REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE D'APPELLO DI L'AQUILA

composta dai Signori magistrati:

dott. Francesco S. Filocamo — Presidente

dott.ssa Silvia Rita Fabrizio — Consigliere

dott. Marco Bartoli — Consigliere relatore

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 109/2024 R.G. rimessa in decisione all'udienza del 14.01.2026 e vertente

TRA

Pt_1 , *Parte_2* , *Parte_3* , *Parte_4* **E** *Parte_5* , in proprio e quali eredi di *Per_1* [redacted] e [redacted], rappresentati e difesi, giusta procura da intendersi in calce all'atto di appello dall'avv. [redacted] del foro di Avezzano con studio professionale in Avezzano, [redacted]

APPELLANTI

E

Controparte_1 in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, il Direttore Generale *CP_2* elettivamente domiciliata presso la casella P.E.C. del proprio difensore Avv. [redacted] del Foro di Pescara come da procura da considerarsi unita in calce alla comparsa di costituzione e risposta

APPELLATA

OGGETTO: appello avverso sentenza n. 30/2024 del Tribunale di Chieti pubblicata in data 15.01.2024, repert. n. 38/2024 del 15.01.2024

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Appellanti:

<< Piaccia l'Ill.ma Corte di Appello di L'Aquila adita , previo rinnovo e/o , in via subordinata, senza il rinnovo della consulenza tecnica d'ufficio medico-legale, in accoglimento dell'atto di appello proposto ed in parziale riforma dell'appellata sentenza n.30/2024 , del Tribunale Ordinario di Chieti, nella persona del Dott. Francesco Turco, del 14.01.2024 e pubblicata in data 15.01.2024 e resa a definizione del procedimento n.346/2020 R.G., disattesa ogni contraria istanza, accertare, riconoscere e dichiarare : A) In via principale, ex art.1218 c.c., la responsabilità contrattuale di tipo professionale medica (e/o cd. da contatto sociale), per colpa dovuta ad imperizia, imprudenza e negligenza, dei sanitari dell' Controparte_3 *e sia della* [...] Controparte_4 *e che ebbero in cura e prestarono assistenza sanitaria al paziente* Per_1 *di cui sopra nel corso della degenza ospedaliera come specificata e giusta cartelle cliniche in atti e quindi, per i fatti così come narrati sia nel libello introduttivo del giudizio di primo grado e sia nella prima memoria 183 cpc e conseguentemente causato sia a tutti gli attori, oggi appellanti, e sia anche allo stesso paziente* Per_1 *tutti i danni ingiusti come meglio descritti e specificati nella narrativa dell'atto di citazione del giudizio di primo grado; B) In via meramente subordinata, ex art.2043 c.c., la responsabilità extracontrattuale, per colpa dovuta ad imperizia, imprudenza e negligenza dei sanitari dell'* Controparte_3 *e sia della stessa* Controparte_5 [...] *e che ebbero in cura e prestarono assistenza sanitaria al paziente* Per_1 *di cui sopra nel corso della degenza ospedaliera come specificata e giusta cartelle cliniche in atti e quindi, per i fatti così come narrati sia nel libello introduttivo del giudizio di primo grado e sia nella prima memoria 183 cpc e conseguentemente causato sia a tutti gli attori, oggi appellanti, e sia anche allo stesso paziente* Per_1 *tutti i danni ingiusti come meglio descritti e specificati nella narrativa dell'atto di citazione ; C) per l'effetto, ed anche ex art.1228 c.c , condannare la convenuta* [...] Controparte_6 *C.F./P.IVA:* P.IVA_1 *, in persona del direttore generale e legale rappresentante pro tempore e con sede legale in Chieti* [redacted] *s.n.c.* [redacted] *(ex palazzina* [redacted] *, al risarcimento di tutti i danni subiti sia da tutti gli attori , oggi appellanti ed in loro favore ed in misura superiore a quella liquidata dal Tribunale di Chieti e come indicata nel presente atto di appello , e sia dalla stesso paziente* Per_1 *e da liquidare iure hereditatis in favore degli odierni appellanti , danni questi come meglio descritti , specificati e quantificati nella narrativa dell'atto di citazione del giudizio di primo grado e,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

comunque, nel verbale di precisazioni delle conclusioni rese per gli attori all'udienza del 16.10.2023 nel giudizio di primo grado e ciò a causa delle illecite condotte sia dei sanitari [redacted] *di Chieti e sia dei medici e dirigenti della* CP_4 *convenuta come descritte e quindi, per i fatti così come pure narrati ed accertati nel corso del giudizio, e precisamente : In favore di* Pt_1 [...] *(coniuge), iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor* Per_1 *ed in favore di* Pt_1 *, quale coniuge di* Per_1 *; iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale dinamico relazionale in favore di* Pt_1 *, quale coniuge di* Per_1 *; In favore di* Parte_2 *(figlia) : iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor* Per_1 *ed in favore di* Parte_2 *, quale figlia di* Per_1 *; iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di* Parte_2 *, quale figlia di* Per_1 *; In favore di* Parte_3 *(figlia): iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor* Per_1 *ed in favore di* Parte_3 *, quale figlia di* Per_1 *; iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale dinamico relazionale in favore di* Parte_3 *, , quale figlia di* Per_1 *; In favore di* Parte_4 *(figlia): iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor* Per_1 *ed in favore di* Parte_4 *, quale figlia di* Per_1 *; iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di* Parte_4 *, quale figlia di* Per *; In favore di* Parte_5 *(figlia)iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale e/o morale da perdita del rapporto parentale (cd.da uccisione di congiunto) e/o da perdita anticipata del rapporto parentale con il signor* Per_1 *ed in favore di* Parte_5 [...] *, quale figlia di* Per_1 *; iure proprio, risarcimento del danno non patrimoniale dinamico-relazionale in favore di* Parte_5 *, quale figlia di* Per_1 *; In favore di* Pt_1 *,* Parte_2 *,* Parte_3 *,* Parte_4 *,* Parte_5 *, iure hereditatis e pro quota uguale , quali eredi legittimi ed universali del signor* Per_1 *: risarcimento del danno non patrimoniale cd. da perdita di chance di sopravvivenza e/o di più lunga e/o migliore sopravvivenza subito dal signor* Per_1 *iure hereditatis, risarcimento del danno non patrimoniale, cd.biologico terminale ed anche cd.catastrofale per paura e consapevolezza di morire e morale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

