R.G. n. 44209/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Roma, in persona del Giudice Unico, dott.ssa Ornella Baiocco, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 44209 del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2019 vertente

TRA

Parte_1 **e** *Parte_2* rappresentate e difese, dall'avv. [redacted] e domiciliate presso il suo studio in Roma, in [redacted] giusta procura in calce all'atto di citazione

Attrici

E

Università [redacted] **Medico di Roma** rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata, congiuntamente e disgiuntamente, dagli avv.ti [redacted] e [redacted] elett.te dom.ta presso il loro studio in Roma alla [redacted]

Convenuta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

E

Controparte_1 rapp.ta e difesa per mandato in calce alla comparsa di costituzione su foglio separato, dall'avv. [redacted] ed elett.te dom.ta presso il suo studio in Roma alla [redacted]

Chiamata in causa dalla convenuta

Conclusioni: come da note scritte ex art.87 co 3 DL18/20
Avente ad oggetto: responsabilità sanitaria

FATTO E DIRITTO

Va innanzitutto premesso, che nonostante il giudice dott.ssa Verusio avesse ordinato l'acquisizione del fascicolo di ATP, tale fascicolo non si è rinvenuto in atti, né le parti hanno prodotto telematicamente gli atti relativi. A richiesta della sottoscritta, in data 27.7.2023, la Cancelleria ha messo a disposizione solo la relazione peritale svolta in sede di ATP. Né dallo storico risulta acquisito successivamente il suddetto fascicolo.

Ebbene, nel presente giudizio, *Parte_1* e *Parte_2*, rispettivamente coniuge e sorella di *Parte_3*, con atto di citazione regolarmente notificato il 4-7.2019, convenivano in giudizio l'Università [redacted] Medico di Roma, che chiamava in causa la *Controparte_2* al fine di sentire condannare la prima al risarcimento di tutti i danni, iure proprio e iure hereditatis, patiti in conseguenza del prematuro decesso del loro congiunto, per un importo complessivo di euro 588.100,00.

Deducevano le attrici che *Parte_3*, affetto da "coronaropatia aterosclerotica ostruttiva trivasale", era stato ricoverato in data 28/05/15, presso il nosocomio convenuto, per ivi essere sottoposto il 1/06/15 ad intervento di "Bypass (aorto) coronarico di due arterie coronariche ed impianto di contropulsatore aortico" dei cui rischi e conseguenze il medesimo non era stato adeguatamente informato dai medici curanti; che in tale

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

occasione, il medesimo contrasse una grave infezione di natura nosocomiale da Enterobacter Cloacae, Acinobacter Baumanii, Staphilococcus Epidermidis, emergenza, peraltro tardivamente trattata, che ne complicò la convalescenza, rendendo sempre più precario il suo quadro clinico fino a determinarne il [redacted]

Costituitosi il nosocomio convenuto, ha eccepito in via preliminare l'inammissibilità ed improcedibilità del giudizio, assumendo sia l'erroneità della scelta del rito da parte delle attrici, le quali avendo precedentemente promosso un ATP ex art. 696 bis c.p.c. avrebbero dovuto introdurre il giudizio di merito con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., nonché la violazione dei termini di cui all'art. 8 comma 3 della Legge n. 24/17.

Nel merito, ripercorso l'iter clinico intrapreso dal paziente, ha eccepito la correttezza dell'operato dei sanitari nella gestione del medesimo, i quali, oltre ad averlo adeguatamente informato, si sarebbero attenuti alle migliori pratiche clinico-assistenziali disponibili all'epoca del fatto, ritenendo non sussistente il nesso causale tra la contrazione delle infezioni ed il decesso del sig. *Pt_2* , richiamandosi alle conclusioni rassegnate dal CTU nel precedente ATP promosso dalle istanti, il quale nel proprio elaborato aveva così concluso: ***concause determinanti il decesso sono stati i gravi precedenti morbosi cardiocircolatori di cui il paziente era portatore.***

Contestata in tali termini la domanda attorea, richiesta l'acquisizione del fascicolo del precedente ATP, il "Campus" ha ottenuto di poter chiamare in causa la *Controparte_1* *[...]* per essere da questa manlevato in ipotesi di soccombenza.

