N. R.G. 732/2020

TRIBUNALE di URBINO

Il Giudice on. dott. ssa Anna Mercuri, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 04.02.2022 ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

nella causa civile iscritta al numero 732 del ruolo generale affari contenziosi civili dell'anno 2020, promossa da:

Parte_1 C.F. *C.F._1* ; *CP_1* C.F. *C.F._2* in proprio, nonché, unitamente ad *Controparte_2* C.F. *C.F._3* ,in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale dei minori *Persona_1* C.F. *C.F._4* e *CP_3* C.F. *C.F._5* *Controparte_4* C.F. *C.F._6* ,, in proprio ed in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore *Persona_2* C.F. *C.F._7* *Controparte_5* C.F. *C.F._8* in proprio, nonché, unitamente a *Controparte_6* C.F. *C.F._9* in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale del minore *Persona_3* C.F *C.F._10* ; *Parte_2* C.F. *C.F._11* , tutti rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliati presso di lei , specificatamente nel suo domicilio digitale rappresentato dall'indirizzo di PEC: *Email_1*

ricorrenti -

Contro

Controparte_7 (P.I. *P.IVA_1*) rappresentata e difesa dall'avv [redacted] ed elettivamente domiciliata presso di lei, specificatamente nel suo domicilio digitale rappresentato dall'indirizzo di PEC: *Email_2*

- resistente-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

*****

1. Con ricorso ex art. 702 bis cpc i ricorrenti hanno adito l'intestato Tribunale." al fine di ottenere il risarcimento di tutti i danni patiti e patiendi, sia in *iure proprio* che in *iure hereditatis*, conseguenti al [redacted] *Persona_4* [redacted] alle ore 7,50 presso il [redacted] a causa della condotta professionale tenuta dal relativo personale sanitario.
2. Il Giudice con decreto del 12.03.2021 fissava per la comparizione parti l'udienza del 26.05.2021 concedendo termine per la notifica e per la costituzione della convenuta *[...] CP_7*
3. Si è costituita ritualmente in giudizio l' *CP_7* contestando gli assunti della parte ricorrente chiedendo il mutamento del rito, il rigetto della domanda e in via subordinata la liquidazione del minore importo risultante.
4. All'udienza del 28.05.2021 il Giudice si riservava sulle richieste delle parti. A scioglimento della riserva assunta, il Giudice disponeva l'acquisizione del fascicolo reso in sede di ATP (R.G. 126/2019) e fissava l'udienza del 04.02.2022 per la discussione, con termine sino a dieci giorni prima per il deposito di note conclusive. All'udienza del 04.02.2022 lette le note scritte depositate dalle parti, si riservava.

Osserva:

5. In data 6 dicembre 2017, il Sig. *CP_1* - di anni 82 all'epoca dei fatti - veniva ricoverato presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell [redacted] per le cure della frattura del collo femorale a seguito di caduta a terra.
6. In data 9 dicembre 2017 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di endoprotesi anca sinistra. Durante l'intervento il paziente rimaneva stabile dal punto di vista emodinamico e respiratorio. Al termine dell'intervento, dopo un breve periodo di osservazione, veniva inviato presso la *CP_8* dove le sue condizioni restavano stazionarie.
7. In data 12 dicembre 2017 insorgeva iperpiressia, subito trattata con terapia antibiotica.
8. Veniva aggiornata la antibioticoterapia ed il Sig *CP_1* veniva trasferito nel reparto di rianimazione con diagnosi all'ingresso di sepsi a verosimile origine polmonare in paziente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

in V° giornata post operatoria per frattura femore sinistro (endoprotesi), ipersodiemia, parkinsonismo.