terminale subiti dal signor Per_1 ; e/o, comunque, danni tutti questi come sopra indicati e descritti che l'adita Corte d'Appello andrà ad accertare, riconoscere, quantificare e liquidare in termini monetari come di giustizia ed anche in via equitativa, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal [redacted] e sino al pagamento effettivo. A tal fine, si richiamano espressamente e, quindi, si ripropongono nella presente sede di appello tutte le eccezioni e le domande già proposte nel precedente grado di giudizio. Il tutto con vittoria di spese e competenze legali professionali del doppio grado del giudizio da distrarsi in favore dell'Avv [redacted] che si dichiara procuratore antistatario. Servatis juribus >

Appellata Controparte_1

<< Piaccia all'Ecc.ma Corte di Appello dell'Aquila, contrariis rejectis,

In via principale:

- integralmente rigettare l'appello proposto, perché inammissibile ed infondato in fatto e in diritto, con condanna di parte appellante al pagamento delle spese e competenze del doppio grado di giudizio, da distrarsi in favore del sottoscritto procuratore, che all'uopo si dichiara antistatario ex art. 93 c.p.c.;

- accertare e dichiarare che il capo della sentenza n. 30/2024 del Tribunale di Chieti, pubblicata in data del 15.01.2024, resa nel giudizio n. 346/2020 di R.G, che ha rigettato la richiesta di liquidazione del danno da difetto di consenso informato non è stato impugnato dalla difesa di parte appellante e, pertanto, dichiarare la formazione della cosa giudicata per mancata impugnazione dei relativi capi dell'ordinanza, per tutti i motivi dedotti in narrativa.

Con condanna di parte appellante al pagamento delle spese e competenze del doppio grado di giudizio, da distrarsi in favore del sottoscritto procuratore, che all'uopo si dichiara antistatario ex art. 93 c.p.c.>>

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con la sopraccitata sentenza il Tribunale di Chieti ha parzialmente accolto, con integrale compensazione delle spese processuali, la domanda con la quale Pt_1 Parte_2 Parte_3 , Parte_4 e Parte_5 , in proprio e nella loro qualità di coeredi legittimi di Per_1 [redacted] e [redacted] , deducendo la responsabilità della Controparte_7 (di seguito, per brevità, CP_4 per il [redacted] in conseguenza dell'infezione nosocomiale da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

Pseudomonas a. contratta a seguito delle cure allo stesso somministrate durante il ricovero presso il [redacted] di Chieti, convenivano in giudizio la sopraindicata azienda sanitaria per sentirla condannare al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non loro occorsi, *iure proprio* e *iure hereditatis* nelle loro rispettive qualità.

1.1. In sintesi, la decisione è basata sulle conclusioni della c.t.u. medico legale della dott.ssa *Persona_2* (specialista in medicina legale) e del dott. *Persona_3* (specialista in malattie infettive), i quali hanno accertato il nesso di causalità tra la non adeguata profilassi antibiotica effettuata in occasione del secondo intervento e l'insorgenza dell'infezione nosocomiale, la quale, pur non potendosi considerare causale o concausale in relazione al decesso del paziente, ha comunque determinato un peggioramento delle condizioni cliniche di quest'ultimo interferendo con l'aspettativa di vita dello stesso. La sentenza appellata ha, dunque, stabilito che:

a) la domanda proposta dalle attrici *iure hereditatis* va inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale, mentre quella proposta *iure proprio* in quella extracontrattuale;

b) sulla base della c.t.u. medico legale svolta nel corso del giudizio è provata la responsabilità dei sanitari della struttura sanitaria per l'infezione nosocomiale contratta dal *de cuius* *Per_1* limitatamente alla "*non adeguata profilassi antibiotica effettuata in occasione del secondo intervento (revisione urgente del cavo pleuropericardico)*".