Costituitasi in giudizio la *Controparte_1* si è associata alle eccezioni di rito e di merito formulate dal proprio assicurato, circoscrivendo, in ordine alla richiesta di manleva, i limiti operativi della relativa garanzia nei limiti del massimale.

Le attrici hanno eccepito la nullità ed inutilizzabilità in sede di merito della CTU resa a definizione del precedente ATP, invocando reiteratamente durante l'intero giudizio la rinnovazione di una attività peritale.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Innanzitutto, si deve osservare, quanto all'eccezione di inammissibilità ed improcedibilità del presente giudizio, che gli attori, a prescindere dal procedimento di ATP, avevano la facoltà di optare per la procedura alternativa, prevista ex art. 8 comma 2 Legge n. 24/17, incardinando il presente giudizio ordinario di cognizione, preceduto all'obbligatorio tentativo di mediazione, così come hanno fatto, che non solo integra la condizione di procedibilità, ma assorbe tutte le altre questioni sui termini di proposizione del procedimento ex art.702 bis c.p.c.

Peraltro, e ad abundantiam, questo Tribunale ha sempre sostenuto che il termine previsto dall'art. 8 comma 3 Legge n. 24/17, non è perentorio.

Quanto alla nullità della CTU resa nel precedente ATP (RG 53232/17 – G.U. Dr.ssa Verusio), per non avere, il Giudice titolare del fascicolo cautelare, provveduto alla nomina del Collegio peritale ai sensi della normativa ratione temporis applicabile al caso di specie, tale eccezione doveva essere tempestivamente sollevata in sede di ATP.

Viceversa, almeno da quanto risulta dagli atti, in mancanza del fascicolo di ATP e dei relativi verbali, la suddetta eccezione, risulta formulata in occasione della prima udienza di comparizione (01/10/2020) del presente procedimento, pertanto tamquam non esset, poiché tardiva.

Invero l'originario giudizio per ATP ex art. 696 bis c.p.c., è stato promosso in data 31/07/17 mediante deposito del relativo ricorso, allorchè era in vigore già dal 01/04/17 la Legge n. 24 del 08/03/17 (c.d. Legge Gelli-Bianco), la quale all'art. 15 primo comma ha disposto che l'autorità giudiziaria deve affidare l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia ad "un medico specializzato in medicina legale ed a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento".

La richiamata disposizione non ha tuttavia trovato applicazione nel caso di specie, laddove la nomina del CTU interessò il solo specialista in malattie infettive nella persona del Prof. *Persona_1* .

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Non si ha però, come già anticipato, la disponibilità dei verbali del suddetto procedimento di ATP, dai quali verificare l'eventuale eccezione sollevata tempestivamente in quella sede dai ricorrenti.

Pertanto, non rinvenendosi alcuna eccezione tempestiva di nullità, la stessa va rigettata, così come la richiesta rinnovazione della CTU, ritenendo questo giudice sufficiente quanto emerge dalla suddetta relazione, pur consentendo a questo giudice di pervenire a conclusioni diverse rispetto a quelle del CTU.

Quanto alla responsabilità del nosocomio convenuto ed alla sussistenza del nesso causale, superata come sopra l'eccezione di nullità della CTU per vizio di legge, non ci si può esimere dal rilevare che nella CTU espletata in sede di ATP, sussistono argomentazioni contraddittorie e conclusioni altrettanto incongruenti ed incomprensibili.

il CTU infatti ha ritenuto corretti i moduli di consenso informato sottoscritti dal paziente, salvo poi formulare delle riserve rispetto all'effettiva informazione al medesimo rilasciata, nonostante risulti per tabulas, come gli stessi siano privi degli elementi da cui desumere che il paziente abbia fornito un consenso realmente informato circa rischi, benefici ed alternative al trattamento chirurgico concretamente praticato. Tale circostanza, specificatamente contestata, non ha ricevuto esaustiva risposta dal CTU.

