REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI ROMA

TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

in persona del dott. Alberto Cisterna ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 34902 del ruolo generale affari contenziosi dell'anno 2024

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentato e difeso dagli avv.ti [redacted] (C.F. *C.F._2* e [redacted] (C.F. *C.F._3*),

- ricorrente -

E

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*) - in persona del legale rappresentante *pro tempore* –, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (C.F. *C.F._4*),

- resistente -

oggetto: risarcimento del danno da responsabilità medica.

conclusioni

per *Parte_1* *«conclude affinché l'On.le Giudice dell'intestato Tribunale voglia così provvedere: 1) accertare e dichiarare la responsabilità della convenuta società* *Controparte_2* *in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella causazione del decesso della sig.ra* *Persona_1* *per i fatti come sopra esposti e narrati e, per l'effetto, condannare la società convenuta, in persona del suo legale rappresentante* pro tempore*, al risarcimento in favore del ricorrente* *Parte_1* *in proprio e quale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

erede della de cuius Persona_1 *di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti iure proprio e iure hereditatis, da quantificarsi in misura non inferiore a euro 298.000,00 i primi e a euro 269.000,00 i secondi, come da allegata tabella di quantificazione, ovvero, in subordine e salvo gravame, in quella diversa misura che sarà quantificata giudizialmente, oltre interessi di legge e rivalutazione monetaria dal dì del fatto al saldo. 2) condannare la società convenuta* Controparte_2 *in persona del suo legale rappresentante* pro tempore*, al pagamento delle spese e dei compensi legali, ivi compresi quelli relativi al giudizio per Atp e alle spese della Ctu medico legale ivi svolta, con attribuzione ai sottoscritti avvocati antistatari*».

per Controparte_2 *«insiste nelle conclusioni formulate nella comparsa di costituzione del 18.12.2024»*

FATTO E MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con ricorso ex art. 281-*decies* il sig. Parte_1 (fratello della sig.ra Persona_1 adiva l'intestato Tribunale al fine di fare accertare e dichiarare la responsabilità risarcitoria della Controparte_2 per il decesso della congiunta e, per l'effetto, al fine di ottenere il risarcimento di tutti i danni non patrimoniali (*iure proprio* e iure *hereditatis*) subiti in conseguenza della responsabilità sanitaria della CP_3 convenuta.

2. A fondamento della domanda risarcitoria il ricorrente deduceva che: in data 12.9.2019, la sig.ra Persona_1 era stata ricoverata presso la Casa di cura CP_2 (reparto di ortopedia) al fine di sottoporsi all'intervento di artroprotesi al ginocchio sinistro (eseguito in data 13.9.2019); che, a seguito dell'intervento, in data 16.9.2019, la congiunta era stata accolta nel reparto di riabilitazione della stessa Struttura sanitaria con diagnosi "*deficit di deambulazione – protesi ginocchio sinistro – deiscenza ferita*"; nella valutazione fisiatrica, posta alla data di ingresso, i sanitari avevano segnalato una perdita sierosa alla ferita chirurgica; nei giorni successivi la problematica afferente alla ferita chirurgica si era aggravata e la sig.ra Persona_1 era stata sottoposta a un trattamento antibiotico che, tuttavia, non era risultato risolutivo; le condizioni di salute della paziente erano peggiorate progressivamente, come evincibile dalla cartella clinica; in data 04.10.2019, la congiunta era stata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

trasferita al reparto di ortopedia con diagnosi di *"sospetta infezione artroprotesi ginocchio"*, ove l'esame colturale eseguito aveva evidenziato lo *"sviluppo di staphylococcus aureus – colonie numerose")*; in data 10.10.2019, durante la fisioterapia, dalla ferita era fuoriuscito "*liquido siero ematico tendente al brunastro*"; in data 18.10.2019, considerata la gravità della situazione, la sig.ra *Persona_1* era stata sottoposta a un intervento di "*debridment a cielo aperto senza rimozione della protesi*"; stante le condizioni di salute, che erano ulteriormente peggiorate, in data 19.10.2019, la congiunta era stata sottoposta a trasfusione; in data 29.10.2019 la ferita si era aperta (per essersi rotti i fili di sutura) e in data 06.11.2019 gli indici di flogosi erano aumentati; il giorno successivo era stata registrata dai sanitari una "*leucopenia ingravescente*"; in data 08.11.2019, la sig.ra *Persona_1* era stata trasferita al Pronto soccorso del [redacted] di Roma, con diagnosi all'ingresso di "*sospetta infezione artroprotesi ginocchio sx*" e in data 11.11 era stata ricoverata all'U.O. di ortogeriatria del [redacted] con diagnosi di "*infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari*"; in data 13.11.2019 la paziente era stata trasferita nel reparto di terapia intensiva e in data 15.11.2019 era stata sottoposta all'intervento chirurgico di "*espianto protesi di ginocchio sinistro*" e di "*impianto di spaziatore antibiotato per artroprotesi ginocchio sinistro infetta*"; in data 20.11.2019, la paziente era stata sottoposta a intervento chirurgico di "*revisione spaziatore*" e il giorno successivo a intervento chirurgico di revisione ferita; successivamente, nonostante le terapie operate presso il [redacted] le condizioni della sig.ra *Per_1* erano ulteriormente peggiorate e in data [redacted] era deceduta; la morte della congiunta, per *shock* settico, avrebbe dovuto addebitarsi alla responsabilità della *CP_3* convenuta, tento conto che l'infezione da *Staphylococcus aureus* era stata contratta dalla paziente nel corso dell'intervento eseguito presso la *Controparte_4* (tanto che prima del ricovero le condizioni generali di salute erano buone, come attestato dall'esame obiettivo), per fattori relativi all'ambiente (per carenza nell'applicazione delle raccomandazioni e dei protocolli di prevenzione) e/o al personale di assistenza; inoltre, anche il trattamento antibiotico post-operatorio praticato dai sanitari della Casa di cura *CP_2* era stato inappropriato, così come inappropriato era stato, altresì,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

il trattamento della complicanza infettiva; pertanto, stante l'inadempimento medico e la responsabilità della CP_3 convenuta, il ricorrente, avrebbe dovuto essere risarcito dei danni *iure proprio* (danno parentale) e *iure hereditatis* (danno biologico terminale e danno catastrofale) subiti in conseguenza del predetto inadempimento.

