REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

Il Giudice Unico Dott.ssa Amelia Pellettieri nella causa **N.R.G. 55929/2019** pervenuta all'udienza del 28 settembre 2023 per la spedizione a sentenza , vertente tra:

[redacted] [redacted] *C.F._1* , *Controparte_1* *C.F._2* , *CP_2* *C.F._3* , *Controparte_3* *C.F._4* **, in proprio e quali eredi di** *Persona_1* [redacted] **,** difesi giusta delega in atti dall' Avv. [redacted]

ATTORI

E

Controparte_4 *P.IVA_1* **(da ora in avanti la** *CP_5* **) ,** difesa giusta delega in atti dall' Avv. [redacted]

CONVENUTA

OGGETTO: responsabilità medica- decesso – infezione nosocomiale

CONCLUSIONI: come precisate all'udienza del 28 settembre 2023 con note di trattazione scritta

Ha pronunciato

SENTENZA

MOTIVI DELLA DECISIONE

In via pregiudiziale si precisa che la presente sentenza viene redatta secondo lo schema contenutistico delineato dagli artt. 132 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c., come modificato dalla legge 69/2009 , e quindi con omissione dello svolgimento del processo ed espressione succinta delle ragioni di fatto e di diritto della decisione ; si premette la conoscenza dell'atto di citazione , della

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

comparsa di costituzione e risposta di parte convenuta , delle memorie autorizzate e di tutti gli altri atti e documenti di causa, che qui integralmente si richiamano.

Gli attori analiticamente indicati in epigrafe (tutti legati da rapporto di parentela con *Per_1* *[...]* , segnatamente il coniuge e i figli) , [redacted] premesso che : in data 11 giugno 2012 *Persona_1* veniva ricoverato presso il Pronto Soccorso del *Controparte_4*

[...] I, ove stava prestando servizio come guardia giurata, a causa di una sindrome coronarica acuta; nello stesso giorno veniva sottoposto ad intervento di rivascolarizzazione miocardica; terminato l'intervento chirurgico, il paziente veniva trasferito in terapia intensiva ove rimaneva fino al 7 luglio 2012; il decorso post operatorio era complicato dal deterioramento degli scambi gassosi successivamente alla estubazione, con la necessità prima di reintubazione e poi di tracheotomia in data 21 giugno 2012; in data 7 luglio 2012 il paziente veniva trasferito nel reparto di cardiochirurgia, in condizioni emodinamiche e respiratorie riferite stabili e senza febbre; nel reparto di cardiochirurgia il paziente veniva sottoposto a toracentesi ; durante la permanenza nel reparto di cardiochirurgia il *Per_1* effettuava numerosi esami clinici e strumentali, veniva sottoposto a diverse sedute di dialisi ed effettuava molteplici consulenze infettivologiche, psicologiche e nefrologiche; inoltre eseguiva diversi esami ematochimici e colture di materiali biologici; per ben sessanta giorni il personale sanitario della Struttura non aveva sospettato nè rilevato alcun segno di infezione del sito chirurgico; solamente il 10 agosto 2012 i medici, allarmati dal progressivo peggioramento delle condizioni respiratorie e da un rialzo febbrile, riscontravano una deiscenza della sternotomia; il paziente veniva quindi trasferito d'urgenza nel reparto di rianimazione per essere sottoposto in data 11 agosto 2012 a nuovo intervento chirurgico di revisione della sternotomia, dalla cui descrizione, si apprendeva, peraltro, la presenza di deiscenza dello sterno con fratture multiple; nei giorni immediatamente successivi all'intervento di revisione sternale dell'11 agosto 2012 le condizioni cliniche del paziente peggioravano progressivamente ed inesorabilmente sino ad arrivare al 22 agosto 2012 quando, valutata una mobilità dello sterno preternaturale, veniva sottoposto nuovamente ad intervento chirurgico, a causa di una grave infezione, successivamente rivelatasi mortale; dalla nota operatoria del terzo intervento poteva apprendersi: "*... Si espone l'osso sternale che appare malacico... secreto purulento soprattutto nella porzione superiore... osseo sternale e porzione mediale costale che appaiono macroscopicamente malacici. Tali tessuti vengono inviati per esame colturale*"; l'esame del materiale biologico evidenziava l'isolamento della Klebsiella dal drenaggio pericardico con infezione a livello mediastinico da Klebsiella multi resistente e fuoriuscita di materiale purulento dalla ferita; in data [redacted] *Per_1* in *Per_1* all'età di anni 59 decedeva a causa della diffusione dello shock settico; il decesso era riconducibile a complicanze infettive e shock settico

