Proc. n. 1021/2021 r.g.

TRIBUNALE DI TARANTO
Seconda Sezione Civile
Ordinanza *ex* artt. 702 *bis* e segg. c.p.c.
Il Giudice

- sciogliendo la riserva nella causa promossa da *Parte_1* (c.f. *C.F._1*), *Parte_2* (c.f. *C.F._2*), in proprio e nella qualità di eredi di *Persona_1* nonché da *Parte_3* (c.f. *C.F._3*), *Parte_4* (c.f. *C.F._4*) e *Parte_5* (C.F. *C.F._5*), tutti rappresentati e difesi dall'Avv. *Parte_6* nei confronti dell' *Controparte_1* (di seguito anche "*Cont*" – c.f. *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante *p.t.*, Avv. [redacted] rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] nonché nei confronti della *Controparte_3* (c.f. *P.IVA_2*), in persona del legale rappresentante *p.t.*, Dott. *Controparte_4* rappresentata e difesa dall'Avv. l'Avv. [redacted]
- rilevato che *Parte_1*, *Parte_2*, *Parte_3*, *Parte_4* e *P* i primi due figli ed eredi e gli ultimi tre nipoti di *[...] Per_1* [redacted], ricorrevano a questo Tribunale *ex* art. 702 *bis* c.p.c. al fine di vedere accertata e dichiarata la responsabilità di *CP_5* e della *Controparte_6* *[...]* " per la morte della propria congiunta, *Persona_1*, con conseguente condanna di detti resistenti al pagamento in favore dei ricorrenti delle somme ritenute di giustizia, così come indicate nella parte narrativa del ricorso a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali assertivamente subiti in conseguenza della morte della propria parente, oltre accessori e spese di lite, queste ultime da distrarre in favore del difensore, dichiaratosi antistatario;
- rilevato che le resistenti, costituitesi con distinti atti, si opponevano all'accoglimento dell'avversa domanda; la *Controparte_3* (in breve " *CP_3*) eccepiva, inoltre, in rito l'inammissibilità ed improcedibilità del ricorso per incompetenza di questo Tribunale e la competenza del Tribunale di Brindisi, l'inammissibilità ed improcedibilità del ricorso per violazione dei termini previsti dall'art.8, co.3, L. 8 marzo 2017 n.24, l'inammissibilità ed improcedibilità del ricorso per nullità della c.t.u. resa nel procedimento per ATP introdotto presso il Tribunale di Brindisi (R.G. 3505/2019) e la nullità del ricorso per violazione del disposto di cui all'art.8 L. n.24/2017 ed in particolare per discrasia tra il fatto rappresentato nel ricorso introduttivo e quello rappresentato nel procedimento per ATP;
- rilevato che le eccezioni preliminari di rito sollevate dalla *CP_3* non possono trovare accoglimento o comunque appaiono superate dagli adempimenti espletati del corso del presente giudizio di merito; rilevato, infatti, che con ordinanza del 10.07.2024 questo Tribunale assegnava un termine per la promozione del procedimento di mediazione fra tutte le parti della presente controversia, evidenziando quanto segue: "[…] *osservato che, re melius perpensa, debba essere riconsiderata la questione relativa all'assolvimento della condizione di procedibilità prevista dall'art. 8 l. n. 24/17; ritenuto, infatti, che il comma 3 del cennato articolo non introduca una norma in tema di competenza territoriale (posto che la regola generale sul punto è dettata a monte nel senso che il procedimento di consulenza preventiva deve essere promosso davanti al giudice competente per la causa di merito, in applicazione del combinato disposto degli artt. 693, 696 e 696 bis c.p.c.); la medesima norma (contenuta, come detto, nel comma*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

3), proprio perché inserita nell'art. 8 legge citata, contribuisce a disciplinare l'assolvimento delle condizioni di procedibilità della domanda, nel senso che, affinché possa dirsi assolto il relativo onere, la parte, una volta promosso il procedimento previsto dall'art. 696 bis c.p.c., dovrà proporre l'azione di merito davanti al giudice che ha trattato il procedimento preventivo; di contro, qualora l'azione di merito sia proposta davanti ad un giudice differente, la parte attrice non potrà avvalersi, perché possa dirsi integrata la condizione di procedibilità, del procedimento preventivo espletato; nel caso di specie, pertanto, posto che il procedimento di consulenza preventiva è stato promosso nei confronti della Controparte_3 davanti al Tribunale di Brindisi, la proposizione dell'azione davanti a questo Tribunale avrebbe dovuto essere preceduta o da un nuovo procedimento ex art. 696 bis c.p.c., da incardinare nei confronti di tutte le parti sempre davanti al Tribunale di Taranto, o dall'esperimento, in alternativa, del procedimento di mediazione, che nel caso di specie, secondo quanto è dato evincere dalla lettura del ricorso, è stato promosso dai ricorrenti nei confronti di Con deve, pertanto, procedersi all'assegnazione del termine per promuovere il procedimento di mediazione nei confronti di tutte le parti del presente giudizio, in ragione dell'opportunità che allo stesso partecipino tutte contestualmente, anche in considerazione della domanda trasversale proposta da Con nei confronti di Controparte_3 […]"; secondo quanto emerge dall'atto depositato dall'Avv. Parte_6 in data 12.12.2024, il procedimento di mediazione veniva tempestivamente promosso, ma con esito negativo; inoltre, nel corso del presente procedimento veniva disposta ed espletata una c.t.u. per la valutazione delle cause del decesso di Persona_1 e la individuazione delle relative responsabilità; pertanto, l'eccezione di incompetenza territoriale di questo Tribunale non può essere condivisa, sia in ragione di quanto osservato nella citata ordinanza del 10.07.2024, sia in considerazione del fatto che l'art. 33 c.p.c. dispone che "*Le cause contro più persone che a norma degli articoli 18 e 19 dovrebbero essere proposte davanti a giudici diversi, se sono connesse per l'oggetto o per il titolo possono essere proposte davanti al giudice del luogo di residenza o domicilio di una di esse, per essere decise nello stesso processo*"; nel caso di specie parte ricorrente ha convenuto in giudizio l' CP_7 e la Controparte_3 sostenendo che la morte della propria congiunta sia da ricondurre alla concorrente responsabilità delle strutture sanitarie gestite da entrambe le resistenti, così emergendo un'evidente connessione delle fattispecie costitutive del diritto risarcitorio fatto valere ed un altrettanto evidente interesse alla decisione delle domande proposte nei confronti delle stesse resistenti in un unico processo, posto che la celebrazione di due distinti processi, l'uno davanti a questo Tribunale nei confronti di CP_5 e l'altro davanti al Tribunale di Brindisi nei confronti della Controparte_3, potrebbe dare luogo ad un conflitto (sia pure teorico) di giudicati, che sacrificherebbe le ragioni di tutela del diritto vantato dai ricorrenti (si pensi ad esempio all'ipotesi in cui in ciascuno dei due processi venisse rigettata la domanda, per ritenuta responsabilità della struttura sanitaria che non ha partecipato al giudizio); ritenuta pure l'infondatezza dell'eccezione di inammissibilità ed improcedibilità del ricorso per violazione dei termini previsti dall'art.8, co.3, L. 8 marzo 2017 n.24, in quanto, ad avviso di questo Tribunale, l'interpretazione preferibile di detta disposizione appare quella secondo cui, ove il procedimento di a.t.p. non si concluda entro il termine di sei mesi dal deposito del ricorso, viene meno per il ricorrente l'impedimento alla promozione del giudizio di merito, nel senso che lo stesso non sarà costretto ad attendere comunque la conclusione del procedimento di a.t.p. prima di proporre la domanda di merito, ma ove lo stesso intenda conservare (fare salvi) gli effetti della domanda fin dalla data di deposito del ricorso per a.t.p., deve promuovere il giudizio di

