

Abstract. *Gli eredi del paziente deceduto a causa della condotta inadempiente dei sanitari nell'esecuzione della propria prestazione professionale sanitaria non possono far valere il diritto al risarcimento del "danno da perdita della vita" o "danno tanatologico" del paziente deceduto, trattandosi, conformemente all'orientamento espresso anche a Sezioni Unite dalla Corte di Cassazione, di un danno non autonomamente risarcibile. L'irrisarcibilità deriverebbe dall'assenza, nel momento in cui si verifica la perdita del bene "vita", del soggetto al quale tale perdita sia collegabile e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio da poter far valere. Il diritto al risarcimento del danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute del paziente, nel caso in cui la morte sia sopravvenuta dopo un intervallo di tempo apprezzabile dalla lesione (normalmente ritenuto sussistente per sopravvivenze superiori alle ventiquattro ore), tale da consentire il consolidamento dei postumi prima del decesso, con particolare apprezzamento della componente di sofferenza psichica (c.d. "danno morale catastrofale" o "danno morale da lucida agonia"), presente quando la vittima, cosciente nell'intervallo tra le lesioni e la morte, abbia percepito l'imminenza della propria fine, può essere fatto valere, iure hereditatis, dai suoi eredi, i quali, considerata la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, devono provare il rapporto contrattuale tra la struttura sanitaria ed il paziente (c.d. contratto di spedalità), allegare l'inadempimento dettagliato dei sanitari e dimostrare il nesso di causalità tra tale inadempimento e il danno, incumbendo, invece, sulla struttura sanitaria, l'onere di provare, per sottrarsi a tale responsabilità, l'esatto adempimento della prestazione o l'impossibilità della stessa derivante da causa ad essa non imputabile. Il diritto al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, da considerarsi provato nell'an, sia pure presuntivamente, in considerazione dello stretto vincolo parentale e della circostanza, non contestata, della convivenza con il paziente deceduto sino al momento della morte, può essere fatto valere dai congiunti del paziente deceduto, iure proprio, dimostrando la responsabilità, che ha natura non contrattuale ma extracontrattuale, della struttura sanitaria nella causazione dell'evento dannoso, poiché il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria produce normalmente i suoi effetti soltanto tra le parti del contratto. L'entità del risarcimento è liquidato in applicazione dei valori indicati nelle tabelle sul danno non patrimoniale elaborate dal Tribunale di Milano e, in particolare, ricomprendendo all'interno del danno alla salute del paziente in seguito deceduto, fatto valere dai congiunti iure hereditatis, sia il danno biologico temporaneo sia le componenti di danno biologico psichico e morale connesse con la percezione dell'imminente morte, in applicazione dei principi di unitarietà e onnicomprensività e, per la liquidazione del danno subito iure proprio dai congiunti per la perdita del rapporto parentale, diminuendo congruamente gli importi medi indicati nelle tabelle,*

in considerazione delle aspettative di vita temporalmente limitate del paziente in ragione delle gravi pregresse patologie dello stesso.

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

in persona del giudice dott. (omissis), ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 791 del Ruolo Generale Affari Contenziosi
dell'anno 2017 del Tribunale di Terni, vertente

TRA

SI. OL. (C.F. (omissis...)), AL. TO. (C.F. (omissis...)) e CR. TO. (C.F. (omissis...)), in proprio e in qualità di eredi di Li. To., rappresentati e difesi dall'avv. (omissis) ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in (omissis), Via (omissis), giusta procura in calce al ricorso introduttivo

- attori

E

AZIENDA UNITA' SANITARIA (omissis) (C.F. (omissis...)), in persona del direttore generale pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. (omissis) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in (omissis), Via (omissis), giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta

- convenuta

Oggetto: responsabilità medica

Conclusioni delle parti:

(si omettono le conclusioni delle parti)

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c. depositato in data 16.03.2017, SI. OL., AL. TO. e CR. TO. convenivano in giudizio l'AZIENDA UNITA' SANITARIA (omissis), esponendo quanto segue. In data 03.01.2008 il sig. Li. To. – marito di SI. OL. e padre di AL. TO. e CR. TO. – veniva ricoverato presso l'Ospedale di (omissis) (unità di cardiologia) per dispnea ingravescente, per poi essere dimesso con la diagnosi di “scompenso cardiaco congestizio. Miocardipatia dilatativa con severa compromissione della funzione sistolica ventricolare sinistra”. Il 23.08.2013 il sig. To., condotto presso il pronto soccorso del predetto ospedale a causa di una dispnea persistente da alcuni giorni, veniva nuovamente ricoverato presso il reparto di cardiologia del medesimo ospedale per “tachicardia ventricolare, scompenso cardiaco congestizio, fibrillazione atriale cronica”, per essere poi sottoposto il 27.08.2013 ad impianto di “ICD” (defibrillatore impiantabile) mediante “incisione trasversa della cute al di sopra del muscolo pettorale regione sottoclaveare” con “confezione della tasca del PMK sottopettorale”, all'esito del quale sviluppava un ematoma della regione sinistra con anemia secondaria trattata con emotrasfusione di GRC. In particolare, lo stesso giorno dell'impianto, alle ore 15.30, veniva rilevata la presenza di “tumefazione ferita tasca PM”, ed alle ore 21.30 veniva segnalata la persistenza di “ematoma del muscolo pettorale e flogosi che arriva fino al braccio sx”, per cui venivano effettuate disinfezione e medicazione compressiva. Il 09.09.2013 il paziente veniva dimesso con la diagnosi di “cardiopatía dilatativa ipocinetica con severa riduzione della funzione contrattile classe funzionale NYHA IV, tachicardia ventricolare sostenuta, piastrinopenia, fegato da stasi con iniziale insufficienza epatica secondaria, bronchite cronica ostruttiva in abitudine tabagica, ematoma postimpianto di AICD”. Il 15.09.2013 il sig.

