

All'udienza del 24 gennaio 2022 le parti costituite precisavano le conclusioni come da processo verbale in atti. La causa veniva posta in decisione previa assegnazione dei termini per lo scambio delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

Svolgimento del processo

Con atto di citazione ritualmente notificato [REDACTED] [REDACTED] in proprio e nella veste di esercente la potestà genitoriale sulla figlia minore [REDACTED] [REDACTED] anche quali eredi di [REDACTED] dopo avere esperito il rituale tentativo di mediazione, convenivano in giudizio, avanti al Tribunale di Catania, *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania e ne chiedevano la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e *non*, sì come occorsi per la morte del rispettivo marito e padre. All'uopo, specificatamente denunciavano che il decesso era occorso a causa di un'infezione nosocomiale contratta dal congiunto, affetto da insufficienza renale cronica, in occasione del ricovero presso la struttura sanitaria convenuta protrattosi dal 4 al 10 dicembre 2014.

Integratosi ritualmente il contraddittorio, si costituiva *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania, la quale negava la denunciata responsabilità civile e contestava le pretese risarcitorie spiegate.

Con l'ordinanza del 22 maggio 2017 l'adito Giudice disponeva CTU medico-legale.

Nel corso del giudizio [REDACTED] conseguiva la maggiore età.

Espletato siffatto mezzo di indagine, la causa, all'udienza del 24 gennaio 2022, era posta in decisione sulle conclusioni delle parti, previa concessione dei termini per lo scambio delle comparse conclusionali e le memorie di replica.

Motivi della decisione

Si controverte, nel caso di specie, della responsabilità civile che gli attori ascrivono ad *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania per il decesso di [REDACTED] [REDACTED] ricoverato per ragioni di insufficienza renale cronica, sì come occorso in data 10 dicembre 2014 a causa di un'infezione nosocomiale.



Trattandosi di fatto risalente all'anno 2014, la fattispecie risulta regolata dal quadro normativo e dai principi giurisprudenziali consolidatisi, anteriormente all'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco (L. n° 24/2017), con la legge Balduzzi (art. 3 comma 1, D.L. n° 158/2012 come modificato dalla legge di conversione n° 189/2012).

E' ben noto che, al riguardo, deve oramai ritenersi prevalente, anche nella giurisprudenza di merito, il principio di diritto enunciato dalla Corte di Cassazione (Cass. 2014 n. 8940) a tenore del quale l'indicato art. 3, nel prevedere che *"l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve"*, fermo restando, in tali casi, *"l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile"*, non ha espresso alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma ha inteso solo escludere, in tale ambito, l'irrelevanza della colpa lieve.

La cd. Legge Balduzzi, dunque, non ha modificato la natura giuridica della responsabilità sanitaria che dunque va qualificata, a petto della nota teoria del contatto sociale, d'ordine contrattuale, con il conseguente termine di prescrizione decennale (cfr. Cass. 22.12.1999 n. 589; Cass.29.9.2004 n. 19564; Cass. 21.6.2004 n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006; Sez. Un. 11.1.2008 n. 577).

I relativi presupposti sono stati configurati dalla giurisprudenza di legittimità nel modo che segue:

- a) una relazione tra sfere giuridiche di parti determinate;
- b) uno status professionale in capo al danneggiante, tale che possa configurarsi una "culpa in facendo";
- c) l'affidamento ingenerato nel danneggiato per effetto sia dell'appartenenza del danneggiante ad una categoria professionale "protetta" sia della situazione relazionale che si è previamente instaurata fra i due soggetti.

In presenza di tali circostanze il paziente matura un legittimo e ragionevole affidamento sulla conformità della prestazione medica alle *leges artis*, le quali impongono al sanitario di operare diligentemente in ogni fase nella quale si svolge il "contatto" con colui che si è, appunto, affidato alle sue cure: quindi non solo al momento dell'intervento chirurgico bensì



anche in quello che lo precede (mediante acquisizione del consenso informato) ed in quella che lo segue (mediante un costante controllo sul decorso post-operatorio).

Individuate, in tal modo, le coordinate normative e giurisprudenziali da applicare nel caso di specie, se ne devono trarre le conclusioni in ordine al regime dell'onere della prova dell'illecito e del danno.

L'inquadramento del rapporto in ambito contrattuale comporta che:

- il riparto dell'onere probatorio segue i criteri generali fissati nella materia contrattuale in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento (cfr. Cass. su 13533/01);

- il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto e può limitarsi alla mera allegazione dell'inadempimento della controparte;

- il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento;

- analogo principio vale con riguardo all'inesatto adempimento: il creditore potrà limitarsi alla mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni) mentre il debitore sarà onerato di provare l'avvenuto esatto adempimento.

- con specifico riguardo all'onere della prova del nesso di causalità, si rammenti la pronuncia del giudice di legittimità (Cass. SS.UU. n. 577/2008) a mente della quale " questa Corte (sent. N. 13533/2001) ha affermato che il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto dell'onere probatorio alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, ex art. 1453 c.c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c.c., senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato. Prestata piena adesione al principio espresso dalla pronuncia suddetta, ritengono queste S.U. che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di



comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenersi ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno”.

