R.G. 340/2021

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI TERNI
SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, in persona del Giudice dott.ssa Claudia Tordo Caprioli, ha emesso ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n.r.g. 340/2021 degli affari contenziosi, vertente

TRA

Parte_1 **e** *Parte_2* rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] presso il cui studio in Terni, [redacted] sono elettivamente domiciliati, giusta procura da intendersi in calce al ricorso;

attori

E

Controparte_1 in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] presso il cui studio sito in Terni, [redacted] è elettivamente domiciliata, giusta procura da intendersi in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

convenuta

OGGETTO: responsabilità professionale
CONCLUSIONI: come rassegnate all'udienza del 30.5.2024 qui da intendersi integralmente richiamate e trascritte

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

(ex artt. 132 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c.)

1. Con ricorso *ex* art. 702 *bis* c.p.c. depositato in data 15.2.2021 *Parte_1* e *Parte_2* *[...]* vocavano in giudizio dinanzi al Tribunale di Terni l' *Controparte_1* *[...]* per sentir accogliere le seguenti conclusioni: : "*accertata responsabilità riconducibile alla condotta dei medici della struttura sanitaria, condannare la resistente al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali pari ad € 245.107,50 a favore di* *Parte_1* *ed € 245.162,50 a favore di* *Parte_2* ", oltre interessi e rivalutazione monetaria. Il tutto con vittoria delle spese di lite.

A sostegno delle rassegnate conclusioni, gli attori esponevano di essere figli ed unici eredi di *Per_1* *[...]* , che in data 29.9.2018 era stato ricoverato presso il [redacted] di Terni per essere sottoposto ad un intervento chirurgico di sostituzione della valvola aortica, poi eseguito con tecnica mini-invasiva *Org_1* l'1.10.2018. Deducevano che dopo un decorso post-operatorio regolare, in data 2.10.2018 *Persona_1* era stato trasferito in *CP_2* con drenaggio toracico, catetere venoso centrale, catetere arterioso radiale dx, catetere vescicale e PMK temporaneo e che in data 3.10.2018 era stato ricoverato nel reparto di cardiologia. Aggiungevano che a seguito di complicazioni insorte durante la degenza, il successivo 5.10.2018 *Persona_1* era stato trasferito in terapia intensiva, ove gli era stata somministrata una terapia antibiotica a base di *Pt_3* . In data [redacted] era poi deceduto per una grave sepsi e,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

precisamente, per uno "*shock settico, con recente sostituzione valvolare aortica e quadro di malattia aterosclerotica severa ed ipertrofia ventricolare sinistra*".
Gli attori addebitavano ai sanitari del reparto di cardiologia una condotta omissiva negligente consistente nella mancata diagnosi di sepsi, pur in presenza di inequivocabili segni clinici della complicanza sin dal 4.10.2018. Lamentavano, oltre ad un difetto di organizzazione della struttura ospedaliera e di misure profilattiche idonee a prevenire l'insorgenza della sepsi, (1) che quest'ultima era stata tardivamente diagnosticata, (2) che la terapia antibiotica somministrata era inadeguata alla luce delle linee guida regionali ed aziendali e (3) che a fronte di un importante rialzo termico in un soggetto a rischio d'infezione non era stata richiesta alcuna consulenza infettivologica.
A tal riguardo, rappresentavano che all'esito del ricorso *ex* art. 696 *bis* c.p.c. rubricato al n.r.g. 846/2020, i c.t.u. avevano riscontrato, da un lato, che l'intervento chirurgico di sostituzione valvolare era stato correttamente eseguito e, dall'altro, che il decesso di *Persona_1* era dovuto ad una sottostima del quadro clinico di sepsi da parte del personale sanitario, che non l'aveva diagnosticata tempestivamente, né correttamente trattata, così causando una grave insufficienza multiorgano. Secondo i c.t.u., applicando il criterio del "*più probabile che non*", in caso di corretto operato dei sanitari il paziente non sarebbe deceduto. A fronte del lamentato inadempimento, i ricorrenti deducevano di aver subito un danno da perdita parentale, per aver perso prematuramente il proprio genitore, oltre ad un danno patrimoniale, pari alle spese funerarie sostenute per € 2.000,00.
In data 18.6.2021 si costituiva in giudizio l' *Controparte_3* chiedendo, previo mutamento del rito in ordinario, di rigettare la domanda attorea in quanto infondata.
A tal fine sosteneva che la consulenza svolta in seno all'ATP fosse carente nella parte in cui i c.t.u. avevano reputato incerta la somministrazione al paziente della profilassi antibiotica a base di cefazolina - anche in ordine al quantitativo – posto che il farmaco era sì annotato tra quelli somministrati, ma non risultava la marchiatura dell'effettiva somministrazione, né l'ora, né il relativo dosaggio.
Sempre in ordine al lamentato inadempimento, la convenuta osservava criticamente l'incompletezza della c.t.u., nella parte in cui non riscontrava le osservazioni critiche svolte dai consulenti tecnici di parte, come quelle relative alla somministrazione della terapia antibiotica al paziente, né allegava alla relazione finale i documenti di letteratura scientifica a fondamento.
Richiamando le linee guida relative alla diagnosi di sepsi (nello specifico: paziente non ipoteso, frequenza respiratoria non superiore ai 22 atti/minuto e non era presente alterazione dello stato di coscienza), la convenuta deduceva che sino alla mattina del 4.10.2018 le condizioni cliniche del paziente erano incompatibili con l'inizio di una sepsi, come dimostrava la somministrazione di ossigeno mediante "ventimask". Aggiungeva che l'instabilità cardiaca comparsa alle ore 10,27 del 4.10.2018 aveva determinato alle ore 23,25 dello stesso giorno un arresto cardiaco. Ebbene, secondo la prospettazione della convenuta, il decorso delle condizioni del paziente e l'esito fatale erano conseguenti, in via esclusiva, all'arresto cardiaco e ai problemi di insufficienza cardiaca. Negavano, quindi, una responsabilità del nosocomio nella causazione del decesso, anche per carenza del nesso eziologico.
A sostegno dell'assunto evidenziava che le emocolture eseguite dal 6.10.2018 erano risultate negative e che la prima emocoltura positiva da stafilococco *epidermidis* era datata [redacted] Al riguardo, sottolineava che, secondo la letteratura scientifica di riferimento, per riconoscere il ruolo di patogeno di un'infezione da parte di uno stafilococco *epidermidis* era necessaria la positività di almeno tre emocolture. Segnalava che, in base ai valori di procalcitonina rilevati (1,07), doveva escludersi lo stato settico il giorno del decesso. Da ultimo, contestava la mancata dimostrazione del danno *iure proprio* di cui i ricorrenti chiedevano il risarcimento.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

