

R.G. 2476/2017

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO DI TERNI**

in composizione monocratica, in persona del Giudice dott.ssa Claudia Tordo Caprioli, ha emesso la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile iscritta al n.r.g. 2476/2017 degli affari contenziosi, trattenuta in decisione all'udienza del 28.10.2021, e vertente

**TRA**

**V. K.**, rappresentata e difesa dall'Avv. Cinzia Fazi presso il cui studio, in Terni, Largo Ezio Ottaviani n. 1, è elettivamente domiciliata giusta procura in calce alla comparsa di costituzione del nuovo difensore, ammessa al patrocinio a spese dello Stato con delibera dell'Ordine degli Avvocati Terni del 26.09.2021;

*attrice*

**E**

**AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA DI TERNI**, in persona del direttore generale pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Patrizia Becceco presso il cui studio, in Terni, Via L. Lanzi n. 5, è elettivamente domiciliata giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

*convenuta*

**OGGETTO:** responsabilità medica

**CONCLUSIONI:** come rassegnate con note scritte per l'udienza del 28.10.2021, svoltesi in modalità cartolare, da intendersi integralmente richiamate e trascritte

**RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE**

1. Con atto di citazione notificato in data 2.10.2017 V. K. evocava in giudizio dinanzi all'interstato Tribunale l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni per sentir accertare la responsabilità della convenuta, per fatto commesso dagli ausiliari, per il decesso della madre convivente dell'attrice, G. I. P., con condanna della convenuta al pagamento della somma di € 872.288,00 o quella ritenuta di giustizia.

A sostegno delle rassegnate conclusioni esponeva che in data 16.5.2014 la madre si recava, in stato di dispnea presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale convenuto ove, previa somministrazione di ossigeno, veniva ricoverata presso l'U.O. di Malattie Apparato Respiratorio con diagnosi di "insufficienza respiratoria ipossiémica; enfisema polmonare" ed ove in data 26.6.2014 decedeva per "insufficienza respiratoria acuta e cronica, broncopolmonite ed altre infezioni batteriche". Dagli esami batteriologici del 20.5.2014, 27.5.2014 e 4.6.2014 emergeva la presenza dei seguenti batteri: *enterobacter cloacae*, *anicetobacter baumannii*, *staphilococcus haemolyticus ed enterococcus faecalis*. L'attrice rappresentava, inoltre, che, all'esito di una consulenza nutrizionistica, il 17.6.2014 veniva avviata l'alimentazione per via parenterale. Aggiungeva, inoltre, la carenza di un consenso informato a ricevere trattamenti sanitari. L'attrice riteneva il nosocomio responsabile del decesso della madre, a cui attribuiva una non diligente sterilizzazione dell'ambiente ospedaliero e delle strumentazioni adoperate, l'omessa acquisizione del consenso informato ed una negligenza del personale sanitario per non aver approntato le cure necessarie per la paziente. Chiedeva, pertanto, il risarcimento del danno patrimoniale per le spese funerarie sostenute, quantificate in € 3.900,00, nonché, in termini di lucro cessante, per il venir meno di una fonte di sostentamento, ossia la pensione materna per € 1.586,00 mensili (per tredici mensilità) da riconoscere per ulteriori 7,5 anni, e del danno non patrimoniale iure proprio subito, sotto forma di danno morale e di danno da perdita del rapporto parentale, nonché, infine, di quello spettante iure hereditatis, quantificabile in via equitativa in € 250.000,00 a titolo di danno catastrofale ed € 100.000,00 a titolo di danno tanatologico.