Sulla scorta dei summenzionati principi, occorre, a tal punto, domandarsi se, nella vicenda a mano, la struttura ospedaliera convenuta sia incorsa negli errori di esecuzione e nelle omissioni allegati in seno all'atto di citazione.

La soluzione va ricercata nella CCTUU collegiale, le cui conclusioni sono state tratte sulla base di puntuali accertamenti tecnici e sono esaurientemente motivate nella relazione.

Si è, per tal via, accertato che:

- ██████████ pluritrapiantato renale, è stato ricoverato presso la Divisione di Nefrologia dell'A.O. Cannizzaro di Catania, una prima volta, a causa dell'innalzamento degli indici di funzione renale, in data 3 novembre 2014 e, una seconda volta, a causa di iperpiressia, il 4 dicembre 2014;
- in siffatta seconda occasione (CTU, pag. 54) *“all'esame obiettivo le condizioni del Tittarelli apparivano decadute: era presente modesta dispnea, con decubito tendenzialmente ortopnoico; tono-trofismo muscolare e sanguificazioni scendenti. All'apparato respiratorio, il FVT era “ipotrasnesso in basale dx, con crepitii in medio-basale sin.....”.*
- se pur nei giorni immediatamente successivi si è mantenuto apiretico, il ██████████ cominciò a soffrire di una spiccata contrazione della diuresi (500 cc nelle 24 ore), che indusse i sanitari a potenziare la terapia diuretica (CTU, pagg. 54, 55);
- in data 9 dicembre 2014 si è poi verificato un episodio ipertensivo che ha costretto i sanitari ad incrementare la relativa terapia;
- la situazione è infine precipitata il successivo 10 dicembre 2014; affermano i nominati CCTUU (pag. 55): *“al mattino il paziente appariva “sofferente” e lamentava “dolore al rene trapiantato.....dolente al tatto”. Si manifestava nuova contrazione della diuresi, affrontata con diuretici dell'ansa somministrati anche in*



bolo, e canrenoato di potassio. Era presente, altresì, dispnea e compariva, inoltre, temperatura febbrile. Dopo aver eseguito emocolture, veniva sottoposto ad ecografia del rene trapiantato e della vescica che mostrava segni di idronefrosi del rene trapiantato. Si posizionava allora catetere vescicale e si eseguiva coltura delle urine emesse dopo cateterismo>;

- scrivono ancora (CTU, pag. 56): *“alle ore 15:00, il Sig. ██████ veniva sottoposto a dialisi, mal tollerata per la comparsa di ipotensione. Alla fine del trattamento dialitico, veniva sottoposto a TAC del torace e addome con mdc che evidenziavano, come in precedenza più dettagliatamente riferito, “cospicue falde di versamento pleurico bilateralmente, maggiore a destra.....piccoli focolai parenchimali in ambito polmonare, ai segmenti anteriori in campo medio.....” e all’addome “ulteriore aumento volumetrico” del linfocele “che assume aspetto balloniforme, con pareti estesamente calcifiche e sotto tensione di oltre 11 cm. di diametro massimo.....che impegna sub-totalmente lo scavo pelvico, dislocando e acquattando la vescica a destra...”; era, inoltre, rilevabile “discreta quota di versamento” che imbibiva la cavità peritoneale e ne distendeva i recessi. Ed ancora, “il rene trapiantato e allocato in fossa iliaca sn” si mostrava “gorfio, ipostenurico, con strie dense da stravasamento pielo-linfatico a sepimentare lo spazio peri- e para-renale”, ed era evidente una “dilatazione idronefrotica del bacinetto con nella pelvi immagine di livello idro-aereo quale sepsi acuta.....”.*
- ██████ ██████ è stato indi sottoposto ad un nuovo trattamento dialitico per rimuovere il mdc e, di poi, alle ore 21:00, inviato in sala operatoria per il posizionamento di drenaggio toracico;
- rientrato dalla sala operatoria, la pressione arteriosa è divenuta non valutabile e, nonostante le manovre del medico rianimatore, è infine deceduto con la seguente diagnosi: *“Arresto cardiorespiratorio, shock settico, sepsi severa, IRC, rene trapiantato, ipertensione arteriosa”.*

Senonchè, non è solo la condizione di trapiantato renale, quella che affliggesse ██████ ██████ in occasione della seconda degenza: i nominati CCTTUU rilevano infatti che il paziente, sottoposto in occasione del primo ricovero, ad esame colturale orofaringeo (tamponi tonsillare) ed anche a urinocoltura senza che si registrasse sviluppo microbiotico, al



secondo ricovero è risultato affetto, all'esito dell'esame colturale orofaringeo eseguito in data 10/12/2014, da *Klebsiella pneumoniae*, infezione da inquadrare nell'ambito delle polmoniti nosocomiali insorte in un contesto di tipo settico.