9. All'alba del [redacted] le condizioni del Sig. *CP_1* peggioravano ulteriormente e alle 7,20 un improvviso arresto cardiaco portava al decesso del *CP_1*

10. Questo giudice ha ritenuto di acquisire il fascicolo dell'Atp e le risultanze della consulenza medica disposta in quella sede, redatta dal dott. *Per_5* dotata a parere dello scrivente di completezza argomentativa e linearità logica tale da essere ritenuta del tutto attendibile negli esiti concludendo nell'ascrivere: "il decesso del sig. *CP_1* ad uno shock settico con scompenso multiorgano derivante da infezione di origine polmonare."

11. Ritiene il CTU che lo shock settico infatti è un sottoinsieme di sepsi con un significativo aumento della mortalità a causa di gravi anomalie di circolazione e/o del metabolismo cellulare. Lo shock settico comporta ipotensione persistente (definita come la necessità dei vasopressori di mantenere la pressione arteriosa media ≥ 65 mmhg, e un livello sierico di lattato > 18 mg/dL nonostante un'adeguata reintegrazione di volume. La maggior parte dei casi di shock settico è causata da bacilli Gramnegativi o cocchi Gram positivi nosocomiali e spesso si verifica nei pazienti immunocompromessi e in quelli con patologie croniche e debilitanti. Lo shock settico si verifica in genere nei neonati (Sepsi neonatale), negli anziani e nelle donne gravide. I fattori predisponenti comprendono: Diabete mellito, Cirrosi, Leucopenia (in particolare quella associata a cancro o al trattamento con farmaci citotossici), Dispositivi invasivi (compresi i tubi endotracheali, vascolari o cateteri urinari, tubi di drenaggio, e altri materiali estranei), un precedente trattamento con antibiotici o corticosteroidi. Le sedi di infezione più comuni comprendono i polmoni, le vie urinarie, le vie biliari e il tratto gastrointestinale. Sintomi e segni di sepsi possono essere sfumati e spesso facilmente scambiati per manifestazioni di altri disturbi (p. es., delirio, scompenso cardiaco, embolia polmonare), specialmente nel periodo post-operatorio. In caso di sepsi, i pazienti generalmente presentano febbre, tachicardia diaforesi e tachipnea. Quando si sviluppa una sepsi aggravata o uno shock settico, un segno d'esordio, in particolare negli anziani o nei soggetti molto giovani, può essere la confusione mentale o una riduzione della vigilanza. La pressione arteriosa si riduce, anche se la cute è paradossalmente calda. Nel caso in esame il *CP_1* manifestava un quadro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

compatibile a quello sopradescritto. Difatti dal giorno 12 dicembre 2017 iniziava a manifestare febbre e nei giorni seguenti subentrava contrazione della diuresi e status soporoso. Il quadro respiratorio si aggravava con progressiva desaturazione tanto da richiedere O2terapia ad alto dosaggio fino all'intubazione assistita con ventilazione meccanica. Nel caso in esame, le cure poste in essere dai sanitari durante il ricovero riguardavano il trattamento chirurgico ove in base alle risultanze anche dell'esame autoptico non era responsabile dell'insorgenza del quadro infettivo sistemico. Erano poi effettuati i trattamenti finalizzati alla prevenzione di fenomeni infettivi quali l'antibioticoterapia profilattica con Cefazolina e terapia per sanare il quadroinfettivo sistemico con *Org_1* , Targosid e urbason e paracetamolo. Come sopra evidenziato la malattia da infettiva polmonare diventava sistemica e determinava uno stato di shock con ipotensione e alterazioni dell'equilibrio acido-base che erano prontamente trattate dai sanitari con farmaco fluido terapia e terapia ventilatoria. Il paziente inoltre, durante la degenza mostrava evidente anemizzazione che era trattata con trasfusioni multiple. Si ritiene pertanto adeguato tutto l'iter diagnostico e terapeutico messo in atto da sanitari dell' *Organizzazione_2* in merito al trattamento della frattura e del quadro infettivo. Dopo l'analisi della documentazione non si ravvede nella condotta dei medici per quanto attiene l'intervento chirurgico ed i trattamenti posti in essere per trattare il quadro infettivo sistemico alcun elemento di negligenza imperizia o censurabile. Difatti l'intervento era eseguito secondo la consueta pratica clinica e perizia di riferimento e la terapia profilattica con cefazolina era adeguata e come anche emerso dall'esame autoptico (in particolare dai risultati istologici) che confermava che la porta di ingresso del patogeno infettivo non fosse ascrivibile al sito chirurgico. Lo stato settico, come già riferito nel quesito precedente, era adeguatamente trattato seguendo le indicazioni proposte dalle linee guida dell'epoca, difatti dall'insorgenza dei primi sintomi quali febbre e sopore, erano eseguiti esami emocolturali (risultati giunti soltanto in data 18.12.2017 quando il paziente era già deceduto), ematochimici con dosaggio della PCT con valore pari a 16,20, compatibile ad uno shock settico, e strumentale con rx torace, che evidenziava addensamenti polmonari multipli. Era inoltre richiesta consulenza internistica che impostava terapia antibiotica ad ampio spettro. I trattamenti messi in atto pertanto, apparivano adeguati sia in merito al trattamento dell'infezione, sia per quanto attiene il quadro ipotensivo,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