Si costituiva in giudizio l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni chiedendo il rigetto della domanda attorea in quanto infondata, evidenziando che: (i) la paziente, di circa 80 anni, affetta da carcinoma mammario, aveva subito un intervento di mastectomia nel 2008, cui erano seguiti nel 2011 cicli di chemioterapia per contrastare la recidiva, e che, nel 2013, era stata sottoposta ad una triplice terapia antitubercolare con isoniazide, rifampicina ed atambutolo, essendo stata riscontrata una tubercolosi polmonare e che, infine, la paziente, ex fumatrice, era risultata affetta da un enfisema polmonare; (ii) al momento del ricovero la paziente presentava condizioni generali e nutrizionali scadute ed insufficienza respiratoria e che gli esami microbiologici effettuati all'ingresso e durante la degenza documentavano una infezione polimicrobica broncopolmonare e delle vie urinarie, che rendevano necessaria una terapia antibiotica mirata avviata il 23.5.2013 con cefotaxime per via endovenosa e poi sostituita il 29.5.2014 con altro antibiotico; (iii) dalla scheda terapeutica del ricovero si evince come l'esame del liquido di lavaggio bronco-alveolare eseguito il 20.5.2014 e refertato il successivo 22.5.2014 mostrasse lo sviluppo di enterobacter cloacae e haemophilus parainfluenzale; (iv) nonostante la terapia fosse stata regolarmente somministrata in base al sistema della monodose, documentato sul programma gestionale, lo stato infettivo non regrediva e la condizione settica sviluppata portava la paziente al decesso. A fronte di queste premesse fattuali, il nosocomio convenuto escludeva alcuna responsabilità nell'operato dei sanitari. Con riferimento al mancato consenso informato, l'Azienda ospedaliera deduceva che era stato reso oralmente e che la legge non prescriveva la forma scritta per il trattamento sanitario specificamente somministrato alla paziente nel caso in esame.

La causa veniva istruita mediante consulenza tecnica d'ufficio e trattenuta in decisione all'udienza del 28.10.2021, con termini ridotti ex art. 190, co. 2, c.p.c. (30 giorni per il deposito delle comparse conclusionali e 20 giorni per il deposito delle memorie di replica).

2. Così sinteticamente ricostruito l'oggetto del processo e le difese delle parti, occorre ricordare che la responsabilità della struttura sanitaria (cfr. ex multis Cass. 25.2.2005, n. 4058) – indipendentemente dal fatto che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico - è da tempo inquadrata nell'alveo della responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. (cfr. Cass., S.U. n. 577/2008), con conseguente applicazione dei correlativi regimi di ripartizione dell'onere probatorio, del grado della colpa e della prescrizione. In particolare, quanto alla struttura sanitaria si è ravvisata la fonte di tale tipo di responsabilità nella conclusione, al momento della "accettazione" del paziente nella struttura, di un contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità avente ad oggetto l'obbligo della struttura di adempiere sia prestazioni principali di carattere sanitario, sia prestazioni secondarie ed accessorie quali quelle assistenziali e *latu sensu* alberghiere. La responsabilità dell'ente ha, quindi, assunto natura contrattuale in relazione sia ad inadempimenti propri, sia a quelli imputabili ai medici dipendenti, per effetto dell'art. 1228 c.c. in tema di responsabilità per fatti dolosi o colposi degli ausiliari.

Tale inquadramento giuridico non è venuto meno neanche a seguito dell'entrata in vigore della L. n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi), applicabile *ratione temporis* al caso di specie (cfr. Cass. n. 28994/2019).

Pertanto, nel caso in esame - concernente un'ipotesi di responsabilità di una struttura sanitaria - devono applicarsi i principi sanciti in tema di responsabilità contrattuale, così che *"l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante"*.

Di recente si è precisato che *"incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari [...]"* (così in Cass. n. 18392 del 26.7.2017). In altri termini è l'attore danneggiato a dover dimostrare *"la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno"*, con la conseguenza che, ove la stessa rimanga assolutamente incerta, la domanda risarcitoria deve essere rigettata (così in Cass. n. 3704 del 15.2.2018; conf. Cass. n. 26700 del 23.10.2018 e da ultimo Cass. nn. 28991 e 28992 dell'11.11.2019).

Quanto alla negligenza del sanitario, mentre l'attore si può limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, è onere della struttura sanitaria convenuta provare, solo ove sia stato previamente accertato il nesso causale, che l'inadempimento ex artt. 1218 o 1228 c.c. (per mano dei sanitari) è stato dovuto a causa non imputabile a negligenza o imperizia, dando prova, nel caso di specie, di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis* per scongiurare il rischio di insorgenza di patologie infettive a carattere batterico durante il ricovero e dell'adozione del corretto trattamento terapeutico successivo.