All'udienza del 10.11.2021 veniva mutato il rito in ordinario e, all'esito dell'istruttoria, consistita nell'escussione dei testi e in una richiesta di chiarimenti ai c.t.u. nominati in seno all'a.t.p., all'udienza del 30.5.2024, le parti, a cui era stato assegnato un termine per il deposito di memorie difensive finali, rassegnavano le conclusioni e discutevano oralmente la causa ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c..

2. Anzitutto, va dato atto della procedibilità della domanda giudiziale, avendo gli attori previamente proposto un ricorso *ex* art. 696 *bis* c.p.c. (n.r.g. 846/2020) in conformità con quanto previsto dall'art. 8 L. n. 24/2017 (Gelli-Bianco), nella formulazione vigente *ratione temporis*.

3. Nel merito, la domanda merita accoglimento per i motivi e nei termini di seguito illustrati.
3.1. Si rende opportuno svolgere alcune considerazioni preliminari, rilevanti anche in punto di ripartizione dell'onere probatorio.
Va, infatti, ricordato che, solo con riferimento ai danni lamentati *iure successionis*, la responsabilità della struttura sanitaria (cfr. *ex multis* Cass. n. 4058/2005) si inquadra nell'alveo della responsabilità contrattuale (cfr. Cass., S.U. n. 577/2008), con conseguente applicazione dei correlativi regimi di ripartizione dell'onere probatorio, del grado della colpa e della prescrizione. Si ravvisa la fonte di tale tipo di responsabilità nella conclusione, al momento dell'accettazione del paziente nella struttura sanitaria, di un contratto di prestazione d'opera atipico (contratto di spedalità), da cui sorge per la struttura sia l'obbligo di adempiere prestazioni principali di natura sanitaria, sia prestazioni secondarie ed accessorie, quali quelle assistenziali e *lato sensu* alberghiere. Pertanto, la struttura risponde sia per inadempimenti propri, sia per quelli direttamente imputabili ai medici di cui si avvale, in virtù dell'art. 1228 c.c. in tema di responsabilità per fatti dolosi o colposi degli ausiliari. In tal caso, "*incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza*" (così Cass. n. 18392 del 26/07/2017).
Tuttavia, nel caso di specie, alla luce della domanda avanzata dagli attori viene in rilievo una responsabilità aquiliana, avendo costoro chiesto la condanna della convenuta al risarcimento dei danni patiti *iure proprio* in qualità di congiunti di *Persona_1*
Pertanto, è diversa la disciplina applicabile al risarcimento del danno non patrimoniale *iure proprio* da perdita di un congiunto, giacché l'azione promossa ricade nell'alveo della responsabilità extracontrattuale e non in quella contrattuale, spettante solo al paziente danneggiato. Infatti, "*i parenti non rientrano nella categoria dei terzi protetti dal contratto, potendo postularsi l'efficacia protettiva verso terzi del contratto concluso tra il nosocomio ed il paziente esclusivamente ove l'interesse, del quale tali terzi siano portatori, risulti anch'esso strettamente connesso a quello già regolato sul piano della programmazione negoziale, come avviene specificamente nel contratto concluso dalla gestante con riferimento alle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione*" (così da ultimo in Cass. n. 14471/2022; conf. Cass. n. 21404/2021; Cass. n. 14615/2020; Cass. n. 14258/2020).
Ne consegue che, diversamente da quanto previsto in materia di responsabilità contrattuale, la distribuzione dell'onere probatorio sulle parti va declinata sull'archetipo della responsabilità aquiliana (cfr. Cass. n. 2/2020), per cui grava sugli attori asseritamente danneggiati l'onere di dimostrare sia il fatto colposo addebitato alla struttura convenuta, anche sotto il profilo dell'elemento soggettivo, sia il nesso causale con il danno lamentato, oltre, ovviamente, a quest'ultimo presupposto.
3.2. Premesso che la stipula del contratto di spedalità tra *Persona_1* e la convenuta non è oggetto di discussione, va focalizzata l'attenzione sull'inadempimento censurato dai ricorrenti, consistito sia in un errore proprio della struttura per difetto organizzativo (omessa adozione delle cautele necessarie a

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

prevenire la sepsi), sia in un errore ascrivibile al personale sanitario del nosocomio per tardiva diagnosi di sepsi nonostante la presenza di segni clinici evidenti nell'immediata fase post-operatoria e, poi, per aver somministrato un trattamento farmacologico a base di *Pt_3* (Tazobactam) inadeguato al caso clinico di *Persona_1* senza un previo consulto infettivologico.