To. era nuovamente ricoverato presso l'ospedale con la diagnosi di "ematoma della tasca del Pace Maker", ed il giorno successivo veniva sottoposto ad un intervento di revisione della tasca del dispositivo cardiaco. Nei giorni seguenti, durante l'osservazione, si registrava anemizzazione e recidiva dell'ematoma della tasca, per cui si procedeva ad effettuare bendaggio compressivo ed emotrasfusioni con GRC. Il 24.09.2013 il paziente veniva dimesso con annotazione di emocromo stabile ed ematoma della tasca in fase di riassorbimento. Il 02.12.2013 il sig. To. veniva nuovamente ricoverato presso l'Ospedale di (omissis) con diagnosi di "febbre in portatore di AICD – miocardiopatia dilatativa – sepsi", e il giorno seguente veniva eseguita un'emocoltura che, al referto del 06.12.2013, risultava positiva per "staphilococcus aureus meticillino resistente", per cui seguiva una terapia antibiotica. Il 09.12.2013 veniva eseguito un prelievo per coltura del liquido della tasca, che al referto del 14.12.2013 risultava positivo sempre per "staphilococcus aureus meticillino resistente", ma nelle more, precisamente il 11.12.2013, il paziente era stato già dimesso, in condizioni di apiressia, con l'indicazione di proseguire la terapia prescritta dalla consulente infettivologa e con la specificazione che risultava ancora "in corso l'esame colturale di liquido serioso della tasca del PM". Il 28.12.2013 il sig. To. era nuovamente ricoverato d'urgenza in condizioni gravissime a causa di "shock settico, insufficienza respiratoria acuta, miocardiopatia ipocinetica in paziente con recente sepsi da stafilococco aureo", e i sanitari dell'Ospedale di (omissis), solo in data 30.12.2012, eseguivano la rimozione della tasca del PM infetto. Le condizioni del paziente erano però ormai definitivamente compromesse, per cui seguiva un progressivo peggioramento del quadro clinico sino al suo decesso alle ore 23:30 del 03.01.2014. Ciò premesso in fatto, gli attori invocavano la responsabilità contrattuale dell'azienda convenuta per la causazione dell'infezione nosocomiale, nonché per l'omessa diagnosi (avendo in particolare i sanitari dell'Ospedale di (omissis) dimesso il paziente in data 11.12.2013 quando l'emocoltura del liquido serioso della tasca del PM non era stata ancora refertata) e per la cattiva gestione della stessa (poiché in quella occasione i medici curanti, anziché procedere all'immediata rimozione del presidio e degli elettrocateri come fortemente raccomandato dalle linee guida internazionale, avevano optato – su errato consiglio della specialista infettivologa – per una scelta conservativa, che non aveva consentito di eradicare il focolaio settico e aveva quindi privato il paziente di rilevanti chance per superare la grave infezione e

non perdere la vita). Gli attori chiedevano quindi il risarcimento dei seguenti danni (da ripartire, quanto ai danni iure hereditatis, per un terzo per ciascuno degli attori, in base al disposto dell'art. 581 c.c.): a) danno biologico iure hereditatis, quantificato – con applicazione delle tabelle milanesi, in base all'età della vittima e all'intensità catastrofica del danno psichico connesso ai sette giorni di agonia trascorsi tra il 28.12.2013 e il 03.01.2014 – in complessivi Euro 795.222,00; b) danno morale iure hereditatis, quantificato – in ragione della sofferenza e della compromissione delle attività elementari di vita patite dalla vittima nei sette giorni di shock settico – in 4/5 del danno biologico e dunque in Euro 636.177,60; c) danno esistenziale iure hereditatis, quantificato – in relazione alla gravità del caso di specie – in Euro 150.000,00; d) danno da perdita della vita, quantificato in Euro 300.000,00; e) danno iure proprio da perdita del rapporto parentale, da liquidarsi in Euro 983.970,00 per ciascuno degli attori in base alle tabelle milanesi del 2014. Il tutto per un totale di Euro 4.833.309,60, da maggiorarsi di interessi e rivalutazione dalla data del decesso sino al saldo.