3. Con decreto del 16.9.2024 il decidente fissava l'udienza di comparizione delle parti al giorno 9.1.2025.

4. Con memoria difensiva del 19.12.2024 si costituiva in giudizio la [...] Controparte_2 deducendo che: in data 12.9.2019, la sig.ra Per_1 affetta da gonartrosi sinistra, pregresso impianto di protesi al ginocchio destro, obesità (BMI 48) e ipertensione arteriosa, era stata ricoverata presso la Controparte_4 [...] al fine di effettuare l'intervento programmato di artroprotesi al ginocchio sinistro; l'esame obiettivo compiuto al ginocchio sinistro aveva evidenziato: "*presenza di versamento endo articolare. Articolarità 2-100° con algia ai massimi gradi di flessione*"; il successivo 13.9.2019, previa sottoscrizione del consenso informato e previa somministrazione di profilassi antibiotica, la sig.ra Per_1 era stata sottoposta all'intervento di artroprotesi al ginocchio sinistro; all'esito dell'intervento, eseguito nei tempi previsti e senza complicanze, la paziente era stata sottoposta a monitoraggio cardiaco post-operatorio, con un buon compenso emodinamico; l'esame Rx, eseguito in pari data, aveva rilevato"*...enfisema dei tessuti molli in sede sotto-cutanea in esiti di recente intervento*"; il giorno successivo era stata somministrata un'ulteriore terapia antibiotica e il 16.9.2019 la paziente era stata trasferita presso il reparto di riabilitazione della Controparte_4 al fine di eseguire la rieducazione alla deambulazione e la fisiokinesiterapia; il 17.9.2019 era stato riscontrato un episodio emetico, con rialzo febbrile; gli esami ematici, eseguiti il 30.9.2019, avevano evidenziato un rialzo dei valori di PCR (21.05 mg/dl) e VES (120) e, il successivo primo ottobre, la sig.ra Per_1 era stata sottoposta a un'ecografia al ginocchio sinistro, da cui era emerso "*diffuso edema del pannicolo adiposo coerente con il rimaneggiamento chirurgico";* il successivo 4.10.2019, la paziente era stata trasferita nuovamente presso il reparto di ortopedia della Casa di cura con la diagnosi di "*sospetta infezione artroprotesi*" e le era stata somministrata una terapia antibiotica; il tampone eseguito sulla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

ferita era risultato positivo allo *Staphylococcus aureus*; il 18.10.2019 era stato effettuato un intervento di *debridement* a cielo aperto e di revisione dell'impianto; il 25.10.2019 era stato contattato il reparto di malattie infettive del [redacted] al quale era stato richiesto un *videat* specialistico, ma la richiesta era stata rifiutata; successivamente era stata prescritta apposita terapia antibiotica, che aveva fatto registrare un netto miglioramento delle condizioni cliniche generali e locali della paziente; il 5.11.2019 gli esami ematici avevano evidenziato pancitopenia per cui era stata richiesta una consulenza infettivologica all'Ospedale [redacted] con esito "*paziente a cui è stata impiantata una protesi di ginocchio sinistro con successiva complicanza infettiva per cui è stata sottoposta a intervento di revisione il 18.10.2019, con isolamento da tessuto sottocutaneo sottostante la ferita chirurgica deiscente di Staphylococcus aureus meticillino resistente. Sono stati eseguiti diversi cicli di terapia antibiotica senza risoluzione dell'infezione e con il verificarsi di effetti collaterali. Attualmente la paziente è in condizioni generali stabili. Localmente la ferita chirurgica è deiscente e lo è dal 13.9.2019 quando è stato eseguito il primo intervento. Visti esami con valori PCR 3.69 e quadro di pancitopenia per cui è consigliabile eseguire videat ematologico. Visti esami colturali. Si consiglia di eseguire scintigrafia con leucociti marcati, previa sospensione dell'antibiotico. Dopo videat ematologico e nell'ipotesi di infezione della protesi di consiglia valutare la possibilità di rimuoverla*"; a causa del peggioramento delle condizioni cliniche, la sig.ra *Per_1* era stata trasferita presso il Pronto soccorso del [redacted] ove, nonostante le cure ricevute, era [redacted] per *shock* settico; dalla disamina degli eventi avrebbe dovuto evincersi, pertanto, che l'intervento di "*Artroprotesi di ginocchio sinistro*", cui era stata sottoposta la sig.ra *Per_1* era stato eseguito in modo corretto e nel rispetto delle procedure e dei protocolli e, inoltre, che erano state applicate scrupolosamente le Linee guida operative di "*Antibioticoprofilassi perioperatoria nell'adulto*" adottate a livello nazionale e pubblicate anche sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (anno 2017); era stata eseguita la profilassi antibiotica pre-operatoria con la somministrazione endovenosa dell'antibiotico (*Cefazolina* 2gr), immediatamente prima delle manovre anestesiologiche e nella dose raccomandata; i sanitari avevano provveduto alla "*preparazione del campo*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

sterile" con applicazione dei componenti protesici sterili; la durata dell'intervento era risultata ampiamente inferiore alle 4 ore (10:30 - 11:50) e, quindi, senza il rischio di un'eccessiva esposizione della ferita e dei tessuti profondi; il decorso post-operatorio era stato adeguatamente e prontamente trattato; alcun inadempimento, pertanto, avrebbe potuto essere addebitato alla parte resistente, la quale aveva dimostrato, tra l'altro, di avere adottato tutte le procedure finalizzate a scongiurare l'insorgenza delle infezioni ospedaliere, come attestato dalla documentazione già prodotta in sede di Atp (piano annuale per le infezioni correlate all'assistenza, messi in atto per l'anno 2019; procedure operative per la pulizia e la sanificazione degli ambienti sanitari; protocollo profilassi antibiotica perioperatoria e sorveglianza infezioni del sito chirurgico, revisione del 14.6.2019; aggiornamento del Comitato controllo infezioni correlate all'assistenza 2019; protocollo sorveglianza e controllo microrganismi sentinella, revisione del 29.7.2019; verbali delle riunioni del Comitato infezioni correlate all'assistenza del 25.5.2019, del 10.10.2019 e del 19.12.2019), oltre che dalla documentazione prodotta nel presente giudizio (protocollo sorveglianza infezioni del sito chirurgico prodotto nel presente giudizio); pertanto, la contrazione del "*Staphilococcus aureus*", identificato a seguito dell'esame colturale con antibiogramma, era risultato del tutto indipendente dalla condotta dei sanitari della Casa di cura, in quanto aveva rappresentato un'imprevedibile e inevitabile complicanza; conseguentemente, la domanda risarcitoria avrebbe dovuto essere rigettata in quanto infondata.

5. All'udienza del 9.1.2025 il decidente, acquisita la documentazione prodotta dalle parti e la consulenza tecnica d'ufficio redatta in sede di Atp e rigettata la prova orale richiesta da parte ricorrente (in quanto generica e valutativa), rinviava la causa per la decisione all'udienza dell'11.6.2025.

6. All'odierna udienza il decidente ha trattenuto la causa in decisione.

7. La domanda risarcitoria proposta dal sig. *Parte_1* è fondata e deve essere accolta nei limiti di seguito indicati.

8. Nel presente giudizio il sig. *Parte_1* (germano della sig.ra *[...] Per_1* ha adito l'intestato Tribunale al fine di fare accertare e dichiarare la responsabilità risarcitoria della *Controparte_2* per la causazione del [redacted] per *shock* settico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

conseguito a uno stato infettivo generalizzato polimicrobico, caratterizzato dalla presenza dello *Staphilococcus aureus* contratto in ambito nosocomiale e non gestito correttamente; per l'effetto, il sig. *Per_1* ha chiesto la condanna della resistente al risarcimento di tutti i danni non patrimoniali (*iure proprio* e *iure hereditatis*) subiti in conseguenza della dedotta responsabilità.

9. Preliminarmente, si deve confermare l'ordinanza del 9.1.2025 con cui è stata rigettata la richiesta di prova testimoniale di parte ricorrente, trattandosi di un unico capitolo generico e del tutto valutativo e, pertanto, inammissibile («*a) vero che il sig. Parte_1 aveva un forte e costante legame affettivo con la sorella Persona_1 , che frequentava quotidianamente*»).