3.3. Ciò detto, anche alla luce dei chiarimenti resi dagli ausiliari, meritano condivisione le conclusioni cui sono giunti in perizia, essendo ben argomentate e sorrette da ragionamenti scevri da contraddizioni e/o salti logici. Al riguardo, va richiamato il principio secondo cui il giudice che ritiene convincenti le conclusioni del c.t.u. non è tenuto ad esporre in modo specifico le ragioni del suo convincimento, posto che l'obbligo di motivazione si può ritenere assolto con l'indicazione delle fonti dell'apprezzamento, da cui sia possibile desumere che le deduzioni delle parti siano state anche implicitamente respinte, anche all'esito delle risposte fornite alle osservazioni critiche (cfr. Cass., n. 7266/2015; Cass., n. 22713/2015; Cass., n. 5229/2011 in motivazione; Cass., n. 19475/2005; Cass., n. 14638/2004; Cass., n. 23637/2016). Come già rilevato, la consulenza tecnica svolta in seno al procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c., anche alla luce dei chiarimenti acquisiti nel presente giudizio di merito, risulta immune da vizi logici e metodologici e, come tale, pienamente condivisibile, vieppiù alla luce dei chiarimenti offerti.

Pertanto, non merita accoglimento l'istanza di rinnovazione della c.t.u. avanzata dalla convenuta.

Vanno quindi richiamate, ai fini dell'accertamento del primo presupposto costitutivo della domanda risarcitoria al vaglio, le conclusioni cui sono pervenuti gli ausiliari.

3.4. I consulenti nominati dal Tribunale hanno accertato che *Persona_1* è deceduto a causa di un grave shock settico, che ha determinato un'insufficienza multiorgano, coinvolgente l'apparato cardiocircolatorio, la funzione renale e quella polmonare (cfr. pag. 9 c.t.u.). Diversamente da quanto ipotizzato dalla convenuta, hanno escluso, a più riprese, che il [redacted] *Per_1* [redacted] fosse in qualche modo conseguente all'arresto cardiorespiratorio del 4.10.2018 che, pertanto, non assurge neppure al rango di concausa dell'*exitus*. Al riguardo, hanno evidenziato che l'arresto cardiocircolatorio era dovuto allo stato settico già in corso, desumibile dalla presenza di diversi segni clinici, e non ancora diagnosticato e che, comunque, era stato adeguatamente e prontamente trattato attraverso l'utilizzo di adrenalina, per cui non aveva potuto determinare la morte del paziente. Proprio grazie alla pratica di rianimazione che aveva risolto l'arresto, poteva escludersi che lo stesso avesse avuto una qualche incidenza sul decesso del *Per_1* verificatosi quattro giorni dopo. Del resto, lo stesso reparto di anatomia patologia del nosocomio, dopo aver eseguito un esame autoptico sul paziente in data [redacted] valorizzando l'emocoltura positiva per staffilococco epidermis e un broncolavaggio positivo per klebsiella, ha diagnosticato la causa del decesso in uno shock settico (cfr. all. j e k fascicolo attori).

In conclusione, merita condivisione l'affermazione dei c.t.u. secondo cui "*la probabilità che lo stafilococco isolato sia stata la causa dell'infezione è assai elevata, anche oltre il criterio del "più probabile che non*" (cfr. pag. 2 chiarimenti).

3.5. Chiarito ciò, va osservato che nel caso di specie non è in discussione che il paziente avesse contratto [redacted] di Terni, durante il periodo di ricovero, un'infezione da *staphyilococcus epidermidis* riscontrata nell'emocoltura del [redacted] e refertata *post* [redacted]

Ebbene, in relazione al primo profilo di inadempimento, i c.t.u. hanno affermato che "*dall'esame dei documenti esaminati e dal decorso clinico (caratterizzato da un continuo trasferimento del paziente in diversi reparti), emerge una ragionevole certezza clinica: la causa della morte fu una grave sepsi insorta precocemente dopo l'intervento chirurgico, scatenata da un'infezione contratta sicuramente dopo il ricovero e quindi da considerarsi di natura iatrogena, correlabile alla degenza ospedaliera*" (cfr. pag. 3 c.t.u.). Anche nel riscontrare le osservazioni critiche dei c.t.p. della convenuta, gli ausiliari hanno ribadito che l'infezione "*non era presente al momento del ricovero, che pertanto si identifica come una infezione correlata all'assistenza (ICA)*" (cfr. pag. 9 c.t.u.).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

Al riguardo, la convenuta ha dimostrato che nel 2017 era stato costituito un Programma di Antimicrobial Stewardship e che prima del ricovero del Per_1 ra stato costituito un Antimicrobial Stewardship Team, composto da professionisti con specializzazione in malattie infettive (cfr. all. 5 – delibera [redacted], che si era occupato di redigere un report delle attività svolte nel 2018 in relazione, tra le varie, alla prevenzione e alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e alla gestione delle emocolture, dello shock settico, delle infezioni da germi multiresistenti, della profilassi antibiotica in chirurgia. Dalla documentazione depositata emerge, altresì, che tra i germi sottoposti a sorveglianza in quegli anni era incluso anche lo stafilococco. Tra le varie attività svolte appare rilevante quella di sensibilizzazione ed educazione del personale sul corretto lavaggio antisettico delle mani (cfr. all. 5 – delibera [redacted], sia mediante affissione di cartelli, sia mediante il monitoraggio del consumo di gel idroalcolico nel nosocomio, di cui erano state implementate le postazioni di distribuzione (cfr. all. 5 – report allegato alla delibera [redacted]. Il report risulta aver tenuto conto delle linee guida globali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico emanate dall'Contro nel 2018 relative alle misure pre-operatorie, intra-operatorie e post-operatorie (cfr. all. 5 – pag. 26 del report allegato alla delibera [redacted].