c) è fondata la domanda proposta dalle attrici in proprio per il risarcimento del danno per il minor tempo vissuto col congiunto, danno liquidato, in via equitativa, in € 5.000,00 per ciascuna delle attrici;

d) diversamente, le domande risarcitorie proposte *iure hereditatis* non sono fondate in quanto, da un lato, non è provato il dedotto danno biologico terminale (cd. "da lucida agonia") non risultando neppure dalla ctu che il paziente fosse consapevole dell'imminente fine della propria vita, e, dall'altro lato, non è riconoscibile l'invocato ulteriore danno da perdita di chance di sopravvivenza del defunto congiunto, inteso come danno da perdita anticipata della vita, come da giurisprudenza della Corte di Cassazione. Allo stesso modo, non è fondata la domanda di risarcimento del danno non patrimoniale da difetto di consenso informato, posto che, con riferimento al primo intervento chirurgico, lo stesso risulta essere stato *"regolarmente acquisito, in maniera valida e completa"* e che *"il secondo intervento è stato invece eseguito in regime di urgenza a causa dell'imminente pericolo di vita secondario al sanguinamento della ferita chirurgica (emopericardio), quindi anche in questo caso*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

non è possibile evocare vizi di consenso al trattamento sanitario eseguito (revisione urgente del cavo pleuro-pericardico) alla luce dell'effettivo stato di necessità".

2. Avverso tale decisione, hanno proposto appello le attrici *Pt_1* *Parte_2* *Parte_3*, *Parte_4* e *Parte_5*.

Si riassumono di seguito i motivi posti a sostegno del gravame.

2.1 Le appellanti contestano, in primo luogo, la valutazione resa dal Giudice di primo grado, ritenuta erroneamente fondata sulle conclusioni della c.t.u. medico-legale. Secondo la prospettiva criticata, i Consulenti Tecnici d'Ufficio avevano affermato che il decesso del paziente sarebbe sopravvenuto a causa delle sue complesse e precarie condizioni generali di salute, nonché dell'inevitabile rischio peri-operatorio connesso agli interventi cardiochirurgici eseguiti presso il [redacted] di Chieti.

L'appellante sostiene, invece, che tale ricostruzione sia in contrasto con le risultanze fattuali e tecniche del caso. In particolare, si deduce che:

- al momento del ricovero presso il [redacted] di Chieti, il 25 luglio 2019, il paziente non versava in una condizione di pericolo di vita, presentando uno stato clinico stabile e non compatibile con un rischio imminente di decesso;
- il peggioramento delle condizioni cliniche si sarebbe manifestato solo dopo il secondo intervento del 30 luglio 2019, in ragione dell'insorgenza di una polmonite emorragica attribuibile a un'infezione nosocomiale acquisita in sala operatoria o durante la degenza ospedaliera;
- l'infezione da *Pseudomonas aeruginosa* avrebbe provocato una severa compromissione dello stato generale, determinando una sepsi grave, evolutasi in insufficienza multiorgano (MOF);
- le patologie pregresse del paziente, antecedenti al ricovero, non sarebbero state idonee, da sole, a determinare il decesso, né avrebbero potuto condurre, in assenza dell'infezione nosocomiale, all'esito letale verificatosi;
- la causa preponderante del decesso sarebbe dunque da individuarsi nella grave infezione contratta in ospedale, e non in un generico rischio operatorio né in una condizione clinica preesistente definita "precaria".

Partendo da tali elementi, le odierne appellanti contestano anche la qualificazione della sepsi come fenomeno multifattoriale. Al contrario, evidenziano come la stessa non sarebbe riconducibile

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

né all'emopericardio derivante dall'intervento del 29 luglio 2019, né a un deterioramento multiorgano preesistente, ma troverebbe invece origine unitaria e univoca nell'infezione nosocomiale.

Sulla base di queste premesse, giungono a sostenere che: il progressivo aggravamento delle condizioni fisiche del paziente sarebbe stato direttamente provocato dalla polmonite emorragica insorta a seguito dell'infezione nosocomiale da *Pseudomonas aeruginosa*; tale infezione avrebbe determinato una sepsi severa che, a sua volta, avrebbe condotto al decesso.

In sintesi, secondo la prospettiva delle appellanti, l'evento letale non rappresenterebbe l'esito inevitabile di patologie pregresse o del rischio operatorio tipico degli interventi praticati, bensì la conseguenza diretta e causalmente determinante della condotta sanitaria e dell'inadeguata gestione del rischio infettivo durante il ricovero.

2.2. Secondo la difesa delle appellanti, il Giudice di primo grado, pur avendo correttamente escluso che l'infezione potesse integrare un danno da perdita di chance di sopravvivenza e pur avendo al contempo riconosciuto che il processo infettivo aveva anticipato l'evento morte, non avrebbe svolto un accertamento indispensabile ai fini della decisione. In particolare, il Giudice non avrebbe chiarito di quanto la sopravvivenza del paziente sarebbe stata presumibilmente prolungata se l'infezione insorta dopo il secondo intervento non si fosse verificata.

Si afferma che tale elemento risulterebbe decisivo perché la valutazione del pregiudizio patito, e quindi la quantificazione del risarcimento, non può prescindere da una stima, anche solo probabilistica, del lasso temporale di vita sottratto al paziente dall'evento infettivo. Proprio l'assenza di questo passaggio motivazionale renderebbe, a loro dire, ingiustificata e incoerente la somma di euro 5.000,00 riconosciuta dal Giudice a titolo di danno per il "minor tempo vissuto con il congiunto". In mancanza di un accertamento concreto sulla durata della sopravvivenza ipotetica in assenza dell'infezione, la liquidazione operata dal Giudice sarebbe, dunque, in chiave di prospettazione, priva di adeguato fondamento logico e giuridico.