Con comparsa depositata in data 09.06.2017 si costituiva la convenuta AZIENDA UNITA' SANITARIA (omissis), la quale eccepiva: 1) che l'infezione da stafilococco non poteva considerarsi di chiara origine nosocomiale, sia in ragione del dato cronologico (essendosi l'infezione resa evidente nel corso del ricovero del 02.12.2013, od oltre due mesi dall'ultimo ricovero con dimissioni il 24.09.2013), sia per il tipo di agente patogeno (sensibile alla maggior parte degli antibiotici; il che lasciava ipotizzare un microorganismo endogeno piuttosto che un agente nosocomiale) e per la diligente condotta dei sanitari in occasione dell'intervento (avendo essi correttamente disposto profilassi antibiotica ed eseguito medicazioni della tasca del PMK), oltre che per la regolare sottoposizione dell'ambiente ospedaliero a sanitizzazione-sanizzazione con costante sterilizzazione degli strumenti operatori e del materiale per le medicazioni, e che le condizioni del sig. To. erano risultate molto gravi sin dal primo ricovero, sicché era da subito preventivabile una breve prospettiva di vita del paziente; 2) che la decisione dei sanitari di non rimuovere il defibrillatore e i relativi cateteri dopo il riscontro delle emocolture positive per stafilococco aureo era avvenuta dopo un'attenta valutazione clinica, tenuto conto del fatto che tale rimozione avrebbe potuto causare molteplici complicanze anche letali in un paziente come il sig. To. (che presentava una grave piastrinopenia e altre serie patologie, e che la tasca avrebbe

nuovamente sanguinato, con necessità di altre revisioni chirurgiche e rischio di nuove infezioni oltre che di severa anemia da trattare con nuove trasfusioni di globuli rossi), oltre che del netto miglioramento clinico registrato con la terapia antibiotica, a seguito della quale il paziente risultava apiretico e gli indici di flogosi regredivano in maniera sensibile; circostanze, queste, che avevano indotto i sanitari, in base al buon senso e all'esperienza clinica nella valutazione del rapporto rischi-benefici nello specifico caso – e pur nella piena consapevolezza del fatto che le linee guida dell'epoca suggerivano in simili situazioni la rimozione del pacemaker – a proseguire la terapia conservativa che lasciava sperare in un buon esito; 3) che al momento delle dimissioni del 11.12.2013 i sanitari del reparto di cardiologia erano già a conoscenza del referto dell'esame colturale del 09.12.2013, comunicatogli telefonicamente dai colleghi del laboratorio prima della refertazione on-line, e tale referto non aveva poi comportato modifiche della terapia antibiotiche già in atto; 4) che nel successivo ricovero del 27.12.2013, in occasione del quale il sig. To. era stato trasferito per shock ed oligoanuria al reparto di rianimazione dove era stata evidenziata una polmonite batterica (tale da aver fatto precipitare una situazione clinica di base già molto compromessa), le emocolture eseguite il 28.12.2013 erano risultate negative e i valori della procalcitonina non erano compatibili con uno stato di sepsi, sicché doveva presupporre che il decesso del paziente fosse in realtà stato causato da altra e diversa infezione polmonare, svincolata dall'infezione del pacemaker da staphilococcus aureus e favorita da uno stato anergico del paziente. La convenuta sosteneva quindi che non vi era prova del nesso causale tra la condotta dei sanitari dell'Ospedale di (omissis) e la morte del sig. To., e contestava in ogni caso l'avversa quantificazione e duplicazione dei danni, chiedendo l'integrale rigetto della domanda proposta dagli attori, ovvero, in subordine, la liquidazione dei danni nella giusta misura e con eliminazione delle voci indebite.

Nella prima udienza del 20.06.2017 il giudice, rilevato il carattere non sommario dell'istruzione, disponeva il mutamento del rito ai sensi dell'art. 702-ter, co. 3, c.p.c., fissando l'udienza di cui all'art. 183 c.p.c., a seguito della quale venivano poi depositate le memorie ex art. 183, co. 6, c.p.c..

All'esito della susseguente istruttoria, consistita nell'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio disposta con ordinanza del 20.02.2018 (ordinanza con la quale venivano rigettate le

istanze di prova testimoniale proposte da entrambe le parti), all'udienza del 30.06.2020 (celebrata con trattazione scritta ai sensi dell'art. 83, co. 7, lett. h, D.L. 18/2020: c.d. "udienza con scambio di note") il giudice, lette le "note di trattazione scritta" depositate dai difensori delle parti e preso atto delle conclusioni ivi precisate, tratteneva la causa in decisione con i termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

Le domande proposte dagli attori sono fondate e meritano accoglimento nei limiti di seguito illustrati.