Alla luce della documentazione prodotta, risulta dimostrato che l'evenienza infettiva occorsa a Per_1 [...] ra imprevedibile o inevitabile, anche in considerazione dei fattori di rischio propri del paziente a contrarre un'infezione da germi multiresistenti (un indice ASA pari a III, l'età, le numerose patologie correlate, le indagini invasive precedentemente espletate, i cateteri venosi centrali, gli accessi arteriosi, il pace maker provvisorio, i drenaggi toracici e i cateteri urinari – cfr. pag. 3 chiarimenti) e, come tale, non imputabile al nosocomio, avendo quest'ultimo dimostrato di aver adottato tutte le più idonee precauzioni per evitare l'infezione nosocomiale causativa del decesso e, quindi, una profilassi ambientale per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza.

3.6. Deve, invece, ritenersi che gli attori abbiano assolto l'onere probatorio su di essi gravante in relazione alla censura di tardiva diagnosi della sepsi per cui il [redacted] è deceduto Persona_1

La convenuta ha criticato le conclusioni cui sono giunti i c.t.u. in perizia, evidenziando la necessità, per addivenire ad una diagnosi di sepsi, di una triplice positività delle emocolture che, nel caso di specie, difettava.

In sede di chiarimenti, i c.t.u. hanno fornito un convincente riscontro all'osservazione critica della convenuta, spiegando che il dato di letteratura va contestualizzato in base allo specifico caso clinico al vaglio. In particolare, secondo i c.t.u. andava considerato che l'emocoltura era stata prelevata dapprima il 6.10.2018 e poi il [redacted] in un paziente che, però, versava in stato febbrile già dal 2.10.2018 (37,8°) che aveva già manifestato evidenti segni di sepsi, coerenti con gli abbondanti dati clinici raccolti, ossia una neutrofilia (82 e 85 % - cfr. pagg. 3, 4 all.i2 fascicolo attori), una iniziale insufficienza renale (creatininemia 1,43) ed un notevole aumento della PCR (Proteina C Reattiva), che il 29.9.2018 era solo di 0,55 mg/dl e che il successivo 3.10.2018 era divenuta di 20,85 mg/dl (cfr. pagg. 5 e 8 all.i2 fascicolo attori) e che costituisce il più "*sensibile indicatore di infiammazione ed infezione in atto*" (cfr. pag. 3 chiarimenti).

Come noto alla stessa struttura convenuta (cfr. all. 5 - pag. 12 delibera [redacted], l'"*American Controparte_5 Org_2 ha ideato un punteggio di rischio preoperatorio basato sulla presenza di malattie concomitanti al momento dell'intervento chirurgico*", segnalando che "*in presenza di un punteggio ASA > 2 si associa ad un aumentato rischio d'infezione della ferita*". Nel caso che ci occupa, è documentato che a Persona_1 era stato assegnato un punteggio ASA pari a 3 (cfr. pag. 3 chiarimenti). Nel modulo di consenso all'anestesia del 29.9.2018 si legge, infatti, che "*le sue attuali condizioni patologiche Asa III w pot[evano] esporl[o] a complicanze aggiuntive*" (cfr. pag. 30 all. i1 fascicolo attori).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