ipossico e di anemia. Attenta considerazione deve però essere posta in merito all'acquisizione della infezione. Difatti il paziente entrava presso l [redacted] in condizione generali discrete. Agli esami strumentali in ingresso a parte il quadro fratturativo non si ravvisavano a carico del torace elementi compatibili con infezione già in atto (non vi erano addensamenti compatibili ad un quadro polmonitico). Il paziente dopo tre giorni di ricovero cominciava a manifestare la sintomatologia infettiva. Nnon resta che ipotizzare che il sig. *CP_1* abbia acquisito durante la degenza presso il reparto di Ortopedia dell' *Organizzazione_2* una infezione nosocomiale correlata all'assistenza. Tale asserzione è confermata dai tempi di insorgenza della sintomatologia (oltre le 48 ore dal ricovero) e dal patogeno riscontrato agli esami emocolturali del giorno 18 dicembre 2017. A conferma del quadro infettivo grave e sistemico oltre gli esami microbiologici, concorrevano gli esami ematochimici che mostravano una leucocitosi neutrofila relativa, incremento degli indici di flogosi e della procalcitonina. Il referto radiografico e le risultanze dell'esame degli organi polmonari e istologici in corso di autopsia rilevavano inoltre che il quadro settico avesse avuto origine da una polmonite. Il quadro che emergeva quindi risulta pienamente compatibile con una condizione di polmonite di natura nosocomiale HAP (*Org_3* Pneumonia -Nosocomial Pneumonia). Le polmoniti nosocomiali, sono infezioni del parenchima polmonare causate da agenti patogeni in ambito ospedaliero; si sviluppano in pazienti ricoverati in strutture ospedaliere per un periodo superiore alle 48 ore. Nel caso in esame si trattava di una infezione insorta in soggetto anziano di anni 81, con deterioramento cognitivo in encefalopatia vascolare cronica e depressione maggiore inveterata con parkinsonismo iatrogeno con un quadro morfo-radiologico polmonare caratterizzato da "*Diffusa accentuazione della trama bronco-interstiziale da broncopatia cronica"*. L'agente responsabile del quadro infettivo era un enterococcus faecalis**,** batterio gram positivo appartenente alla consueta flora intestinale. Le infezioni più spesso mediate da Enterococcus faecalis comprendono endocarditi sub-acute, meningiti, sepsi, batteriemia ed infezioni a carico delle vie urinarie. È osservato – ed oramai dimostrato - che le infezioni maggiori da Enterococcus faecalis sono trasmesse in ambito ospedaliero ed in strutture sanitarie. Le infezioni sostenute da questo enterococco sembrano provenire da reparti di terapia intensiva, specie nei pazienti ricoverati in oncologia ed in urologia. L' Enterococcus faecalis può infettare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