È noto che l'accettazione di un paziente in ospedale, ai fini di un ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto tra il paziente e la struttura sanitaria (v. ex multis Cass., SS.UU., 577/08, Cass. 18610/2015, Cass. 9085/06, Cass. 10297/04, Cass. 11316/03, Cass. 11001/03, Cass. 3492/02). Si tratta di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di speditività), a forma libera (v. Cass. 8826/07), in virtù del quale la struttura sanitaria deve fornire al paziente un servizio articolato, genericamente definito di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno – oltre ad una serie di obblighi di protezione e accessori – anzitutto la principale prestazione medica (v. Cass., SS.UU., 577/08 e Cass., SS.UU., 9556/02, Cass. 1267/2019, Cass. 3685/2018, Cass. 1698/06 e Cass., 571/05). Ne discende che la struttura risponde, oltre che ai sensi dell'art. 1218 c.c. per l'inadempimento dei suddetti obblighi di protezione e accessori ad essa direttamente riferibili, anche ai sensi dell'art. 1228 c.c. per i fatti ascrivibili ai sanitari in essa operanti, pur se, eventualmente, non alle sue dipendenze (v. le stesse Cass., SS.UU., 577/08 e Cass., SS.UU., 9556/02, nonché Cass. 1043/2019, Cass. 7768/2016, Cass. 1620/2012, Cass. 13953/07 e Cass. 8826/07).

La natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria comporta, tra l'altro, che sul danneggiato (e quindi sui suoi eredi) grava esclusivamente l'onere di provare l'esistenza del rapporto contrattuale, di allegare dettagliatamente l'inadempimento della struttura e di provare il nesso di causalità tra tale inadempimento e il danno subito, mentre è la struttura sanitaria a dover dimostrare l'esatto adempimento della prestazione o l'impossibilità della stessa derivante da causa ad essa non imputabile (v. Cass., SS.UU., 577/08, Cass. 24073/2017, Cass. 12516/2016, Cass. 21177/2015, Cass. 8995/2015, Cass. 5590/2015, Cass. 22222/2014, Cass. 20547/2014 e Cass. 27855/2013, nonché, per il condivisibile richiamo del principio della

vicinanza della prova nelle ipotesi di incompletezza o difettosa tenuta della cartella clinica, Cass. 6209/2016, Cass. 12218/2015, Cass. 10060/2010, Cass. 8826/07 e Cass. 11488/04; per i più recenti chiarimenti della Suprema Corte in merito al riparto dell'onere probatorio sul nesso causale tra l'evento dannoso e l'inadempimento del medico o della struttura, con particolare riferimento al c.d. "doppio ciclo causale", si vedano Cass. 852/2020, Cass. 28991/2019, Cass. 29331/2019, Cass. 30988/2018, Cass. 26700/2018, Cass. 20812/2018, Cass. 19199/2018, Cass. 2061/2018, Cass. 29315/2017, Cass. 18392/2017 e Cass. 8665/2017).

Va peraltro chiarito che, con particolare riferimento al caso di morte ascrivibile alla responsabilità dei medici operanti nella struttura sanitaria, poiché il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria esplica normalmente i suoi effetti tra le sole parti del contratto (salvi casi particolari, come quello del contratto concluso dalla gestante con riferimento alle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione che, per la peculiarità dell'oggetto, è idoneo ad incidere in modo diretto sulla posizione del nascituro e del padre), l'inadempimento della struttura genera esclusivamente nei confronti dell'assistito una responsabilità contrattuale, che può essere fatta valere iure hereditatis dai suoi eredi, senza che, invece, i congiunti (anche se eredi) possano agire a titolo contrattuale iure proprio per i danni da loro direttamente patiti per la perdita del rapporto parentale, potendo per tali danni essere invocata esclusivamente una responsabilità extracontrattuale (v. da ultimo Cass. 14615/2020, nonché, nella giurisprudenza di merito, ex multis, Trib. Crotone 26 giugno 2020, in DeJure), con tutto ciò che ne consegue anche in termini di ripartizione dell'onere della prova.

Ciò premesso, nel caso in esame si tratta di verificare se, alla luce delle risultanze dell'istruttoria espletata, possa ritenersi sussistente la responsabilità (contrattuale nei confronti del paziente, ed extracontrattuale nei confronti dei suoi congiunti) della convenuta per l'infezione contratta dal sig. Li. To. e per il conseguente aggravamento delle sue condizioni sino al decesso avvenuto in data 03.12.2013.

Quanto all'insorgenza dell'infezione, che gli attori riconducono all'intervento chirurgico di impianto di ICD eseguito presso l'Ospedale di (omissis) il 27.08.2013, deve richiamarsi il consolidato principio in base al quale, in caso di ricovero di un paziente per l'esecuzione di un intervento chirurgico, tra le obbligazioni gravanti sulla struttura sanitaria vi è quella di prevenire