Secondo i c.t.u., si sarebbe potuti addivenire ad una diagnosi di un'infezione nosocomiale già intorno al 3 e 4.10.2018, anche senza emocolture – che notoriamente non forniscono un riscontro immediato al sanitario, necessitando di tempo per la loro elaborazione - alla luce dei vari segni clinici già presenti, tra cui "*febbre 38,5°, FA, stato soporoso, PCR elevata, tosse, rumori umidi all'ascultazione, FR > 20, deficit di saturazione dell'ossigeno, ipotensione 105/50, opacamento base polmonare sinistra*" (cfr. pag. 7 perizia).
Secondo i c.t.p. della convenuta, in realtà, la presenza di febbre non costituiva un segno clinico indicativo dell'inizio di una sepsi. Si noti, però, che nello stesso documento di "Alert microbiologico" depositato dalla convenuta si legge che "*l'infezione […] ha luogo con l'invasione e la moltiplicazione del microrganismo nell'ospite con associata risposta dello stesso (febbre, leucocitosi […])*" (cfr. pag. 10 all. 5 delibera [redacted] fascicolo convenuta).
Peraltro, i c.t.u. non si sono limitati ad un esame parcellizzato dei diversi segni clinici, ma li hanno messi in correlazione tra loro, valorizzando, *in primis*, il notevole aumento della PCR.
Non appare logicamente condivisibile o, comunque, supportata da evidenza scientifica la tesi della convenuta secondo cui le citate alterazioni – rilevate mediante prelievo ematico del 3.10.2018 alle ore 10,02, poi refertato alle successive ore 18,17 (cfr. pag. 4 all. i2 fascicolo attori) - sarebbero state correlate all'arresto cardiorespiratorio verificatosi la tarda sera del successivo 4.10.2018.
La risposta fornita dai c.t.u. appare, quindi, più che convincente, considerato anche che la convenuta non fornisce alcuna spiegazione plausibile alternativa al rapido e notevole incremento della proteina C reattiva nei pochi giorni di ricovero, dal 29.9.2018 al 3.10.2018, né spiega il diverso significato diagnostico che avrebbero avuto la cretininemia e la neutrofilia alterate. Inoltre, nel pomeriggio del 4.10.2018 anche le condizioni cliniche del paziente, che secondo la convenuta consentivano di escludere una sepsi, erano peggiorate (cfr. pag. 7 perizia), senza che poi, però, venissero svolti immediati approfondimenti diagnostici.
Non appare, inoltre, dirimente in senso contrario ad una diagnosi di sepsi il valore della procalcitonina (PCT) rilevato con il prelievo ematico del 3.10.2018 (0,23 ng/ml). Secondo i c.t.u., ben essendo "*possibile orientarsi verso la comparsa di un quadro settico senza che siano necessariamente alterati tutti i parametri ricercabili*", "*la febbre alta, i globuli bianchi aumentati nella componente neutrofila, il deficit di saturazione di ossigeno, l'esame Rx torace, la PCR molto elevata*" costituivano "*dati fortemente indicativi*" di una sepsi e ciò a prescindere dal valore della PCT, sul presupposto che "*non esiste una analisi isolata di laboratorio che possa inficiare la diagnosi*" (cfr. pag. 7 perizia).
Segnalavano, peraltro, che il dosaggio della procalcitonina non è sempre attendibile, essendo "*un indicatore gravato da numerosi problemi di sensibilità e specificità*" (cfr. pag. 7 perizia). Infine, evidenziavano che già dal prelievo ematico della mattina del 6.10.2018 anche il valore della PCT (3,92 ng/ml) era risultato in notevole aumento (cfr. pag. 36 all i.3 fascicolo attori). Si noti, peraltro, che dalla documentazione clinica in atti non risultano esser stati rilevati, a cura del personale ospedaliero, i valori della PCT nei giorni del 4.10.2018 e del 5.10.2018 (cfr. pagg. 31-32 all. i3 e pag. 3 all. i2 fascicolo attori).
La tardiva diagnosi di sepsi va, quindi, certamente imputata al personale sanitario dell' *Parte_4*
La condotta colposa ascritta alla convenuta si sostanzia sia nel non aver tempestivamente eseguito gli esami utili ad individuare la causa dell'infezione, quali emocolture – la prima è stata eseguita solo il 6.10.2018, a quattro giorni dall'insorgenza della febbre - ed urinocolture, sia nel non aver richiesto una consulenza infettivologica utile ad indagare le cause della febbre, "*che difficilmente p[*oteva] *considerarsi come febbricola post operatoria*" (cfr. pag. 6 perizia) in ragione dei suoi valori elevati (38,5°).
L'errore medico è consistito, quindi, nel fatto che i sanitari non presero "*provvedimenti diagnostici e terapeutici adeguati"* per cui, poi, *"in serata, comparvero […] tutti i segni e sintomi di un grave shock settico: disturbi del sensorio, aritmie, ipotensione, oliguria, insufficienza respiratoria con grave desaturazione, fino all'arresto cardiocircolatorio risolto con*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

immediate pratiche di rianimazione cardiopolmonare […] con utilizzo di adrenalina" (cfr. pag. 4 c.t.u.). I sintomi emersi il 4.10.2018 indicavano, invece, "*il rapido passaggio dell'infezione ad uno stato di SIRS (=Sindrome da Risposta Infiammatoria Sistemica)*" (cfr. pag. 7 perizia).

3.7. Secondo gli ausiliari, l'operato dei sanitari doveva esser censurato anche sotto il profilo del trattamento antibiotico concretamente somministrato al [redacted] (Tazobactam) a partire dal 5.10.2018, inidoneo a contrastare lo stafilococco isolato dal sangue e l'*enterobacter aerogenes* isolato nei liquidi broncalveolari, poiché entrambi resistenti al Tazobactam (cfr. pag. 4 chiarimenti).

Piuttosto, secondo i c.t.u., i sanitari [redacted] di Terni avrebbero dovuto somministrare "*almeno due antibiotici attivi sui batteri resistenti gram-positivi e gram-negativi come la* Org_3 *e un meropenemico e/o la* Org_4 *, particolarmente utile in questo caso perché efficace sugli enterococchi e stafilococchi resistenti e ben tollerata*" (cfr. pag. 4 chiarimenti). Altrettanto inadeguata, secondo i c.t.u., era stata la scelta di somministrare il meropenem (Merrem 500 x 2) il giorno del decesso (cfr. pag. 5 perizia).

Si noti che proprio nel report depositato dalla convenuta vengono menzionate le linee guida della Organizzazione_5 del 2018, secondo cui per ridurre le mortalità i sanitari devono, tra le varie, "*3. Somministrare terapia antibiotica ad ampio spettro"* inizialmente in via empirica (cfr. all. 5 – pag. 33 del report allegato alla delibera [redacted]. Nella delibera di costituzione dell' [...] Org_6 si legge, poi, che "*la scelta della terapia empirica ottimale, del giusto dosaggio ed il coinvolgimento repentino dell'infettivologo sembrano essere fattori associati ad un miglior outcome clinico*" (cfr. all. 5 – pag. 23 delibera [redacted]. Eppure, nel caso che ci occupa, il personale sanitario che ebbe in cura Per_1 [...] nonostante lo stato febbrile di quest'ultimo a far data dal 2.10.2018, non ha mai richiesto una consulenza infettivologica per individuare il trattamento antibiotico più adeguato.

Mette conto, ora, focalizzare l'attenzione sulla somministrazione di una profilassi antibiotica con cefazolina in occasione dell'intervento dell'1.10.2018 che, secondo la ricostruzione della convenuta, sarebbe stata correttamente eseguita, come desumibile dal sistema informatico Org_7 (cfr. all. 4 fascicolo convenuta).

Effettivamente, come rilevato dagli ausiliari, "*nella cartella anestesiologica non vi è traccia di detta somministrazione*"(cfr. pag. 5 chiarimenti).

