e la consistenza della relazione parentale, rispetto alla quale il rapporto di convivenza non assurge a connotato minimo di esistenza, ma può costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità, e ciò anche ove l'azione sia proposta dal nipote per la perdita del nonno; infatti, non essendo divisibile limitare la "società naturale", cui fa riferimento l'art. 29 Cost., all'ambito ristretto della sola cd. "famiglia nucleare", il rapporto nonni- nipoti non può essere ancorato alla convivenza, per essere ritenuto giuridicamente qualificato e rilevante, escludendo automaticamente, nel caso di non sussistenza della stessa, la possibilità per tali congiunti di provare in concreto l'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto" (Cass. n. 21230/2016).

Tanto premesso, nel caso di specie è emerso che **Persona_1** abbia convissuto fino al suo ricovero con il marito **Parte_1**, di anni 73, da anni invalido fr. doc. n. 2 – Stato di Famiglia – e doc. n. 13 – certificato di invalidità di **Parte_1**); alla morte della moglie a **Parte_1** è venuto a mancare non solo un sostegno morale e affettivo ma anche un ausilio nelle varie attività domestiche e di cura, considerata la sua condizione di invalido e l'assistenza materiale prestatagli negli anni principalmente dalla moglie.

Non può inoltre dubitarsi dell'esistenza di un concreto legame familiare meritevole di tutela anche con i figli **Parte_2**, di anni 35 alla data di decesso della madre, e **Parte_3**, di anni 44 alla morte della madre. Gli atti le numerose conversazioni intrattenute con i medici della struttura sanitaria nel corso della degenza ospedaliera della madre (cfr. supporto informatico allegato alla seconda memoria istruttoria di parte attrice).

Ebbene l'interesse agli sviluppi delle diagnosi e delle condizioni di salute della madre, l'apprensione sincera manifestata ai medici per le sorti della genitrice, la presenza di entrambi di figli al capezzale della madre nel momento del bisogno, emergente dalle indicate registrazioni di conversazioni con i sanitari, manifestano 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 parentale leso.

Al contrario, nessuna prova della frequentazione e della relazione affettiva esistente tra la nonna e la nipote ex filio è stata allegata in favore di **Parte_4** di anni 3 alla data del decesso della nonna, così che la domanda avanzata nel suo interesse deve essere respinta.

Ciò posto, è necessario procedere alla quantificazione del danno parentale, avuto riguardo ai seguenti fattori: 1) il rapporto di parentela esistente tra la vittima e i superstiti, dovendosi presumere che il danno è, secondo *l'id quod plerumque accidit*, tanto maggiore quanto più stretto è il rapporto; 2) l'età dei superstiti (di anni 73 **Parte_1**, di anni 35 **Parte_2**, di anni 44 **Parte_3**), dovendosi ritenere esistente un rapporto di funzionalità inversa, essendo tanto maggiore il danno quanto minore è l'età del superstite quando il danno si verifica, in quanto destinato a protrarsi per un tempo maggiore; 3) l'età della vittima (di anni 69), dovendosi ritenere sussistente un rapporto di funzionalità inversa, essendo tanto minore il danno quanto maggiore è l'età della vittima al momento del fatto, nella ovvia considerazione del progressivo avvicinarsi al naturale termine del ciclo della vita; 4) la qualità ed intensità della relazione affettiva familiare residua (per il marito convivente e affetto da invalidità grave) e la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta (nei termini sopra descritti): sotto tale profilo non può non tenersi conto della solidarietà familiare di cui si è detto, emergente dal contesto sopra descritto che se, da un lato, consente di ritenere provata l'esistenza del danno da perdita del rapporto parentale, dall'altro, impone anche di valutare che il dolore provocato dalla morte della madre è certamente attenuato dalla solidarietà che in ogni caso permane tra i membri della famiglia di cui gli attori fanno parte.