In parte qua, siffatte conclusioni sono state confermate, pur a fronte dei rilievi della azienda sanitaria convenuta, con l'elaborato integrativo che a pagg. 13/14 ha evidenziato, a supporto sull'assunta infezione nosocomiale, ed a petto delle definizioni ATS/IDSA del 2005 (*"infiltrati polmonari di recente comparsa....febbre di nuova insorgenza, espettorato purulento, leucocitosi e deficit dell'ossigenazione"*), le indagini radiologiche e gli accertamenti microbiologici esaminati. E' dato, nello specifico di leggere (pagg. 14/15 relazione resa a chiarimento): *"ricorderemo che all'ammissione in Reparto il 04/12/2014, il Tittarelli era afebrile, almeno stando al Diario Clinico, pur se nella Grafica Termometrica è annotato un singolo spike febbrile; alla rx del torace, si rilevava obliterazione del seno pleurico basale di destra ed accentuazione del disegno polmonare; le indagini colturali, in apparente intervallo libero da chemio-antibiotici (ove si escluda il cotrimoxazolo, adoperato in profilassi primaria della polmonite da Pneumocystisjirovecii) erano negative. Per contro, il 10/12/2014, il Sig. ██████████ sofferente, dispnoico presentava, dopo sei giorni di apiressia, un evidente rialzo febbrile. L'emogasanalisi denotava marcata ipossiemia, la TAC del torace descriveva ".....cospicue falde di versamento pleurico bilateralmente, maggiore a dx, dove raggiunge l'apico-dorsale. Piccoli focolai parenchimali in ambito polmonare, ai segmenti anteriori in campo medio...."; nelle emocolture, infine, si rilevava crescita di Klebsiella pneumoniae, dotata di penicillinasi acquisita e resistente a ciprofloxacina e cotrimoxazolo. Non contrastano la tesi della presenza, in data 10/12/2014, di polmonite nosocomiale nemmeno considerazioni di ordine patogenetico: infatti alle pag. 393 e 394 delle Linee Guida ATS/IDSA del 2005 si legge, traducendo testualmente: "Sorgenti di infezioni per le HAP includono i devices correlati all'assistenza ma anche l'ambiente (aria, acqua, equipaggiamento vario, fomiti) e possono verificarsi col trasferimento di microrganismi dallo staff assistenziale ai pazienti". Ed ancora, "l'inalazione dei patogeni da aerosoli contaminati, e l'inoculazione diretta, sono meno frequenti.... Come pure la diffusione ematogena...."; quindi, patogenesi meno frequente, ma non escludibile. Non è superfluo ricordare, come d'altronde risulta dal Diario Clinico al riguardo, che il paziente fu sottoposto a cateterismo vescicale il 06/12/2014".*



Nel complesso, dunque, la vicenda medico-legale che conduce al decesso di [REDACTED] [REDACTED] è connotata da una assai precaria condizione fisiopatologica e clinica legata al rene trapiantato, con necessità di importante terapia immunosoppressiva, nella quale si attiva un processo infettivo.

I periti di ufficio, a tal punto, si sono interrogati in ordine al rispetto dei protocolli ed alla adeguatezza del trattamento sanitario offerto dalla struttura sanitaria convenuta a riguardo di entrambi i profili connotanti la condizione clinica del [REDACTED]

Il tema, riguardante la sofferenza renale, e, in particolare, la spiccata contrazione della diuresi riscontrata in data 6 dicembre 2014, afferisce alla mancata attuazione della terapia sostitutiva.

Sul punto i CCTUU hanno tuttavia escluso qualsivoglia malpractice sanitaria sul rilievo che (CTU, pagg. 88/89) *“non esistevano indicazioni perentorie ed incontrovertibili ad iniziare la dialisi. Vogliamo con ciò affermare che il Sig. [REDACTED] era certamente destinato alla dialisi, in una prospettiva temporale abbastanza breve; ma non possiamo del pari affermare che l'attuazione del trattamento dialitico, per il quale, - giova ripeterlo, non esisteva indicazione univoca prima delle complicanze terminali -, avrebbe potuto evitare o ridurre significativamente il deterioramento delle condizioni di salute del paziente, ed evitarne quindi il decesso”*.

Ben diversa é invece la valutazione medico-legale in ordine all'occorsa infezione nosocomiale.

Qui va affermata la responsabilità di Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro e, nello specifico, identificata innanzitutto nella mancata adozione dei protocolli medici destinati a prevenire l'insorgenza delle infezioni ospedaliere: *in parte qua*, la struttura sanitaria convenuta ha mancato di dimostrare di avere adottato qualsivoglia procedura idonea a garantire, in via profilattica, l'asepsi dei locali di degenza nel reparto di nefrologia nel periodo in cui il paziente è stato ricoverato.

Esse avrebbero dovuto includere misure di igiene delle mani (HH), colture di *screening* attivo (ASC), precauzioni da contatto (CP), pulizia ambientale (CE), e c.d. *Antimicrobial Stewardship* (ABS): ed invece, nulla di tutto questo è stato documentato in atti, venendo a mancare, per tal via, la prova – il cui onere deve ritenersi a carico della struttura sanitaria -



che attesti la corretta applicazione delle procedure di sorveglianza epidemiologica e controllo delle infezioni in conformità alla circolare del Ministero della Salute 52/1985 all'epoca vigente.