2.3. La difesa delle appellanti contesta la decisione del Tribunale di Chieti nella parte in cui ha respinto la domanda di risarcimento per danno catastrofale, sostenendo che il Giudice di prime cure ha erroneamente ritenuto che, dopo il secondo intervento del 30 luglio 2019, il paziente versasse in condizioni di sedazione tali da impedirgli qualunque percezione lucida dell'avvicinarsi della morte.

Secondo le appellanti, tale valutazione non corrisponderebbe alle reali condizioni cliniche documentate: il paziente, infatti, non solo sarebbe stato pienamente vigile nelle ore successive

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

all'operazione, ma avrebbe anche interagito con i propri familiari, manifestando apertamente angoscia, timore e consapevolezza del rischio imminente per la propria vita.

La difesa sostiene quindi che il Tribunale avrebbe fondato il rigetto della domanda su un presupposto fattuale erroneo, trascurando elementi che, se adeguatamente considerati, avrebbero dimostrato che il paziente aveva vissuto in condizioni di piena lucidità un periodo di intensa sofferenza psicologica, caratterizzato dalla concreta percezione dell'approssimarsi della morte. Tale circostanza, evidenziano le appellanti, integra proprio i presupposti del danno catastrofale, ingiustamente negato dal Giudice di primo grado.

3. Mediante deposito di comparse di risposta, si è costituita, resistendo agli avversi assunti, la parte appellata *Controparte_7* (di seguito, per brevità, *CP_4* 2).

[...]

4. Sulle conclusioni riportate in epigrafe e all'esito dello scambio degli scritti conclusivi, il procedimento è stato rimesso in decisione, ai sensi dell'art. 352 c.p.c. (nel testo novellato dall'art. 3, comma 26, del d.lgs. 149/2022), all'udienza del 14.01.2026, sostituita ex art. 127-ter c.p.c. dal deposito di note di trattazione scritta.

5. I motivi di doglianza sono infondati e, in considerazione della stretta connessione logica tra gli stessi, devono essere esaminati congiuntamente.

5.1. Giova, innanzitutto, richiamare i principi generali in tema di responsabilità sanitaria non esposti nella motivazione della sentenza gravata.

5.1.1. Iniziando dal riparto dell'onere probatorio, in materia di responsabilità sanitaria occorre ribadire il principio, ormai consolidato nella giurisprudenza di legittimità, secondo cui incombe sul paziente l'onere di dimostrare il nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno lamentato, fornendo elementi idonei a ritenere, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", che l'evento dannoso sia conseguenza della prestazione sanitaria ricevuta.

Una volta assolto tale onere probatorio, spetta alla struttura sanitaria o al professionista, in qualità di debitore dell'obbligazione sanitaria, dimostrare l'esatto adempimento della prestazione, provando che l'intervento è stato eseguito in conformità alle *leges artis* con la diligenza, la prudenza e la perizia richieste. In alternativa, la struttura può liberarsi da responsabilità dimostrando che l'inadempimento, o l'inesatto adempimento, è dipeso da causa non imputabile, ossia da un evento imprevedibile e inevitabile secondo l'ordinaria diligenza.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

Si conferma così la regola secondo cui, nei giudizi di responsabilità medica, avente natura contrattuale, al paziente spetta provare il danno e il nesso eziologico tra condotta sanitaria ed evento lesivo, mentre è onere della struttura sanitaria dimostrare la correttezza della propria condotta o l'impossibilità della prestazione per fatto a sé non imputabile.

Quanto appena esposto trova conferma nella recente sentenza della Corte di Cassazione n. 5922/2024 secondo la quale *"il paziente che agisce in giudizio per il risarcimento del danno da responsabilità sanitaria ha l'onere di dimostrare (anche presuntivamente) il nesso di causa tra la condotta denunciata e l'evento dannoso. Non deve invece dimostrare la violazione delle leges artis nell'esecuzione della prestazione sanitaria. Resta infatti in capo alla struttura o al professionista il compito di contestare la fondatezza della domanda, dimostrando che la prestazione è stata eseguita in modo corretto oppure che l'inadempimento è dipeso da una causa non imputabile. L'accertamento del nesso di causalità nella responsabilità sanitaria è improntato alla regola di funzione della preponderanza dell'evidenza (o del "più probabile che non"), la quale, con riguardo al caso in cui, rispetto a uno stesso evento, si pongano un'ipotesi positiva e una complementare ipotesi negativa, impone al giudice di scegliere quella rispetto alla quale le probabilità che la condotta abbia cagionato l'evento risultino maggiori di quelle contrarie, e con riguardo, invece, al caso in cui, in ordine allo stesso evento, si pongano diverse ipotesi alternative, comporta che il giudice dapprima elimini, dal novero delle ipotesi valutabili, quelle meno probabili e poi analizzi le rimanenti ipotesi ritenute più probabili, selezionando, infine, quella che abbia ricevuto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale, il maggior grado di conferma dalle circostanze di fatto acquisite al processo, in ogni caso esercitando il proprio potere di libero apprezzamento di queste ultime tenendo conto della qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili, dalla cui valutazione complessiva trarre il giudizio probabilistico".*

5.1.2. Nell'ipotesi di azione risarcitoria proposta *iure proprio* dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivanti dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, la domanda si colloca, invece, nell'ambito della responsabilità extracontrattuale essendo essi terzi rispetto al rapporto contrattuale paziente-struttura sanitaria. Pertanto, in tale evenienza, i danneggiati hanno l'onere di provare anche il carattere colposo della condotta sanitaria, oltre agli altri elementi tipici della responsabilità extracontrattuale di cui all'art. 2043 c.c. (Cass. 11320/2022 e Cass. 21404/2021).