Da un punto di vista metodologico, quindi, il presupposto della colpa va esaminato solo dopo quello relativo al nesso eziologico tra la condotta ed il danno lamentato.

3. Fatta questa premessa, a fondamento della decisione questo Giudice ritiene possano essere poste le considerazioni svolte e le conclusioni rassegnate dai consulenti tecnici d'ufficio, in quanto supportate da argomentazioni logiche e coerenti, rese nel contraddittorio tra le parti.

A tal riguardo, la lamentata nullità della consulenza eccepita da parte attrice – secondo cui i c.t.u. non avrebbero ritualmente replicato alle osservazioni critiche mosse dal c.t.p. dell'attrice, dott. Lanzetti – appare infondata. I c.t.u. davano inizio alle operazioni peritali in data 22.2.2019 e redigevano la bozza della propria relazione in data 13.6.2019. A pag. 16 dell'elaborato peritale i c.t.u. rappresentavano che “dopo avere inviato alle parti, in data 14.6.2019, a mezzo pec, la cosiddetta bozza di CTU [...]” ricevevano in data 27.6.2019 le osservazioni del c.t.p. dell'Ospedale convenuto e in data 28.6.2019, a mezzo pec inoltrata dall'avvocato di parte attrice, “*un elaborato di note critiche a firma del CT Dottor Lanzetti*”, integralmente trascritto nella relazione peritale (cfr. pagg. 16 e 17 c.t.u., allegate alla comparsa conclusionale dell'attrice). Considerato, secondo i c.t.u., che tale osservazione critica era già stata formulata dal c.t.p. nel corso delle operazioni peritali e che gli ausiliari del Giudice ne avevano, quindi, già tenuto conto in sede di stesura della bozza della relazione tecnica, i c.t.u. replicavano in data 12.7.2019 a tali ripetute note critiche per “*concetti fondamentali*” nelle pagine da 17 a 19 della c.t.u..

Non può ritenersi violato il principio del contraddittorio. Si ricorda che in base all'art. 195 c.p.c. – per come riformato con la L. n. 69/2009 - “*la relazione deve essere trasmessa dal consulente alle parti costituite nel termine stabilito dal giudice con ordinanza resa all'udienza di cui all'articolo 193. Con la medesima ordinanza il giudice fissa il termine entro il quale le parti devono trasmettere al consulente le proprie osservazioni sulla relazione e il termine, anteriore alla successiva udienza, entro il quale il consulente deve depositare in cancelleria la relazione, le osservazioni delle parti e una sintetica valutazione sulle stesse*”. Nel caso di specie, non si ravvisa alcun omesso invio della bozza di consulenza alle parti – il quale darebbe, invece, luogo ad una nullità della consulenza tecnica - bensì la paventata nullità dall'attrice si sostanzia, in effetti, in una contestazione sulla completezza della relazione tecnica, per non soddisfacente riscontro alle osservazioni già formulate nel corso delle operazioni peritali dal consulente di parte e trasmesse, dopo l'inoltro della bozza, ai c.t.u. nominati dallo stesso patrocinatore dell'attrice. Né rileva l'omesso deposito da parte dei c.t.u. delle note critiche formulata dal dott. Lanzetti, essendo state trascritte a pag. 16 e 17 della relazione finale. Così correttamente inquadrato il vizio denunciato, non essendo stato violato il procedimento di cui all'art. 195 c.p.c. volto a garantire un contraddittorio tecnico tra i consulenti, la valutazione circa la completezza ed esaustività della consulenza tecnica d'ufficio è rimessa all'apprezzamento probatorio dell'Autorità giudiziaria.

Difatti, secondo consolidata giurisprudenza, in presenza di critiche specifiche, il giudice è tenuto ad indicare in motivazione le ragioni che l'hanno indotto a disattendere le censure mosse da un consulente di parte avverso la consulenza tecnica d'ufficio, non potendosi limitare a richiamare, acriticamente, le conclusioni raggiunte dal consulente (cfr. ex multis Cass., Sez. III, 9.6.2011, n. 12686).