I nominati CCTTUU sottolineano al riguardo che l'omissione è tanto più grave quanto assai compromessa era la situazione fisio-patologica del Tittarelli legata al rene trapiantato, involgente la necessità di importante terapia immunosoppressiva e, dunque, per ciò stesso, paziente ad alto rischio infettivo; scrivono (pag. 64): *“Con riferimento al caso in esame il Sig. ██████████ era un soggetto ad elevato rischio infettivo. Il rischio riguardava in principal luogo le infezioni delle vie urinarie, ma anche le batteriemie, sostenute pure da germi multi-resistenti, considerati anche i numerosi fattori favorenti (soltanto per citarne i più importanti: ripetuti ricoveri in ambiente ospedaliero, ripetuti cateterismi urinari, il drenaggio del linfocele, oltre ovviamente, all'importante immunosoppressione posta in essere a partire da mese di Marzo 2014, allorchè si manifestarono evidenti fenomeni di rigetto)”*.

Senonchè, le attenzioni dei periti di ufficio si sono incentrate anche sul trattamento sanitario adottato dai sanitari per la risoluzione dell'infezione da *Klebsiella pneumoniae*. E' dato di leggere, a tal ultimo riguardo, in seno all'elaborato peritale (pagg. 91/93):

<<Tra i fattori di rischio per l'instaurarsi di una infezione da germi nosocomiali occorre considerare quelli legati al paziente, ai sistemi ospedalieri di controllo delle infezioni, come pure quelli dipendenti dal complesso delle terapie e delle procedure adottate, incluse quelle chirurgiche>>.

<<La precisazione tempestiva della etiologia nosocomiale della patologia d'organo clinicamente emergente è imprescindibile in quanto finalizzata all'impostazione di una terapia empirica ragionata in attesa dei dati microbiologici e dell'antibiogramma. In tale ottica appare opportuno valutare quanto segue: 1) grado di severità della patologia; 2) presenza di fattori di rischio specificamente predisponenti alla colonizzazione di peculiari patogeni; 3) onset precoce o tardivo della patologia (entro, ovvero oltre 5 giorni dall'ospedalizzazione)>>.

<<Va, inoltre, sottolineato come il ██████████ fosse in una situazione clinica particolarmente grave in quanto trattavasi di un paziente immunocompromesso e, pertanto, particolarmente esposto alle infezioni. Tra l'altro, pur essendo presente un diffuso processo settico il numero dei globuli bianchi rimase nel range di normalità al contrario di quanto succede nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo in cui giocano un ruolo importante altri patogeni diversi da quello che ha colpito il paziente in causa. Ciò avvalorata la tesi che, nel caso de quo, si è



verificata una contaminazione da agenti esterni presenti in ambiente ospedaliero vista anche la tempestiva di insorgenza dell'infezione>>.

<<Quindi, il Sig. ██████ come evidenziato in precedenza, era un soggetto ad elevato rischio infettivo che riguardava principalmente le infezioni delle vie urinarie ma anche batteriemie sostenute da germi multi-resistenti e, pertanto, necessitava di un trattamento particolarmente attento sia con riferimento alle terapie da adottare che, anche e soprattutto, in termini di isolamento da altri pazienti. Considerato, poi, che il tipo di germe isolato nel paziente è dotato di elevata virulenza (Klebsiella Pneumoniae) e posto che ci trovavamo in presenza di un soggetto con grave compromissione della funzione renale e con varie comorbidità sarebbe stato indicato, in una fase iniziale, adoperare farmaci con una elevata attività intrinseca contro il germe responsabile come desunto dall'esperienza storica della struttura>>.

<<L'esperienza clinica ha dimostrato, infatti, come uno dei fattori che possono influire sulla prognosi di tali pazienti sia rappresentato da un trattamento antibiotico tardivo ed inadeguato. E' necessario, pertanto, che la scelta della terapia empirica iniziale sia congrua basata sul profilo di sensibilità dei germi storicamente isolati nella struttura sanitaria interessata e facenti parte del suo peculiare ecobiosistema>>.

<<A tal proposito le Linee Guida pertinenti accomandano che tutti gli Ospedali producano regolarmente e diffondano antibiogrammi locali meglio se specifici per le popolazioni di pazienti, specie per quelli ricoverati in Reparti a rischio come la Terapia Intensiva. Un altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla ottimizzazione del dosaggio degli antibiotici determinato sulla base dei dati PK/PD (farmacocinetica/farmacodinamica). Tale processo comprende la valutazione delle concentrazioni ematiche dei farmaci, le modalità di infusione, prolungate o continue, ed i dosaggi degli Ab basati sul peso corporeo dei pazienti nonché la durata del trattamento onde evitare trattamenti inutilmente prolungati (pressione antibiotica)>>.

<<Nel caso di pazienti con infezioni polmonari da germi nosocomiali multiresistenti, specie in quelli che versino in gravi condizioni con elevato rischio di morte, è opportuno utilizzare una combinazione di farmaci per sfruttarne le possibili sinergie>>.