Quanto poi al nesso causale, il CTU ha usato un'espressione a dir poco "sibillina", definendo l'infezione nosocomiale contratta dal paziente durante il ricovero presso il Campus, UNA CONCAUSA e tuttavia non si comprende se la stessa, abbia concorso al decesso ed in che percentuale. Invero definendo nelle conclusioni i precedenti morbosi cardiocircolatori del paziente, concause "DETERMINANTI", il CTU non ha specificato se queste ultime sono state la causa esclusiva (ddeterminanti?), ovvero se prevalente, in che misura e concause rispetto a quali altri cause.

Né risulta effettuato il ragionamento logico controfattuale, ovvero se, in assenza delle gravissime infezioni contratte in ospedale e la conseguenziale necessità di sottoporre il

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

paziente a “ben tre interventi chirurgici” per far fronte a tale stato settico, alla luce del buon esito e della risposta del paziente all’intervento originario, quest’ultimo con molta probabilità sarebbe deceduto lo stesso e perché.

Al riguardo il Consulente del Tribunale ha sostanzialmente affermato che *Parte_3* , ricoveratosi per essere sottoposto ad un intervento di Bypass aorto-coronarico di due arterie coronariche con impianto di contropulsatore aortico, ha contratto in tale occasione una contaminazione, sostenuta da microorganismi di natura nosocomiale, delle ferite operatorie dello sterno e della vena safena sinistra, dando conto altresì che il reperto di Acinobacter Baumanii MDR e di Enterobacter cloacae, veniva repertato nel tracheo aspirato e (solo il primo) nel liquido di lavaggio bronco-alveolare e nel tampone rettale. Malgrado tali evenienze, connesse al riconosciuto difetto di igienizzazione della sala operatoria e dei locali di degenza del nosocomio, ha tuttavia ritenuto che il paziente non fosse stato colpito da una sepsi (cioè da una infezione di natura sistemica), ma avesse subito una semplice contaminazione superficiale delle ferite chirurgiche, tale da non influire nel decorso clinico evoluto nell’inesorabile exitus. A sostegno di tale valutazione, il CTU ha negato la presenza in capo al paziente di segni o sintomi di processi morbosi di natura infettiva a carico dell’apparato respiratorio, specificando che i versamenti pleurici e l’edema interstiziale polmonare repertati, fossero connessi allo scompenso cardiaco.

In sostanza Il CTU non ha considerato gli esiti di laboratorio e diagnostici (già il 2.6.2015 marcatori sepsi e infimmazione elevati), le emergenze che il paziente in realtà lamentava e che al contrario deponevano per “una grave forma settica”, tanto che i sanitari, tentarono di fronteggiarla sottoponendo il medesimo a *Pt_4* **ulteriori interventi chirurgici,** che ne hanno caratterizzato e tormentato la convalescenza, contribuendo evidentemente al suo graduale quanto inesorabile scadimento fisico fino al decesso.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dalla cartella clinica, emerge invece che il paziente, sottoposto ad intervento di cardiochirurgia in data 01/06/15, a causa esclusivamente della successiva contrazione dell'infezione sostenuta da batteri nosocomiali ed in ragione della gravità di tale emergenza, venne sottoposto all'intervento chirurgico sopramenzionato del 15/06/15 per la revisione della ferita sternale e successivamente ad una nuova revisione della ferita chirurgica sternale con apposizione della *Org_1* il 07/07/16, nonché ad un terzo intervento chirurgico per fronteggiare la perdita di sostanza organica alla gamba sinistra e posizionamento della *Org_1* il 16/07/15.