l'uomo anche attraverso alimenti contaminati quali carne od acqua infetta. Si ritiene pertanto idoneo affermare, in base ai dati clinici laboratoristici e strumentali rilevati dalla documentazione medica, che durante il ricovero presso il reparto di Ortopedia dell [redacted] il sig. *CP_1* abbia contratto una polmonite nosocomiale HAP (*Organizzazione_4* *[...]* –Nosocomial *Org_4* che ha comportato un quadro di sepsi e insufficienza respiratoria fino all'evoluzione verso un shock settico ed exitus in soggetto anziano di anni 81, con deterioramento cognitivo in encefalopatia vascolare cronica e depressione maggiore inveterata con parkinsonismo iatrogeno con un quadro morforadiologico polmonare caratterizzato da "*Diffusa accentuazione della trama bronco-interstiziale da broncopatia cronica.*".

12. L' *CP_7* ha depositato i protocolli sulla sicurezza sui processi di sterilizzazione, utilizzo antisettici e disinfettanti, precauzioni di isolamento, ritenendo di aver fornito la prova liberatoria che la Giurisprudenza richiede in questi casi all' *Controparte_9* . Venendo alla copiosa documentazione in atti, esaminata peraltro anche dal ctu, si ritengono adeguati i protocolli utilizzati dall [redacted] conformi alle linee guida di riferimento; i protocolli non sono però adeguatamente supportati da una documentazione di riscontro, vale a dire rapporti di prova, tabelle, controlli quotidiani o periodici che ci possano far dire con certezza che tutti i protocolli previsti dall' *Organizzazione_2* , siano stati pedissequamente applicati. Il Ctu ritiene più probabile che non, che l'infezione sia stata acquisita durante la degenza ospedaliera correlata ad una inadeguata gestione in termini di catena profilattica, dell'iter clinico terapeutico e di degenza che la struttura deve garantire al paziente, cui è tenuto a rispondere, per obbligo di natura contrattuale, l'ente ospedaliero-assistenziale anche se il momento esatto della contrazione dell'infezione non risulta esattamente identificabile.

Il CTu ritiene, in base ai dati clinici e laboratoristici che il decesso del sig. *CP_1* sia ascrivibile ad una infezione polmonare poi responsabile di shock settico e scompenso multiorgano presso il reparto di Ortopedia dell' *Organizzazione_2* . In particolare si ritiene che alla base della catena di eventi che portarono a morte il paziente, e la tipologia del patogeno rilevata, vi sia stato una mancanza nella catena di profilassi, prevenzione, dei sistemi di monitoraggio e delle norme igieniche e di asepsi in termini di organizzazione e prevenzione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

delle infezioni ospedaliere, cui è afferibile causalmente la polmonite complicata da sepsi e shock settico che ha condotto all'exitus della paziente.

L'Ente Ospedaliero in realtà, ha fornito solo dei documenti di carattere generale che nulla dimostrano su come i sanitari hanno operato nel caso di specie. Non basta produrre i protocolli ma occorre dimostrare di averli osservati. Tale prova non è stata fornita.