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

insorto a causa di una infezione del sito chirurgico, cutaneo, muscolare ed osseo; che veniva quindi esperita mediazione obbligatoria, nell'ambito della quale veniva disposta consulenza tecnica con affidamento dell'incarico ad un medico legale; che dalla consulenza disposta in mediazione si evinceva la responsabilità della Struttura per le plurime infezioni correlate alle assistenza contratte dal paziente, che avevano poi condotto all'exitus; che inoltre dal referto anatomopatologico (in atti) risultava che la morte era riconducibile a "*mediastinite anteriore acuta (raccolta purulenta nel tessuto sottocutaneo in corrispondenza di recente ferita chirurgica come da sternotomia, con interessamento dei piani muscolare ed osseo). Recente infarto del miocardio della parete antero-settale associato ad esiti di pregresso infarto nelle medesime aree in soggetto portatore di triplice by pass aorto- coronarico. Broncopolmonite bilaterale da Klebsiella pneumoniae, spp pneumonia. Edema e congestione polmonare bilaterale. Pleuropericardite acuta in fase di organizzazione. Arteriosclerosi aortica, delle coronarie e arterio- arteriosclerosi renale bilaterale*" ; che, in diritto, era configurabile la responsabilità della *CP_5* per negligenza, imperizia ed imprudenza nella gestione nel trattamento delle plurime infezioni nosocomiali contratte dal paziente; che la responsabilità del personale sanitario era altresì ravvisabile nel ritardo diagnostico in riferimento alla TAC eseguita in data 7 luglio 2012, che aveva già messo in evidenza la diastasi sternale, diastasi tuttavia non ravvisata e non apprezzata dal radiologo; detto ritardo diagnostico avrebbe poi determinato una concatenazione di eventi infausti che di lì a poco avrebbero condotto all'exitus; che era quindi interesse di essi attori conseguire il risarcimento dei danni patrimoniali (in riferimento al mancato apporto reddituale del de cuius ai bisogni del nucleo familiare composto all'epoca dei fatti dalla moglie e dal figlio *Controparte_1* convivente, vedi certificato di stato di famiglia in atti) e non patrimoniali, segnatamente il danno da perdita del rapporto parentale; il danno esistenziale; il danno biologico iure hereditatis, nella duplice veste di danno biologico terminale e danno da lucida agonia; tanto premesso, hanno convenuto in giudizio la *CP_5* , chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, come sopra specificati, il tutto previo accertamento della responsabilità della Struttura nella causazione della morte.

La *CP_5* ha contestato la domanda risarcitoria avversaria, sia nell'an che nel quantum, concludendo per il rigetto della medesima.

Così sia pure sinteticamente delineato il tema del decidere, ferma la procedibilità della domanda tenuto conto della mediazione infruttuosamente esperita, venendo ora al merito della domanda risarcitoria , occorre scindere la domanda risarcitoria da perdita del rapporto parentale, domanda azionata iure proprio dai congiunti del paziente deceduto, dalla domanda avente ad oggetto il ristoro del danno non patrimoniale patito da *Persona_1* , a cagione delle sofferenze fisiche e morali

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

subite , posta risarcitoria che dal paziente deceduto si trasferisce iure successionis agli eredi (danno biologico iure successionis) .