Venendo alla quantificazione di tale danno, dunque, ritiene questo Giudice che vadano applicate le tabelle Milanesi anno 2022, per come recentemente aggiornate a seguito dell'orientamento espresso dalla sentenza della Corte di cassazione n. 10579/2021, secondo la cui massima: *"In tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai*

precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccellenza del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella."

Quanto ai criteri utilizzati per la liquidazione del danno parentale, tenendo conto dei parametri previsti dalla "Tabella integrata a punti per la liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del genitore, figlio, coniuge non separato/parte dell'unione civile/convivente di fatto", nella quale il "Valore punto" è pari ad € 3.365,00, sono stati attribuiti i seguenti punteggi:

A. età della vittima primaria: anni 69, punti 16

B. età della vittima secondaria: da 71 a 80 anni: 12 punti; da 31 a 40 anni: 22 punti; da 41 a 50 anni 20 punti

C. convivenza: 16 punti

D. sopravvivenza di altro/i congiunti del nucleo familiare primario del de cuius: 3 superstiti: 9 punti

E. qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto (fino a 30 punti); punti 20 per il marito affetto da invalidità, che godeva di frequentazione giornaliera e affidamento alle cure e assistenza della defunta consorte; punti 10 per i due figli non conviventi, che hanno partecipato con angoscia e pena alla malattia della madre.

Orbene, considerati gli elementi sopra individuati, appare equo liquidarsi, all'attualità,

- in favore del marito **Parte_1** una somma pari ad € 245.645,00 (punti 16 + 12 + 16 + 9 + 20 = 73 x € 3.365,00); essendo il **Parte_1** le somme a lui spettanti vanno liquidate in favore degli eredi dello stesso, **Parte_2** e **Parte_3** come da dichiarazione di accettazione d'eredità allegata alla compar n depositata all'udienza del 29.04.2021;

- in favore del figlio **Parte_2** , una somma pari ad € 191.805,00 (punti 16 + 22 + 9 + 10 = 57 x € 3.365,00);

- in favore della figlia **Parte_3** una somma pari ad € 185.075,00 (punti 16 + 20 + 9 + 10 = 55 x € 3.365,00)

Su tali somme vanno calcolati gli interessi compensativi nella misura dell'interesse legale, dalla data dell'illecito alla data di deposito della sentenza, sulla somma devalutata e di anno in anno rivalutata, oltre agli interessi legali sulla somma liquidata in moneta attuale dalla data di deposito della sentenza al saldo.

Privo di qualsivoglia prova è il danno biologico iure proprio sofferto dai familiari per la perdita della congiunta, sicchè la relativa richiesta risarcitoria va rigettata.

12. - b) e c) In caso di morte causata da illecito si deve distinguere il danno morale terminale da quello biologico terminale: il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofe o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'integrità della sofferenza medesima; mentre il secondo, quale pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità e intensità, sussiste, per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo (Cassazione civile sez. III, 05/05/2021, n.11719).

Il danno non patrimoniale consistito nella *formido mortis* (danno morale terminale, anche detto catastrofe), dunque, va verificato caso per caso e ricorre esclusivamente ove la vittima abbia avuto la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente, incombendo sui richiedenti l'onere di dimostrare la sofferenza

e lo stato di consapevolezza della vittima prima del decesso (*ex multis*, in motivazione, Cass. sent. n. 17320/2012).

Viceversa, il danno c.d. biologico terminale, avente fondamento medico legale, consiste nella forzata rinuncia alle attività quotidiane durante il periodo della invalidità e sussiste anche quando la vittima sia stata incosciente, purché la lesione della salute si sia protratta per un tempo, normalmente superiore alle 24 ore, che ne consenta quell'"accertabilità medico legale" che costituisce il fondamento del danno biologico temporaneo, essendo il giorno l'unità di misura medico legale della invalidità temporanea (cfr. Cass. ord. n. 18056/2019).