l'insorgenza di infezioni nosocomiali garantendo l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo (v. ex multis Cass. 13953/07). D'altra parte, è noto – e pacifico tra le parti – che lo stafilococco aureo sia un batterio di frequente (anche se non esclusiva) origine nosocomiale, il che comporta la necessità, da parte della struttura sanitaria, di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, proprio perché l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto eccezionale o difficilmente prevedibile, e l'onere della prova di aver approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è ovviamente a carico della struttura (v. da ultimo Cass. 17696/2020, secondo cui “l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente, a carico della struttura”, dimostrando, tra l'altro, “la regolarità dell'operato dei suoi dipendenti anche in relazione alla sterilizzazione dell'ambiente operatorio”, non essendo sufficiente, in mancanza di tale prova, la generica deduzione che l'infezione da stafilococco aureo abbia avuto una genesi diversa da quella nosocomiale; sul tema, si vedano anche: Trib. L'Aquila, 4 dicembre 2018, in DeJure, relativa ad un caso di chirurgia ortopedica, in cui si è affermato che la mancanza di documentazione attestante le pratiche igieniche e misure di asepsi adottate per scongiurare le infezioni nosocomiali impone di ritenere il contagio imputabile alla struttura sanitaria; Trib. Bologna, 13 ottobre 2017, in DeJure, che è pervenuta alla condanna della struttura sanitaria in mancanza di documentazione idonea ad accertare che fossero stati messi in atto tutti gli accorgimenti necessari a garantire una completa asepsi intraoperatoria; Trib. Roma, 31 gennaio 2017, in DeJure, inerente proprio ad un caso di infezione da acinetobacter baumannii contratta da paziente altamente a rischio di contagio infettivo nosocomiale, che ha condannato la struttura sanitaria al risarcimento dei danni in mancanza di una prova adeguata della bonifica e della sterilizzazione degli ambienti di ricovero; Trib. Agrigento, 2 marzo 2016, in DeJure, secondo cui, in ipotesi di infezione nosocomiale, grava sulla struttura sanitaria l'onere di dimostrare di aver diligentemente operato – anche sotto il profilo dell'adozione di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis* – ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, e il mancato raggiungimento di tale prova comporta la responsabilità della struttura nella causazione dell'infezione; App. Firenze, 25

febbraio 2016, in DeJure, secondo cui “una volta accertato che il paziente ha contratto una infezione nosocomiale, in virtù dei principi che regolano l’onere della prova in materia contrattuale non vi può essere alcun dubbio che incombe alla struttura di provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta sanificazione ambientale, al fine di evitare la contaminazione”, sicché la struttura convenuta “deve fornire la prova che l’evento dannoso (contagio) non rientra fra le complicità prevedibili ed evitabili, fornendo la prova positiva di aver fatto tutto quanto la scienza del settore ha finora escogitato per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione”, incombendo sulla stessa l’obbligo di una “diligente sterilizzazione dell’ambiente ospedaliero, della sala operatoria, dei luoghi di degenza e delle attrezzature e strumentazioni chirurgiche adoperate” e dunque l’onere di provare “di avere disinfettato e sterilizzato con successo la sala operatoria e le attrezzature utilizzate”; Trib. Roma, 22 giugno 2015, in www.altalex.com, secondo cui, ai fini di tale prova, non è sufficiente produrre protocolli astratti e meramente programmatici, dovendo invece darsi dimostrazione di quali siano state in concreto le condotte poste in essere per un’efficace opera di sanificazione). Ne consegue che nel caso di specie, poiché la convenuta non ha fornito alcuna prova idonea né per quel che concerne l’adozione di misure idonee alla prevenzione – per quanto, ovviamente, possibile – delle infezioni da stafilococco aureo all’interno della propria struttura (avendo essa chiesto tardivamente, solo con la comparsa conclusionale, la rimessione della causa sul ruolo per la produzione dei relativi protocolli), né per quanto riguarda la regolarità dell’operato dei suoi dipendenti anche in relazione alla sterilizzazione dell’ambiente operatorio e delle attrezzature e strumentazioni adoperate in occasione degli interventi praticati al sig. To. il 27.08.2013 e il 16.09.2013, e poiché il mero dato temporale del tempo trascorso tra le dimissioni del 24.09.2013 e la prima diagnosi dell’infezione avvenuta il 06.12.2013 (poi confermata il 14.12.2013 dal referto dell’emocultura del liquido serioso della tasca del pacemaker) non è di per sé sufficiente ad escludere con elevata probabilità l’origine nosocomiale dell’infezione (che appare, anzi, ulteriormente confermata da quanto evidenziato a pag. 18 della relazione dei consulenti tecnici d’ufficio, i quali hanno sottolineato, con argomentazione convincente e non idoneamente confutata dal c.t.p. della convenuta, che “già nel ricovero del 15 settembre erano presenti i primi sintomi di una probabile infezione della

tasca (valori alterati degli indici di flogosi)”), deve senz’altro affermarsi la conseguente responsabilità della convenuta per la relativa insorgenza.