4. Chiarito ciò, occorre osservare che l'acquisizione del consenso informato del paziente da parte del sanitario - inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico - è oggetto di un'obbligazione diversa da quella inerente l'esecuzione del trattamento terapeutico, costituendone elemento di legittimazione, senza il quale l'intervento è illecito, al di fuori dei casi di trattamento sanitario per legge obbligatorio o dello stato di necessità, anche quando è nell'interesse del paziente ed indipendente dall'esito della prestazione medica e dalla sua conformità alle regole di diligenza e perizia. Come correttamente evidenziato dal nosocomio convenuto, il legislatore italiano impone che il consenso informato sia rilasciato in forma scritta in alcuni casi particolari. A tal fine può valorizzarsi anche l'art. 35, co. 2, del codice di deontologia medica, a mente del quale il “*consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sull'integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33*”. Del resto, al tempo del ricovero non era ancora entrata in vigore la Legge n. 219/2017 (cfr. art. 1, co. 4).

Nondimeno, al di fuori delle ipotesi in cui sia normativamente imposta la forma scritta o si renda necessaria alla luce della particolarità del trattamento sanitario da somministrare, la forma del consenso informato rimane libera e può essere provata con qualsiasi mezzo, preso atto dell'impossibilità di ritenere validamente prestato un consenso presunto o tacito (cfr. Cass., Sez. III, n. 2369/2018). Ove non sia provata l'acquisizione del consenso informato, l'inadempimento dell'obbligo di informazione non assume alcuna rilevanza causale sul danno cagionato all'integrità psico-fisica del paziente (cfr. sempre Cass., Sez. III, n. 2369/2018; conf. Cass., Sez. III, n. 26827/2017; Cass., Sez. III, n. 28985/2019) che, nel caso di specie, è stato invocato da parte attrice a fondamento del proprio credito risarcitorio, *iure proprio* e *iure successionis*. Difatti, aderendo all'indirizzo

esegetico invalso nella recente giurisprudenza di legittimità, la violazione del diritto all'autodeterminazione terapeutica è risarcibile solo ove si alleggi e provi che il paziente, ove informato, si sarebbe rifiutato di sottoporsi all'intervento (cfr. Cass., Sez. III, n. 17322/2020).

5. Alla luce di tali premesse, secondo i c.t.u., dai rilievi anamnestici, dall'esame obiettivo eseguito e dalle relative indagini strumentali si evince che la paziente, dell'età di 78 anni, era stata ricoverata presso il P.S. del nosocomio di Terni in gravi condizioni generali (cfr. pag. 7 della c.t.u.) o, più precisamente, "cachettiche" (cfr. pag. 8 della c.t.u.). A tal fine valorizzavano il pregresso quadro clinico, essendo P. G. I., immunodepressa (definita tale nel ricovero dell'anno precedente per tubercolosi polmonare, così in pag. 8 della c.t.u.), stata sottoposta a precedenti ricoveri per carcinoma mammario recidivo in trattamento chemioterapico e sospetta riacutizzazione di tubercolosi polmonare (cfr. pag. 7 della c.t.u.). In particolare, al momento del ricovero (16.5.2014) i sanitari riscontravano gravi problemi di denutrizione aggravati dall'anoressia e dalla depressione psichica, nonché dalla difficoltà di somministrare ossigenoterapia per la scarsa adesione alle cure (cfr. pag. 8 della c.t.u.). Gli esami strumentali eseguiti dal personale sanitario - per definire le concause dell'insufficienza respiratoria e le eventuali complicanze infettivologiche - davano esito negativo, mentre *"gli esami colturali del broncoaspirato risultavano positivi per flora mista (enterobacter cloacae ed hamophilus parainfluenzae)"* (cfr. pag. 8 della c.t.u.). L'assunto dei c.t.u., secondo cui durante la degenza la paziente veniva sottoposta a numerose indagini per evidenziare infezioni con urinocolture e ripetute broncoscopie con esame colturale del liquido di lavaggio, risulta confortato dalla cartella clinica prodotta dall'Ospedale (cfr. doc. 3 allegato alla comparsa di costituzione e risposta). Essendo stati isolati nel tempo altri due batteri (l'acinetobacter e lo stafilococco haemoliticus) su campioni acquisiti il 27.5.2014 ed il 19.6.2014 ed essendo stata, inoltre, riscontrata *"la positività ad un fungo resistente al fluconazolo (cladosporium cladosporoides)"* (cfr. pag. 9 della c.t.u.), la paziente veniva sottoposta a terapie antibiotiche e antifungine.