5.1.3. Venendo al nesso di causalità tra il danno e la condotta dei sanitari, la cui prova, come si è detto, sia in caso di azione *iure hereditatis* sia in caso di azione *iure proprio,* è a carico dell'attore,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

il criterio che presiede al suo accertamento in ambito civilistico, è quello della “preponderanza dell’evidenza” o del "più probabile che non" che è conformato ad uno standard di “certezza probabilistica, il quale deve essere verificato riconducendo il grado di fondatezza all’ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana). In definitiva, il nesso di causalità tra la condotta e l’evento dannoso può essere affermato non solo quando quest’ultimo rappresenti una conseguenza ragionevolmente certa della prima, come richiesto nell’ambito penalistico, ma anche quando esso risulti una conseguenza ragionevolmente probabile. Tale probabilità deve essere intesa non in senso statistico, bensì logico, ossia valutata alla luce delle circostanze concrete del caso, prescindendo da schemi astratti. Ne deriva che la genesi del danno può essere riconosciuta anche in presenza di una causa statisticamente improbabile, qualora le altre possibili spiegazioni alternative risultino, in concreto, ancor meno probabili o non plausibili.

Si tratta di principi consolidati nella giurisprudenza della Suprema Corte, secondo cui il nesso causale sussiste anche quando manchino “cause meno improbabili”, ovvero quando la valutazione debba essere affidata al criterio della “probabilità relativa”, da apprezzarsi con riferimento alle peculiarità del caso concreto e non mediante un’astratta quantificazione statistica delle frequenze. Tale orientamento trova conferma, tra le altre, nelle pronunce della Suprema Corte n. 11789/2016, n. 3390/2015 e n. 15991/2011, che ribadiscono come, in materia civile, il giudizio causale debba fondarsi su una verifica logica delle evidenze disponibili, e non su un mero calcolo probabilistico.

In particolare, il corollario di quanto esposto è che il criterio di probabilità relativa da adottare in ambito civile <<*si delinea in una analisi specifica e puntuale di tutte le risultanze probatorie del singolo processo, nella loro irripetibile unicità, con la conseguenza che la concorrenza di cause di diversa incidenza probabilistica deve essere attentamente valutata e valorizzata in ragione della specificità del caso concreto, senza potersi fare meccanico e semplicistico ricorso alla regola del "50% plus unum*>>.

5.2. Alla luce dei principi testé esposti, si procede ad esaminare le doglianze delle appellanti ossia i profili controversi del trattamento sanitario eseguito dal personale della *CP_4* appellata. Tali profili, sintetizzando l’atto d’impugnazione, attengono essenzialmente, secondo quanto sarà di seguito approfondito, da un lato, alla correttezza e adeguatezza del trattamento sanitario e, dall’altro, al nesso di causalità tra lo stesso e il decesso del paziente.

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

5.3. Sotto il primo profilo, rilevante quanto all'onere probatorio sia per le attrici appellanti (le quali agiscono anche *iure proprio*) che per la convenuta appellata, secondo i principi sopra esposti, alla stregua della c.t.u. medico legale svolta in primo grado, si osserva quanto segue.

5.3.1. Al momento del ricovero presso il reparto di Cardiochirurgia del [redacted] di Chieti, avvenuto in data 25.07.2019, i sanitari visionavano gli esami eseguiti in precedenza presso il [redacted] e, in particolare: *"l'esame coronarografico, eseguito in data 22.07.2019, mostrava "una stenosi prossimale dell'Interventricolare anteriore e occlusione della coronaria destra"; l'ecocardiogramma del 24.07.2019 evidenziava "una marcata riduzione della funzione ventricolare sinistra e insufficienza mitralica"; la radiografia toracica riscontrava "la presenza di versamento basale bilaterale". Venivano, inoltre valutati dai sanitari del [redacted] di Chieti "il rischio di insorgenza di lesioni da pressione (indice di Braden, con esito negativo), la probabilità di deterioramento clinico (scala di Mews, a basso rischio), il grado di dipendenza assistenziale (scale IDA e ICA, a basso rischio) ed, infine, il rischio di caduta (indice di Conley, rischio presente)".*

Venivano eseguiti ulteriori accertamenti, all'esito dei quali i sanitari del [redacted] di Chieti diagnosticavano una *"severa malattia coronarica bivasale in paziente con precedente PCI su CDX e IM severa da tethering"* decidendo, di conseguenza, di sottoporre il paziente all'intervento chirurgico di *"bypass aorto-coronarico on-pump [circolazione extracorporea] e di sostituzione della valvola mitrale con protesi meccanica",* eseguito in data 29.07.2015, previa profilassi antibiotica con Cefazolina ed acquisizione del consenso informato da parte del paziente.