10. Dunque, occorre, innanzitutto, premettere che, nel caso di specie, sono in rilievo diversi titoli di responsabilità della *CP_3* sanitaria convenuta, a seconda che si tratti dei danni maturati direttamente in capo alla *de cuius* e fatti valere *iure hereditatis* dal ricorrente, ovvero dei danni subiti e azionati *iure proprio* da parte di quest'ultimo nella qualità di soggetto avente legami qualificati con la paziente. Invero, solo con riguardo ai primi può trovare applicazione il regime della responsabilità contrattuale di cui all'art. 1218 Cc, trattandosi di pregiudizi subiti direttamente dalla vittima primaria dell'illecito, nei cui confronti la Struttura ha assunto tutti gli obblighi derivanti dal c.d. contratto di spedalità. Di converso, con riguardo ai danni subiti *iure proprio* dal ricorrente, viene in rilievo una responsabilità di natura extracontrattuale (ex art. 2043 Cc), non essendo quest'ultimo titolare di un interesse giuridico – bensì solo di un interesse di fatto - protetto dal contratto di spedalità intercorso unicamente tra la Struttura sanitaria e la paziente (cfr. Cass. n. 14615/2020). Ne discende che, secondo le regole di riparto dell'onere probatorio di cui all'art. 2697 Cc, per i danni *iure hereditatis*, versandosi nell'ambito di una responsabilità da inadempimento della prestazione sanitaria, chi agisce può limitarsi ad allegare e dimostrare il rapporto con la Struttura ospedaliera (il contratto di spedalità), il danno subito e il nesso di causalità tra quest'ultimo e la condotta dei sanitari, mentre grava sul medico o sulla Struttura l'onere di provare di aver correttamente adempiuto la prestazione ovvero che l'inadempimento è dipeso da causa ad essi non imputabile. Viceversa, per i danni patiti *iure proprio* (nella specie, il danno morale da perdita del rapporto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

parentale), grava sulla parte ricorrente l'onere di allegazione e prova (anche in via presuntiva in caso di stretta parentela) di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità. Inquadrata la fattispecie e ricostruite le regole generali, occorre peraltro precisare che, in taluni casi, indipendentemente dal titolo della responsabilità (contrattuale ovvero aquiliana), la prova di singoli elementi – quali, la negligente o imperita condotta del personale medico e/o il nesso di causalità tra tale condotta colposa e l'evento dannoso – possa essere anche fornita tramite presunzioni.

Inoltre, per quanto più interessa nel caso *de quo*, la Corte di legittimità ha affermato che «*in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario dell'effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

nel caso specifico)» (v. Cass. n. 16900/2023; conforme anche Cass. n. 5490/2023); e inoltre, che «*in tema di infezioni nosocomiali, l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria dev'essere effettuato sulla base dei criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. probabilità prevalente) e clinico (in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria)*» (v. Cass. n. 6386/2023); e, ulteriormente che laddove si discuta di "complicanza" «*nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile*» (Cass. n. 13328/2015).

11. Dunque, premessi i principi sul riparto dell'onere della prova, quanto al merito della domanda occorre evidenziare che la vicenda sanitaria possa essere ricostruita e sintetizzata nei seguenti termini rilevanti ai fini della decisione; la sig.ra *Persona_1* affetta da obesità grave e da ipertensione arteriosa, già portatrice di protesi del ginocchio destro (posizionata nel 2015), in data 13.9.2019 è stata sottoposta, presso la *Controparte_4*, a un intervento chirurgico di posizionamento di artroprotesi ginocchio sinistro in elezione per artrosi; prima dell'intervento chirurgico è stata eseguita la profilassi con *Per_2* al dosaggio di 2 grammi in occasione della prima somministrazione (eseguita in sala operatoria alle ore 8:00) e al dosaggio di 1 grammo nelle successive somministrazioni (alle ore 16:00 e 22:00 del 13.9.2019 e l'ultima alle ore 8:00 del 14.9); nella terza giornata post-operatoria è stata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

riscontrata una secrezione sierosa dalla ferita chirurgica, seguita da un picco febbrile (38.2°C) in quarta giornata postoperatoria (17.9.2019) ed è stata segnalata anche una flebite dell'arto superiore sinistro; nella serata del 20.9.2019 si è assistito a un ulteriore picco febbrile (38.8°C), per cui sono state effettuate le emocolture, è stato prescritto *Per_3* (1 grammo ogni 12 ore per 5 giorni, che la paziente, tuttavia, ha rifiutato) ed è stata somministrata *Per_2* (1 grammo ogni 12 ore); stante la comparsa di una reazione eritematosa, il 24.9.2019 è stata sospesa la terapia con *Per_2* e iniziata quella con *Ciprofloxacina*; dal 26.9.2019 è comparso dolore all'arto inferiore sinistro; il 30.9.2019 è stata riscontrata una deiscenza della ferita chirurgica e, conseguentemente, è stato effettuato un tampone, risultato positivo allo "*Stafilococco spp"* (non è stata testata la sensibilità alla *Parte_2* e alla *Cefoxitina);* il giorno 1.10.2019 è stata rilevata ecograficamente una minuta raccolta ascessuale di 11 mm davanti il legamento rotuleo e da un esame colturale di tampone della ferita chirurgica elaborato presso il [redacted] è stato isolato lo Stafilococco Aureo Meticillino Resistente; il 4.10.2019 la paziente è stata trasferita dal reparto di riabilitazione a quello di ortopedia, ove è stata sottoposta a un "*intervento di lavaggio della ferita chirurgica e debridement senza cambio dei componenti*" (circostanza, questa, che ad avviso del decidente deve assumere una rilevanza non marginale nel giudizio di responsabilità, tenuto conto che si trattava di una protesi chiaramente contaminata) ed è stata sottoposta ad antibioticoterapia orale consistente in *Bactrim* (1 cp ogni 12 ore); in pari data, l'esame colturale di numero due tamponi della ferita è risultato positivo per *Staphylococcus aureus*; successivamente, gli esami ematochimici hanno rilevato pancitopenia; il 15.10.2019 è stata evidenziata secrezione purulenta dalla ferita chirurgica; il giorno seguente si è assistito alla fuoriuscita di ulteriore materiale, attendibilmente purulento dalla ferita (nel diario clinico si legge "*la ferita comincia a buttare*"); il 18.10.2019 e il 29.10.2019 sono stati eseguiti altri due tamponi alla ferita risultati positivi *per Staphylococcus aureus*; il 4.11.2019 è stato eseguito un altro tampone di ferita risultato positivo allo *Staphylococcus aureus*; il 7.11.2019 la paziente è stata trasportata all'Ospedale [redacted] per la consulenza infettivologica, ove è stata consigliata l'esecuzione di una consulenza ematologica e una scintigrafia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

con leucociti marcati, previa la sospensione di terapia antibiotica (poi effettivamente sospesa); il giorno 8.11.2019 la sig.ra *Per_1* è stata trasferita al [redacted] ove è stata posta l'indicazione di un intervento di revisione *two stage*; dal 12.11 la paziente è risultata in netto peggioramento per la comparsa di febbre elevata e tachipnea; in pari data, è pervenuto il risultato delle campionature batteriologiche eseguite all'ingresso, che ha documentato positività oltre che a *Staphylococcus aureus* anche a *Candida spp e P. aeruginosa* e il referto di una emocoltura positiva a *P. aeruginosa*; il 15.11.2019 è stato praticato un intervento di espianto della protesi e di posizionamento di spaziatore (il materiale espiantato è risultato positivo a Stafilococco aureo meticillino resistente *e enterococcum faecium* v. quanto annotato sul punto in precedenza); successivamente, la paziente è stata ricoverata presso il reparto di malattie infettive, ove è stata sottoposta a plurime associazioni di farmaci antibiotici complicate nuovamente dalla comparsa di pancitopenia; i sanitari, inoltre, hanno rilevato un peggioramento della situazione locale a livello del ginocchio sinistro e ripresa della febbre, nonché una reazione allergica (*rash* cutaneo) e hanno posto, quindi, l'indicazione di un intervento di sostituzione dello spaziatore che, però, non è stato eseguito per il successivo aggravarsi dello *shock* settico; il giorno 11.2.2020, stante la comparsa di anuria, ipotensione e insufficienza respiratoria la sig.ra *Per_1* è stata trasferita presso il reparto di rianimazione dove ne è stato constatato il decesso alle [redacted] del [redacted]