Ad ogni modo, appare in sé determinante nel fondare la responsabilità della convenuta (non solo sul piano contrattuale nei confronti del paziente, ma anche su quello extracontrattuale nei confronti dei suoi congiunti) la condotta successivamente tenuta dai sanitari dell’Ospedale di (omissis) in occasione del ricovero del sig. To. in data 02.12.2013, avuto riguardo, in particolare, alla scelta di disporre le dimissioni del paziente in data 11.12.2013 pur a fronte dell’infezione da stafilococco aureo già accertata dal referto del 06.12.2013 e poi confermata dal referto del 14.12.2013, optando per la prosecuzione della terapia conservativa a domicilio, anziché provvedere all’immediata rimozione dell’AICD dalla tasca e degli elettrocateri. Va invero sottolineato, a tal proposito, che la stessa convenuta ha ammesso nella propria comparsa di costituzione e risposta (v. pag. 6) che “le linee guida dell’epoca suggerivano in simili situazioni la rimozione del pace maker”, deducendo, tuttavia, che la rimozione del defibrillatore avrebbe potuto comportare complicanze “numerose e senz’altro più gravi in un paziente come il sig. To., che presentava una grave piastrinopenia, in aggiunta alle altre patologie (...)”, che “inoltre, molto probabilmente, la tasca avrebbe di nuovo sanguinato, con necessità di altre revisioni chirurgiche, che sicuramente avrebbero predisposto a nuove infezioni” con la “eventualità che si potesse ripresentare anemia severa e bisogno di nuove trasfusioni di globuli rossi”, e che nel caso di specie “il buon senso e l’esperienza clinica, in un rapporto rischio-beneficio della buona pratica, in considerazione del caso specifico e peculiare, lasciavano sperare in un buon risultato della terapia conservativa intrapresa, tanto è che il paziente veniva dimesso in condizioni cliniche stabili ed apiretico, non necessitante di una assistenza ospedaliera”. Va in proposito rammentato che, se è vero che il rispetto o meno da parte del sanitario delle linee guida – pur costituendo un utile parametro nell’accertamento di una sua eventuale colpa (peraltro in relazione alla verifica della sola perizia), poiché di norma una condotta conforme alle linee guida non è connotata da imperizia, mentre lo è una condotta da esse difforme – non esime il giudice dal valutare, nella propria discrezionalità, se le circostanze del caso concreto non esigessero una condotta diversa da quella da esse prescritta, ben potendo le particolarità del caso di specie (come ad esempio, nell’ipotesi in cui le linee

guida prescrivano la somministrazione di un farmaco verso il quale il paziente abbia una conclamata intolleranza) condurre a ritenere colposa una condotta conforme alle linee guida o non colposa una condotta da esse difforme (v. ex multis Cass. 30998/2018), è onere della struttura sanitaria e/o del medico fornire un'adeguata spiegazione e prova della sussistenza di condizioni che nel caso concreto suggerissero o imponessero di discostarsi dalle linee guida (v. Cass. 24037/2017, Cass. 15749/2018 e Cass. 11208/2017). Tale spiegazione, nel caso in esame, appare invece del tutto generica e non convincente, sia nelle sopra riportate deduzioni contenute nella comparsa di costituzione e risposta (nelle quali, ad eccezione di un riferimento alla piastrinopenia di cui soffriva il paziente, non accompagnato però da un'adeguata spiegazione tecnica delle “complicanze, anche gravi, e addirittura minacciose per la vita” che la rimozione del pacemaker avrebbe comportato come conseguenza specifica della patologia in questione, risultano sviluppate argomentazioni del tutto generiche e non attinenti al singolo caso – come il rischio di un nuovo sanguinamento della tasca e di nuove infezioni e/o della necessità di nuove trasfusioni di globuli rossi – o addirittura inerenti al richiamo di parametri del tutto inidonei quali il “buon senso” e la “esperienza clinica”), sia nelle osservazioni ex art. 195, co. 3, c.p.c. formulate dal consulente tecnico di parte convenuta (il quale ha genericamente dedotto che a fronte della situazione in cui versava il sig. To. potevano adottarsi tre approcci, ossia quello “urgente”, quello “precoce” e quello “dilazionato”, e che la letteratura scientifica e le linee guida più recenti considererebbero più ragionevole l'approccio “precoce” per pazienti fragili ed anziani e in assenza di una sepsi attiva; deduzione che, peraltro, lungi dal fornire una giustificazione all'operato dei sanitari dell'Ospedale di (omissis) nel caso di specie, pare invece confermare l'imperizia di questi ultimi, poiché dalle medesime deduzioni si evince che l'approccio “precoce” prevede “una fase iniziale di terapia antibiotica, prima empirica e poi mirata dopo l'ottenimento delle colture, per eliminare la batteriemia, fronteggiare lo stato settico e ridurre la carica batterica nella vegetazione” per poi comunque procedere alla rimozione del device senza dimettere nelle more il paziente, mentre il “ricovero in due tempi” è contemplato solo dall'approccio “dilazionato”; senza considerare che nel caso di specie le dimissioni sono avvenute, in base alle espresse risultanze della cartella clinica non superabili da prove testimoniali, mentre era ancora “in corso l'esame colturale di liquido serioso della tasca del PM”). Deve quindi prestarsi adesione alle conclusioni dei consulenti tecnici d'ufficio