Osservatorio ICA Italia
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-105

merito nel termine di 90 gg. dalla scadenza dei sei mesi; detta interpretazione, ad avviso di questo Tribunale, appare coerente con il tenore letterale del citato comma 3, pro tempore vigente ("*ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-bis del Codice di procedura civile…*"), il quale appare collegare la necessità del rispetto del termine di novanta giorni all'esigenza di fare salvi gli effetti della domanda a far data dal deposito del ricorso ex art. 696 bis c.p.c., nonché rispettosa del diritto di difesa costituzionalmente protetto (art. 24 Cost.), che notoriamente non consente di prevedere ostacoli o impedimenti all'esercizio del diritto di azione eccessivamente onerosi, che nel caso di specie, secondo la diversa interpretazione non condivisa in questa sede, si risolverebbero in una perdita dell'azione giudiziaria e, pertanto, della tutela del diritto sostanziale per la parte che abbia comunque inteso attendere l'esito della consulenza o comunque agire in giudizio successivamente, in assenza di cause estintive del preteso diritto sostanziale fatto valere (cfr. anche Trib. Savona 08.10.2019, il quale ha affermato che "*una volta promosso il ricorso ex art. 696-bis c.p.c., il mancato rispetto del termine di 90 giorni per l'instaurazione del giudizio di merito ai sensi dell'art. 702-bis c.p.c. — calcolati dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio semestrale dal deposito del ricorso — non produce altra conseguenza se non la perdita della possibilità di ancorare gli effetti della domanda dichiarativa al precedente ricorso ex art. 696-bis c.p.c.*"); l'espletamento di altra c.t.u. nel corso del presente procedimento e del procedimento di mediazione che ha visto coinvolte tutte le parti in seguito alla pronunzia dell'ordinanza del 10.07.2024 determina il superamento delle ulteriori eccezione di rito sollevate dalla *Controparte_3* , tenuto anche conto, con particolare riferimento al valore della condizione di procedibilità ed al rapporto con il giudizio di merito, di quanto osservato nella più volte citata ordinanza;

- ritenuto che la domanda proposta dalle parti ricorrenti possa nel merito essere accolta per quanto di ragione, essendo emersa la responsabilità di entrambe le strutture sanitarie gestite dalle resistenti;
- osservato, infatti, che dalla relazione di consulenza tecnica d'ufficio espletata nel corso del presente procedimento dal collegio composto dal dott. *Persona_2* medico legale, dal dott. *Persona_3* , specialista in neurologia, e dalla dott.ssa *Per_4 [...]* , specialista in malattie infettive, è emerso che: "[…] *Le patologie concomitanti [i.e. F.A cronica. IM moderata-severa. Ipertiroidismo in gozzo tiroideo. Sindrome da allettamento. Nefropatia cronica], diagnosticate in occasione dell'episodio di ictus e sino a quel momento del tutto* ***silenti****, hanno* ***solamente*** *aumentato il rischio di infezione da germi multiresistenti4, e* ***avrebbero pertanto dovuto suggerire una ancora più attenta messa in atto*** *delle strategie notoriamente necessarie a prevenire lo sviluppo di infezioni da tali germi, inclusi un c****orretto uso della terapia antimicrobica*** *e la* ***puntuale e meticolosa applicazione delle misure di controllo*** *delle infezioni5. Che gli episodi infettivi recidivanti siano* ***certamente di origine ospedaliera*** *lo dimostrano i seguenti fatti: la Sig.ra* *Per_1* *precedentemente al maggio 2018 aveva una anamnesi patologica muta (nella cartella della UO di Neurologia* [redacted] *di* *CP_1* *, si legge "Non descritte patologie degne di nota in anamnesi") b) Il primo episodio si manifestò* ***oltre le prime 48 ore dal ricovero****, durante la degenza (03/05-16/06) presso la UO di Rianimazione* [redacted] *di* *CP_1* *. Si vuole qui infatti ricordare come le infezioni associate all'assistenza vengano definite come "quelle infezioni che si manifestano in*