Sarebbe stato, nello specifico, necessario adoperare, quantomeno nella fase iniziale, farmaci con una elevata attività intrinseca contro il germe responsabile come desunto dall'esperienza storica della struttura ed a tal proposito le Linee Guida pertinenti



raccomandano che tutti gli Ospedali producano regolarmente e diffondano antibiogrammi locali meglio se specifici per le popolazioni di pazienti, specie per quelli ricoverati in Reparti a rischio come la Terapia Intensiva, proprio quello che è certamente mancato nella struttura sanitaria convenuta.

Sarebbe stato ulteriormente fondamentale – nel che è pure mancata l'Azienda Cannizzaro - procedere alla ottimizzazione del dosaggio degli antibiotici determinato sulla base dei dati PK/PD (farmacocinetica/farmacodinamica), comprendente la valutazione delle concentrazioni ematiche dei farmaci, le modalità di infusione, prolungate o continue, ed i dosaggi degli Ab basati sul peso corporeo dei pazienti nonché la durata del trattamento onde evitare trattamenti inutilmente prolungati (pressione antibiotica): è appena il caso di sottolineare che mancano dati sulle procedure di campionamento del materiale biologico e che il referto dell'esame colturale non riporta dati quantitativi, o semi-quantitativi, così come non risulta che siano stati eseguiti test microbiologici di sinergia.

Le conclusioni sono a tal punto univoche (pagg. 93/95) e depongono per la chiara inadeguatezza della terapia empirica adottata per far fronte dell'occorso processo settico:

<<..... non è superfluo ricordare che il ████████ era un trapiantato renale, con un recente episodio di rigetto, sottoposto, quindi, a profonda immunodepressione, con conseguente alto rischio infettivo. E' il caso di sottolineare, inoltre, che mancano dati sulle procedure di campionamento del materiale biologico e che il referto dell'esame colturale non riporta dati quantitativi, o semi-quantitativi, così come non risulta che siano stati eseguiti test microbiologici di sinergia>>.

<<Nonostante il Sig ████████ a seguito dell'evoluzione della sua infezione da germi nosocomiali versasse in gravi condizioni e fosse presente un chiaro quadro di infezione fuori controllo con shock settico neanche in tale fase veniva posto in isolamento contro quanto richiamato dalle Linee Guida Aziendali>>.

<<Il decesso avveniva per MOF da sepsi sostenuta da Klebsiella pneumonia. Considerato che il Sig. ████████ fu ricoverato in degenza di Nefrologia in data 04/12/2014 e che contrasse l'infezione nosocomiale nei giorni successivi, occorre sottolineare come in atti manchi qualsiasi riferimento a procedure effettuate per garantire, in via profilattica, l'asepsi dei locali di degenza nel reparto di Nefrologia nel periodo in cui il paziente ha verosimilmente contratto l'infezione da germi nosocomiali>>.



<<In aggiunta occorre rilevare come, non essendo noti il momento preciso in cui l'infezione è insorta, nessuna prova è stata fornita circa le procedure adottate nel periodo precedente o durante le prime fasi del ricovero del Sig. ████████ nell'ambito di una doverosa attività di profilassi ambientale>>.

Il portato giuridico delle superiori valutazioni è a tal punto chiaro ed ineludibile: a fronte della mancata adozione della terapia antibiotica appropriata, considerate le evidenze medico-scientifiche che attestano che il ritardo nella somministrazione degli antibiotici è associato ad un decremento medio della sopravvivenza dell'8%, ben può affermarsi che la contratta infezione nosocomiale ha determinato l'aggravamento delle condizioni cliniche di ████████ ████████ come desunto dal quadro presentato al momento del suo ricovero (04/12/2014) innescando il processo che ha condotto al decesso per shock settico – MOF -arresto cardiocircolatorio terminale. E' sufficiente richiamare sul punto la CTU, pagg. 76/77: *"le condizioni del Sig. ████████ si aggravarono a partire dalla mattina del 10/12/2014 con nuova contrazione della diuresi, algie nella sede del rene trapiantato, dolente alla palpazione, accentuazione della dispnea e comparsa di iperpiressia. All'ecografia del rene trapiantato, presenza di segni di idronefrosi, poi confermata anche dalla TAC dell'addome eseguita in serata. Rivisitando il referto della TAC, siamo propensi a valorizzare patogeneticamente il ruolo dell'aumento volumetrico del linfocele, non disquisendo, in assenza di elementi anatomico ed istopatologici, se esso fosse a quel punto infetto, come potrebbe supporre per la presenza di pareti sotto tensione. Certo è che la neoformazione occupava quasi del tutto lo scavo pelvico, favorendo fenomeni di stasi con dilatazione idronefrotica del bacinetto renale. Non Non è azzardato a questo punto ritenere che, dopo piccole gittate batteriemiche transitorie, non documentate dalle emocolture, che tra l'altro non hanno sensibilità assoluta (v. Documento AMCLI – Infezioni del Torrente Circolatorio, revisione 2014) e controllate clinicamente all'inizio e solo parzialmente dalla terapia antibiotica e steroidea, l'aumento della dimensioni della massa pelvica, con/per concomitanti fenomeni di ritenzione locale, ma pure sistemica, testimoniati quest'ultimi anche dall'incremento del versamento pleurico, abbia peggiorato l'ostruzione renale, con batteriemia alla fine persistente da KP e sepsi".*



Non resta che applicare il principio di diritto a tenore del quale in tema di responsabilità civile, la verifica del nesso causale tra condotta omissiva e fatto dannoso si sostanzia nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto.