In relazione al danno da perdita del rapporto parentale (morte quale conseguenza dell'errore medico) ,ritiene il Tribunale doveroso preliminarmente inquadrare sotto il profilo normativo e giurisprudenziale la responsabilità medica allorquando a richiedere il risarcimento del danno da asserita malpractice sia non il paziente asseritamente danneggiato dal negligente ed imperito operato del personale sanitario, bensì il congiunto o i congiunti del paziente deceduto in conseguenza di dedotti errori ed omissioni del personale medico.

Nella ipotesi , infatti, in cui la prospettata malpractice sanitaria abbia condotto al decesso del paziente , i congiunti di quest'ultimo, che agiscano per il risarcimento del danno, non possono invocare l'esistenza di un rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura ,ma devono agire ai sensi dell'art. 2043 c.c. a titolo di responsabilità extracontrattuale.

Il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, comma 2, c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale, con tutte le conseguenze caratterizzanti l'istituto della responsabilità aquiliana in tema di assolvimento degli oneri di allegazione e prova .

La giurisprudenza di legittimità, con condivisibile orientamento, ha chiarito che il rapporto contrattuale che si instaura tra il paziente e la struttura sanitaria ha efficacia ultra partes allorché costituisca fonte di obbligazioni aventi ad oggetto prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione; viene in considerazione, in particolare, il contratto stipulato dalla gestante, avente ad oggetto la prestazione di cure finalizzate a garantire il corretto decorso della gravidanza oppure l'accertamento, e correlativa informazione, di eventuali patologie del concepito, anche in funzione del consapevole esercizio del diritto di autodeterminarsi in funzione dell'interruzione anticipata della gravidanza medesima (Cass. 14615/2020; 16754/2012; 11503/1993).

L'inesatta esecuzione della prestazione che forma oggetto di tali rapporti obbligatori, infatti, incide in modo diretto sulla posizione del nascituro e del padre perché la tutela contro l'inadempimento deve necessariamente essere estesa a tali soggetti, i quali sono legittimati ad agire in via contrattuale per i danni che da tale inadempimento siano loro derivati.

Al di fuori di questa specifica ipotesi, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto dell'obbligazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione dei terzi, torna applicabile anche

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

al contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (articolo 1372 comma 2 c.c.); pertanto, per un verso non è predicabile un effetto protettivo del contratto nei confronti dei terzi, per altro verso non è identificabile una categoria di terzi (quand'anche legati da vincoli rilevanti, di parentela o di coniugio, con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto".

Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subito in proprio delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria, non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro di tali pregiudizi.

Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che stipula il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova (Cass. Civ. 11320/2022) .

Ferma l'elaborazione giurisprudenziale di cui sopra, acclarato che l'azione di responsabilità per conseguire il ristoro del danno da perdita del rapporto parentale in questa sede esperita va collocata nell'alveo della responsabilità extracontrattuale , con tutto ciò che ne consegue non solo in tema di assolvimento dell' onere di allegazione e prova e di ripartizione, dunque, dei rispettivi oneri probatori, ma anche in termini di individuazione del termine prescrizionale da applicarsi nella fattispecie (nel caso di specie, giova comunque puntualizzare che il termine prescrizionale quinquennale risulta interrotto dapprima con la missiva raccomandata a.r. del 5 febbraio 2014, documento 6 del fascicolo di parte attrice e poi dalla procedura di mediazione successivamente azionata sino ad arrivare all'instaurazione del presente giudizio avvenuta nel 2019) , devesi ora inquadrare, a livello normativo e giurisprudenziale, il danno biologico iure successionis richiesto dagli odierni attori.

Secondo la costante giurisprudenza della Suprema Corte, dal decidente condivisa, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della Struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass. Civ. 18392/2017; 975/2009 ; 17143/2012; 21177/2015).