Osservatorio ICA Italia
Osservatorio ICA Italia

*soggetti che ricevano assistenza in ambiente ospedaliero o in qualunque struttura sanitaria dopo 48 ore dal ricovero o entro 30 giorni dall'inizio della assistenza6. A tale riguardo va ricordato come sebbene le unità di terapia intensiva contino meno del 10% del numero totale di letti nella maggioranza degli ospedali, oltre il 20% di tutte le infezioni nosocomiali sono acquisite proprio nelle terapie intensive7. Va anche ricordato come le più comuni e clinicamente importanti infezioni acquisite in terapia intensiva siano le polmoniti, le infezioni delle vie urinarie e le batteriemie/sepsi: le stesse che hanno complicato il decorso clinico della sig.ra Pt_7 sino all'infausto epilogo. c) I primi due isolati identificati furono quelli di Stenotrophomonas maltophilia e Pseudomonas aeruginosa, successivamente presso il CP_3 , già in in data 27/06, un tampone rettale rivelò una colonizzazione da Klebsiella Pneumoniae produttrice di Carbapenemasi (CR-KP), responsabile dell'ultimo episodio settico. **Il S. maltophilia** è un bacillo GRAM- che causa polmoniti, il più frequentemente in pazienti in ventilazione meccanica, ma anche batteriemie e, meno comunemente, endocarditi, mastoiditi, infezioni delle vv urinarie, dei tessuti molli e oculari ed è intrinsecamente resistente agli antibiotici β-lattamici [incluse le cefalosporine]. Uno dei più importanti fattori di rischio per un'infezione da **S. maltophilia** è la degenza in reparti di terapia intensiva nei quali sono stati descritti diversi focolai epidemici8. **Pseudomonas aeruginosa** è anch'esso un batterio GRAM- presente nell'ambiente e nelle acque e una causa comune di infezioni ospedaliere. Infatti è uno dei tre più comuni patogeni isolati in corso di infezioni associate alle cateterizzazioni urinarie e di polmoniti in soggetti ventilati9. Provoca comunemente polmonite associata all'assistenza sanitaria (per es. in pazienti in ventilazione meccanica), infezioni del sangue e del tratto urinario. P. aeruginosa è intrinsecamente resistente alla maggior parte degli agenti antimicrobici a causa della sua capacità selettiva di impedire a varie molecole antibiotiche di penetrare nella sua membrana esterna. Nei pazienti particolarmente critici in attesa dell'antibiogramma è **ragionevole iniziare con una terapia di associazione**, infatti, in considerazione della circolazione di ceppi resistenti, è necessario garantire che almeno una molecola risulti efficace. **La CR-**Co già identificato come colonizzante in un tampone rettale del 27/06 e causa della sepsi che ha portato al decesso della Sig.ra Pt_7 è a livello mondiale uno dei **patogeni nosocomiali** più pericolosi per la vita10. Essendo la colonizzazione (la presenza e la crescita di un germe in un soggetto pur in assenza di sintomi o di danno cellulare) da parte di un patogeno prerequisito per una infezione attiva11, è evidente come la prevenzione delle colonizzazioni da CR-KP sia determinante nell'evitare la morbilità e mortalità associate a questo tipo di infezioni. E' pertanto **inquietante** constatare come nonostante in data 04/05 presso la UO di Anestesia-Rianimazione [redacted] di CP_1 sia stato effettuato il test di screening per CR-KP (dalla cartella clinica "ricerca ceppi produttori di carbapenemasi...") non si sia poi provveduto al recupero del risultato (dalla cartella clinica "....analisi in corso...") e tantomeno sia stato predisposto un ulteriore test nel corso dei 43 giorni rimanenti di degenza. E' altrettanto **inquietante** constatare come, nonostante la positività per CR-KP accertata una prima volta in data 27/06, dalla documentazione relativa al ricovero della sig.ra Pt_7 presso il CP_3 non risulti la messa in atto di misure di controllo delle infezioni, quali ad esempio l'isolamento spaziale o di coorte della sig.ra Pt_7 allo scopo di interrompere/evitare una ulteriore trasmissione, e come per 29 giorni consecutivi (dal 04/07 al 02/08) la paziente abbia ricevuto, a causa di una infezione delle vie urinarie prontamente risoltasi (la cui durata di terapia è di 7 giorni!), un antibiotico carbapenemico (i.e. Imipenem). Infatti, tra le cause responsabili dello sviluppo di infezioni attive (ed eventualmente letali) in soggetti colonizzati (è il caso della sig.ra Pt_7 viene appunto annoverato il cattivo e*

Osservatorio ICA Italia

prolungato (anche quando non necessario) trattamento con antimicrobici ad ampio spettro come nel caso dei carbapenemici dei quali l'Imipenem fa parte12. Inoltre, è da sottolineare come nonostante in data 11/08 ***da sangue*** *sia stato isolato un ceppo di Klebsiella pneumoniae probabile produttrice di carbapenemasi (come da cartella clinica) non si sia provveduto (da parte di nessun attore!) alla rimozione di devices intravascolari verosimilmente infetti.* ***PUNTO 2*** *Premesso che l'exitus della sig.ra Pt_7 è stato causato da una infezione associata all'assistenza (da qui in poi HAI), va ricordato come le HAIs rappresentino le più comuni complicanze nei pazienti ospedalizzati e come esse comportino un netto incremento in termini di morbilità, mortalità, durata della degenza e costi13 . Sono circa una quindicina i patogeni responsabili dell'80-87% delle HAIs14 ma la rilevanza delle HAIs è anche/soprattutto amplificata dal fatto che circa il 20% di tali patogeni presenta un fenotipo di multi-resistenza agli antibiotici e per alcuni microrganismi GRAM- un fenotipo multiresistente è riscontrabile anche nel 20-40% dei casi15 con i più elevati livelli di antibiotico-resistenza riscontrati per i ceppi isolati da dispositivi medici (tipo cateteri venosi, cateteri urinari, ecc)16. La abolizione/limitazione delle HAIs, in particolare da germi multiresistenti (da qui in poi MDR), quali quelli isolati dalla signora Pt_7 e che ne provocarono il decesso, passa attraverso l'applicazione di buone pratiche di assistenza in un programma che deve essere rigorosamente osservato* ***in ogni ambito assistenziale****. Si è già detto ed è universalmente noto come i pazienti degenti nelle Unità di terapia intensiva (UTI) abbiano il rischio più elevato di contrarre HAIs; tale rischio si può quantizzare come da 5 a 10 volte superiore rispetto a quello di pazienti ricoverati in altri reparti ospedalieri17. Inoltre, il trattamento (specie se prolungato) con cefalosporine di III generazione (quale il ceftriaxone) rappresenta un fattore* ***indipendentemente associato*** *alla colonizzazione/infezione da parte di MDR quali la Klebsiella pneumoniae MDR18 e un uso appropriato/corretto/limitato nel tempo della cefalosporina unitamente ad un opportuno screening microbiologico contribuiscono significativamente al controllo di tali infezioni19. Oltre alle cefalosporine di III generazione ed agli aminoglicosidi, già nel 201820 si rimarcava come accanto al prolungato (e spesso irragionevole) uso degli antibiotici, la esposizione ai carbapenemici (quali l'imipenem) predispongano significativamente all'insorgere di infezioni da MDR quali la CR-Kp. A tal proposito si deve sottolineare come la Sig.ra Pt_7 a partire dal 03/05/2018 sino al 23/05/2018 (21 gg consecutivi) sia stata sottoposta a terapia con ceftriaxone nonostante dal broncoaspirato del 09/05 fosse stato isolato un ceppo di* ***Stenotrophomonas*** *maltophilia, un bacillo GRAM-, strettamente correlato allo Pseudomonas21, e intrinsecamente resistente a molti antimicrobici tra i quali il ceftriaxone. Allo stesso modo, si deve contestare la* ***inspiegabilmente*** *prolungata terapia con Imipenem (dal 04/07 al 02/08: 29 gg!) ricevuta dalla paziente presso la CP_3 Controparte_9 per una infezione delle vie urinarie per la quale si raccomanda un regime della durata massima di 7 gg, e, infatti, prontamente risoltasi come risulta dalla storia clinica. La prolungata somministrazione di Imipenem risulta tanto più* ***arbitraria*** *in considerazione della documentata colonizzazione da CR-Kp al tampone rettale già in data 27/06, nonchè dall'isolamento (per la prima volta)* ***di numerose colonie di Klebsiella pneumoniae*** *nel broncoaspirato del 18/07 unitamente alla presenza di Candida albicans (un micete, che in quanto tale non è sensibile agli antibiotici e, anzi, è del 1966 una interessante review che spiega come uno sconsiderato uso di antibiotici contribuisca pesantemente allo sviluppo e severità di infezioni da Candida22). Quindi, specialmente nel caso della Sig.ra Pt_7 la già evidenziata colonizzazione da CR-KP e la ripetuta evidenza di Candida nei campioni biologici rappresentavano un* ***chiaro campanello di allarme*** *che avrebbe*