13. Va innanzitutto sottolineato che, alla luce del quadro probatorio offerto dai ricorrenti e degli esiti della perizia disposta nel procedimento ex art. 696 bis cpc versata in atti, risulta accertata la responsabilità dell'ente ospedaliero convenuto per i danni lamentati nella presente sede.
14. Si osserva infatti che la perizia resa all'esito del procedimento di atp a firma del dott. *Per_5* valutata in uno alle risultanze documentali versate in atti, tenuto anche conto del puntuale riscontro a tutte le deduzioni sottoposte ai periti - in regolare contraddittorio - dalle parti a mezzo dei propri consulenti, abbia carattere di completezza argomentativa e linearità logica tale da essere ritenuta del tutto attendibile negli esiti da questo Giudice. In particolare, in punto di nesso causale, emergono dalla documentazione in atti inequivoci profili di responsabilità dei sanitari e dell'ente sanitario convenuto nella gestione del paziente avendo il perito riconosciuto "che il paziente avesse contratto presso il reparto di Ortopedia dell [redacted] una polmonite nosocomiale HAP (Hospital-Acquired Pneumonia –Nosocomial Pneumonia) che ha comportato un quadro di sepsi e insufficienza respiratoria fino all'evoluzione verso un shock settico ed exitus".
15. Ora accertata la sussistenza del nesso causale tra la prestazione sanitaria e l'infezione è emerso altresì, attraverso la consulenza e la documentazione prodotta dalle parti che la condotta della struttura sanitaria presenta profili di colpa ricollegabilie al contagio infezione polmonare poi responsabile di shock settico e scompenso multiorgano presso il reparto di Ortopedia dell' *Organizzazione_2* , si osserva che in base ai principi generali in tema di onere della prova, parte resistente non è riuscita a provare che la prestazione è stata correttamente adempiuta (avendo in particolare posto in essere tutte le precauzioni idonee ad evitare l'insorgenza di infezioni) e che la patologia infettiva rappresenta una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

conseguenza inevitabile (nel senso che quand'anche prevedibile non era in alcun modo prevenibile) e, dunque, alla stessa non imputabile.

16. Non resta quindi che procedere alla liquidazione del danno.

Il *c.d. danno "da perdita del rapporto parentale" rappresenta un peculiare aspetto del danno non patrimoniale e consiste non già nella mera perdita delle abitudini e dei riti propri della quotidianità, bensì nello sconvolgimento dell'esistenza, rivelato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, nonché nella sofferenza interiore derivante dal venir meno del rapporto (Cass. Civ., Sez. III, 28/09/2018 -ud. 27/06/2018, n. 23469). Esso si concreta nella perdita di un prossimo congiunto da cui consegue normalmente una condizione di vuoto esistenziale da parte dei familiari, determinato dal fatto di non poter più godere della sua presenza e di non poter più sperimentare tutte quelle relazioni fatte di affettività, condivisione, solidarietà che caratterizzano un sistema di vita che viene irreversibilmente stravolto (Cass. Civ., Sez. III, 09/05/2011, n. 10107). Il risarcimento di tale danno spetta ai prossimi congiunti, i quali sono quelli uniti da un vincolo affettivo-giuridico, che riposa su rapporti che costituiscono fonti di reciproci diritti-doveri*" (Tribunale Venezia 1 giugno 2021).

La Suprema Corte consente di presumere il danno da perdita del rapporto parentale nella situazioni in cui il danneggiato che agisce sia un prossimo congiunto della persona deceduta: "*quanto al riparto dell'onere probatorio, è insegnamento costante della Suprema Corte che il danno da perdita del rapporto parentale - quando si tratti del coniuge, del genitore, dei figli o dei fratelli - non necessiti di specifica prova da parte dei danneggiati, dovendo la liquidazione avvenire in base a valutazione equitativa che tenga conto dell'intensità del vincolo familiare, della convivenza e di ogni altra ulteriore circostanza allegata. Sul punto, è stato condivisibilmente affermato che, "nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), l'esistenza stessa del rapporto di parentela deve far presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza è per comune esperienza, di norma, connaturale all'essere umano. Naturalmente si tratterà pur sempre di una praesumptio hominis, con la conseguente possibilità per il convenuto di dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra la vittima ed il superstite" (Cass. Civ., Sez. VI, 15/02/2018 - ud. 14/12/2017, n. 3767; Cass. Civ., Sez. III, 24/09/2019, n. 23632)"