Più specificamente, nel campo della responsabilità sanitaria, quanto al principio di allegazione della condotta inadempiente, ritenuta fonte di danno, occorre far riferimento a quanto indicato dalla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

giurisprudenza di cui a Cass. SSUU 577/2008 , rilevante per dirimere il caso concreto: "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, il paziente danneggiato deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante*".

L'inadempimento rilevante, nell'ambito dell'azione di responsabilità medica, per il risarcimento del danno nelle obbligazioni, così dette, di comportamento non è, dunque, qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ciò comporta che l'allegazione del paziente-creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, o comunque genericamente dedotto, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato e cioè "*astrattamente efficiente alla produzione del danno*" (così chiosa Cass. SSUU 577/2008) .

Conseguentemente, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. Civ. 27606/2019; 3704/2018; 5128/2020).

Premesso in diritto quanto sopra, la CTU a firma del Dott. *Per_2* , medico-legale ed infettivologo, e del Dott. *Persona_3* , specialista in cardiochirurgia, redatta con professionalità, con adeguata conoscenza della letteratura scientifica e delle linee guida vigenti in materia, nonché immune da vizi logici e/o di altra natura tale pertanto da potere essere integralmente condivisa dal decidente, ha ripercorso la storia anamnestica e clinica di *Persona_1* attraverso la disamina della documentazione sanitaria allegata al libello introduttivo.

Va evidenziato in particolare dall'excursus compiuto dal collegio peritale che:

1) in data 11 giugno 2012 *Persona_1* , già affetto da ipertensione arteriosa e diabete mellito insulino-dipendente, si ricovera presso il *Controparte_4* per un dolore precordiale; sottoposto a coronarografia in urgenza, viene posta diagnosi di sindrome coronarica, con indicazione all'intervento cardiochirurgico di rivascolarizzazione miocardica, intervento che viene eseguito nella stessa giornata;
2) l'intervento viene portato a conclusione "*con la dovuta perizia*", come osservato dal collegio peritale (va peraltro evidenziato che parte attrice nessun elemento di censura ha prospettato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

in relazione all'esecuzione di intervento chirurgico di rivascolarizzazione miocardica con inserimento di bypass aortocoronarico),

3) successivamente il paziente viene sottoposto a dialisi a causa della insorgenza di una insufficienza renale acuta ;
4) in data 15 giugno 2012 viene osservata positività colturale nel tracheo aspirato allo Pseudomonas aeruginosa e alla Klebsiella oxytoca, in considerazione della quale viene "*correttamente*" (vedi pagina 30 della CTU) impostata terapia antibiotica, avuto riguardo alla consulenza infettivologica del 16 giugno 2012;
5) in data 21 giugno 2012, a causa del persistere di disagio nel respiro, viene effettuata una tracheostomia; gli esami colturali effettuati quel giorno rilevano positività anche su catetere venoso centrale e su catetere di Swan- Ganz per Pseudomonas aeruginosa;
6) il 7 luglio 2012 il paziente viene trasferito nel Reparto di Cardiochirurgia, con necessità di ossigenoterapia di supporto, catetere venoso periferico e catetere venoso centrale; viene inoltre sottoposto a nutrizione parenterale ed è emodinamicamente stabile; osservano in proposito i periti d'ufficio: "*tutti i sistemi descritti possono essere considerati come porte d'ingresso facilitate per il contagio da parte di germi presenti nell'ambiente ospedaliero, soprattutto se non viene adeguatamente effettuata la sorveglianza microbiologica secondo le regole descritte nel capitolo dedicato alla normativa*" (vedi pagina 31 della CTU);
7) il 12 luglio 2012 il paziente risulta positivo allo Stafilococco aureo;
8) in data 17 luglio 2012 viene eseguita una TAC del torace senza mezzo di contrasto con il seguente referto: "… *Esiti di sternotomia mediana. Cospicua quota di versamento pleurico bilaterale più evidente a sinistra con associato addensamento del parenchima polmonare adiacente bilateralmente. Addensamento parenchimale a livello del lobo medio in sede basale anteriore paracardiaca…*"; in relazione a tale profilo il dottor *Per_3* cardiochirurgo, ha evidenziato, dopo aver visionato personalmente le immagini della TAC, che non era presente alcun segno particolare di diastasi sternale e che "*la raccolta retrosternale evidenziabile alla TAC risulta essere un reperto normale dopo un recente intervento di cardiochirurgia*" (vedi pagina 26 della CTU); pertanto, contrariamente a quanto prospettato da parte attrice, la quale ha dedotto la sussistenza di un ritardo nella formulazione della diagnosi, non è ravvisabile alcun elemento di censura nell'operato del personale sanitario in riferimento alla lettura delle immagini della TAC;
9) il paziente viene sottoposto a due ulteriori toracentesi, la prima in data 26 luglio 2012, la seconda il 2 agosto 2012;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