Osservatorio ICA Italia

dovuto suggerire un uso decisamente più consapevole dei carbapenemi la cui insistente e perdurevole somministrazione, con la pressione selettiva esercitata, ha finito per selezionare germi multiresistenti (come CR-KP) favorendone la replicazione, l'infezione e da ultimo la malattia che ha causato il decesso della Sig.ra Pt_7 […]. ***CONCLUSIONI MEDICO-LEGALI*** *Le considerazioni specialistiche consentono di ritenere che la signora* Per_1 *ha contratto la CR-Kp in ambiente ospedaliero presso il* [redacted] *di* CP_1 *e che la condotta terapeutica incongrua attuata dai sanitari della* [...] CP_3 *(l'uso inappropriato di antibiotici ad ampio spettro per periodi prolungati, ben oltre quanto clinicamente indicato), ha agevolato la persistenza e la replicazione della CR-Kp e le conseguenti infezioni recidivanti da parte dello stesso battere, causa – in concorso col quadro neuropatologico - del decesso della paziente stessa. In atti di causa non sono stati prodotti da parte delle strutture sanitarie convenute sufficienti documenti controfattuali, rispondenti a quanto indicato al punto 6.1 della Sentenza della Cassazione Civile, III sezione civile, n. 6386/2023. In sintesi la inosservanza delle raccomandazioni* ***di infection control presso l'*** Controparte_10 ***" di*** CP_1 ***e di stewardship antimicrobica presso la*** Controparte_11 *hanno determinato l'instaurarsi di eventi infettivi e portato la signora* Per_1 *all'exitus in ragione di sepsi proprio da CR-Kp. Tali inosservanze hanno privato la paziente di una percentuale di chances di sopravvivenza del 65% circa, tenendo conto degli esiti emorragici ed ischemici cerebrali patiti e degli indici di sopravvivenza riportati in letteratura scientifica per casi analoghi.* […]"; gli ausiliari nominati d'ufficio hanno dato una convincente risposta alle osservazioni mosse dai consulenti di CP_5 , osservando quanto segue: […] *1. Il lungo elenco delle condizioni che favoriscono la probabilità di sviluppo e la gravità delle infezioni ospedaliere (HAI) riportato nella obiezione dei CCTTPP oltre ad essere ovvio (al punto da non necessitare di alcun chiarimento) non è stato in alcun modo ignorato dai CCTTUU che, al contrario, hanno sottolineato come i fattori di rischio delle HAI debbano essere familiari agli operatori sanitari di* ***qualunque ambito assistenziale e, nel caso specifico, avrebbero dovuto guidare una attenta osservanza*** *delle strategie rivolte a prevenire lo sviluppo di tali infezioni, quali il corretto uso degli antibiotici e la puntuale/meticolosa applicazione delle misure di controllo delle infezioni. 2. Per quanto complesse possano essere le condizioni di un paziente è sconcertante che da questi vengano isolati* ***9 diversi ceppi microbici*** *in ambiente ospedaliero e in un arco temporale comunque limitato. Esistono precise linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie [Lo E, et al. Strategies to prevent catheter associated urinary tract infections in acute care hospitals . Infect Control Hosp Epidemiol. 2008 Oct;29 Suppl 1:S41-50] o strategie di prevenzione ad approccio multiplo per le infezioni da cateteri intravascolari [Eggimann P, et al. Impact of a prevention strategy targeted at vascular access care on incidence of infections acquired in intensive care. Lancet. 2000 May 27;355(9218):1864 8; Zingg W, et al. Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the incidence of catheter related bloodstream infections. Crit Care Med. 2009 Jul;37(7):2167 73] 3. Come giustamente riportato dai CCTTPP, essendo il problema dei germi multiresistenti ormai da diversi anni estremamente attuale e ampiamente studiato* ***risulta inspiegabile che esso sia sottovalutato****: - Come si spiega il mancato ritiro e la mancata ripetizione del test di screening per la ricerca di ceppi produttori di carbapenemasi (primo test efficace il 27/06) in un paziente degente in una unità di terapia intensiva? Vale la pena ricordare che la* ***sorveglianza attiva*** *mediante* ***tamponi di screening microbiologici*** *è una misura prevista da autorevoli linee guida internazionali [CDC 2006, ESCMID 2014] - allo scopo di prevenire e controllare la diffusione dei* ***microrganismi con multiresistenza***