In data 30.07.2019, a seguito del decorso post-operatorio che aveva fatto registrare *"l'insorgenza di anemia, piastrinopenia, leucocitosi neutrofila, alterazione dei parametri coagulativi e rialzo degli enzimi di miocardionecrosi"*, il paziente veniva sottoposto ad un secondo intervento chirurgico per la *"revisione urgente del cavo pleuro-pericardico, con cauterizzazione, lavaggio del sito ed emostasi della parete toracica"*. Il *Per_1* emodinamicamente instabile e anurico, veniva trasferito, quindi, presso il reparto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica per *"quadro di shock con MOF (Insufficienza multiorgano)"*.

A seguito del secondo intervento chirurgico, avendo attestato un peggioramento clinico ed emodinamico del paziente, venivano disposte, in data 01.08.2019, ulteriori indagini diagnostiche, le quali evidenziavano *"emocoltura e lavaggio broncoalveolare positivi per Pseudomonas aeruginosa (refertazione in data 03.08), leucopiastrinopenia, procalcitonina 30.7 (v.n. 0-0.5 ng/ml), PCR 24.5 (v.n. 0-0.5 mg/dl), severa ipoalbuminemia (1.7 gr/dl, v.n. 3.5-5.2)"*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

L'infezione da Pseudomonas a. veniva, quindi, trattata con antibioticoterapia da parte dei sanitari sino al momento del [redacted] con diagnosi di *"aterosclerosi coronarica di arteria coronaria nativa, disturbi della valvola mitrale, emopericardio, insufficienza respiratoria acuta e cronica, insufficienza renale, polmonite da Pseudomonas"*.

In data 26.08.2019 veniva eseguito riscontro diagnostico all'esito del quale veniva formulata diagnosi di *"Insufficienza multiorgano in paziente con polmonite necrotico-emorragica insorta su ipertensione polmonare di grado severo e pregressi infarti miocardici biventricolari"*.

5.3.2. L'unico aspetto critico rinvenuto dai c.t.u. concerne l'adeguatezza dell'antibioticoprofilassi in occasione del secondo intervento chirurgico. Infatti, il c.t.u. scrive che << *… è stato possibile evidenziare talune criticità nell'operato dei sanitari della* Parte_6 *[...] con particolare riferimento alla gestione della profilassi delle infezioni nosocomiali così come dettagliatamente illustrato nelle predette considerazioni specialistiche. Ci riferiamo alla scelta dell'utilizzo di una cefalosporina di prima generazione nella fase pre-operatoria del secondo intervento, non adeguata al caso di specie sia per il tempo di somministrazione sia per la scelta della molecola la quale, come noto, lascia imprudentemente scoperta la finestra dei germi Gram-negativi. Ed in vero la revisione della letteratura di merito evidenzia come una antibioticoprofilassi con molecole a spettro ampliato verso i batteri Gram-negativi comporta un apprezzabile ridotto rischio di complicanze post-chirurgiche. Viene inoltre evidenziato che nel paziente ad elevato rischio di infezione post-chirurgica, come nel caso in esame, l'utilizzo di cefalosporine di seconda e terza generazione comporta una significativa diminuzione degli eventi infettivi post-chirurgici e di conseguenza un migliore out-come clinico* >> (v. p. 18 e 19 della c.t.u.).

Nella relazione medico-legale viene osservato, dunque, come *"nel caso in esame è pertanto ragionevole ritenere come l'insorgenza della infezione nosocomiale da P.aeruginosa sia stata favorita dalla non adeguata profilassi"*.

5.4. Quanto appena esposto introduce all'esame del secondo profilo controverso, quello del nesso di causalità.

5.4.1. A riguardo occorre osservare come non possa condividersi quanto sostenuto dalle odierne appellanti, secondo le quali risulterebbe accertato che il Per_1 in assenza dell'infezione da Pseudomonas a. contratta durante il ricovero presso il [redacted] di Chieti, non sarebbe deceduto. Occorre evidenziare, infatti, come dalla relazione medico-legale, dalla quale non vi è ragione di discostarsi, è emerso che il decesso del paziente *"sarebbe comunque intervenuto pur in assenza delle complicanze*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

post-chirurgiche (emopericardio, polmonite da P. aeroginosa) alla luce delle complesse e precarie condizioni di salute del paziente e del non eludibile rischio peri-operatorio insito negli interventi cardiochirurgici come quello eseguito presso il [redacted] *di Chieti"*.

I c.t.u., infatti, si sono così espressi: << *Dall'attenta disamina della vicenda sanitaria oggetto di valutazione si può ragionevolmente affermare come il decesso sarebbe comunque intervenuto pur in assenza delle complicanze post-chirurgiche (emopericardio, polmonite da P. aeroginosa) alla luce delle complesse e precarie condizioni di salute del paziente e del non eludibile rischio peri-operatorio insito negli interventi cardiochirurgici come quello eseguito presso il* [redacted] *di Chieti. Ulteriore elemento di persuasione in tal senso deriva dalle coesistenti comorbilità (ipertensione polmonare di grado severo e pregressi infarti miocardici biventricolari) riscontrate a carico del medesimo organo-funzionale cardiocircolatorio che hanno certamente assunto un determinate e indubbio ruolo causale*>>. I c.t.u. hanno, quindi, sul punto rassegnato le seguenti conclusioni: << *Nel caso in esame è pertanto ragionevole ritenere come l'insorgenza della infezione nosocomiale da P.aeruginosa sia stata favorita dalla non adeguata profilassi e, pur non avendo assunto la dignità di una vera e propria causa/concausa nel determinismo del decesso, ha senza dubbio peggiorato la prognosi clinica delle coesistenti infermità interferendo sull'aspettativa di vita del paziente. Si può pertanto concludere a favore di una riduzione delle chance di sopravvivenza che, alla luce delle precarie condizioni di salute del paziente e delle coesistenti comorbilità a carico degli organi-funzionali vitali (cardiocircolatorio e respiratorio), pu. essere ragionevolmente stimata quantitativamente in termini di lieve-modesta entità, tenuto conto dei dati emergenti dalla letteratura scientifica di merito*>>.