12. Premessa la cronologia degli eventi, ai fini dell'accertamento della responsabilità in merito al decesso della sig.ra *Persona_1* occorre tenere conto, oltre che della documentazione sanitaria versata in atti, altresì degli esiti della consulenza tecnica d'ufficio, svolta nel procedimento *ex* art. 696-*bis* Cpc (R.G. n. 46527/2023), dalla dott.ssa *Persona_4* e dalla dott.ssa *Per_5* da ritenersi chiara, completa e esaustiva; il decidente rileva, inoltre, il perfetto allineamento dei Ctu nominati nel procedimento per Atp alle prescrizioni di cui all'art.15 della legge 24 del 2017; l'aver il legislatore imposto la selezione dei Ctu nel novero di coloro che «*abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento*» e di tenere in conto «*l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati*» impone, quindi, massima attenzione alla qualità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

degli apporti tecnico-scientifici riversati nel processo e al controllo della congruenza logica delle valutazioni espresse; il decidente stima inoppugnabili e del tutto condivisibili le considerazioni rese dai Ctu con riguardo all'accertamento dell'inadempimento qualificato dei sanitari della CP_4 [...], accertamento, peraltro, non seriamente confutato dalla parte resistente (v. risposte Ctu alle osservazioni dei Ctp), per cui evidenzia che non vi sia ragione di disporre alcuna rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio. Onere di chi contesta l'elaborato peritale non è solo quello di produrre singole e disorganiche contestazioni "oppositive", ma di svolgere un percorso argomentativo che abbia i connati di maggiore probabilità rispetto a quello enucleato dalla Ctu: onere che non può ritenersi assolto nel caso in esame.

13. Dunque, occorre innanzitutto evidenziare che, dalla disamina della documentazione sanitaria (in particolare, dalla cartella del [redacted] e dalla consulenza tecnica d'ufficio, debba ritenersi accertato: che la sig.ra [...] sia [redacted] ovverosia a distanza di 5 mesi dall'intervento chirurgico di artroprotesi del ginocchio sinistro, eseguito presso la Casa di cura CP_2, per *shock* settico; che lo *shock* settico sia conseguito a uno stato infettivo generalizzato polimicrobico, caratterizzato dalla presenza dello Stafilococco aureo meticillino-resistente (tipico dell'ambiente sanitario), cui si aggiunsero ulteriori patogeni (*Candida spp* e *Pseudomonas aeruginosa*), già evidenti al momento del ricovero presso il Policlinico, ove la paziente è giunta a seguito delle dimissioni dalla Casa di cura CP_2 con diagnosi di "*deiscenza completa della ferita chirurgica ed ipotensione marcata*"; che l'infezione da Stafilococco aureo meticillino-resistente risulti "*con elevatissima probabilità*" [redacted] correlato all'intervento di artroprotesi di ginocchio sinistro eseguito il 13.9.2019 presso la Controparte_4.

E invero, le Ctu Persona_4 e Per_5 hanno accertato che: "*il quadro infettivo risulti, infatti, compatibile con un'infezione protesica precoce, sia in base ai rilievi clinici (febbre nelle prime giornate postoperatorie e isolamento del germe da tampone di ferita), che da quanto descritto in letteratura scientifica 1 (Early and delayed infections are usually acquired during implantation of the prosthesis)*"; e che, in termini di accertamento del nesso di causa, risultino soddisfatti i criteri medico legali e, in particolare, "*1. la probabilità scientifica*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

concernente il tipo di infezione in relazione al tipo di intervento chirurgico praticato; 2. la compatibilità cronologica (picco febbrile in 4° giornata postoperatoria); 3. topografica (secrezione sierosa dalla ferita chirurgica in 3° giornata postoperatoria); 4. criterio di esclusione di altre cause (tra l'intervento e la comparsa dei primi segni clinici e laboratoristici di infezione, non sono state effettuate altre procedure incidenti sul medesimo distretto anatomico tali da giustificare una diversa spiegazione causale, né nella fattispecie sono state identificate patogenesi infettive alternative a quella iatrogena con focus localizzato nella sede dell'intervento)"; e ulteriormente, che "*per quanto concerne le procedure da mettere in atto al fine di prevenire l'insorgenza della complicanza infettiva, dall'analisi della documentazione agli atti nulla emerge circa le attività di prevenzione riguardanti gli aspetti di igiene ospedaliera e le misure di controllo delle infezioni correlate all'assistenza. La mancata dimostrazione di tali procedure non consente di valutare la dovuta diligenza da parte della struttura sanitaria per quanto riguarda la prevenzione di complicanze infettive"* e che, infatti, "*la struttura convenuta non ha prodotto peraltro documentazione a supporto della messa in pratica delle attività finalizzate a favorire l'asepsi in sala operatoria e di quelle volte a prevenire una contaminazione del sito chirurgico*" [redacted].

14. Con particolare riguardo, ancora, alla condotta dei sanitari e, in particolare, alle terapie antibiotiche praticate nel corso del ricovero, i Ctu hanno accertato che "*la terapia antibiotica inizialmente proposta alla paziente al comparire di febbre in settima giornata postoperatoria (Augmentin 1 g ogni 12 ore per 5 giorni che la paziente rifiutò), così come anche quella di fatto eseguita, consistita in Cefazolina 1 g ogni 12, sebbene corretta dal punto di vista della scelta del farmaco, risulta a dosaggio totalmente insufficiente a fronte di un sospetto di infezione post-operatoria. Per quanto riguarda, invece, il regime terapeutico adottato a seguito dell'intervento chirurgico di debridment (04/10/19), e consistita in Bactrim 1 cp ogni 12 ore, vi è da dire che anche tale approccio risultò inappropriato. Infatti, nei casi di debridement precoce e diagnosi di infezione di protesi, la terapia antibiotica deve essere effettuata almeno 2 settimane per via endovenosa. Nel caso di specie, considerato anche il sovrappeso della paziente, sarebbero stati necessari alti dosaggi per ottenere*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

concentrazioni ematiche efficaci, raggiungibili solo mediante somministrazioni per via endovenosa, differentemente da quanto eseguito dai curanti della casa di cura CP_2 *. Ulteriore notazione riguarda il fatto che gli esami colturali effettuati presso la clinica* CP_2 *furono inappropriati poiché l'antibiogramma eseguito non risultò completo (Stafilococco non testato per oxacillina e cefoxitina). In conclusione, la sig.ra* Per_1 *morì a causa di uno shock settico da Stafilococco aureo meticillinoresistente, contratta nel corso dell'intervento chirurgico elettivo di artroprotesi di ginocchio sinistro eseguito il 13.9.2019 presso la* Controparte_4 *, e complicatosi da superinfezione di altri germi patogeni, peraltro non trattati come necessario. La morte della paziente* Per_1 *è, dunque, causalmente riconducibile alla gestione clinica della paziente avuta presso la Casa di cura suddetta*" [redacted].