secondo cui “nel ricovero del 2 dicembre dopo il riscontro di positività dell’emocultura per Stafilococco aureo bisognava intervenire in tempi brevi, in aderenza ai dettami delle linee guida internazionali, con la rimozione del device per rimuovere ogni ulteriore possibilità di infezione correlata al PMK”, laddove “invece il paziente è stato dimesso e solo al successivo ricovero del 28 dicembre è stato praticato l’espianto del Pacemaker quando il paziente era in fin di vita”, avendo quindi i sanitari colpevolmente “sottovalutato l’infezione della tasca del PM non procedendo all’espianto con la dovuta e necessaria tempestività che avrebbe evitato l’evoluzione dell’infezione verso lo shock settico con il conseguente decesso del paziente”.

Tali conclusioni forniscono anche un’adeguata conferma circa la sussistenza del nesso causale tra la condotta colposa dei sanitari dell’Ospedale di (omissis) e il decesso del sig. To., non avendo la convenuta provato che una condotta conforme alle linee guida non avrebbe comunque impedito la morte del paziente (v. Cass. 24073/2017), e dovendo al riguardo sottolinearsi che alla precisazione sul punto effettuata dai consulenti tecnici d’ufficio, secondo cui la predetta condotta colposa “ha inciso per il 50% nel determinismo della morte del sig. To.” considerato il quadro preesistente di “gravi patologie preesistenti al ricovero” sul quale “l’infezione nosocomiale ha comportato l’exitus” (v. pag. 20 della relazione dei c.t.u., nonché la risposta al consulente tecnico di parte attrice contenuta a pag. 25), non può attribuirsi alcun rilievo sul piano della ricostruzione del nesso di causalità tra la condotta dei sanitari e l’evento morte, potendo essa rilevare solo ai fini di un’eventuale delimitazione del quantum del risarcimento (v. Cass. 3893/2016).

Per quel che concerne i danni risarcibili iure hereditatis, va anzitutto evidenziato che la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che non esiste un “danno da perdita della vita” autonomamente risarcibile, essendo il bene giuridico “vita” fruibile solo in natura da parte del titolare ed insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, ragion per cui, poiché una perdita – per rappresentare un danno risarcibile – deve essere necessariamente rapportata ad un soggetto che sia legittimato a far valere il credito risarcitorio, in caso di morte l’irrisarcibilità deriva dall’assenza di un soggetto al quale, nel momento in cui si verifica, sia collegabile la perdita stessa e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito (v. Cass., SS.UU., 15350/2015, a seguito della quale, come evidenziato da ultimo anche da Cass. 13261/2020,

non è più sostenibile la tesi della risarcibilità del danno “da perdita della vita”; in senso conforme, si vedano Cass. 4146/2019 e Cass. 5684/2016).

Se va quindi esclusa la risarcibilità del danno da morte o “tanatologico” inteso come danno “da perdita della vita”, gli eredi possono invece chiedere ed ottenere il risarcimento del danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute quando la morte sia sopravvenuta dopo un apprezzabile lasso di tempo dalla lesione, tale da consentire il consolidamento dei postumi prima del decesso (lasso di tempo che di norma si ritiene sussistente per sopravvivenze superiori alle ventiquattro ore), con particolare apprezzamento della componente di sofferenza psichica (c.d. “danno morale catastofale”) che deve ritenersi sussistente quando la vittima sia rimasta lucida e cosciente nell’intervallo (anche minimo) tra le lesioni e la morte, e sia stata dunque in condizione di percepire l’imminenza della propria fine (c.d. “lucidità agonica” o “formido mortis”: v. Cass. 18056/2019, Cass. 17577/2019, Cass. 16592/2019, Cass. 26727/2018, Cass. 21060/2016, Cass. 23183/2014, Cass. 22228/2014 e Cass. 15491/2014).

Tale danno non patrimoniale deve ritenersi senz’altro sussistente nel caso di specie, in cui l’agonia del paziente (inizialmente “vigile”: v. l’ultima pagina della cartella clinica del ricovero 28.12.2013, doc. 5 allegato al ricorso introduttivo) è durata sette giorni fino al suo decesso in data 03.01.2014, e deve essere liquidato utilizzando i valori indicati nell’apposita tabella elaborata – nell’appendice alle ultime tabelle sul danno non patrimoniale – dal Tribunale di Milano (ispirata ai principi di unitarietà e di onnicomprensività e tale da ricomprendere al suo interno sia il danno biologico temporaneo sia le componenti di danno biologico psichico e morale connesse con la percezione della morte imminente: si vedano, tra le pronunce di merito più recenti, Trib. Ancona 5 ottobre 2020, in DeJure), con applicazione – in mancanza di particolari circostanze rilevanti per una personalizzazione in aumento o in diminuzione – del valore di Euro 30.000,00 per i primi tre giorni e dei valori medi indicati dalla medesima tabella per i successivi quattro giorni (v. in caso analogo Trib. Rimini, 28 settembre 2020, in DeJure), per un totale quindi di Euro 33.944,00.