Ebbene, alla luce del grave quadro clinico che la paziente presentava al momento del ricovero e dei trattamenti sanitari ripetutamente eseguiti, i c.t.u. nominati hanno ritenuto tempestiva ed appropriata l'assistenza prestata. In particolare, da un punto di vista infettivologico hanno affermato che *"gli antibiotici utilizzati sono stati scelti correttamente sulla base dei reperti colturali e dei relativi antibiogrammi con terapie mirate e sono stati somministrati con modalità ed a dosaggi adeguati?"* (cfr. pag. 10 della c.t.u.). Considerato che le terapie eseguite, secondo gli ausiliari del Giudice, sono state idonee a *"contenere l'aggressione dei numerosi microrganismi isolati?"* dalle urine e dagli espettorati, la causa del decesso non potrebbe imputarsi alle infezioni batteriologiche, bensì all'immunodepressione e alla grave ed incontrovertibile insufficienza respiratoria della paziente, che, unitamente ai disturbi di natura nutrizionale, ne peggioravano le funzioni vitali in un quadro di Multiple Organ Failure syndrome (MOF) sino all'*exitus* (cfr. pag. 10, 12 e 13 della c.t.u.).

In relazione all'infezione della paziente i c.t.u. hanno, peraltro, osservato come non vi sia certezza alcuna sull'origine endogena o esogena della flora batteriologica, precisando come gli acinetobacter - che, come rilevato dai c.t.u., sono stati riscontrati nella paziente con coltura del 27.5.2014 - si possano *"ritrovare come contaminanti o comuni commensali sulla cute di soggetti senza dar luogo ad alcuna patologia in una elevata percentuale di casi (fino al 25%)"* e albergandovi come saprofiti, senza evidenza di infezione e poi trasferirsi alle vie urinarie o all'albero respiratorio (cfr. pag. 11 della c.t.u.). I c.t.u. hanno ritenuto, di contro, più probabile l'origine non nosocomiale dell'*acinetobacter*, evidenziando come tale germa sia sensibile agli antibiotici ad azione batteriostatica somministrati alla paziente, ossia alla tigeciclina e alla rifampicina, nella terapia mirata di una possibile polmonite (cfr. pag. 12 della c.t.u.). A ciò hanno aggiunto che frequentemente i pazienti oncologici o affetti da una prolungata patologia cronica, come la signora P. - in ciò considerato che la paziente era stata considerata, all'atto del ricovero, in condizioni cachettiche - le infezioni hanno origine endogena, in quanto provenienti dallo stesso paziente (cfr. pag. 12 della c.t.u.).

I c.t.u. hanno precisato che i sanitari avevano tentato correttamente di contrastare l'iponatremia e l'ipoalbuminemia mediante somministrazione di albumina, cortisonici e soluzioni idroelettrolitiche (cfr. pag. 12 della c.t.u.). A tal riguardo, hanno altresì ritenuto corretta ed appropriata la condotta dei sanitari nella misura in cui hanno gestito la problematica dell'alimentazione della P. *"in modo graduale, prima con sondino nasogastrico e poi con alimentazione parenterale, onde non esporre la paziente stessa ad ulteriori possibili complicanze"* (cfr. pag. 15 della c.t.u.).

Alla luce di tutte le considerazioni tecniche svolte, i c.t.u. hanno precisato, in un'ottica controfattuale, di non poter individuare alcun *"atto diagnostico-terapeutico, anche eventualmente non erogato nel caso di specie, che avrebbe potuto impedire il verificarsi del decesso o aumentare le chances di sopravvivenza della signora G. I. P."* (cfr. pag. 13 della c.t.u.).