Sul punto, alle udienze del 12.9.2022 e del 16.11.2022 sono stati escussi diversi testimoni della convenuta. Il dott. Persona_2 cardiochirurgo che ebbe in cura Persona_1 come emerge anche dalla cartella clinica in atti, dopo aver premesso che "*a tutti i pazienti viene somministrata cefazolina*" e che, ove non sia stata somministrata in precedenza, la stessa viene somministrata prima dell'intervento, ha riferito che "*la somministrazione è curata dall'anestesista*", il quale poi provvede a riportarla nella cartella cartacea, oltre a risultare nel sistema Org_7 Secondo il teste, la riprova della somministrazione di cefazolina nel caso di specie emergeva effettivamente dal sistema Org_7 Anche la dott.ssa Testimone_1 anestesista, ha confermato che, in genere, tutti i pazienti venivano sottoposti a profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico e che di essa ne veniva fatta menzione sia nel sistema Org_7 curato dall'infermiere, sia nella cartella anestesiologica cartacea, a cura del medico anestesista. Sulle modalità di compilazione delle schede inserite nel sistema Org_7 veniva sentito anche il teste Testimone_2 ex infermiere dell' Parte_4 Terni.

Nonostante tali risultanze, secondo i c.t.u. la mera annotazione della somministrazione di cefazolina (in fase pre-operatoria) nel sistema informatico da parte degli infermieri non era sufficientemente dimostrativa di un corretto trattamento farmacologico da parte dei sanitari, mancando "*la marcatura dell'effettiva somministrazione*", nonché "*la modalità e soprattutto l'ora della eventuale somministrazione*" (cfr. pag. 2 perizia). Eppure, nel sistema Org_7 viene annotata la somministrazione di cefazolina nella dose di 2gr nell'arco temporale dell'intervento chirurgico dell'1.10.2018.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

Ebbene, alla luce delle deposizioni testimoniali acquisite e valorizzata la documentazione clinica in atti, appare ragionevole affermare che anche a *Persona_1* ia stata somministrata una profilassi antibiotica in fase pre-operatoria, a base di cefazolina, nella dose di 2 gr. Tuttavia, la circostanza non esclude i profili di colpa caratterizzanti la condotta dei sanitari nel decorso post-operatorio e sinora accertati.
Non è stato, infatti, provato che la somministrazione di cefazolina in fase pre-operatoria era sufficiente ad evitare l'insorgere di una sepsi nella successiva fase post-operatoria e a contrastarla in modo adeguato ed efficace, così da evitare che poi degenerasse in uno shock settico fatale.
4. Per tutti i motivi esposti, in base ad un giudizio di probabilità logica che prevede l'applicazione dello standard probatorio del *più probabile che non*, va affermata la responsabilità risarcitoria dell' *[...]* *Controparte_3* nella causazione del [redacted] *Persona_1* [redacted] quale conseguenza immediata e diretta di una condotta colposa della struttura, consistita in una tardiva diagnosi di sepsi e in un successivo inadeguato trattamento farmacologico.
Sulla base di un ragionamento ipotetico di natura controfattuale può affermarsi che una diagnosi tempestiva ed un trattamento terapeutico corretto ed adeguato avrebbero potuto evitare il decesso del *Per_1* cfr. pag. 7 perizia).
Gli attori hanno, infatti, soddisfatto gli oneri probatori posti a loro carico, relativi alla prova del fatto dannoso e del nesso di causalità giuridica tra l'evento di danno ed i pregiudizi conseguiti.
5. Passando al vaglio i danni risarcibili ai *Per_1* va osservato quanto segue.
Ai fini della liquidazione equitativa, il giudice deve apprezzare la gravità ed effettiva entità del danno subito dai familiari superstiti, valorizzando i concreti rapporti col congiunto, anche in base ad elementi presuntivi, quali la maggiore o minore prossimità del legame parentale, la qualità dei legami, la durata ed intensità del vissuto, la composizione del restante nucleo familiare, in grado di prestare assistenza morale e materiale, tenendo a mente l'età della vittima e quella dei familiari danneggiati (cfr. Cass. n. 28989/2019).
La giurisprudenza ha chiarito che grava sulla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare (cfr. Cass. n. 9231/2013). Ciò in quanto la perdita del rapporto parentale si configura come un danno non patrimoniale presunto (cfr. Cass. n. 4253/2012), che, tuttavia, non consiste 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 (cfr. Cass. n. 9196/2018).
Ciò posto, in linea con l'orientamento prevalente accolto presso questo Tribunale, si ritiene di procedere alla liquidazione del danno patito dagli attori sulla base delle indicazioni fornite dalle ultime tabelle del Tribunale di Milano (elaborate per l'anno 2022), anch'esse strutturate in base ad un sistema a punti come quelle del Tribunale di Roma.
Anzitutto, va dato atto che, al momento del decesso, la vittima primaria aveva 83 anni. Ciò legittima l'attribuzione di n. 4 punti secondo la tabella di Milano 2022 per i figli *Per_1* Va, inoltre, tenuto a mente che il valore punto riconosciuto dalla predetta tabella per i rapporti parentali più stretti (figli), che ammonta ad € 3.365,00.
Nella seguente disamina viene valorizzata la composizione del nucleo familiare superstite al [redacted] sul presupposto che la presenza e vicinanza di altri familiari superstiti possa contribuire a lenire il dolore del lutto e a fornire un supporto emotivo per superare la perdita.
Ai fini della presente liquidazione va tenuto conto che, in base alla documentazione in atti, il rapporto parentale risultava esser della medesima intensità rispetto ad entrambi gli attori, considerato che nelle cartelle cliniche risultano più volte annotati i recapiti telefonici sia di *Parte_1* , sia di *[...]* *Parte_2* (cfr. pagg. 5 all. i1 e pag. 7 all.i3 fascicolo attori), quali soggetti che il personale sanitario

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

avrebbe dovuto provvedere ad allertare in caso di necessità o peggioramento delle condizioni cliniche di *Persona_1*

Si procede, quindi, all'applicazione dei parametri esposti al caso di specie.