Emerge dalla documentazione clinica prodotta che la paziente non ha mai perso coscienza; lo stesso medico di CP_1 quattro giorni prima del decesso, nel corso delle conversazioni registrate fornite dai familiari, ha affermato che la paziente fosse lucida (cfr. colloquio del giorno 04.03.2017, "è sveglia, cosciente e capisce tutto" - cfr. doc. all. n. 20); la Signora Per_1 ha manifestato i primi segni di infezione da *Stafilococcus Aereus* in data 8.2.2017, seguita dall'infezione *Klebsiella pneumoniae* (rilevata per la prima volta in data 01.03.2017) e da quel momento ha subito ben due interventi chirurgici di riapertura della ferita sternale, quotidiani interventi di pulitura della ferita suddetta, con una progressiva necrotizzazione della ferita sternale, ed ha assistito alla quotidiana perdita delle proprie forze e capacità con l'intubazione per venti giorni e fino alla morte (vedasi cartelle cliniche, in atti e cfr. doc. all. n. 22).

Perciò, indipendentemente dalla consapevolezza della fine imminente, va comunque riconosciuto, iure successionis, in favore dei figli, quali eredi legittimi di Persona_1 e del marito ed erede Persona_6, il risarcimento per il danno biologico terminale sofferto dalla paziente fino al suo decesso, comprensivo al suo interno di ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla coscienza e percezione della malattia degenerata fino alla morte.

La [redacted] rimase in vita dalla data dei primi sintomi dell'infezione (08.02.2017), fino alla [redacted] per 28 giorni. Per la liquidazione del danno biologico terminale sofferto dalla sessantanovenne Persona_1 nei suoi ultimi ventotto giorni di vita (dalla data dei primi sintomi dell'infezione il 08.02.2017, fino alla [redacted]) questo Giudice ritiene debba farsi applicazione dei criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale terminale (comprensivo della componente biologica temporanea) "elaborati per la quantificazione omnicomprendensiva dei pregiudizi altrove definiti come danno biologico terminale, da lucida agonia o morale catastrofe" presso il Tribunale di Milano nella versione per l'anno 2021, da modularsi a seconda delle circostanze del caso concreto (Cass. sent. n. 12408/2011).

In conclusione, la somma da liquidarsi iure successionis per il danno biologico terminale subito da Per_1 [...] va quantificata in via equitativa nella misura di 1/4 dell'importo complessivo massimo previsto dai [...] iteri tabellari per i primi 3 giorni (€ 30.000,00) e per il ventottesimo giorno pari ad € 22.180,00, per complessivi € 29.680,00 (€ 7.500,00 + € 22.180,00), tenuto conto dell'età e delle abilità dinamico relazionali dalla stessa perse nei suoi ultimi giorni di vita.

Trattandosi di debito di valore ed essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta, devalutata alla data del [redacted] e rivalutata anno per anno secondo gli indici Org_ dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti, in adesione all'orientamento della S.C. (S.U. n. 1712/1995), gli interessi legali al tasso p.t. vigente, a partire dal [redacted] e fino alla pubblicazione della presente sentenza; da tale data, che segna la conversione del debito risarcitorio di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi legali sulla somma complessivamente liquidata all'attualità fino al soddisfo.

Il danno biologico terminale dà luogo ad una pretesa risarcitoria da commisurare soltanto all'inabilità temporanea, adeguando tuttavia la liquidazione alle circostanze del caso concreto, ossia al fatto che, se pur temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità tanto che la lesione alla salute non è suscettibile di recupero ed esita, anzi, nella morte; pertanto non è suscettibile nello stesso periodo di essere cumulato con il danno da inabilità temporanea dal manifestarsi del primo evento infettivo fino alla morte,

così come richiesto dagli attori, perché la contemporanea liquidazione di entrambe le componenti comporterebbe la duplicazione dello stesso danno.

Perciò 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.