Ora, come è noto (Cass. 2018 n. 23197), tale giudizio deve essere effettuato sulla scorta del criterio del "più probabile che non", conformandosi ad uno standard di certezza probabilistica, che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (cd. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica o baconiana): ebbene, quanto al caso a mano, ciò significa che può affermarsi la dedotta responsabilità, a petto del criterio del *più probabile che non*, per la semplice considerazione che la condotta doverosa nella quale è mancata *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro*, segnatamente l'omessa adozione dei protocolli medici destinati a prevenire l'insorgenza delle infezioni ospedaliere, avrebbe evitato a Giovanni Tittarelli il processo settico, e, con esso, il decorso letale che, in uno alla mancata tempestiva adozione del trattamento antibiotico appropriato, lo ha condotto allo shock settico ed all'arresto cardiaco terminale.

Tanto basta per affermare la responsabilità di *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania, con il conseguente riconoscimento dell'azionato diritto risarcitorio

In ordine alla determinazione del *quantum*, vi è, in primo luogo, che gli odierni attori chiedono, nella rispettiva qualità di qualità di moglie e figli di [REDACTED] il risarcimento per il danno da perdita del rapporto parentale.

E' ben noto che da anni la giurisprudenza ha elaborato la figura del danno da perdita parentale, definendolo come "*quel danno che va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono, concretandosi esso nel vuoto costituito dal non potere più godere della*



presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti" (Cass. civ., sez III, ord., n. 9196/2018).

In altre parole, il suddetto danno viene ad essere configurato come la lesione non patrimoniale che un soggetto subisce, in conseguenza dell'attività illecita posta in essere da un terzo ai danni di altra persona legata alla prima da un rapporto di natura familiare e/o affettiva, di talchè esso riassume in sé i caratteri del danno esistenziale, in quanto afferente alla sfera dinamico-relazionale del soggetto interessato, e quelli propri del danno morale, inteso come sofferenza intima del superstite.

Sulla scia di tali considerazioni il legame parentale, da un lato, giustifica un meccanismo presuntivo atto ad apprezzare la gravità o l'entità effettiva del danno, attraverso il dato della maggiore o minore prossimità formale del legame stesso (danno morale) e, dall'altro, rimane aperto alla libera dimostrazione della qualità di rapporti e legami parentali per la loro consistente e apprezzabile dimensione affettiva (danno relazionale).

Nel caso a mani, [REDACTED] moglie e figlie conviventi, che per effetto della dedotta vicenda medico-legale hanno perso la preziosa ed insostituibile possibilità di godere del rapporto paterno per la totalità della loro vita, allegano un grado di intensità del vincolo parentale tale da potersi integralmente presumere tanto l'aspetto interiore del danno, quale intimo dolore subito per la perdita del prossimo congiunto, quanto, a fronte dell'attualità, dell'importanza e della non occasionalità del legame affettivo, il danno dinamico relazionale, quale incidenza peggiorativa della morte del parente su tutte le relazioni di vita esterne del soggetto.

In assenza di speciali sconvolgimenti della vita in conseguenza della perdita del rapporto, ed escluso, in mancanza di dimostrazione della maggiore intensità delle sofferenze patite, qualsivoglia aumento personalizzato, ne viene un riconoscimento pari al valore monetario base.

Applicate al riguardo le vigenti tabelle di Milano (anno 2021) che offrono un valido riferimento per un'uniforme valutazione di base del danno, ritiene conseguentemente il Tribunale di riconoscersi, in favore di [REDACTED]



la complessiva somma, per ciascuno di € 168.250,00, oltre interessi al tasso legale dal dì della presente statuizione sino al soddisfo.

Le attrici hanno chiesto anche il risarcimento del danno per il drammatico decorso di una lucida agonia sofferta in conseguenza dell'infezione, *rectius*, il danno terminale.

In proposito, le S.U., sentenza n. 15350/15 (vedi anche Cass. 22451/17), si sono pronunciate sulla controversa questione della risarcibilità agli eredi dei danni patiti dalla vittima deceduta in conseguenza a condotta illecita, precisando che i danni non patrimoniali risarcibili alla vittima, trasmissibili *iure hereditatis*, possono distinguersi nel danno biologico" (cd. "danno terminale), inteso quale la lesione al bene salute quale danno - conseguenza, consistente nei postumi invalidanti che hanno caratterizzato la durata concreta del periodo di vita del danneggiato dal momento della lesione fino al decesso, e danno morale cd. soggettivo (c.d. danno catastrofe), che consiste nello stato di sofferenza patito dalla vittima nell'assistere al progressivo svolgimento della propria condizione esistenziale verso la morte e la cui risarcibilità presuppone la prova della cosciente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine (cfr. Cass. 11601/05; Sez. Un. 26972/08).