I Ctu hanno concluso la relazione peritale fornendo le seguenti risposte ai quesiti posti che il decidente condivide con le sole eccezioni di quanto si dirà nel prosieguo:

quanto all'adozione delle misure previste dal Piano Annuale per le ICA (applicabili *ratione temporis*) e all'effettiva e costante applicazione delle dette procedure, che "*non vi è in atti documentazione specifica a supporto della adozione di misure di igiene ospedaliera finalizzate a prevenire la trasmissione delle infezioni nosocomiali (Piano Annuale per le ICA), né della messa in pratica delle attività aventi il medesimo scopo con riferimento alla situazione del caso in esame*"; il decidente rileva, con riguardo alla previsione delle misure del Piano Annuale per le ICA, pur dovendosi ritenere, alla luce della documentazione ulteriormente prodotta da parte resistente nel presente giudizio, astrattamente adempiuto il relativo obbligo di regolamentazione delle stesse, che, tuttavia, non sussista la prova che le dette misure siano state concretamente messe in opera da parte resistente (v. Cass. cit.);

quanto allo *screening* d'ingresso della paziente affinché ne fossero stabilite le condizioni di ricovero e l'attribuzione di un coefficiente di rischio infettivo che "*fu correttamente eseguito. Si è trattato di paziente con intervento ortopedico deciso in elezione*";

quanto alla natura dell'infezione contratta che "*l'infezione da Stafilococco aureo MR è di natura nosocomiale*";

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

quanto alla formulazione delle diagnosi di infezione che "*la diagnosi di infezione fu corretta ma non tempestiva; gli esami colturali furono eseguiti in maniera incompleta, con particolare riferimento alla mancanza nell'antibiogramma della valutazione per sensibilità a oxacillina e cefoxitin;*

quanto alle ragioni sottese all'errore che "*non vi furono condizioni di oggettiva difficoltà atte a giustificare l'incompletezza e/o il ritardo nelle indagini diagnostiche di pertinenza infettivologico né oggettive difficoltà di interpretazione delle risposte*";

quanto al trattamento che "*la paziente fu sottoposta a trattamento ortopedico (protesi di ginocchio), la cui indicazione ed esecuzione tecnica furono corrette, e a trattamento farmacologico per la cura dell'infezione correlata all'assistenza, che invece non fu eseguito correttamente. Non è condivisibile la terapia antibiotica praticata, che fu somministrata a dosaggi inferiori rispetto a quanto la situazione clinica avrebbe richiesto (infezione post-operatoria). Peraltro, anche dopo la diagnosi di infezione e l'esecuzione di una procedura di* debridment *venne somministrata una terapia antibiotica inefficace (l'eccesso di peso corporeo della paziente avrebbe richiesto una somministrazione endovenosa) … "il trattamento complessivo della paziente non fu corrispondente a linee guida e buone prassi*";

quanto al nesso causale tra il decesso della paziente e l'inadempimento sanitario che "*l'infezione è da ricondursi a responsabilità della struttura e avrebbe potuto essere evitata adottando le adeguate misure di prevenzione delle ICA e intervenendo tempestivamente con adeguata terapia farmacologica antimicrobica a giusto dosaggio. Pertanto, la morte della paziente è causalmente riconducibile alle cure ricevute presso la struttura S.* [redacted]

quanto al danno che "*si tratta di danno da morte, sopraggiunta dopo 5 mesi di ricovero continuativo. Pertanto, non vi fu ITP, mentre la ITA - valutabile come danno differenziale (cioè riferibile alla sola infezione di origine nosocomiale sopraggiunta dopo l'intervento chirurgico eseguito in elezione) - ha avuto la durata di 120 (centoventi) giorni. Tale stima è derivata dall'intero periodo di ricovero tra l'intervento e la morte, sottratti i 30 (trenta) giorni di ricovero che la paziente avrebbe comunque dovuto affrontare - dapprima in struttura per acuti e successivamente in struttura di riabilitazione - se l'intervento di protesi di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

ginocchio avesse avuto un decorso postoperatorio regolare. L'evolutività della malattia è stata progressivamente ingravescente verso la morte e complessivamente inferiore a 6 mesi, per cui non si ritiene vi sia stata stabilizzazione in postumi di carattere permanente. Tuttavia, le condizioni cliniche della paziente, già affetta da infezione con evidenze cliniche di shock settico, peggiorarono significativamente e irreversibilmente anche da punto di vista neurologico a partire dalla fine del mese di dicembre 2019 (circa 1 mese e mezzo prima della morte), quando la condizione settica sistemica comportò come conseguenza l'interessamento delle funzioni cognitive con stato soporoso. Tale quadro clinico può essere assimilato a uno stato di deterioramento mentale generale descritto nei barème per l'invalidità permanente della SIMLA, quantificati con la percentuale del 50% di danno biologico. Da quel momento clinico (comparsa dello stato soporoso) è difficile dire se la paziente potesse avere cognizione dell'ingravescenza della sua condizione clinica e, quindi, della lucida consapevolezza e percezione dell'inevitabilità dell'exitus" [redacted].

Inoltre, i Ctu hanno dato le seguenti condivisibili risposte alle osservazioni mosse dai Ctp di parte resistente; in particolare, con riguardo all'ulteriore documentazione prodotta dalla *CP_3* convenuta in sede di osservazioni alla consulenza tecnica d'ufficio, i Ctu hanno accertato che "*i documenti richiamati per quanto riguarda il controllo delle infezioni (e quindi i protocolli, i verbali delle riunioni, etc), nulla aggiungono a dimostrazione del fatto che in riferimento al caso di specie, i controlli ambientali e i risultati di questi (e.s. campionamenti microbiologici ambientali regolari, disinfezione degli ambienti con adeguate misure di disinfezione, ricampionamenti a dimostrazione dell'avvenuta disinfezione, sterilizzazione della sala operatoria, eccetera) siano stati effettivamente posti in essere a garanzia del controllo del rischio infettivo ambientale e a tutela della sicurezza della paziente. Infatti, l'esistenza di protocolli e la sussistenza di un Comitato di controllo delle infezioni, non sono sufficienti a dimostrare quali azioni concrete siano effettivamente adottate per monitorare e controllare il rischio infettivo ambientale in riferimento ai fatti in giudizio"*;

con riguardo alle ulteriori osservazioni dei Ctp di parte resistente, secondo cui, da un lato, solo il 30% delle ICA possa essere prevenuto e che, dall'altro, che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

sussista un'obiettiva difficoltà nella gestione dell'infezione in particolare laddove la stessa si mostri virulenta, i Ctu hanno risposto e, ulteriormente, chiarito che "*nella fattispecie in esame, sussistono importanti carenze nella gestione clinica della paziente, con particolare riferimento all'inadeguatezza del trattamento terapeutico tenuto dai sanitari (somministrazione di terapia antibiotica a dosaggi ridotti/per via inefficace), che integrano profili di responsabilità della struttura sanitaria per la condotta dei propri dipendenti in relazione all'esito infausto della paziente (deceduta per shock settico). Il tema del nesso di causa tra la gestione clinica della paziente presso la* Controparte_5 *[...] e la sua morte per shock settico da MRSA (+ Candida e Pseudomonas), si pone, dunque, non solo in relazione alle misure di igiene ospedaliera e di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (di cui la* CP_4 *dovrebbe dare prova dimostrando di aver adottato rimedi concreti e facilmente riferibili al caso di specie) ma anche in relazione alla condotta dei professionisti su cui ricade la responsabilità di non aver prescritto e somministrato adeguata terapia antibiotica (per dosaggio, via di somministrazione) in tempo utile per evitare che l'infezione locale diventasse sistemica ed evolvesse in shock settico. Avuto riguardo a quanto argomentato, pur prendendo atto dell'integrazione documentale operata in favore della struttura resistente, si riconferma in ogni caso la sussistenza di un nesso di causa tra le condotte manchevoli sopra* dettagliate *e il decesso del paziente*" (v. risposte alle osservazioni dei Ctp di parte resistente".