10) fino al 10 agosto 2012, non si ravvisano problematiche flogistiche locali o alterazioni della ferita chirurgica sternale;

11) in data 10 agosto 2012, riscontrata la presenza di una mobilità sternale, viene posta indicazione all'intervento di resintesi sternale , che viene eseguito il giorno successivo e descritto nel modo che segue : "*presenza di deiscenza dello sterno con fratture multiple, all'esame macroscopico non si apprezzano infezioni alle strutture sottostanti; rottura dei punti metallici. Lisi delle aderenze pericardiche, mobilizzazioni delle tenaci aderenze pleuriche per rendere possibile il posizionamento del tubo di drenaggio pleurico sinistro. Aspirazione di liquido pleurico sinistro. Curettage chirurgico, rimozione dei punti in acciaio e prelievo di materiale che viene inviato per esame colturale. Sintesi sternale con doppia gabbia secondo* *Org_1* *Si posizionano un drenaggio pericardio - mediastinico…*"; gli esami colturali evidenziarono positività di un campione da drenaggio pericardico per Klebsiella multi resistente. In relazione a tale ultimo profilo il c.t.u. infettivologo ha evidenziato "*che nel referto fu segnalata la presenza di deiscenza dello sterno con fratture multiple; l'assenza di segni di infezione delle strutture sottostanti all'esame macroscopico; le aderenze pericardiche che vennero lisate e tenaci aderenze pleuriche che vennero mobilitate per effettuare il posizionamento del drenaggio pleurico sinistro. Infatti la semplice ferita deiscente è di per sé ad altissimo rischio di contagio: la ferita sternale del* *Per_1* *era una facile porta d'ingresso dei germi e le plurime operazioni peggiorarono il rischio di contaminazione.* ***L'infezione da Klebsiella tuttavia era in atto , come attestato dall'esito dell'esame colturale. Il germe fu contratto in ospedale, era multiresistente e le condizioni del signor*** *Per_1* ***non migliorarono ma, nonostante le corrette terapie antibiotiche indicate dai consulenti infettivologi, si complicarono ulteriormente, in relazione alla presenza del versamento pleurico, all'aggravarsi della broncopolmonite, all'evidenza di altre infezioni da germi di origine nosocomiale (Acinetobacter e Pseudomonas aeruginosa), e alla delicata gestione dei drenaggi pleuropolmonari per la presenza di perdite aeree***" (vedi pagina 34 della CTU);

12) eseguite successive emocolture con riscontrata positività alla Klebsiella multiresistente e allo Pseudomonas aeruginosa, in data 21 agosto 2012 il paziente lamenta dolore diffuso al torace; il giorno successivo viene segnalata la presenza di ferita chirurgica deiscente per un tratto di circa 7 cm a livello del terzo distale e, nello stesso giorno del 22 agosto 2012, il paziente viene sottoposto ad un terzo intervento chirurgico di asportazione del residuo sternale e stabilizzazione mediante plastica dei muscoli pettorali; l'esame colturale sul materiale prelevato (osseo e inorganico) a livello toracico conferma la positività a Klebsiella