Non si può confutare dunque, che il graduale e lento miglioramento mostrato dopo l'intervento cardiochirurgico, perfettamente riuscito dal punto di vista esclusivamente tecnico, è stato gravemente ed irreparabilmente compromesso dall'interferenza dell'infezione di natura nosocomiale, la quale, oltre ad esporre il paziente ai documentati ulteriori stress chirurgici, ne ha decretato il successivo decesso. Del resto la stabilizzazione del quadro clinico cardio-circolatorio del sig. *Pt_2* , ricavabile dalla cartella clinica, subito dopo l'intervento di "bypass aorto-coronarico", rappresenta una condizione che da sola non poteva determinare, con alta probabilità logica, l'esito infausto, senza l'apporto causale delle gravi infezioni contratte, le quali hanno determinato, per entità, per la tardività dei necessari interventi e per l'invasività degli stessi, il peggioramento del complessivo quadro clinico, conducendo il paziente all'inesorabile exitus.

Deve ritenersi, dunque, del tutto destituita di fondamento, la contraria tesi sostenuta nella consulenza a firma del CTU e nelle difese avversarie, secondo la quale le infezioni contratte dal paziente, sarebbero state talmente superficiali, da non incidere sulle conseguenze esiziali.

Nel caso che ci occupa risulta incontestabile invece, alla luce degli esami diagnostici e delle analisi di laboratorio in atti, che la polmonite batterica sia stata provocata esclusivamente dall'Acinetobacter *Per_2* così come evidenziato dalla positività accertata sia nell'aspirato tracheale, sia nel liquido di lavaggio bronco alveolare.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Peraltro, sussistevano sin da subito, i chiari segni e sintomi, della gravità dello stato settico che avrebbe condotto il paziente di lì a poco alla morte.

Invero il paziente presentava, una ferita sternale infetta di circa 12 cm x 6 cm di diametro che richiese, un intervento chirurgico in urgenza in anestesia generale, a cui si aggiunse la diagnosi di "mediastinite", per una raccolta sierica che scolava lungo la sierosa pleurica toracomediastinica di sinistra e la cui "monolateralità" di tale reperto, esclude che tale emergenza possa riferirsi allo scompenso cardiaco come sostenuto dal CTU, nonché, lungo il versante anteriore del sacco pericardico, con associata una abbondante falda di versamento pleurico di tipo reattivo. Il coinvolgimento del mediastino deve ritenersi una evenienza gravissima, per il consequenziale interessamento delle strutture vicine, tra cui cuore, aorta, coronarie, esofago e relativa vascolarizzazione, arterie, vene, nervi, di massima importanza (succlavia, nervo vago) etc.. Il paziente presentava dunque, macroscopici segni e sintomi di processi morbosi di natura infettiva mediastinica, con versamenti pleurici ed edema interstiziale polmonare, che non possono in alcun modo riferirsi, scientificamente, al solo scompenso cardiaco, conseguenza invece del totale decadimento di tutti gli organi per shock settico.

In modo assolutamente contraddittorio, il CTU ha ritenuto tale quadro settico, una mera complicanza, che non avrebbe inciso sull'iter clinico del paziente, ritenendo invece che i precedenti stati morbosi cardio-circolatori, sarebbero stati la concausa determinante del decesso.

Tale conclusione è però del tutto smentita, per tabulas, dalla diagnosi di dimissione redatta dagli stessi sanitari del Campus: "Diagnosi di dimissione (30.7, per decesso) Insufficienza del cuore Sn (Scompenso cardiaco Sn) - Arteriosclerosi coronarica – Rottura di ferita chirurgica interna – Insufficienza respiratoria acuta – Insufficienza renale acuta – **Polmonite batterica**". E' dunque un fatto incontestabile, che le infezioni dei siti chirurgici siano state sostenute da ceppi batterici di natura nosocomiale e che le stesse abbiano inciso in maniera esclusiva, sulla immunodepressione sistemica del paziente.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ebbene, fermo restando che la scelta di praticare il trattamento chirurgico effettivamente svolto, è risultata corretta in ragione del quadro clinico presentato dal paziente, tuttavia il medesimo non è stato reso edotto correttamente circa le finalità, i rischi e le alternative di tale intervento, avendo sottoscritto un consenso informato del tutto generico e rilasciato su un modello standard. Da ciò deriva la verosimile circostanza che il sig. *Pt_2* non sia stato informato nel dettaglio circa le finalità, i rischi e le alternative dell'intervento chirurgico cui veniva sottoposto, violando così il suo diritto alla autodeterminazione. Risulta inoltre che il paziente in conseguenza dell'intervento, ha contratto delle gravi infezioni da Acinobacter Baumanii e Enterobacter cloacae, di natura tipicamente nosocomiale e che la struttura sanitaria non ha fornito adeguata prova di aver provveduto all'applicazione dei protocolli di sanificazione per il periodo relativo al ricovero del sig. *Pt_2* nei locali con i quali il paziente entrò in contatto.