In definitiva, sulla base di tutti gli elementi fin qui esaminati e dei condivisibili esiti cui sono pervenute le consulenti tecnici d'ufficio devono ritenersi dimostrati l'inadempimento qualificato e la condotta colposa dei sanitari della Controparte_4 che hanno avuto in cura la sig.ra Per_1 , oltre che il nesso eziologico tra l'*exitus* della paziente e l'errore medico.

15. Accertata la responsabilità della Controparte_2 occorre ora determinare il *quantum* della domanda risarcitoria proposta dal ricorrente, il quale, da un lato, lamenta l'esistenza di un danno non patrimoniale *iure hereditatis* (biologico terminale e morale catastrofale) e, dall'altro, l'esistenza di un danno non patrimoniale *iure proprio* (c.d. perdita del rapporto parentale).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

16. Con riferimento alla domanda risarcitoria avanzata *iure hereditatis*, occorre evidenziare che il danno biologico terminale e il danno morale si distinguano in quanto il primo (quale pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità e intensità) sussiste per il tempo della permanenza in vita ed è risarcibile a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, tuttavia, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo (v.. Cass. n. 21837/2019), mentre il secondo (danno da lucida agonia o danno catastrofale 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'intensità della sofferenza medesima.

16.1 Orbene, deve riconoscersi *iure hereditatis* in favore del ricorrente, la cui qualità di erede non è stata contestata dalla resistente, il danno biologico terminale patito dalla sig.ra *Per_1* per un totale di giorni 45 giorni, tenuto conto, da un lato, di quanto accertato dai Ctu secondo cui "*le condizioni cliniche della paziente, già affetta da infezione con evidenze cliniche di shock settico, peggiorarono significativamente e irreversibilmente anche da punto di vista neurologico a partire dalla fine del mese di dicembre 2019 (circa 1 mese e mezzo prima della morte)*" e, dall'altro, di quanto previsto dalle Tabelle di questo Tribunale secondo cui il danno biologico terminale è massimo nella sua entità e intensità nella traiettorie che conduce al decesso; deve, pertanto, liquidarsi equitativamente in favore del ricorrente l'importo di euro 17.583,75 (il triplo di euro 5.861,25, tenuto conto di un punto base pari a euro 130,25), non ritenendo il decidente, alla luce del rilievo che precede, corretto considerare l'intero periodo di 120 giorni indicato dai Ctu (ovverosia l'intervallo tra l'intervento e la [redacted] -, sottratti i 30 giorni di ricovero che la paziente avrebbe comunque dovuto affrontare se l'intervento di protesi di ginocchio avesse avuto un decorso postoperatorio regolare); è, comunque, evidente che per i residui 75 giorni di ITA competa al ricorrente il risarcimento nella misura di euro 9.768,75.

Il danno dinamico-relazionale temporaneo è, quindi, pari a euro 27.352,50.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

16.2 Deve escludersi, invece, il riconoscimento in favore del ricorrente del risarcimento del danno catastrofale ovvero da lucida agonia della *de cuius* per difetto di qualsivoglia prova in merito (tantomeno richiesta) e tenuto conto di quanto accertato dai Ctu, secondo i quali "*la condizione settica sistemica comportò ebbe come conseguenza l'interessamento delle funzioni cognitive con stato soporoso. Tale quadro clinico può essere assimilato a uno stato di deterioramento mentale generale descritto nei barème l'invalidità permanente della SIMLA, quantificati con la percentuale del 50% di danno biologico. Da quel momento clinico (comparsa dello stato soporoso) è difficile dire se la paziente potesse avere cognizione dell'ingravescenza della sua condizione clinica e, quindi, della lucida consapevolezza e percezione dell'inevitabilità dell'exitus*" [redacted] .

Peraltro, l'accertamento compiuto dai Ctu non risulta tantomeno eliso dal documento prodotto dal ricorrente (all. n. 37, consulenza psicologica dell'11.11.2019) ove si riferisce delle sole "*difficoltà affrontate dalla paziente nel post operatorio"* e dell'ansia "*per l'incertezza del futuro*" che ben può essere riferita al procrastinarsi dei trattamenti e delle terapie piuttosto che al timore fondato di un imminente decesso.

17. Per ultimo, deve accogliersi la richiesta risarcitoria *iure proprio* del sig. *[...] Per_1* afferente al danno da perdita del rapporto parentale; a tale riguardo si deve premettere che tale danno «*consiste nella privazione di un valore non economico, ma personale, costituito dalla irreversibile perdita del godimento del congiunto, dalla definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare; perdita, privazione e preclusione che costituiscono conseguenza della lesione dell'interesse protetto*» (v. Cass. n. 907/2018). Dunque, il pregiudizio da perdita del rapporto parentale rappresenta un peculiare aspetto del danno non patrimoniale e consiste, non già nella mera perdita delle abitudini e dei riti propri della quotidianità, bensì nello sconvolgimento dell'esistenza, rivelato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, nonché nella sofferenza interiore derivante dal venir meno del rapporto (v. Cass. n. 9196/2018); il danno per la perdita parentale è, inoltre, afferente sia alla sfera dinamico-relazionale del soggetto interessato sia a quella

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

interiore, per il danno morale, inteso come sofferenza intima del superstite; che, inoltre, secondo il recente orientamento della Corte di legittimità «*il vero danno, nella perdita del rapporto parentale, è la sofferenza, non la relazione; è il dolore, non la vita, che cambia…*» (v. Cass. n. 26301/2021) e, inoltre, che «*mentre per il danno dinamico/relazionale la durata della vita residua del danneggiato ha una incidenza tale per cui l'entità delle conseguenze pregiudizievoli che occorre risarcire cresce in proporzione diretta alla durata della vita residua del danneggiato (perché fenomenicamente quelle conseguenze inevitabilmente si moltiplicano nell'esplicarsi delle attività della vita quotidiana), per il danno parentale, nella sua componente preminente di lutto e dolore interiore, la sofferenza da risarcire ha una dimensione atemporale che la fa avvertire nella sua massima intensità nel tempo immediatamente successivo all'evento e che col tempo è destinata, non certo a scomparire, ma a «cambiare» e farsi compagna di vita; il protrarsi più o meno a lungo di tale sofferenza interiore non la fa crescere (così come si ripetono e si sommano le limitazioni funzionali conseguenti ai pregiudizi di carattere dinamico/relazionale) ma solo la fa vivere più a lungo, il che è certo elemento da apprezzare ai fini del calcolo, in aumento, del risarcimento, ma in misura diversa e più limitata rispetto a quanto occorre fare per l'altro tipo di danno*» (v. Cass. n. 26185/2024); inoltre, l'orientamento della Corte di cassazione si è consolidato nel senso di riconoscere il danno per la perdita parentale anche a prescindere dalla sussistenza del rapporto di convivenza con la vittima, il quale «*non assurge a connotato minimo di esistenza, ma può costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità*" (v. Cass. n. 29332/2017); e ancora «*il rapporto affettivo deve essere riconosciuto come legame presunto che legittima il risarcimento per la perdita familiare, a prescindere dal rapporto di convivenza, non essendo condivisibile limitare la "società naturale", cui fa riferimento l'art. 29 Cost., all'ambito ristretto della sola cd. "famiglia nucleare"*» (Cass. n. 21230/2016).