Osservatorio ICA Italia

antibiotica. - *Hanno ragione i CCTTPP nel sottolineare come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di infezioni da germi multiresistenti sia l'utilizzo di antibiotici ("che, se da un lato è necessario, dall' altro espone il paziente al fenomeno della selezione batterica multiresistente"), il problema è ampiamente discusso nella perizia dei CCTTPP. Ma è utile ricordare che un* ***corretto uso*** *degli antibiotici, quando necessari, è condizione imprescindibile per annullare/sminuire la multiresistenza. Come spiegare quindi il prolungato (dal 3/05 al 23/05) uso di una cefalosporina di III generazione (ceftriaxone) MDR [Asensio A,* Per_5 , Persona_6 , Per_7 , Persona_8 , Per_9 , Per_10 Per_11 , Per_12 *D,* Per_13 *. Outbreak of a multiresistant Klebsiella pneumoniae strain in an intensive care unit: antibiotic use as risk factor for colonization and infection. Clin Infect Dis. 2000;30(1):55]* ***nonostante le condizioni cliniche*** *(persistente rialzo termico [9-10-12-13-15-16-20-22/05]; abbondanti secrezioni dense dalle vie aeree; peggioramento del quadro respiratorio; incremento della PCR) ne dimostrassero la inefficacia? Come si spiega la monoterapia con ceftazidime per una polmonite nosocomiale con isolamento di uno P. aeruginosa? E' noto come nei pazienti particolarmente critici in cui si abbia un isolato di P. aeruginosa in attesa dell'antibiogramma sia* ***ragionevole iniziare con una terapia di associazione****, infatti, in considerazione della circolazione di ceppi resistenti, è necessario garantire che almeno una molecola risulti efficace. Come giustificare 29 giorni di trattamento con un carbapenemico (Imipenen cilastatina) in una paziente CR-Kp positiva per un'infezione urinaria non complicata risoltasi rapidamente e la cui durata di terapia è di 7 giorni? Come si spiega la monoterapia con ceftazidime per una polmonite nosocomiale con isolamento di uno P. aeruginosa? E' noto come nei pazienti particolarmente critici in cui si abbia un isolato di P. aeruginosa in attesa dell'antibiogramma sia ragionevole iniziare con una terapia di associazione, infatti, in considerazione della circolazione di ceppi resistenti, è necessario garantire che almeno una molecola risulti efficace.Come giustificare 29 giorni di trattamento con un carbapenemico (Imipenen cilastatina) in una paziente CR-Kp positiva per un'infezione urinaria non complicata risoltasi rapidamente e la cui durata di terapia è di 7 giorni? Il verificarsi di una HAI da germi multiresistenti in un paziente (qualunque esso sia) persino con un episodio acuto grave al punto da richiedere una degenza in unità di terapia intensiva (dove tali infezioni occorrono con maggiore frequenza [ECDC 2013, 2018; Ricchizzi E, Morsillo F,* Parte_8 *, Pan A,* Persona_15 Per_14 *V,* Per_16 , Per_17 *Studio di prevalenza europeo su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti - Rapporto 0nazionale. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2013]) nonchè molteplici e diversificati interventi medici, potenzialmente a rischio di HAI (cateterizzazione urinaria, accessi venosi, necessità di ventilazione meccanica, etc., anche essi fattori di) **non può essere liquidato come una fatalità da accettare con rassegnazione**. [.]"; una risposta altrettanto convincente gli ausiliari nominati d'ufficio hanno dato alle osservazioni mosse dai consulenti di Controparte_3 [...] , evidenziando quanto segue: "[…] *Per quanto attiene al primo punto, ad una "attenta lettura" della consulenza* ***non risulta*** *che i CCTTU abbiano individuato nel ricovero presso il presidio di* Controparte_9 *il momento in cui la Sig.ra* Pt_7 *avrebbe contratto l'infezione da CR-Kp. Al contrario, come opportunamente osservato dagli stessi CCTTPP, i CCTTU hanno sottolineato come la colonizzazione da CR-Kp fosse già presente in data 27/06 e cioè il giorno immediatamente successivo al trasferimento della paziente presso il suddetto presidio. Semmai, a proposito di raccomandazioni in tema di infection control, i CCTTU si sono limitati ad osservare come, durante il precedente ricovero di oltre 40 giorni, a causa di una "svista" non si sia proceduto al ritiro dell'esito*

Osservatorio ICA Italia

né alla ripetizione del test di screening per la ricerca di ceppi produttori di carbapenemasi. I CCTTU hanno altresì osservato nella gestione complessiva della paziente la mancata adozione di misure di controllo delle infezioni (i.e. l'isolamento spaziale o di coorte della paziente; attenzione a devices intravascolari verosimilmente infetti…) Secondo punto. I CCTTP, appellandosi all'indubbio obiettivo della stewardship antimicrobica, la quale si propone il raggiungimento di risultati clinici ottimali (ovvero un miglioramento dell'outcome clinico), rileva come i 29 giorni di terapia con Imipenen cilastatina fossero giustificati non solo da una infezione urinaria da E.Coli ESBL e Proteus (4 luglio) ma anche "dall'isolamento da broncoaspirato/lavaggio di Klebsiella pneumoniae sensibile ai carbapenemi il ***19 luglio****, giornata in cui la paziente si presentava ipotesa, soporosa ed in grave peggioramento clinico". I CCTTP contestano quindi la obiezione dei CCTTU relativa alla incongrua durata della terapia con il carbapenemico. A tal proposito giovano alcune osservazioni: 1. Le specie di Klebsiella sono considerate patogeni opportunisti che fisiologicamente colonizzano le mucose, incluse quelle del tratto intestinale e dell'orofaringe [Bengoechea JA, Klebsiella pneumoniae infection biology: living to counteract host defences. FEMS Microbiology Reviews, 2019, Vol. 43, No. 2] senza eventualmente provocare danni [Bagley ST. Habitat association of Klebsiella species. Infect Control 1985, 6:52–58] 2. Nella documentazione clinica relativa al periodo intorno al 19 luglio, non vi è traccia di una infezione polmonare attiva al punto che gli stessi sanitari non ritennero di doverla documentare. Un successivo Rx torace presso il CP_3 porta la data del 31 Agosto, quando la paziente rientrò dal CP_12 di Brindisi. 3. Come si evince dal diario clinico (25 luglio: "si visiona esito del broncoaspirato positivo per Candida; Klebsiella pneumoniae, Stenotrophomonas maltophilia…."), il referto relativo al broncoaspirato/lavaggio fu acquisito/visionato solo* ***in data 25 luglio, dopo 22 giorni di terapia con imipenem*** *e 6 giorni dopo il 19 luglio "giornata in cui la paziente si presentava soporosa ed in grave peggioramento clinico (come da obiezione del CTP)". Quindi, il 25 luglio, constatata la positività del broncoaspirato/lavaggio anche per Candida albicans si integrò la terapia con un farmaco antimicotico triazolico. Perché poi, essendo certi dell'infezione polmonare e dell'esito dell'esame microbiologico, i sanitari non abbiano trattato anche l'infezione da Stenotrophomonas maltophilia rimane una questione irrisolta! I CCTTU invece ritengono (e il dubbio è assolutamente legittimo, perché scientificamente fondato) che il prolungarsi della terapia con imipenem non sia da mettere in relazione con l'infezione polmonare e l'acquisizione del referto microbiologico positivo per Klebsiella pneumoniae sensibile ai carbapenemici, ma sia anche questa una svista nella quale la Sig.ra Pt_7 si è imbattuta. 4. Al contrario, l'episodio del 19 luglio venne interpretato di natura neurologica: si aggiunse in terapia levetiracetam (Keppra, antiepilettico), si sottopose la paziente a TC cranio (non Rx torace…) in urgenza, fu richiesta consulenza neurochirurgica. Giova a tal proposito ricordare anche come tutti gli antibiotici β-lattamici possano causare crisi epilettiche [Norrby SR. Neurotoxicity of carbapenem antibiotics: consequences for their use in bacterial meningitis.* Controparte_13 *2000 Jan;45(1):5-7], e come tale rischio sia più elevato con i carbapenemici rispetto ai β-lattamici non carbapenemici: nel modello animale imipenem è 10 volte più neurotossico della benzilpenicillina [Schliamser SE, et al Comparative neurotoxicity of benzylpenicillin, imipenem/cilastatin and FCE 22101, a new injectible penem.* Controparte_13 *1988 Nov;22(5):687-95]. 5. Il trattamento con Imipenem-cilastatina, seguito da alcuni giorni di terapia con chinolonico (ciprofloxacina)* ***fallì*** *nell'intento di perseguire l'obiettivo* ***primario*** *di ottenere il miglioramento clinico della paziente che, al contrario, sviluppò il quadro clinico di una sepsi ("pz ipotesa, resistente*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-105