Non può invece esaminarsi nel merito la domanda di risarcimento del danno patrimoniale iure hereditatis da lucro cessante, tardivamente avanzata dagli attori per la prima volta all’udienza di precisazione delle conclusioni e dunque inammissibile.

Per quel che concerne il danno iure proprio da perdita del rapporto parentale subito da ciascuno degli attori (sulla cui natura v. per tutte Cass., SS.UU., 9556/02, nonché, per quanto attiene all'unitarietà del pregiudizio non patrimoniale, Cass. 30997/2018), da ritenersi provato – sia pure in via presuntiva (v. Cass., SS.UU., 26972/08) – nell'an in ragione dello stretto vincolo parentale e della circostanza (non contestata dalla convenuta) della convivenza con il de cuius sino al momento della morte di quest'ultimo (v. Cass. 2788/2019 e Cass. 14931/2012), anche per la liquidazione di tale danno deve farsi riferimento alle ultime tabelle appositamente elaborate dal Tribunale di Milano, con congrua diminuzione degli importi medi ivi indicati (che sarebbero di Euro 165.960,00 per ciascuno degli attori), tenuto conto delle aspettative di vita temporalmente limitate che il sig. To., come confermato anche dai c.t.u. e non contestato dagli stessi attori, avrebbe comunque avuto in ragione delle gravi patologie già in essere prima dell'infezione nosocomiale (v. ancora Cass. 3893/2016, nonché, sulla possibilità di ridurre i valori indicati dalle tabelle di Milano in ragione delle peculiarità del caso concreto, Cass. 13269/2020).

In definitiva, per tutti i motivi sopra esposti, la convenuta AZIENDA UNITA' SANITARIA (omissis) deve essere condannata al pagamento in favore di ciascuno degli attori della somma di Euro 111.314,66 (di cui Euro 100.000,00 per danno non patrimoniale iure proprio da perdita del rapporto parentale, ed Euro 11.312,66 per quota parte, ex art. 581 c.c., del danno non patrimoniale iure hereditatis), oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma svalutata al 04.01.2013 (trattandosi di importo già rivalutato e liquidato ai valori attuali: v. Cass. 7272/2012 e Cass. 5503/03) e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza (data in cui il debito diventerà di valuta, producendo poi solo interessi; sul cumulo tra interessi e rivalutazione nella quantificazione del risarcimento del danno da fatto illecito, anche contrattuale, v. ex multis, Cass. 12140/2016, Cass. 18243/2015, Cass. 12698/2014, Cass. 4184/06 e Cass. 9517/02),

Le spese di lite seguono la soccombenza ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e sono liquidate come da dispositivo, tenuto conto degli importi di cui alla tabella allegata al D.M. 55/2014 (come aggiornata dal D.M. 37/2018), in base al valore (scaglione da Euro 260.000,01 a Euro

520.000,00, avuto riguardo al decisum sulla domanda di condanna parzialmente accolta: v. Cass., SS.UU., 19014/07, nonché Cass. 26297/2019), alla natura e alla complessità (media) della controversia, e senza l'aumento di cui all'art. 4, co. 2, D.M. 55/2014 (la cui attribuzione è meramente discrezionale e della quale nella specie non ricorrono i presupposti, non avendo la pluralità di parti assistite comportato l'esame di specifiche e distinte questioni di fatto o di diritto: v. sul tema Cass. 712/2018).

Per la medesima ragione (soccombenza) le spese della consulenza tecnica d'ufficio, già liquidate con decreto emesso in corso di causa, devono porsi integralmente a carico della convenuta, ferma restando la solidarietà passiva ex lege di tutte le parti nei confronti del consulente (v. Cass. 3239/2018, Cass. 17739/2016, Cass. 23133/2015, Cass. 25179/2013 e Cass. 28094/09).

P.Q.M.

Il Tribunale di Terni, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulle domande proposte da SI. OL., AL. TO. e CR. TO. nei confronti dell'AZIENDA UNITA' SANITARIA (omissis), ogni altra difesa, eccezione ed istanza disattesa, così provvede:

- accertata la responsabilità contrattuale (nei confronti del de cuius) ed extracontrattuale (nei confronti degli attori) della convenuta per il decesso del sig. Li. To., condanna la convenuta al pagamento in favore di ciascuno degli attori della somma di Euro 111.314,66, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma svalutata al 04.01.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

- condanna la convenuta alla rifusione in favore degli attori delle spese processuali, che unitariamente si liquidano in Euro 21.387,00 (di cui Euro 3.375,00 per la fase di studio, Euro 2.227,00 per la fase introduttiva, Euro 9.915,00 per la fase istruttoria e/o di trattazione, ed Euro 5.870,00 per la fase decisionale) oltre spese forfettarie (15%), CPA e IVA se dovuta;

- pone a carico della convenuta le spese di c.t.u. nella misura già liquidata con decreto depositato in corso di causa.

Terni, 09/11/2020