Con specifico riferimento alla prova di tale danno, si deve osservare, da un punto di vista generale, che il semplice legame di sangue, di regola, non possa ritenersi idoneo a generare automaticamente il diritto al risarcimento del danno parentale, in quanto spetta al familiare superstite l'onere ex art. 2043 Cc di fornire la prova dell'esistenza di un legame forte e stabile con la vittima. Invero,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

la Corte di cassazione ha più volte ribadito (anche recentemente) che, in materia risarcitoria, la liquidazione del danno non patrimoniale subito dai congiunti in conseguenza dell'uccisione del familiare non integri un danno "*in re ipsa*", ma debba essere provato in concreto dal danneggiato e la liquidazione debba avvenire in base a valutazione equitativa, vertendosi in tema di lesione di valori inerenti alla persona che, in quanto tali, sono privi di contenuto economico e debba tener conto dell'intensità del vincolo familiare, della situazione di convivenza e di ogni ulteriore utile circostanza, quali la consistenza più o meno ampia del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima e dei singoli superstiti, la composizione del restante nucleo familiare, in grado di prestare assistenza morale e materiale, la loro capacità di reazione e sopportazione del trauma e ad ogni altra circostanza del caso concreto, da allegare e dimostrare (anche presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza) da parte di chi agisce in giudizio, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettano l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare (v. Cass. n. 28989/2019, n. 24220/2019, n. 11200/2019, n. 5807/2019, n. 907/2018, n. 14655/2017 e n. 21230/2016). Pur ritenuto che la mera relazione di consanguineità, da un punto di vista generale, non sia da sola sufficiente a integrare il danno risarcibile, occorre però considerare, quantomeno con riferimento ai parenti più stretti (certamente il fratello della vittima), che la sofferenza morale patita dal congiunto possa essere dimostrata anche «*con ricorso alla prova presuntiva e in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza ed alla gravità delle ricadute della condotta*» (cfr. Cass. n. 11212/2019; Cass. n. 2788/2019; Cass. n. 17058/2017); che la prova dell'esistenza di tale danno non patrimoniale «*può essere fornita anche attraverso presunzioni semplici, ovvero invocando massime di esperienza e l'*id quod plerumque accidit. *Naturalmente si tratterà pur sempre di una* praesumptio hominis*, con la conseguente possibilità per il convenuto di dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra la vittima ed il superstite….Nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), l'esistenza stessa del rapporto di parentela deve far presumere, secondo* l'id quod plerumque accidit*, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza, per comune*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

esperienza, è, di norma, connaturale all'essere umano ..... L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 Cc, una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del quantum debeatur). Nei casi suddetti è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odi, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo» (v. Cass. n. 3767/2018; e, conformi, Cass. n. 26185/2024; Cass. n. 910/2022; Cass. n. 28989/2019; Cass. n. 29784/2018; Cass. n. 12146/2016). E' in tale quadro che emergerà, con intuitiva evidenza, «*il significato e il valore dimostrativo dei meccanismi presuntivi che, al fine di apprezzare la gravità o l'entità effettiva del danno, richiamano il dato della maggiore o minore prossimità formale del legame parentale (coniuge, convivente, figlio, genitore, sorella, fratello, nipote, ascendente, zio, cugino) secondo una progressione che, se da un lato, trova un limite ragionevole (sul piano presuntivo e salva la prova contraria) nell'ambito delle tradizionali figure parentali nominate, dall'altro non può che rimanere aperta alla libera dimostrazione della qualità di rapporti e legami parentali che, benché di più lontana configurazione formale (o financo di assente configurazione formale: si pensi, a mero titolo di esempio, all'eventuale intenso rapporto affettivo che abbia a consolidarsi nel tempo con i figli del coniuge o del convivente), si qualifichino (ove rigorosamente dimostrati) per la loro consistente e apprezzabile dimensione affettiva e/o esistenziale*» (v. Cass. n. 28989/2019).

Dunque, nel caso in esame, sulla base dei principi sopra indicati (oramai consolidati), si deve evidenziare che, a fronte della natura e dello stretto legame parentale esistente con la vittima (fratello) si possa, sulla base del criterio del *quod plerumque accidit* e, in mancanza di elementi di segno contrario - non dedotti dalla parte resistente -, fondatamente presumere che il ricorrente abbia subito un pregiudizio non patrimoniale di natura morale per la irreversibile perdita del godimento del congiunto, stante l'innegabile dolore e sofferenza provati in conseguenza della scomparsa del proprio caro; non può presumersi, invece, l'incidenza della perdita del congiunto sulla sfera dinamico-relazionale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

del ricorrente, che la giurisprudenza pone in esergo con la locuzione “sconvolgimento di vita” o della cd. “perdita di utilità”.

Sul punto si rende necessario evocare le considerazioni di una condivisibile giurisprudenza che – in relazione a questo “crinale” del danno parentale, ossia la lesione della relazione con il congiunto – ha avuto modo di precisare che questo tipo di danno ha avuto riconoscimento nella giurisprudenza per il fatto che la perdita del rapporto parentale, nella sua dimensione non patrimoniale, «*determina con sé perdita dei reciproci affetti in corso, della relazione di solidarietà e del rapporto di intimità tra congiunti, che sono, a differenza del danno morale soggettivo, "dimensioni oggettive" del pregiudizio, ossia "utilità" la cui estinzione rileva a prescindere dalla sofferenza che quella perdita può produrre sul parente sopravvissuto: sono, in altri termini, perdite di utilità diverse dalla serenità morale …. il danneggiato subisce una lesione di cui è in grado di patire solo in futuro- la perdita del rapporto parentale, in quanto perdita delle "utilità" che il rapporto consente, è necessariamente una perdita che rileva immediatamente e che si esaurisce nella contestualità di lesione e danno, per la semplice ragione che è pregiudizio risarcibile in quanto perdita del godimento di quelle "utilità"*» (Cass. 12987/2022).

Per la liquidazione equitativa del danno in questione, si deve ricorrere alle Tabelle approvate da questo Tribunale, in quanto tali Tabelle individuano, preventivamente, la valenza di diversi aspetti che devono essere tenuti in considerazione dal giudice (età del danneggiato, convivenza o meno, presenza di altri soggetti etc.), in modo da consentire alle parti una valutazione omogenea in presenza di condizioni simili. La liquidazione del danno parentale, non avendo la funzione di reintegrazione patrimoniale mediante la corresponsione di un equivalente pecuniario del bene perduto, non può essere effettuata che con valutazione equitativa, rimessa al prudente apprezzamento del giudicante. Essa, però, deve ispirarsi alla considerazione di tutte le dedotte concrete circostanze individuali, in modo da adeguare l’indennizzo al caso particolare e da renderlo il più possibile rispondente a criteri di equità e deve, comunque, rispettare l’esigenza di una ragionevole correlazione tra gravità effettiva del danno ed ammontare dell’indennizzo.