Da ultimo, Cass. 2019 n. 21837 che ha confermato l'indicato orientamento sancendo il seguente principio di diritto: *"In tema di danno non patrimoniale risarcibile in caso di morte causata da un illecito, il danno morale terminale e quello biologico terminale si distinguono, in quanto il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofe o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'intensità della sofferenza medesima; mentre il secondo, quale pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste, per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo. Dai pregiudizi risarcibili "iure hereditatis" si differenzia radicalmente il danno da perdita del rapporto parentale che spetta "iure proprio" ai congiunti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto e che è risarcibile se sia provata l'effettività e la consistenza*



di tale relazione, ma non anche il rapporto di convivenza, non assurgendo quest'ultimo a connotato minimo di relativa esistenza”.

Nel caso a mano, la formulata domanda va rigettata a riguardo di entrambi i profili: quanto quello del *pretium doloris*, che si vorrebbe subito dalla vittima a ristoro della sofferenza psichica provata nel lasso di tempo che ha preceduto la morte, l'infondatezza del relativo assunto consegue dalla considerazione che, in disparte la sofferenza renale, che però è estranea alla acclarata malpractice sanitaria - protrattasi sino alle ore 15.00 del dì del decesso - è comparsa da subito una condizione di ipotensione con effetti di stato confusionale e stordimento che devono ritenersi permanenti sino al decesso e tanto basta, anche in considerazione dell'estrema brevità dell'arco temporale, per escludere qualsivoglia consapevolezza dell'approssimarsi della propria fine.

Senonchè, va escluso anche il pregiudizio alla salute sofferto da [REDACTED] [REDACTED] per l'intero arco del ricovero protrattosi dal 4 dicembre 2014 al 10 dicembre 2014, essendosi trattato di un danno biologico assoluto, anche se temporaneo, ascrivibile, non già all'infezione nosocomiale, bensì alla condizione di contrazione della diuresi, cioè alla patologia renale il cui aggravamento non è ascrivibile alla responsabilità di Azienda Cannizzaro.

Quanto al danno patrimoniale, [REDACTED] [REDACTED] asseriscono che il defunto [REDACTED] – rispettivamente marito e padre – era l'unica fonte di reddito e di sostentamento del nucleo familiare, contribuendo con la sua pensione di invalidità.

Alla stregua della documentazione in atti essa risulta pari ad una pensione mensile lorda di €. 1.047,14, oltre ad €. 717,26 di indennità integrativa speciale ed €. 168,00 quale assegno al nucleo familiare, per un totale mensile di €. 1.932,73 (vanno escluse le voci *indennità di accompagnamento* ed *assegno di super invalidità*, esclusivamente afferenti alla condizione di invalido civile) ed annuo di €. 25.125,49 (€. 1.932,00 x 13 mensilità).

Una precisazione a tal punto è d'obbligo: se pur [REDACTED] [REDACTED] percepisce, a seguito della morte del marito, una pensione di reversibilità, non è applicabile *in parte qua* il principio della *compensatio lucri cum damno* in forza del consolidato orientamento giurisprudenziale attestante che *“Dal risarcimento del danno patrimoniale patito dal familiare di persona deceduta per colpa altrui non deve essere detratto il valore capitale della pensione*



di reversibilità accordata dall'Inps al familiare superstite in conseguenza della morte del congiunto, trattandosi di una forma di tutela previdenziale connessa ad un peculiare fondamento solidaristico e non geneticamente connotata dalla finalità di rimuovere le conseguenze prodottesi nel patrimonio del danneggiato per effetto dell'illecito del terzo" (Cass. 2018 n. 12564 – Cass. 2014 n. 20548).

Ritornando al tema principale, va rilevato, in via generale, che la morte d'una persona può causare ai suoi familiari un danno patrimoniale, consistente nella perdita dei benefici economici che la vittima destinava loro per legge (ad es. ex art. 143,147 c.c.) o per costume sociale, a condizione che non si tratti di sovvenzioni episodiche, le quali a cagione della loro sporadicità non consentono comunque di presumere ex art. 2727 cc che, se la vittima fosse rimasta in vita, sarebbero continuate per l'avvenire.

Nello specifico, la liquidazione del danno, costituita dalla perdita dei benefici economici che la vittima destinava ai familiari, fondandosi sul ragionamento presuntivo secondo cui se non fosse intervenuto il decesso la vittima avrebbe continuato a destinare parte del suo reddito alla famiglia, va effettuata in via equitativa e secondo criteri necessariamente prudenziali.

Tale pregiudizio sussiste a prescindere dal fatto che il familiare superstite sia economicamente indipendente, assumendo tale circostanza rilevanza soltanto ai fini della liquidazione.

Il fatto costitutivo della pretesa, infatti, è la perdita degli emolumenti erogati dal defunto ai familiari, che si verifica anche laddove i congiunti superstiti siano titolari di redditi autonomi, per l'ovvia ragione che il decesso riduce inevitabilmente la disponibilità patrimoniale complessiva della famiglia. Con particolare riferimento al rapporto genitore figlio, va rilevato che l'obbligo per ciascun genitore di provvedere al mantenimento del figlio rientra tra i doveri materiali dei genitori e trova la sua disciplina sia all'interno della Costituzione (art. 30) che nel Codice civile (artt. 147, 315 *bis*, 316 *bis*).