E' dunque provato, che tali infezioni determinarono la necessità da parte dei sanitari del *Controparte_3* di sottoporre il paziente ad ulteriori tre interventi chirurgici per tentare di risolvere, o quantomeno contenere, la gravissima emergenza infettiva, provocata da loro stessi e dalla struttura, interventi, si sottolinea, non necessari nel caso di un intervento perfettamente riuscito dal punto di vista tecnico, né normale conseguenza dell'intervento praticato ab inizio, i quali inevitabilmente, unitamente alla terapia antibiotica somministrata, condizionarono la convalescenza del paziente, complicandola fino all'inesorabile exitus.

Pertanto, le infezioni contratte dal paziente durante il ricovero presso il [redacted] Medico di Roma, sono state secondo il principio del più probabile che non, la causa del decesso del medesimo.

Tra l'altro, tali conclusioni, si desumono anche da quanto affermato dai consulenti di parte della *Controparte_1*, nei cui elaborati hanno rilevato, da un punto di vista infettivologico, che le infezioni contratte dal sig. *Pt_2* ne hanno progressivamente ed irreversibilmente determinato una compromissione di tutte le funzioni vitali.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

D’altra parte, l’assenza di responsabilità del nosocomio convenuto, per la contrazione delle richiamate infezioni, incombeva sul nosocomio stesso, il quale invece non ha provato di aver adottato le adeguate procedure finalizzate alla prevenzione delle infezioni nosocomiali.

In materia di responsabilità medica, con riferimento alle ipotesi in cui l'eziologia del danno sia ricondotta alla contrazione di una patologia infettiva in ambiente ospedaliero (c.d. infezione nosocomiale), grava sulla struttura convenuta l'onere di dimostrare di avere diligentemente adempiuto la prestazione offerta al paziente, anche sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalla vigenti normative e delle leges artis, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico.

Tale onere non è stato assolto da parte del nosocomio convenuto, il quale non ha allegato, né prodotto nulla, allo specifico riguardo.

Accertato dunque il nesso di causalità tra l’infezione nosocomiale ed il decesso, nonché la responsabilità medica della struttura e dei sanitari, per non aver assolto agli obblighi di garantire che il paziente non contraesse infezioni nosocomiali gravi e determinanti per la sua vita, si deve necessariamente esaminare l’aspetto fondamentale della legittimazione attiva delle attrici, avendo le stesse agito sia iure ereditario, sia iure proprio.

E’ notorio che sotto il primo profilo viene in rilievo il rapporto contrattuale tra il de cuius e la struttura, mentre sotto il secondo profilo, ciò che rileva è la responsabilità extracontrattuale per fatto illecito integrante la fattispecie penale dell’omicidio colposo.

Ebbene, quanto alla prova della legittimazione iure ereditario, rileva questo giudice che le attrici non hanno fornito la prova necessaria e sufficiente. Invero è stato prodotto solo un certificato di matrimonio per quanto riguarda la sig. *Pt_1* , che prova solo il rapporto di parentela tra lei ed il de cuius, ovvero il rapporto di coniugio ed il certificato di nascita per

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

quanto riguarda la signora *Parte_2*, da cui si desume solamente che quest'ultima era la sorella del de cuius.