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

In definitiva, sulla base della Tabella citata (aggiornata al 2025), il danno non patrimoniale per la perdita parentale, nel caso di specie, può essere liquidato nei seguenti termini e criteri, tenendo conto che il valore del punto base è pari a euro 11.549,20:

- rapporto di parentela (fratello) = punti n. 7;
- età del danneggiato – classe 1951 - (68 anni) = punti n. 2;
- età della vittima – classe 1948 - (72 anni) = punti n. 1,5;
- per un totale complessivo di 10,5 punti, pari all'importo complessivo di euro 121.266,60 (euro 11.549,20 * 10,5 punti);

tenuto conto, poi:

- del fatto che il danno la perdita parentale risulta afferente sia alla sfera dinamico-relazionale del soggetto interessato sia a quella interiore per il danno morale inteso come sofferenza intima del superstite;
- delle comorbilità da cui era affetta la *de cuius* (obesità grave e ipertensione arteriosa, già portatrice di protesi al ginocchio destro);
- del principio enunciato dalla Corte di legittimità secondo cui «*in ipotesi di morte del paziente dipendente (anche) dall'errore medico, qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, tale ultima dovendosi ritenere lo stato patologico non riferibile alla prima, l'autore del fatto illecito risponde "in toto" dell'evento eziologicamente riconducibile alla sua condotta, in base ai criteri di equivalenza della causalità materiale, potendo l'eventuale efficienza concausale dei suddetti eventi naturali rilevare esclusivamente sul piano della causalità giuridica, ex art. 1223 Cc, ai fini della liquidazione, in chiave complessivamente equitativa, dei pregiudizi conseguenti, ascrivendo all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose da rapportare, invece, all'autonoma e pregressa situazione patologica del danneggiato*» (v. Cass. n. 26851/2023);
- dell'assenza di qualsivoglia allegazione e, tantomeno, prova da parte ricorrente (l'unico capitolo di prova testimoniale formulato è inammissibile in quanto generico e valutativo) dell'incidenza della morte della congiunta sugli aspetti dinamico relazionali;

appare equo apportare una riduzione del valore punto nella misura di 1/3, pervenendo così al seguente importo:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

euro 90.949,95.

Al suddetto importo deve aggiungersi il danno *iure hereditatis*; si perviene, quindi, al seguente importo:

euro 118.302,45 (euro 90.949,95 + euro 27.352,50).

18. 16. E' necessario ora individuare il valore di riferimento per il calcolo del lucro cessante e l'individuazione del valore di applicazione dei coefficienti di rivalutazione anno per anno per ritardato pagamento, liquidati in conformità all'orientamento assunto sul punto dalla Corte di cassazione con la sentenza n. 1712 del 1995. Tale sentenza, infatti, da un lato, riconosce la risarcibilità del lucro cessante derivato al danneggiato per la perdita dei frutti che avrebbe potuto trarre dalla somma dovuta se questa fosse stata tempestivamente corrisposta, danno liquidabile anche con l'attribuzione di interessi e, dall'altro, esclude che si possa assumere a base del calcolo di tale danno la somma liquidata come capitale nella misura rivalutata definitivamente al momento della pronuncia. Quanto al danno da lucro cessante, la Corte di cassazione ha affermato che tale danno deve essere provato (anche con il ricorso a criteri presuntivi) e può essere liquidato, in via equitativa, anche mediante l'attribuzione di interessi, la cui misura va determinata secondo le circostanze obiettive e soggettive inerenti al pregiudizio sofferto. Quanto poi agli effetti negativi della svalutazione monetaria la Corte ha, altresì, affermato che, nell'ambito della valutazione equitativa compiuta ai fini del ristoro del danno da lucro cessante e nei casi in cui vi sia un intervallo di tempo consistente tra l'illecito e il suo risarcimento, "*può tenersi conto (...) del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, calcolando gli interessi (per esempio, anno per anno) sul valore della somma via via rivalutata nell'arco del suddetto ritardo, oppure calcolando indici medi di svalutazione*". A tale orientamento questo giudice ritiene di doversi allo stato adeguare, assumendo a base del calcolo degli interessi il capitale nel suo valore medio tra la data iniziale [redacted] e quella finale (21.6.2025), tenendo conto degli indici medi di svalutazione del periodo, pubblicati dall'ISTAT oppure, stante la sostanziale equivalenza del risultato, prendendo a base la semisomma dei due valori considerati (valore iniziale alla data del fatto e valore finale alla data della presente pronuncia). Quanto alla prova e alla liquidazione di tale danno, ritiene questo giudice che si possa far

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

riferimento, in via presuntiva, alle usuali modalità di impiego del risparmio da parte delle famiglie italiane e cioè ai rendimenti medi derivanti da investimenti in titoli di Stato - BOT, CCT, BTP, depositi vincolati a termine (v. Cass. S.U. n. 2368/1986).

Gli importi complessivi spettanti sono rivalutati alla data odierna, in applicazione delle citate Tabelle di liquidazione e, quindi, al fine di effettuare il calcolo del lucro cessante per il ritardato adempimento della prestazione risarcitoria in presenza di un debito di valore, occorre procedere al calcolo della semisomma tra gli importi liquidati alla data delle dette Tabelle (marzo 2025) e quelli devalutati alla data del fatto illecito (febbraio 2020); la semisomma su cui calcolare il rendimento medio dei titoli di Stato pari a 1.85% annuo è, quindi, la seguente:

euro 118.302,45 + euro 100.086,68 /2 = 109.194,56.

Si perviene, quindi, al seguente importo: euro 120.472,74.

19. In definitiva, per tutte le ragioni esposte la domanda risarcitoria proposta dal sig. *Per_1* deve essere accolta con condanna della *Controparte_2* al pagamento della somma come precisata al precedente punto.

20. Le spese per il presente giudizio e per la fase di Atp seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo, in base ai criteri medi di cui al D.M. 55/2014 come aggiornato, tenuto conto dello scaglione di riferimento del *decisum* e non del *disputatum*, del numero e dell'importanza delle questioni trattate e delle fasi svolte; le spese per il presente giudizio e per il procedimento per Atp, inoltre, devono distrarsi in favore degli avv.ti [redacted] e [redacted] dichiaratisi antistatari.

21. Le spese della Ctu redatta nel procedimento per Atp, liquidate come in atti, sono definitivamente poste a carico della *Controparte_2*

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa promossa da *Pt_1* *[...]* contro *Controparte_2* - disattesa ogni contraria domanda, istanza e difesa - così provvede:

1) accerta e dichiara la responsabilità di *Controparte_2*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382

2) condanna *Controparte_2* al pagamento in favore di *Pt_1* *[...]* dell'importo di euro 120.472,74 oltre interessi legali dalla data della presente sentenza sino al saldo;

3) condanna *Controparte_2* al pagamento in favore di *Pt_1* *[...]* delle spese di lite del presente giudizio, che liquida nell'importo di euro 14.103,00 oltre 15 % per rimborso spese generali, Iva qualora dovuta e Cpa come per legge e oltre rimborso del contributo unificato, da distrarsi in favore degli avv.ti [redacted] e [redacted] dichiaratisi antistatari;

4) condanna *Controparte_2* al pagamento in favore di *Pt_1* *[...]* delle spese del procedimento ex art. 696-*bis* Cpc, che liquida nell'importo di euro 3.827,00 oltre 15 % per rimborso spese generali, Iva qualora dovuta e Cpa come per legge e oltre rimborso del contributo unificato, da distrarsi in favore degli avv.ti [redacted] e [redacted] dichiaratisi antistatari;

5) pone le spese della Ctu redatta in sede di Atp definitivamente a carico di *[...]* *Controparte_2* e condanna quest'ultimo al rimborso delle dette spese, come liquidate in atti, in favore di *Parte_1*

Così depositato il giorno 21.6.2025.

Il Giudice

Alberto Cisterna

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-382