13. - Le spese del giudizio seguono la soccombenza e sono calcolate ai sensi del D.M. n. 37/2018, recante modifiche al decreto 10 marzo 2014 n. 55, secondo lo scaglione relativo al valore del *decisum* della controversia (Da € 520.001 a 1.000.000,00) sulla scorta dei valori medi della relativa tariffa, senza aumento del compenso per il numero di attori vittoriosi difesi, atteso che l'attività difensiva svolta in loro favore risulta essere sostanzialmente unitaria ed omogenea (cfr. atto di citazione e comparse conclusionali) e sono liquidate in € 27.804,00 per compensi, con riferimento alla fase di studio della controversia 4.388,00), fase introduttiva del giudizio (€ 2.895,00), fase istruttoria e/o di trattazione (€ 12.890,00), fase decisionale (€ 7.631,00), oltre accessori previsti dalla legge, così come da dispositivo.

Devono essere rimborsate agli attori, quali spese vive: le spese per contributo unificato (€ 518,00), che vanno rimborsate agli attori vittoriosi nei limiti del *decisum*, essendo da considerarsi superflue per la restante parte (art. 92 c.p.c.); le spese sostenute per le consulenze tecniche di parte documentate in atti (perché rientranti tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, a meno che il giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92, comma 1, c.p.c. della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue: così, da ultimo, Cass. 24188/2021) nella misura, da ritenersi non eccessiva tenuto conto del compenso liquidato al CTU, limitata a complessivi € 2.964,00 (cfr. doc.ti da 14 a 16 allegati alla produzione attorea).

Le spese di CTU, liquidate con decreto 27/12/2021, vanno poste definitivamente e per l'intero a carico della convenuta, con obbligo di rimborso agli attori delle somme da questi anticipate.

P.Q.M.

Il Tribunale di Reggio Emilia, in persona del giudice dott.ssa Ersilia Carlucci, definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda ed eccezione rigettata o disattesa, così provvede:

1. Accoglie la domanda di parte attrice e dichiara la responsabilità di **Controparte_1** nella causazione della morte per shock settico di **Persona_1**
2. per l'effetto, condanna **Controparte_1** al pagamento in favore di **Parte_2** e **Pt_3** [...], quali eredi di **Persona_1** e **Parte_1**, della somma complessiva di € 29.680,00, a titolo o biologico te o **Persona_1** oltre rivalutazione ed interessi come in motivazione;
3. condanna **Controparte_1** al pagamento in favore del figlio **Parte_2** della somma pari ad € 191.805,00 a titolo di risarcimento dei danni non patrimoniali sofferti per perdita del rapporto parentale, oltre rivalutazione ed interessi come in motivazione;
4. condanna **Controparte_1** al pagamento in favore di **Parte_3** di una somma pari ad € 185.075,00 entro dei danni non patri per perdita del rapporto parentale, oltre rivalutazione ed interessi come in motivazione;
5. condanna **Controparte_1** al pagamento in favore degli eredi di **Parte_1**, nelle persone dei figli **Parte_2** e **Parte_3**, di una somma pari ad € 245.645,00, a titolo di risarcimento dei danni ni perdita del rapporto parentale, oltre rivalutazione ed interessi come in motivazione;
6. condanna **Controparte_1** al pagamento in favore di **Parte_2** e **Parte_3** della somma complessiva di € 2.964,00, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale sofferto dagli attori per esborsi, oltre rivalutazione ed interessi come in motivazione;

7. rigetta le domande risarcitorie proposte da *Parte_4*
8. condanna *Controparte_1* alla refusione delle spese di lite sostenute dagli attori, liquidate in € 27.804,00 per compensi professionali, oltre ad IVA e CPA come per legge;
9. pone le spese di CTU liquidate con decreto del 27/12/2021 in via definitiva a carico della convenuta *Controparte_1*

Reggio Emilia, 25 settembre 2022

Il Giudice
dott.ssa Ersilia Carlucci

Redatto con la collaborazione della dott.ssa Laura Mazzù, Ufficiale del Processo del Tribunale di Reggio Emilia