*al trattamento farmacologico, vigile.....” Si allerta 118, avvisata la figlia… **PCT 9.41; PCT 274.20; Tempt 38.5°C; P.A. 64/43 mmHg**) con conseguente trasferimento presso la Medicina Interna del [redacted] di Brindisi. 6. I CCTTP giustamente citano un importantissimo riferimento in letteratura [Dellit TH, Per_18 , Persona_19 et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis. 2007 Jan 15;44(2):159-77] per sottolineare come l’obiettivo primario (“ultimate goal”: i.e. finale, massimo, sommo obiettivo) dei programmi di Stewardship antimicrobica sia il miglioramento dell'outcome clinico (in questo caso non raggiunto). Ma dal riferimento bibliografico si evince anche la necessità di perseguire un ulteriore obiettivo: diminuire/azzerare la circolazione di isolati resistenti agli antibiotici. A tale riguardo, vale la pena ricordare lo shift microbiologico osservato nella paziente: (19 luglio, broncoaspirato/lavaggio) isolamento di Klebsiella pneumoniae sensibile ai carbapenemici; (11 agosto, immediatamente prima del trasferimento al CP_12 di Brindisi per lo stato settico, emocoltura) isolamento di Klebsiella pneumoniae “probabile produttrice di carbapenemasi” (imipenem, MIC=8), (17 agosto, sangue) isolamento di Klebsiella pneumoniae resistente a imipenem (MIC>8). Terzo punto. E’ innegabile che il decesso della Sig.ra Pt_7 vvenne il [redacted] mentre l’ultima dimissione dal CP_3 risale al 9 settembre, e questo “avrebbe automaticamente dovuto interrompere il nesso di causa……..”. E’ altrettanto innegabile che per quanto la paziente presentasse una grave disabilità, il decesso è stato determinato dalle infezioni contratte e gestite in ambiente ospedaliero.* […]”;

- rilevato che, con riguardo alla valutazione della sussistenza del danno subito dai ricorrenti, deve osservarsi che la giurisprudenza è giunta ormai ad affermare che “*in caso di domanda di risarcimento del danno non patrimoniale, proposta iure proprio dai congiunti della persona deceduta, questi ultimi devono provare la effettività e la consistenza della relazione parentale, rispetto alla quale il rapporto di convivenza non assurge a connotato minimo di esistenza, ma può costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità, e ciò anche ove l'azione sia proposta dal nipote per la perdita del nonno. Infatti, non essendo condivisibile limitare la società naturale, cui fa riferimento l'articolo 29 della Costituzione, all'ambito ristretto della sola cosiddetta famiglia nucleare, il rapporto nonni-nipoti non può essere ancorato alla convivenza, per essere ritenuto giuridicamente qualificato e rilevante, escludendo automaticamente, nel caso di non sussistenza della stessa, la possibilità per tali congiunti di provare in concreto l'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto*” (cfr. Cass. n. 9696/2020) ed ha aggiunto che “*per ottenere il risarcimento iure proprio del danno non patrimoniale, il nipote deve fornire la prova di un rapporto di reciproco affetto e solidarietà con la defunta e non di un rapporto eccedente la fisiologica intensità delle relazioni con la nonna o un rapporto di convivenza con la stessa, che potranno invece rilevare in sede di quantificazione del danno*” (cfr. Cass. n. 5258/2021); sempre in tema di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, va osservato che in giurisprudenza si è affermato che “*in tema di risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, la sussistenza del pregiudizio è presunta per i soggetti uniti da uno stretto legame di parentela col defunto (ovvero i membri della c.d. famiglia nucleare), mentre per gli altri congiunti […] postula la prova dell’effettiva esistenza e consistenza del vincolo affettivo*” (cfr. Cass. 5452/2020); ed è stato aggiunto che “*a fronte della morte o di una gravissima menomazione dell’integrità psicofisica di un soggetto causata da un fatto illecito di un terzo, il nostro ordinamento riconosce ai parenti del danneggiato un danno iure proprio,*