17. Tale danno parentale (*rectius*: da perdita del rapporto parentale) deve essere liquidato seguendo le tabelle di Roma, non quella di Milano. Solo il sistema romano, infatti, è idoneo a consentire un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto e, nello stesso tempo, a garantire l'uniformità di giudizio al cospetto di vicende analoghe.Ciò in base a quanto stabilito espressamente e recentemente dall' ordinanza della Cass. III, 29/09/2021 n. 26300, che ha così confermato un principio del tutto condivisibile in tema di quantificazione del "danno parentale"**,** invero già parzialmente anticipato da pronunce precedenti, che può dunque dirsi oggi ufficialmente consolidato, anche perché successivamente ribadito dalla sentenza di Cassazione sez. III, 10.11.2021 n. 33005.
18. Prendendo pertanto a riferimento le tabelle di Roma e in base all'età del ricorrente al momento dell'evento (anni 81) e al Danno biologico temporaneo al 100% dal 09.12.17, momento in cui si manifesta lo shock settico, al [redacted] momento in cui avviene l'exitus.
19. Nella liquidazione del danno da perdita parentale, occorre considerare diversi parametri, come la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario, la convivenza con questi ultimi, la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta, l'età della vittima primaria e secondaria.
20. Ora, per quanto riguarda tali condizioni le stesse sono state documentate tranne quella dell'intensità della relazione affettiva che può solamente presumersi ma non è stata provata compiutamente dalla parte ricorrente. A tal fine, i parametri da considerare ai fini del quantum portano ad attribuire alla coniuge (*Controparte_10* e alla figlia convivente (*Controparte_5*) , tenuto conto del rapporto parentale, della presenza di altri congiunti nel nucleo familiare primario, un risarcimento pari ad € 162.000,00 per ciascuna di loro, tenendo a mente il coefficiente pari ad € 3.365,00; € 95.000 ciascuno invece per i figli non conviventi (*CP_1* e *Controparte_4*) , € 35.000,00 per ciascuno dei nipoti conviventi (*Persona_3* e *Parte_2* ed € 25.000,00 per ciascun dei nipoti non convivente (*Persona_1* , *CP_3* e *Persona_2*)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955

tenendo a mente il coefficiente pari ad € 1461,20, oltre rivalutazione monetaria come per legge. Tali somme, come visto, andranno poste a carico della parte resistente.

21. Quanto alle spese di CTU espletata in sede di procedimento ex art. 696-bis cpc queste devono essere poste definitivamente, stante l'esito delle operazioni peritali, a carico del nosocomio convenuto. In ordine, alle spese di lite, posto l'accoglimento della domanda, queste seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo, in applicazione del DM 55/2014, quinta fascia, ai valori minimi trattandosi di giudizio sommario di cognizione, con esclusione della fase istruttoria in quanto non espletata, nonché, con riferimento alla fase di istruzione preventiva,

P.Q.M.

Il Tribunale di Urbino, visto l'art. 702 bis e seguenti c.p.c., definitivamente pronunziando, ogni altra istanza respinta o disattesa, così provvede:

- condanna l *CP_7* a corrispondere in favore di *Controparte_10* e *CP_5* *[...]* la somma di € 162.000,00 per ciascuna di loro, a favore di *CP_1* e *Controparte_4* la somma di € € 95.000 per ciascuno, a favore di *Persona_3* e *Parte_2* la somma di € € 35.000,00 per ciascuno dei nipoti conviventi ed € 25.000,00 per ciascuno dei nipoti non convivente *Persona_1* , *CP_3* e *Per_2* *[...]* oltre interessi legali e rivalutazione monetaria
- condanna l *CP_7* a corrispondere in favore della parte ricorrente le spese del presente giudizio e di quello di ATP che liquida complessivamente in € 900,00 per spese vive, nonché complessivamente € 7.900,00 per compensi professionali, oltre spese generali al 15%, Iva e Cpa se dovute come per legge;
- pone definitivamente a carico di parte resistente le spese di CTU espletata in sede di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c.

Si comunichi.

Urbino, 23 agosto 2023

Il Giudice on.
Anna Mercuri

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-955