Gli ausiliari del Giudice hanno concluso che *"le problematiche di tipo infettivologico riscontrate nel corso della degenza sulla persona della Signora G. I. P. sono assai probabilmente attribuibili non a fonte esogena, ovvero esterna, bensì ad*

*opportunità di germi saprofiti, normali commensali del soggetto, che, in conseguenza delle condizioni defedate e dello stato di deficitaria immunocompetenza della paziente colonizzavano organi e apparati differenti determinando stato di patologia infettiva".* Ebbene, si ritengono pienamente condivisibili le conclusioni raggiunte in quanto specificamente e logicamente argomentate nella relazione tecnica e confortate dall'evidenza clinica risultante dalla documentazione sanitaria in atti. Conseguentemente, va affermato che le infezioni non sono da considerare correlate all'assistenza (ICA) o, comunque, nosocomiali, e che, alla luce delle condizioni cliniche della paziente al momento del ricovero, si trattava di eventi prevedibili, ma non prevenibili (cfr. pag. 14 della c.t.u.), con conseguente esclusione del nesso causale.

Quanto, poi, alla doglianza circa l'omessa acquisizione del consenso informato, i c.t.u. hanno osservato che, pur non essendo presenti in atti, moduli di consenso informato sottoscritti dalla paziente, nel corso della degenza stessa erano stati proposti alla paziente trattamenti diagnostici e terapeutici che non necessitavano di un esplicito consenso scritto (cfr. pag. 15 della c.t.u.).

Esaminando, in particolare, la doglianza mossa dal consulente tecnico dell'attrice, secondo cui l'infezione batterica contratta dalla paziente sia stata causa del decesso come risultante dalla diagnosi di decesso e secondo cui i batteri isolati nel caso di specie siano germi tipici delle infezioni ospedaliere, evidenziando, in particolare, che lo *staphylococcus aerolyticus* è un germe degli alimenti.

A tal riguardo, i c.t.u. hanno riscontrato le osservazioni critiche del consulente, osservando che le stesse non tengono minimamente conto dello stato clinico preesistente della paziente, malata oncologica e ormai in uno stato di cachessia, caratterizzato da una generale compromissione degli organi e degli apparati tali da coinvolgere le funzioni vitali, quale quella respiratoria (cfr. pag. 18 della c.t.u.). A tal riguardo i c.t.u. hanno ribadito come l'eziopatogenesi del decesso non sia imputabile alle infezioni contratte dalla P., bensì ad un quadro di Multiple Organ Failure syndrome (MOF), correlato dunque al severo stato di patologia (neoplasia metastatica, cachessia, malnutrizione, depressione psichica) (cfr. pag. 19 della c.t.u.), precisando come la menzione contenuta nella diagnosi di decesso sia dovuta esclusivamente alla tecnica di redazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e dalla scelta del "DRG o Diagnosis Related Group", inteso come sistema di classificazione isorisorse dei ricoveri ospedalieri, e ciò ai soli fini della valutazione del carico assistenziale e del consumo medio di risorse impiegato da parte del nosocomio. In altri termini, tale documento non avrebbe alcuna valenza clinica in punto di eziopatogenesi. Del resto, il c.t.p. dell'attrice ha omesso di evidenziare che, primariamente, anche in tale documento si fa menzione dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica e della broncopolmonite della paziente.

Pur avendo ripetutamente escluso il nesso causale tra il decesso e la condotta dei sanitari, nel riscontrare compiutamente le osservazioni critiche del c.t.p. dell'attrice, i consulenti dell'ufficio hanno precisato che, comunque, i germi riscontrati nel caso di specie appaiono più probabilmente di origine endogena e non nosocomiale, valorizzando il fatto "*che si manifestavano con malattia a carico di numerosi organi/apparati*" e quanto già osservato in relazione all'acinetobacter. Per completezza espositiva hanno, infine, rilevato come non esistano norme di isolamento del paziente e come, nel caso di specie, non potevano adottarsi ulteriori presidi, avendo, di contro, i sanitari tempestivamente diagnosticato le infezioni in corso e trattato correttamente da un punto di vista terapeutico (cfr. pag. 18 della c.t.u.).

Ebbene, la consulenza tecnica d'ufficio deve ritenersi esaustiva, anche nella parte in cui riscontra le osservazioni critiche mosse dall'attrice, e puntualmente argomentata, non essendosi limitata ad escludere il nesso eziologico, imputando il decesso della paziente ad una causa differente dall'infezione nosocomiale, comunque tempestivamente diagnosticata e trattata, come affermato anche dal c.t.p. dell'attrice (cfr. pag. 16 della c.t.u.). Piuttosto, gli ausiliari del Giudice ne hanno, comunque, escluso, alla stregua del canone probatorio del "più probabile che non", l'origine esogena.