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-105

di carattere patrimoniale e non patrimoniale, per la sofferenza patita in conseguenza all'irreversibile venir meno del godimento del rapporto parentale con il congiunto. Tale voce risarcitoria intende ristorare il familiare dal pregiudizio subito sotto il duplice profilo morale, consistente nella sofferenza psichica che questi è costretto a sopportare a causa dell'impossibilità di proseguire il proprio rapporto di comunanza familiare, e dinamico-relazionale, quale sconvolgimento di vita destinato ad accompagnare l'intera esistenza del soggetto che l'ha subita (Cass. n. 28989/2019); quanto alla prova del danno, non v'è dubbio che, in linea generale, spetti alla vittima dell'illecito altrui dimostrare i fatti costitutivi della propria pretesa e, dunque, l'esistenza del pregiudizio subito: onere di allegazione che in alcuni casi potrà essere soddisfatto anche ricorrendo a presunzioni semplici e massime di comune esperienza, come nel caso del coniuge, dei figli, dei fratelli o dei genitori della c.d. vittima primaria, in ossequio a quanto affermato dalla giurisprudenza citata, proprio in ragione del fatto che, nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), è orientamento unanime che l'esistenza stessa di detto stretto vincolo familiare faccia presumere, secondo l'*id quod plerumque accidit*, la sofferenza del congiunto superstite, giacché tale conseguenza è per comune esperienza e, di norma, connaturale all'essere umano (cfr. Cass. n.25541/2022; analog. Cass. civ. n. 11212/ 2019; Cass. n. 31950/2018; Cass. n. 12146 /2016); nel caso di specie, deve osservarsi che lo stretto vincolo parentale già esistente fra *Parte_1* e *Parte_2* con *Persona_1* (trattasi dei figli di quest'ultima), la residenza nel medesimo comune [redacted] emergente dagli atti depositati, e l'assenza di adeguata dimostrazione della sussistenza di ragioni contrarie, valorizzando i principi innanzi affermati, fanno presumere che fra i figli e la madre poi deceduta sussistesse un solido legame affettivo; quanto al rapporto fra la nonna ed i nipoti (*Parte_3* *Parte_4* e *Parte_5*), oltre al legame parentale ed alla vicinanza dei luoghi di rispettiva dimora emergenti dagli atti depositati, deve osservarsi che, a fronte della allegazione in ricorso della sussistenza di un solido vincolo affettivo dei nipoti con la nonna poi deceduta, vincolo affettivo che si sostiene essersi particolarmente intensificato quando la *Per_1* restò vedova nel 2006 e si occupò dell'accudimento dei nipoti, allora molto piccoli, le parti resistenti hanno sul punto contrapposto, nelle rispettive comparse di costituzione, generiche contestazioni, cosicché dette specifiche circostanze, ai sensi dell'art. 115 c.p.c., possono essere poste a fondamento della decisione; cosicché, tenuto conto, si ribadisce, del rapporto di parentela fra i ricorrenti e la c.d. vittima primaria, della vicinanza delle rispettive abitazioni e di quanto altro innanzi osservato (anche in relazione alla pacificità di alcune circostanze), è ragionevole desumere la radicale modifica delle abitudini di vita degli attori, la sofferenza degli stessi per la perdita improvvisa della madre/nonna e la recisione grave e irreparabile del legame familiare costituzionalmente tutelato derivante dal decesso del loro congiunto; procedendo, pertanto, alla liquidazione della misura risarcitoria del danno non patrimoniale subito in termini di pregiudizio legato alla perdita del parente, questo Tribunale ritiene di ricorrere al criterio tabellare ormai comunemente diffuso ed in particolare a quello elaborato nelle cd. "tabelle milanesi", di recente aggiornate ai fini dell'adeguamento ai principi affermati dalla Corte suprema in tema di danno da perdita del rapporto parentale; la Suprema Corte, infatti, con la sentenza n.10579/2021, ha avuto modo di chiarire che "*in tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto*

Osservatorio ICA Italia

dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella"; e lo stesso Tribunale di Milano, come detto, ha provveduto ad aggiornare nel 2022 la tabella relativa all'individuazione dei criteri per la liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, al fine di adeguarla ai principi dettati dalla Suprema Corte, procedendo poi ad un'ulteriore modifica ed attualizzazione nel giugno 2024; pertanto, considerando l'età di *Persona_1* (73 anni) e quella dei congiunti, odierni ricorrenti all'epoca del fatto (*Parte_1* 50 anni, *Parte_2* 47 anni, *Parte_3* 16 anni, *Parte_4* 19 anni, *Parte_5* 17 anni), il solido legame come detto ritenuto esistente e tenuto conto del fatto che gli stessi risiedevano nel medesimo comune in cui risiedeva la congiunta deceduta, va liquidato il complessivo importo di euro 258.126,00 ciascuno con riguardo alle posizioni di *Parte_1* e di *Parte_2* , e di euro 78.108,00 ciascuno con riguardo alle posizioni di *Parte_3* *Parte_4* e *Parte_5* detti importi possono essere equitativamente ridotti del 10% in considerazione delle condizioni di salute pregresse della *Per_1* ed indipendenti dalla responsabilità sanitaria degli odierni resistenti e chiaramente emergenti dalla relazione di c.t.u. (cfr. pag. 11 della relazione, in cui si evidenzia che la stessa, oltre all'ictus cerebri da cui era stata colpita, soffriva di "… *F.A. cronica. IM moderata-severa. Ipertiroidismo in gozzo tiroideo. Sindrome da allettamento. Nefropatia crinica…*"), cosicché la sua aspettativa di vita appariva inferiore a quella media; deve, infatti, osservarsi che le richiamate tabelle del Tribunale di Milano considerano, tra i parametri di liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, l'età della vittima primaria, evidentemente ritenendosi che il danno sia inversamente proporzionale all'età di detta vittima, in considerazione del progressivo avvicinarsi al naturale termine del ciclo della vita; da tale previsione si desume che per le citate tabelle rileva la durata del rapporto parentale (andato perduto) in base anche all'aspettativa di vita del paziente deceduto; il criterio di liquidazione tabellare richiede comunque un ulteriore adeguamento della misura risarcitoria alla fattispecie concreta in esame; pertanto, deve ritenersi che, col massimo dovuto rispetto per il dolore e la sofferenza dei familiari della *Per_1* , occorre tenere nella pure dovuta considerazione le gravi patologie da cui la paziente era stata colpita e le sue serie condizioni di salute innanzi cennate; data la gravità della patologia neurologica e cardiovascolare da cui era affetta, si ritiene che l'aspettativa di vita della *Per_1* fosse (e non di poco) inferiore a quella media; appare, pertanto, necessario adeguare, secondo equità, la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale alla ridotta aspettativa di vita della vittima c.d. primaria, riducendola, come detto, in via equitativa del 10%; pertanto, gli importi che in definitiva possono essere riconosciuti agli attori a titolo risarcitorio ammontano ad euro 232.313,40 ciascuno in favore di *Parte_1* e di *Parte_2* , e ad euro 70.297,20 ciascuno in favore di *Parte_3* , *Parte_4* e *Parte_5* ; dette somme sono state calcolate secondo il valore attuale della moneta e vanno intese come integralmente satisfattive del danno non patrimoniale sofferto, tenuto conto della metodologia di liquidazione tabellare innanzi accennata (per l'età della vittima primaria: 12 punti per ciascun figlio e 8 punti per ciascun nipote di *Persona_1* ; per l'età delle vittime secondarie: 20 punti per ciascun ricorrente; con riguardo al parametro della convivenza nessun punto; con riguardo al parametro della sopravvivenza di altri congiunti del

Osservatorio ICA Italia

danneggiato, vale a dire della vittima secondaria: 14 punti per ciascun figlio di *[...] Per_1*, nessun punto per i nipoti, posto che non risulta allegato lo stato di famiglia originario dell'altro genitore di detti nipoti e non è possibile, pertanto, valutare la sussistenza di ulteriori parenti entro il secondo grado, quali in particolare i nonni del ramo diverso da quello cui apparteneva la *Per_1*; con riguardo al parametro della qualità ed intensità della relazione affettiva fra gli attori e la vittima primaria: 20 punti ciascuno per i figli della *Per_1* e 18 ciascuno per i nipoti, potendo ritenersi la assidua frequentazione della *de cuius* con figli e nipoti, stante la vicinanza, la condivisione di eventi, tra cui festività e ricorrenze; agli importi innanzi liquidati devono essere aggiunti gli interessi legali dal [redacted] al soddisfo sulle somme mediamente devalutate alla stessa data;