Appare opportuno chiarire che, dalla lettura organica della relazione medico-legale, comprensiva dei chiarimenti resi dal collegio medico con relazione integrativa del 23.09.2022 a seguito all'ordinanza del 09.06.2022 adottata dal Tribunale di Chieti, l'infezione nosocomiale da Pseudomonas a. contratta dal Sig. *Per_1* durante il ricovero presso il [redacted] di Chieti si è instaurata su un quadro clinico già gravemente compromesso, non potendosi condividere quanto sostenuto dalle odierne appellanti, secondo le quali il paziente, prima di contrarre l'infezione nosocomiale, non aveva una condizione di insufficienza multiorgano acuta ed ingravescente tale da determinare il decesso nei tempi e nei modi verificatisi. I consulenti, infatti, hanno ribadito che:

- " … la infezione nosocomiale contratta dal paziente sia stata successiva allo sviluppo della insufficienza multiorgano da ipoperfusione persistente (come sopra descritto in riscontro alla prima osservazione) e che il paziente aveva ulteriormente sviluppato un quadro clinico di dilatazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

biventricolare (ecocardiogramma del 20/08) che ha determinato una ipertensione polmonare di grado severo, come riscontrato in sede autoptica. L'infezione nosocomiale si è pertanto instaurata su un quadro sistemico già gravemente compromesso, già evoluto in insufficienza multiorgano e pertanto, sul piano medico legale, non è in grado di assumere una valenza causale prevalente o esclusiva nella eziopatogenesi del decesso del paziente che si sarebbe comunque verificato … *"il paziente prima di contrarre l'infezione nosocomiale aveva già sviluppato una insufficienza multiorgano determinata dalla ipovolemia da sanguinamento del cavo pleuropericardico e contestuale immunoparalisi da stress-chirurgico"* (v. p. 6);

" … *pertanto la criticità evocata dalla parte attrice (infezione nosocomiale) è insorta su di una condizione menomativa già irrimediabilmente compromessa (insufficienza multiorgano secondaria a sanguinamento pericardico e perdurante ipovolemia) perdendo così di effettiva valenza causale nel determinismo del decesso, anche alla luce della tempestiva ed adeguata gestione della stessa da parte dei sanitari del* [redacted] *di Chieti documentata dal decremento dei marcatori di sepsi, interferendo così al massimo in termini meramente acceleratori*" (v. p. 9).

Alla luce dell'intero compendio istruttorio, l'applicazione del giudizio controfattuale conduce a ritenere che, qualora fossero state adottate idonee misure volte a prevenire l'insorgenza dell'infezione, in particolare la corretta profilassi antibiotica, il decesso del paziente si sarebbe comunque verificato, ma con un decorso temporale differente (pertanto, il caso in esame, è diverso da quelli oggetto dei precedenti giurisprudenziali, anche di questa Corte, citati dall'appellante, i quali si riferiscono a fattispecie nelle quali il concomitante stato morboso del paziente ha un ruolo causale concorrente subvalente e/o incerto e, comunque, che non avrebbe di per se stesso condotto al decesso del paziente)

5.4.2. Per contro, il giudice di prime cure, disattendendo alcuni passaggi della relazione peritale giuridicamente non corretti, non ha accolto la tesi secondo cui l'infezione sarebbe giuridicamente irrilevante poiché la patologia preesistente del paziente avrebbe comunque condotto alla morte. Deve osservarsi, infatti, che la causalità giuridica, secondo un principio consolidato, impone che la verifica controfattuale sia effettuata con riferimento all'evento concreto verificatosi, e non attraverso il rinvio a valutazioni astratte o ipotetiche. Ne deriva che l'inevitabilità, in senso generico, dell'exitus non elide il rilievo causale dell'infezione ogniqualvolta quest'ultima abbia inciso sullo sviluppo della sequenza causale, sia sotto il profilo del tempo in cui l'evento si è manifestato, sia sotto quello dell'intensità del pregiudizio arrecato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

Nell'ambito della responsabilità sanitaria, in coerenza con i criteri generali della responsabilità civile, quando l'evento dannoso scaturisce dalla concomitanza tra la condotta dei sanitari e il fattore naturale rappresentato dalla condizione patologica preesistente, non riconducibile causalmente all'agente, il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale, l'effettivo contributo eziologico imputabile alla condotta, conformemente al disposto dell'art. 1227, comma 1, c.c.

Tale verifica deve essere operata alla luce dell'art. 41 c.p., secondo cui il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche indipendenti dalla condotta illecita, non interrompe il nesso causale tra l'azione (o l'omissione) e l'evento.