Tuttavia, ai fini della legittimazione attiva in qualità di erede, questione rilevabile d'ufficio, è richiesto quanto meno, oltre al certificato di morte, lo stato di famiglia, al fine di ritenere provata almeno l'accettazione tacita dell'eredità (Cass. 16814/18), a nulla rilevando la mancata contestazione della qualità di erede ex art.115 c.p.c. (Cass. 1943/11; Cass. 4116/16; Cass. 15414/17).

Non essendo stati prodotti nemmeno detti certificati, né una denuncia di successione o un atto notorio, tutte le voci di danno relative al vizio del consenso informato, al danno terminale e al danno morale catastrofale, trasmissibili iure hereditatis, non potranno essere prese in considerazione.

Passando invece al danno iure proprio da perdita del rapporto parentale, non essendo stato nemmeno prodotto lo stato di famiglia e tanto meno un certificato di residenza della sig. *Pt_1*, non potrà esserle riconosciuta la convivenza, che comunque va esclusa, per stessa ammissione della sorella, nei riguardi di *Parte_2*.

Pertanto, applicate le tabelle del Tribunale di Roma, riconosciuti a *Parte_1* punti 23 (età della vittima, età del congiunto più rapporto di parentela X 9.806,70 euro) e a *[...] Parte_2* punti 10 (età della vittima, più età del congiunto più rapporto di parentela X 9.806,70 euro), va liquidata a *Parte_1* la somma di euro 225.554,10 e a *[...] Parte_2* la somma di euro 98.067,00.

In quanto liquidate all'attualità, le suddette somme vanno devalutate, ex art.1219 comma 2 n.1) c.c., alla data dell'illecito [redacted]. La somma così devalutata, va poi via via rivalutata, anno per anno, in base agli indici dalla data del decesso fino alla sentenza.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Trattandosi di debito di valore, secondo quanto affermato dalla sentenza della Corte di Cassazione a S.U. 1712/95, una volta convertito lo stesso in debito di valuta, sulla somma così liquidata, decorreranno gli interessi legali dalla sentenza al saldo.

La domanda delle attrici va pertanto accolta, nei limiti di cui sopra.

Va altresì accolta la domanda di manleva proposta dalla convenuta, sicchè quest'ultima dovrà essere tenuta indenne dalle somme che è condannata a pagare e che dovranno essere versate dalla società *Controparte_1* che si è impegnata a tenerla indenne, nei limiti del massimale.

Le spese di lite seguono la soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo, secondo i parametri di cui al DM 55/14, scaglione 260.000,00-520.000,00.

P.Q.M.

Il Giudice Monocratico del Tribunale di Roma, XIII sezione civile, nella persona del giudice Ornella Baiocco, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* e *Parte_2*, congiunti di *Parte_3* [redacted] nei confronti dell'Università [redacted] medico di Roma e sulla domanda di manleva proposta da quest'ultima nei confronti della *Controparte_4* così provvede:

1) Accoglie la domanda proposta da *Parte_1* e *Parte_2* iure proprio e condanna l'Università [redacted] medico di Roma a corrispondere a tale titolo di danno, in favore della prima, la somma di euro 225.554,70 e della seconda la somma di euro 98.067,00 devalutate alla data del [redacted] sulle somme così devalutate e via via rivalutate secondo gli indici istat dal [redacted] sino alla presente sentenza, vanno computati gli interessi legali dalla sentenza al saldo;
2) Rigetta la domanda delle attrici iure hereditatis;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

3) Condanna la convenuta alla refusione delle spese di lite sostenute dalle attrici nel presente giudizio, che si liquidano in euro 1.800,00 per esborsi ed euro 18.000,00 per competenze di giudizio, oltre iva, c.p.a e rimborso forfettario nella misura del 15%, da distrarsi in favore del procuratore antistatario;

4) Accoglie la domanda di manleva proposta dalla convenuta nei confronti della *Controparte_4* e per l'effetto condanna quest'ultima a tenere indenne la convenuta dal pagamento delle somme che è tenuta versare in virtù della presenta sentenza, nei limiti del massimale.

Roma 14.8.2023 Il Giudice

Dott.ssa Ornella Baiocco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it