Orbene, la giurisprudenza di legittimità ha fornito i criteri per procedere alla liquidazione del danno da perdita dei benefici economici che il defunto destinava ai familiari.

In particolare, la Corte afferma: "*La liquidazione del danno patrimoniale da lucro cessante, patito dalla moglie e dal figlio di persona deceduta per colpa altrui, e consistente nella perdita delle elargizioni erogate loro dal defunto, se avviene in forma di capitale e non di*



rendita, va compiuta, per la moglie, moltiplicando il reddito perduto dalla vittima per un coefficiente di capitalizzazione delle rendite vitalizie, corrispondente all'età del più giovane tra i due; e per il figlio in base ad un coefficiente di capitalizzazione d'una rendita temporanea, corrispondente al numero presumibile di anni per i quali si sarebbe protratto il sussidio paterno" (Cass. ord. 6618/2018).

È, dunque, necessario che venga determinato il reddito netto del *de cuius* al momento del decesso, detraendosi la quota presumibilmente destinata ai bisogni personali della vittima e, in ultimo, considerando il tempo durante il quale il superstite avrebbe continuato a godere del sostegno economico del congiunto.

A tal fine, se viene scelta la liquidazione in forma di capitale, questa deve avvenire applicando un coefficiente di capitalizzazione, da individuare distinguendo l'ipotesi in cui il superstite avrebbe continuato a godere del sostegno economico del defunto vita natural durante e l'ipotesi in cui il superstite avrebbe continuato a godere del sostegno economico del defunto solo per un periodo di tempo determinato. In questo caso, infatti, il coefficiente da scegliere dovrà essere corrispondente alla durata presumibile per la quale sarebbe proseguito il sostegno economico.

Nell'individuazione del coefficiente di capitalizzazione va evidenziato che *"il giudice di merito è libero di adottare i coefficienti di capitalizzazione che ritiene preferibili, a condizione però che si avvalga di coefficienti aggiornati e scientificamente corretti: esempio fornito sono i coefficienti di capitalizzazione approvati con provvedimenti vigenti per la capitalizzazione di rendite assistenziali o previdenziali o i coefficienti elaborati in dottrina"* (Cass, sez. III, 2019/16913).

Ciò chiarito, il Tribunale ritiene di doversi richiamare ai coefficienti di capitalizzazione previsti dal D.M. 22/11/2016, contenente le tabelle per il calcolo dei valori capitali attuali delle rendite di inabilità e di quelle a favore dei superstiti dei lavoratori deceduti a causa di eventi lesivi: ebbene, applicata la tavola n. 7 concernente i valori capitali attuali delle rendite assegnate ai superstiti, ne viene un coefficiente di capitalizzazione, determinato in base all'età di [REDACTED] [REDACTED] coniuge superstite (53 anni), pari a 23,0211: posto che, in applicazione dell'art. 85 TU DPR 1124/1965 la rendita al coniuge superstite è pari al 50% del massimale, ne viene un valore capitale annuo di €. 12.562,74 e, conseguentemente, una rendita capitale di €.289.208,20.



Quanto alla figlia [REDACTED] avente 13 anni all'atto della vicenda, la rendita è pari al 20% del massimale (ancora, l'art. 85 TU DPR 1124/1965): ne viene, a fronte di un coefficiente di capitalizzazione pari a 6,9376 (tabella 7 del D.M. 22/11/2016), un valore capitale annuo di €. 5.024,80 e conseguentemente una rendita capitale di €. 34.860,05.

Alcunchè va invece riconosciuto alla figlia superstite [REDACTED] in quanto adulta (all'atto del sinistro, 27 anni) ed abile al lavoro, non avendo la difesa degli attori dedotto, e, per vero nemmeno dimostrato, date incapacità o specifiche situazioni di difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro.

L'esito del giudizio impone la condanna di *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* alla refusione delle spese processuali; esse sono liquidate a misura del DM 55/2014 (valore della causa €. 520.00,00 / €. 1.000.000 – compensi medi / minimi per le sole fasi di studio/introduzione).

Non essendovi prova del pagamento delle spese di CTU ad opera della parte attrice, esse vanno poste direttamente a carico di *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa civile iscritta al n. 1283/2014 RG, così statuisce:

Condanna *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania al pagamento, in favore di [REDACTED] a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, della complessiva somma, per ciascuno, di €. 168.250,00, ed a titolo di risarcimento del danno patrimoniale, in favore della prima, di €.289.208,20 ed in favore della seconda, €. 34.860,05, oltre interessi al tasso legale dal dì della sentenza sino al soddisfo.

Condanna *Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro* di Catania alla refusione, in favore delle attrici, delle spese processuali che si liquidano in complessivi €. 24.673,00, in essi compresi €. 510,00 per esborsi ed €. 24.163,00 per onorario, oltre iva, cpa e spese generali. Sono distratte in favore del procuratore costituito.

Così deciso in Catania, il 20 giugno 2022



II GIUDICE

dott. Francesco Cardile

DEPOSITATO TELEMATICAMENTE

EX ART. 15 D.M. 44/2011