- ritenuto che non sia possibile riconoscere alcuna altra voce di danno; in particolare non può essere riconosciuto un danno da perdita della vita in sé, trasmesso agli eredi dalla *Per_1*, in ragione della assenza del soggetto al quale, nel momento in cui si verifica il decesso, sia ricollegabile la perdita, e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo diritto da trasmettere agli eredi; non può essere riconosciuto nel caso di specie nemmeno il danno connesso alla sostenuta consapevolezza da parte della *Per_1* della fine imminente, in quanto non adeguatamente dimostrato; deve sul punto, infatti, osservarsi che, seppure nelle conclusioni della citazione (in particolare al punto D) i ricorrenti abbiano fatto riferimento alle seguenti voci "[…] *perdita della vita ; danno catastrofale ; danno biologico temporaneo e/o terminale ; perdita di chance* […]", nella narrativa del ricorso ed in particolare al punto 48 hanno inteso riferirsi al c.d. danno da c.d. lucida agonia, avendo sostenuto che la paziente "[…] *rimase lucida avendo* ***certamente compreso che si stava avvicinando alla morte, vista la lunga agonia che ha preceduto il decesso*** […]"; ebbene, in ordine a detta acquisita consapevolezza nessuna prova è stata adeguatamente offerta, osservandosi che la medesima paziente, secondo quanto è dato evincere dalla relazione di c.t.u. e pure riportato in ricorso era stata in ogni caso colpita da una patologia neurologica molto grave (ictus cerebri emorragico destro), che, seppure correttamente trattata, la poneva comunque in grave pericolo di vita; quanto al danno da perdita della vita si è già innanzi detto, mentre non rileva il danno da c.d. perdita di chance, posto che è stato riconosciuto il collegamento causale fra le carenze nelle quali sono incorse le due strutture sanitarie gestite dalle resistenti ed il decesso *hic e nunc* della *Per_1*, cosicché la richiesta subordinata di condanna al risarcimento da perdita di chance di sopravvivenza risulta assorbita;
- osservato, pertanto, che le resistenti devono essere condannate in via solidale, ex art. 2055 c.c., a pagare alle ricorrenti le somme innanzi rispettivamente in definitiva liquidate e che, in accoglimento della domanda di regresso proposta da *CP_5* e, tenuto conto di quanto condivisibilmente affermato dai cc.tt.uu., secondo cui "[…] *La responsabilità nelle inosservanze va equamente divisa fra le strutture sanitarie convenute.* […]", deve dichiararsi, con riferimento al rapporto interno fra *CP_5* e *Controparte_3 [...]*, che ciascuna resistente ha concorso in pari quota alla determinazione del pregiudizio subito dai ricorrenti, con condanna della *Controparte_3* a manlevare *CP_5* da ogni pagamento che quest'ultima dovesse eseguire in favore dei ricorrenti in forza della presente sentenza per la parte che sopravanza la quota del 50%;
- rilevato che le resistenti devono essere condannate in solido alla rifusione delle spese di lite del presente giudizio sostenute dai ricorrenti, con distrazione in favore del difensore, dichiaratosi antistatario; anche le spese della c.t.u. espletata nel presente giudizio, come liquidate in atti, vanno poste definitivamente a carico delle resistenti; la *Controparte_3 [...]* deve, inoltre, essere condannata a rifondere ad *CP_5* le spese di lite del

Osservatorio ICA Italia

presente giudizio,, come liquidate in dispositivo, in ragione della soccombenza sulla domanda di manleva; le spese del procedimento di consulenza preventiva promosso davanti al Tribunale di Brindisi non sono ripetibili, in quanto detto procedimento, per le ragioni esposte nell'ordinanza del 10.07.2024, non può integrare la condizione di procedibilità di cui all'art. 8 l. n. 24/2017 rispetto al presente procedimento, né lo stesso ha comunque rappresentato un atto istruttorio utilizzabile nel presente giudizio, tanto vero che non ne è stata disposta l'acquisizione;

P.Q.M.

Il Tribunale di Taranto, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulle domande proposte, così provvede:

a) accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_1* e, per l'effetto, condanna le resistenti in solido a pagare in favore del citato ricorrente la somma di € 232.313,40, oltre interessi legali con la decorrenza e secondo le modalità indicate in motivazione;
b) accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_2* e, per l'effetto, condanna le resistenti in solido a pagare in favore della citata ricorrente la somma di € 232.313,40, oltre interessi legali con la decorrenza e secondo le modalità indicate in motivazione;
c) accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_3* e, per l'effetto, condanna le resistenti in solido a pagare in favore della citata ricorrente la somma di € 70.297,20, oltre interessi legali con la decorrenza e secondo le modalità indicate in motivazione;
d) accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_4* e, per l'effetto, condanna le resistenti in solido a pagare in favore del citato ricorrente la somma di € 70.297,20, oltre interessi legali con la decorrenza e secondo le modalità indicate in motivazione;
e) accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_5* e, per l'effetto, condanna le resistenti in solido a pagare in favore del citato ricorrente la somma di € 70.297,20, oltre interessi legali con la decorrenza e secondo le modalità indicate in motivazione;
f) in accoglimento della domanda di regresso proposta da *CP_5* nei confronti della *Controparte_3*, dichiarato che, nel rapporto interno fra dette resistenti, ciascuna ha concorso in pari quota alla determinazione del pregiudizio subito dai ricorrenti, condanna la *Controparte_3* a manlevare *CP_5* da ogni pagamento che quest'ultima dovesse eseguire in favore dei ricorrenti in forza dei capi che precedono per la parte che sopravanza la quota del 50%;
g) condanna le resistenti, in via solidale, a rifondere ai ricorrenti le spese del presente giudizio, che liquida in € 286,00 per esborsi ed in € 22.000,00 per compensi, oltre spese generali, c.a.p. e i.v.a. come per legge, da distrarre in favore dell'Avv. *Parte_6*
h) condanna la *Controparte_3* a rifondere ad *CP_5* le spese del presente giudizio, che liquida in € 9.200,00 per compensi, oltre spese generali, c.a.p. e i.v.a. come per legge;
i) pone le spese della c.t.u. espletata nel presente giudizio, come liquidate in atti, definitivamente a carico delle resistenti.

Taranto, 16.04.2025

Il Giudice
dott. Remo Lisco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it