Pertanto, facendo applicazione dei principi giuridici sopra richiamati, la domanda giudiziale deve ritenersi infondata, non essendo stato dimostrato, secondo il canone del più probabile che non, che la paziente sia deceduta a causa di un'infezione contratta presso il nosocomio convenuto. Non appare condivisibile l'assunto attoreo, secondo cui "*una tempestiva e corretta diagnosi e cura avrebbe certamente consentito alla Sig.ra P. di conseguire una guarigione certa*" (cfr. comparsa conclusionale). Rimane, conseguentemente, assorbita ogni valutazione in merito alla colpa medica e ai danni-conseguenza.

Con riferimento, poi, alla lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica subita dalla madre dell'odierna attrice - che non allega specificamente, né *a fortiori* dimostra, che, ove informata, la P. avrebbe rifiutato le cure - va evidenziato che il trattamento sanitario somministrato non rientra tra quelli per cui è prevista *ex lege* la forma scritta del consenso informato e che, secondo una valutazione non censurata dai c.t.p. delle parti, tale forma non era resa necessaria dalla specifica terapia (farmacologica) messa in atto. Del resto, la paziente,

recatasi autonomamente presso il pronto soccorso (cfr. doc. 3 allegato alla comparsa di costituzione), non è stata sottoposta nel seguente periodo di ricovero ad alcun trattamento chirurgico.

Considerato che, secondo un condivisibile indirizzo giurisprudenziale, ove le parti nulla osservino in ordine alle conclusioni dell'elaborato peritale, l'obbligo motivazionale della sentenza può dirsi senz'altro soddisfatto attraverso il richiamo alle conclusioni del c.t.u.(cfr. *ex multis* Cass., Sez. I, 13.12.2006, n. 26694), nel caso di specie può farsi quindi richiamo a quanto osservato dagli ausiliari del Giudice.

Del resto, la domanda non avrebbe potuto trovare accoglimento non essendo stati integrati gli ulteriori presupposti, in punto di allegazione e prova dell'eventuale alternativo rifiuto alle cure (giudizio controfattuale) ed in punto di specifico danno, di apprezzabile gravità (cfr. Cass., Sez. III, n. 8163/2021), derivante dalla violazione del diritto all'autodeterminazione terapeutica.

6. Le spese di lite seguono la soccombenza ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e sono liquidate a carico dell'attrice (cfr. *ex multis* Cass. 12435/2020 e Cass. 11342/2020, secondo cui il patrocinio a spese dello Stato nel processo civile non vale ad addossare allo Stato anche le spese che la parte ammessa sia condannata a pagare all'altra parte, risultata vittoriosa, perché gli onorari e le spese di cui all'art. 131 D.P.R. 115/02 sono solo quelli dovuti al difensore della parte assistita dal beneficio, che lo Stato si impegna ad anticipare; cfr. in termini Cass. 22550/2016, Cass. 25295/2013, Cass. 22381/2012 e Cass. 10053/2012) ai sensi del D.M. n. 55/2014 (aggiornato al D.M. n. 37/2018), avuto riguardo allo scaglione compreso tra € 520.001 ed € 1.000.000 relativo al valore della controversia – non applicandosi l'art. 5 del citato D.M. - e ai parametri minimi per ciascuna fase, alla luce della ridotta complessità delle questioni giuridiche affrontate, all'opera defensionale concretamente prestata e all'attività istruttoria effettivamente svolta (non essendovi stata un'istruttoria in senso stretto con l'assunzione di prove costituenti).

Pone definitivamente a carico della parte soccombente le spese della consulenza tecnica d'ufficio liquidate con decreto del 19.9.2019.

#### **P.Q.M.**

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

- rigetta la domanda avanzata da K. V. nei confronti dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni;
- condanna K. V. alla rifusione in favore dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni delle spese processuali, che si liquidano in € 16.481,00, oltre spese generali al 15%, IVA se dovuta e c.p.a.;
- pone definitivamente a carico di K. V. le spese di c.t.u., liquidate con decreto del 19.9.2019.

Terni, 18.1.2022

Il Giudice  
dott.ssa Claudia Tordo Caprioli