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

multiresistente; l'intervento, o meglio, la descrizione del medesimo evidenzia testualmente: "*… l'osso sternale, che appare malacico, secreto purulento soprattutto nella porzione superiore… Rimozione dei punti metallici che stabilizzano lo sterno, tali tessuti vengono… per esame colturale. Si effettua bonifica del tessuto osseo sternale e porzione mediale costale… macroscopicamente malacici… Si apprezzano preesistenti numerose lesioni di continuo a carico della pleura di sinistra e del polmone. Si procede ad allestimento di lembo di muscolo gran pettorale bilateralmente i quali vengono posizionati con tecnica doppio petto a ricoprire la perdita di sostanza ossea sternale*"; il decorso post operatorio fu caratterizzato dalla presenza di febbre, dalla necessità di ventilazione meccanica, di emodialisi e di emotrasfusioni;

13) il 27 agosto 2012 viene riscontrata nel corso della medicazione della ferita sternale la fuoriuscita di abbondante materiale purulento dal terzo distale; il [redacted] alle ore 12:00 vengono segnalate condizioni generali gravissime e alle 16:40 interviene l'exitus del paziente per shock settico causato da mediastinite infettiva e broncopolmonite da Klebsiella pneumoniae, insufficienza respiratoria, insufficienza renale acuta, postumi di infarto del miocardio .

Ripercorsa la storia clinica di *Persona_1* ; ravvisata l'insussistenza di elementi di censura in relazione alla lettura delle immagini della TAC del 7 luglio 2012, contrariamente a quanto prospettato da parte attrice nel libello introduttivo, osserva il Tribunale che le condivisibili risultanze della CTU medico-legale, unitamente alla risposta fornita dai periti d'ufficio alle osservazioni dei consulenti di parte convenuta, autorizzano tuttavia a ritenere sussistente la responsabilità della *CP_5* per le numerose infezioni di chiara matrice e derivazione nosocomiale contratte dal paziente, le cui condizioni particolarmente delicate tenuto conto dell'importante quadro di comorbidità da cui era affetto, avrebbero imposto l'adozione in concreto di protocolli di sanificazione e, più in generale, di misure preventive adeguate tese a scongiurare il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza durante la permanenza in ospedale.

Va evidenziato in particolare che parte convenuta non ha fornito prova di aver applicato in concreto i protocolli di igiene e profilassi.

L'aver contratto le plurime infezioni in ambiente ospedaliero, successivamente ad intervento chirurgico indica inequivocabilmente che non vennero applicate in concreto le metodiche di profilassi antinfettiva; il fatto che la *CP_5* sia munita di un Comitato Infezioni Ospedaliere , competente a predisporre le misure di profilassi idonee a prevenire le infezioni correlate all'assistenza, o la circostanza che la *CP_5* abbia adottato dei

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

protocolli per la sanificazione degli ambienti ospedalieri non autorizza a ritenere, in difetto di prova che è onere della CP_5 (e, quindi, di parte convenuta) fornire, che i protocolli di prevenzione e di profilassi siano stati applicati in concreto, per quel paziente, e nel reparto ove lo stesso era ricoverato.

Le plurime infezioni contratte dal paziente , in diversi distretti anatomici (mediastinite , broncopolmonite bilaterale da Klebsiella pneumoniae, pleuropericardite acuta), hanno determinato lo shock settico che ha poi condotto all'exitus.

Il collegio peritale, con convincente ragionamento, ha evidenziato che le infezioni che si manifestano più di quarantott'ore dopo l'ingresso in ospedale e che non erano in incubazione all'ingresso sono di solito considerate infezioni nosocomiali.

Nel caso che ci occupa successivamente all'intervento chirurgico dell'11 giugno 2012 si è assistito ad una progressiva escalation del quadro infettivo del paziente che ha richiesto la sottoposizione dello stesso a due ulteriori interventi chirurgici.