In base all'età anagrafica di *Parte_1* alla data del [redacted] (47 anni), all'assenza di un rapporto di convivenza o di abitazione nello stesso stabile (cfr. all. c fascicolo attori in ordine alle rispettive residenze), alla sopravvivenza di un altro congiunto (*Parte_2* - cfr. all. c fascicolo attori), tenuto conto di una qualità ed intensità della relazione affettiva media (15 punti) andrebbero riconosciuti allo stesso un totale di n. 42 punti (8+20+14+15). Sulla base del punteggio così attribuito, può esser riconosciuto all'attore un risarcimento compreso tra un minimo di € 141.330,00 ed un massimo di € 242.280,00.

Invece, in base all'età anagrafica di *Parte_2* alla data del [redacted] (52 anni), all'assenza di un rapporto di convivenza o di abitazione nello stesso stabile con *Persona_1* (cfr. all. c fascicolo attori in ordine alle rispettive residenze), alla sopravvivenza di un altro congiunto (*Parte_1* – cfr. all. c fascicolo attori), tenuto conto di una qualità ed intensità della relazione affettiva media (15 punti) andrebbero riconosciuti alla stessa un totale di n. 40 punti (8+18+14+15). Sulla base del punteggio attribuibile per qualità ed intensità della relazione affettiva, il credito risarcitorio della stessa è compreso tra un minimo di € 134.600,00 ed un massimo di € 235.550,00.

Ai fini di una equa liquidazione, rispondente alle peculiarità del caso concreto, non può non valorizzarsi il quadro clinico di accesso al nosocomio di *Persona_1* avuto riguardo alle molteplici patologie da cui era affetto e riscontrabili dalla documentazione clinica in atti, tra cui il diabete mellito, una diverticolosi ed una gastropatia antrale, nonché ai diversi interventi precedentemente eseguiti, da ultimo una appendicectomia nel giugno 2018 (cfr. pag. 32 all. i1 fascicolo attori).

Sulla base di tali circostanze e considerata l'età avanzata di *Persona_1* (83 anni), può logicamente escludersi che gli attori non si erano in alcun modo preparati psicologicamente ad una eventuale e prossima dipartita del padre per motivi sanitari.

Sulla scorta di tali considerazioni e considerata la stessa intensità del rapporto parentale leso, appare equo riconoscere agli attori un medesimo credito risarcitorio, quantificabile per ciascuno di essi in € 145.000,00.

6. Le somme ora riconosciute - liquidate sulla scorta delle tabelle del Tribunale di Milano aggiornate al giugno 2022 – si qualificano come debiti di valore, per cui su di esse vanno riconosciuti gli interessi e la rivalutazione monetaria, da liquidare in conformità all'orientamento assunto dalla Corte di Cassazione.

La rivalutazione mira a reintegrare il danneggiato nella stessa situazione patrimoniale in cui si sarebbe trovato se il danno non si fosse verificato, adeguando l'importo della somma in valori monetari correnti alla data in cui è compiuta la liquidazione giudiziale. Per giurisprudenza consolidata "*l'obbligazione di risarcimento del danno ha natura di obbligazione di valore, alla quale non si applica il principio nominalistico ma la rivalutazione monetaria, anche d'ufficio, a prescindere dalla prova della svalutazione sopravvenuta fino alla data della liquidazione*" (così in Cass. n. 3894/2016).

Una volta compiuta la c.d. *taxatio*, sulle somme così determinate vanno riconosciuti anche gli interessi compensativi, che hanno la funzione di remunerare il danneggiato del ritardo nella reintegrazione del pregiudizio, secondo i criteri matematici stabiliti dalla Suprema Corte (cfr. Cass. n. 1712/1995, secondo cui "*gli interessi, determinati nel loro ammontare dal giudice, vanno calcolati dalla data del fatto non sulla somma complessiva rivalutata alla data della liquidazione, bensì sulla somma originaria rivalutata anno dopo anno, cioè con riferimento ai singoli momenti con riguardo ai quali la predetta somma si incrementa nominalmente in base agli indici di rivalutazione monetaria*"). Ciò in quanto "*quando, infatti, la liquidazione del danno avvenga a distanza di tempo dal*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

suo prodursi, può spettare al creditore, oltre il capitale rivalutato, anche l'ulteriore pregiudizio rappresentato dagli effetti della mora, come si desume dal testo dell'art. 1219 c.c." (così in Cass. n. 15856/2019).
Sull'obbligatorietà di riconoscere gli interessi compensativi anche in assenza di esplicita domanda di parte e della relativa prova – che, nel caso di specie, difetta - si è espressa la giurisprudenza di legittimità più recente (cfr. Cass. n. 1637/2020). In ordine al tasso di interesse da applicare, considerando che il danno in questione può essere liquidato in base al criterio equitativo, la sua determinazione è rimessa alla valutazione giudiziale: il giudice potrà considerare congruo il tasso d'interesse legale ovvero una misura maggiore o minore a seconda della fattispecie concreta.
Nel caso di specie, non avendo gli attori dato prova che avrebbero reimpiegato il credito risarcitorio ad un tasso maggiore rispetto a quello legale, dovrà necessariamente farsi riferimento a quest'ultimo.
In applicazione di tutti i criteri suesposti, le somme sopra quantificate devono essere dapprima devalutate in base agli indici *Org_8* sul costo della vita alla data del [redacted] e sugli importi così risultanti, rivalutati anno per anno sino ad aprile 2024 (ultimo aggiornamento *Org_8*) andranno applicati gli interessi legali.
Concretamente, per effetto della devalutazione *Org_8* , alla data del [redacted] spettava a ciascun attore la somma di € 124.463,52.
Conclusivamente, per effetto della rivalutazione e degli interessi compensativi, alla data odierna la convenuta deve essere condannata a risarcire a ciascun attore la somma di € 156.390,41.
Infine, su tali importi dovranno essere, poi, computati gli interessi legali maturandi dalla data della presente sentenza al saldo effettivo.