Lo shock settico fu la concausa efficiente e determinante del decesso e la principale malattia che condusse all'exitus, come anche indicato nella stessa scheda RAD di dimissione ospedaliera, exitus, si ripete, favorito dalla condizione di numerose comorbidità : "… *Si può affermare con ragionevole probabilità che la contaminazione da ferita da Klebsiella pneumoniae, causa della mediastinite che determinò la grave necrosi dello sterno e la broncopolmonite fu dovuta ad un germe di origine nosocomiale. Si trattò quindi di una complicanza post chirurgica di natura settica prevedibile, nonché prevenibile, se fossero state attuate e documentate idonee procedure di controllo e prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero, opportune per la realizzazione di un'efficace azione di controllo e prevenzione ambientale da parte dei competenti Servizi igienico sanitari della Struttura ospedaliera a questo preposti. L'efficienza di tale attività prevista dalle regole della normativa già vigente al tempo del ricovero del signor* Persona_1 *doveva essere dimostrata in atti dall'esibizione da parte della stessa Amministrazione Ospedaliera degli atti che attestano sia il varo di regolamenti inerenti al controllo delle malattie infettive in ambiente ospedaliero, sia la presenza di documenti riguardanti l'effettiva ricezione delle regole e la loro attestata applicazione. In relazione all'assenza di tali elementi in atti le predette carenze della Struttura ospedaliera del* Controparte_4 *sono da porre in nesso causale con il decesso del Signor* Per_1 *, secondo il criterio dell'elevata probabilità scientifica…*" vedi pagina 40 della CTU).

Ferme le condivisibili risultanze dell'elaborato peritale, come sopra esplicitate, va dunque affermata la responsabilità di parte convenuta per il decesso di Persona_1 , non avendo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

la Struttura dimostrato l'applicazione in concreto di adeguati protocolli di sanificazione nel periodo in cui il paziente venne ricoverato; la Struttura va quindi condannata al risarcimento dei danni in favore di parte attrice nei termini di cui si dirà infra.

Venendo ora alla quantificazione del danno, in relazione alle varie poste risarcitorie prospettate da parte attrice, si osserva, in primo luogo, che *Persona_1* ha patito un danno biologico, inteso come lesione della struttura fisio-psichica dell'organismo umano di natura areddituale, che si trasmette dal de cuius agli eredi, odierni attori.

Invero il paziente si è trovato a subire una condizione di inabilità temporanea assoluta, segnatamente dall'11 giugno 2012 al [redacted] arco temporale pari a 79 giorni caratterizzati dalla sottoposizione ad esami di vario genere, accertamenti diagnostici , cure antibiotiche e a ben tre interventi chirurgici .

Il danno biologico è liquidabile sia nella componente fisica (d. biologico terminale) che morale (danno catastrofale o da lucida agonia) , tenuto conto del fatto che il danno da lucida agonia implica che il paziente sia pienamente consapevole dell'approssimarsi dell'exitus; nel caso di specie dall'esame della cartella clinica e dalla disamina delle numerose consulenze neuropsichiatriche effettuate, ivi trascritte, risulta che il paziente era in uno stato di perenne ansia-agitazione a causa del progressivo deterioramento delle proprie condizioni di salute, deterioramento al quale stava lucidamente e consapevolmente assistendo .

Applicando il criterio equitativo, avuto riguardo all'età del paziente ,alla durata della inabilità assoluta, stimasi costituire adeguato ristoro la somma di euro 1200,00 attuali per ciascun giorno di inabilità temporanea (di cui euro 1000,00 per il danno biologico terminale ed euro 200,00 per il danno morale soggettivo), per il complessivo importo di **euro 94.800,00 attuali**, da ripartire tra gli odierni attori secondo i criteri della successione legittima.

Va inoltre risarcito il danno non patrimoniale da uccisione del congiunto .

Ritiene il giudicante che nella liquidazione di tale danno , da compiersi con criteri necessariamente equitativi, vada ricompreso non solo il ristoro per il dolore e la sofferenza contingenti, patiti dagli attori a seguito dell'evento luttuoso, ma anche la perdita del rapporto parentale secondo l'ormai consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità , senza che ciò possa comportare un rischio di duplicazione del risarcimento (Cass. Civ. 1.3.2004 n.4118).

Ritiene il decidente di fare applicazione delle Tabelle adottate dal Tribunale di Roma per l'anno 2023 , fondate sul valore del punto pari ad € 11356,15 che va moltiplicato per n punti fondati a loro volta sulla relazione di parentela col de cuius, sull'età della vittima , sull'età del superstite , sul rapporto di convivenza con il de cuius .

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

A [redacted] vanno riconosciuti i seguenti punti:

20 punti per la relazione con il de cuius; 2,5 punti per l'età del de cuius (che aveva 59 anni al momento della morte); 2 punti per l'età del congiunto (62 aa al momento dell'exitus); 4 punti per la convivenza tra il congiunto e il de cuius ; si perviene alla somma di **€ 323.650,27 espressa in valori monetari attuali** (€ 11356,15 per 28,5 punti).

Ai figli *CP_1* , *CP_2* e *Controparte_3* vanno riconosciuti i seguenti punti :

18 punti per la relazione con il de cuius; 2,5 punti per l'età del de cuius (che aveva 59 anni al momento della morte); 3,5 punti per l'età del congiunto (*CP_1* aa 37 al momento dell'exitus; *CP_2* 33 aa al momento della morte ; *CP_3* 36 aa al momento della morte) .

A **ciascun figlio** va liquidata a titolo di ristoro del danno da perdita del rapporto parentale la somma di **€ 272.547,6 espressa in valori monetari attuali** (€ 11356,15 per 24 punti) .

Nulla è dovuto a titolo di ristoro del danno patrimoniale , tenuto conto del fatto che il coniuge ad oggi percepisce pensione di reversibilità e che i figli hanno una età tale che induce a ritenere che gli stessi siano ormai autosufficienti ed economicamente indipendenti .

Si impone dunque la condanna della parte convenuta al pagamento della complessiva somma di euro 1.236.093,07 in favore di parte attrice, oltre interessi legali sull'importo da ultimo indicato, devalutato alla data del [redacted] (giorno del decesso) e rivalutato anno dopo anno secondo gli indici *Org_2* sul costo della vita dall'evento al saldo (SSUU 1712/1995).

Le spese di lite seguono la soccombenza a norma dell'art. 91 c.p.c., e vengono liquidate ai sensi del D.M. 55/2014 (scaglione da € 1.000.001,00 ad € 2.000.000,00, avuto riguardo alle quattro fasi del giudizio e alla somma liquidata a titolo di risarcimento) , con distrazione in favore del procuratore di parte attrice .

Sentenza a debito.

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica , definitivamente pronunciando , così provvede:

a) condanna parte convenuta al pagamento in favore di parte attrice della somma di € 1.236.093,07, oltre interessi legali sull'importo da ultimo indicato , devalutato alla data del [redacted] e rivalutato anno dopo anno secondo gli indici ISTAT sul costo della vita, dal dì dell'evento al saldo, a titolo di risarcimento del danno ;
b) pone in via definitiva a carico di parte convenuta le spese di CTU ;
c) condanna parte convenuta alla refusione delle spese di causa in favore degli attori , che si liquidano in € 518,00 per esborsi, € 37.951,00 per compenso , rimb. forf. sp. gen., IVA e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

CPA come per legge, spese da distrarsi in favore dell'Avv. [redacted] che le ha anticipate ;

d) sentenza a debito.

Così deciso in Roma il 9 aprile 2024

Il Giudice Unico

Amelia Pellettieri

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it