7. Quanto al risarcimento del danno patrimoniale per spese funerarie va osservato che secondo la Cassazione queste ultime costituiscono una voce di danno ineliminabile, per cui possono essere liquidate anche in mancanza di specifica dimostrazione della precisa entità della somma corrisposta a tale scopo (cfr. Cass. n. 31542/2018). Nel caso di specie, la pretesa risarcitoria risulta comprovata dalla fattura [redacted] (cfr. all. h fascicolo attori) e, come, tale liquidabile per l'importo ivi indicato di € 2.000,00.
In assenza di indicazioni in ordine all'attore che ha materialmente sopportato l'esborso, il credito risarcitorio va riconosciuto ad entrambi i *Per_1* creditori solidali.
Detto importo deve esser progressivamente rivalutato mediante applicazione degli indici annuali ISTAT dalla data dell'esborso (evincibile dalla documentazione in atti) sino alla data di pubblicazione della presente decisione e così quantificato in € 2.334,00. A decorrere dalla presente decisione su tale somma vanno riconosciuti gli interessi al saggio legale sino al soddisfo.

8. Ai fini della regolamentazione delle spese di lite, va escluso, alla luce del principio di diritto recentemente affermato dalla Suprema Corte (cfr. S.U. n. 32061/2022), che sussista una soccombenza reciproca pur in caso di notevole divario tra il *petitum* ed il *decisum*, per cui in applicazione della regola della soccombenza di cui all'art. 91 c.p.c., le spese processuali vanno poste a carico della convenuta e distratte in favore dell'avv. [redacted] dichiaratori antistatario ex art. 93 c.p.c..
La liquidazione delle spese del presente giudizio di merito viene eseguita in dispositivo in base ai parametri del d.m. 55/2014 (aggiornato al d.m. 147/2022), tenendo conto, in base al valore del *decisum* ai sensi dell'art. 5, dello scaglione compreso tra € 260.001,00 ed € 520.000,00, e dei parametri minimi per le fasi processuali di studio, introduttiva e decisionale in ragione della complessità delle questioni giuridiche sottese alla controversia, essendosi già svolto un a.t.p., cui sono seguiti dei chiarimenti ai c.t.u. ivi nominati, mentre vanno applicati i parametri medi per la fase istruttoria, caratterizzata dall'assunzione di prove costituende.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896

Considerato, poi, che gli attori sono stati assistiti dal medesimo difensore e che le questioni trattate per ciascuno di essi sono le medesime, può esser liquidato in loro favore un unico compenso.
La convenuta deve essere condannata anche al rimborso delle spese processuali sostenute dagli attori per il procedimento di a.t.p. n.r.g. 846/2020, liquidate in base ai parametri del d.m. 55/2014 (aggiornato *ratione temporis* al d.m. 37/2018), al valore indeterminabile della controversia, di complessità bassa ed applicati i valori minimi per tutte le fasi processuali, alla luce del numero di parti coinvolte e della concreta complessità dell'accertamento medico-legale svolto.
Le spese di c.t.u. liquidate in seno all'a.t.p. (r.g. 846/2020) vanno poste a carico della convenuta in quanto soccombente nel giudizio di merito.
Resta ferma, naturalmente, la solidarietà delle parti nei confronti dei cc.tt.uu. derivante dal fatto che la prestazione del consulente tecnico d'ufficio è effettuata in funzione di un interesse comune delle parti del giudizio (cfr. Cass., sez. 6, n. 25179/2013), ovvero nell'interesse alla realizzazione del superiore interesse della giustizia (cfr. Cass., sez. 2, 30.12.2009, n. 28094).

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, disattesa e/o assorbita ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione, così provvede:

- condanna l' *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 156.390,41, oltre interessi legali maturandi dalla data della sentenza al saldo;
- condanna l' *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 156.390,41, oltre interessi legali maturandi dalla data della sentenza al saldo;
- condanna l' *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* e di *Parte_2*, in solido, della somma di € 2.334,00, oltre interessi legali dalla presente decisione al saldo;
- condanna l' *Controparte_1* alla rifusione in favore di *Parte_1* e di *Parte_2* delle spese di lite che liquida in € 20.406,00 per compensi (di cui € 3.972,00 per l'a.t.p. ed € 16.434,00 per il giudizio di merito), oltre ad € 1.065,41 (di cui € 641,07 relativi all'a.t.p. ed € 424,34 relativi al giudizio di merito) per esborsi, oltre spese forfettarie al 15%, IVA se dovuta e c.p.a., da distrarre in favore del difensore antistatario, avv. [redacted]
- pone definitivamente a carico dell' *Controparte_1* le spese di c.t.u. liquidate nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. rubricato al n.r.g. 846/2020.

Sentenza letta ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c. in data 30.5.2024

Il Giudice
dott.ssa Claudia Tordo Caprioli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-896