Da ciò discende che l'intero evento dannoso deve essere attribuito all'autore della condotta quando questa abbia contribuito, con apprezzabile efficienza causale, alla produzione dell'esito concreto, fermo restando che l'obbligazione risarcitoria deve essere circoscritta alle sole conseguenze dannose riconducibili alla condotta colposa, senza ricomprendere quelle derivanti dall'originaria compromissione patologica del danneggiato. Tale impostazione risulta, peraltro, in linea con i più recenti approdi giurisprudenziali, fra cui la pronuncia della Corte di Cassazione n. 17006/2025.

5.4.3. Alla stregua delle predette considerazioni e delle sopraindicate conclusioni dei c.t.u., con riferimento alle istanze risarcitorie avanzate dalle odierne appellanti, occorre preliminarmente richiamare la giurisprudenza della Suprema Corte, la quale stabilisce che *"il danno da perdita anticipata della vita va poi distinto da quello da perdita di "chance" di sopravvivenza, posto che, se la morte è intervenuta, come nel caso di specie, l'incertezza eventistica, che ne costituisce il fondamento logico prima ancora che giuridico (Cass. n. 5641 del 2018, cit.), è stata, di regola, smentita da quell'evento: in questo senso, fatte salve le precisazioni di cui si sta per dire, emerge, di regola, un'inammissibile duplicazione risarcitoria tra voci di danno, non risultando logicamente compatibili, in via generale, la congiunta attribuzione di un risarcimento da perdita anticipata della vita e da perdita di chance di sopravvivenza"*. Osserva la Corte, dunque, che nell'ipotesi in cui il giudizio sia stato introdotto dagli eredi in un momento successivo al decesso della vittima *"non è concepibile, nè logicamente nè giuridicamente, un "danno da perdita anticipata della vita" trasmissibile iure successionis (Cass., 04/03/2004, n. 4400, Cass. 5641 del 2018, cit. e Cass., Sez. U., n. 15350 del 2015, cit.), non essendo predicabile, nell'attuale sistema della responsabilità civile, la risarcibilità del danno tanatologico. Esemplificando, causare la morte d'un ottantenne sano, che ha dinanzi a sè cinque anni di vita sperata, non diverge, ontologicamente, dal causare la morte d'un ventenne malato che, se correttamente curato, avrebbe avuto dinanzi a sè ancora cinque anni di vita.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

L'unica differenza tra le due ipotesi sta nel fatto che, nel primo caso, la vittima muore prima del tempo che gli assegnava la statistica demografica, mentre, nel secondo caso, muore prima del tempo che gli assegnava la statistica e la scienza clinica: ma tale differenza non consente di pervenire ad una distinzione "morfologica" tra le due vicende, così da affermare la risarcibilità soltanto della seconda ipotesi di danno. È possibile, dunque, discorrere (risarcendolo) di "danno da perdita anticipata della vita", con riferimento al diritto iure proprio degli eredi, solo definendolo il pregiudizio da minor tempo vissuto ovvero da valore biologico relazionale residuo di cui non si è fruito, correlato al periodo di tempo effettivamente vissuto, secondo i parametri di cui si dirà (infra, sub 4.4. e ss.). In conclusione, nell' ipotesi di un paziente che, al momento dell'introduzione della lite, sia già deceduto, sono, di regola, alternativamente concepibili e risarcibili jure hereditario, se allegati e provati, i danni conseguenti:

a) alla condotta del medico che abbia causato la perdita anticipata della vita del paziente (determinata nell'an e nel quantum), come danno biologico differenziale (peggiore qualità della vita effettivamente vissuta), considerato nella sua oggettività, e come danno morale da lucida consapevolezza della anticipazione della propria morte, eventualmente predicabile soltanto a far data dall'altrettanto eventuale acquisizione di tale consapevolezza in vita;

b) alla condotta del medico che abbia causato la perdita della possibilità di vivere più a lungo (non determinata nè nell'an nè nel quantum), come danno da perdita di chances di sopravvivenza. In nessun caso sarà risarcibile iure haereditario, e tanto meno cumulabile con i pregiudizi di cui sopra, un danno da "perdita anticipata della vita" con riferimento al periodo di vita non vissuta dal paziente" (Cass. civ., Sez. III, Sent., 19/09/2023, n. 26851).

5.4.4. Orbene, come condivisibilmente opinato dal Tribunale, alla luce della ricostruzione clinica del *Per_1* e dei consolidati orientamenti giurisprudenziali, devono ritenersi non sussistenti i presupposti per il riconoscimento della prima categoria di danno rivendicata iure hereditario dalle appellanti, ossia quello riferibile al peggioramento della qualità della vita del paziente nel periodo antecedente al decesso, né quello connesso ad una condizione di lucida percezione dell'approssimarsi della morte.

Dopo il secondo intervento avvenuto in data 30 luglio 2019, il paziente fu infatti trasferito in terapia intensiva in condizioni emodinamiche gravemente instabili e con un quadro già configurabile come insufficienza multiorgano. Già dal giorno successivo risultava in stato di sedazione profonda e dipendente da ventilazione meccanica, situazione che perdurò senza significative variazioni, salvo un

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

transitorio miglioramento radiologico privo di effettivo rilievo funzionale. Neppure la successiva tracheostomia, effettuata a causa del mancato svezzamento della ventilazione meccanica, modificò un quadro clinico ormai compromesso, caratterizzato da progressivo peggioramento dei parametri vitali fino agli ultimi giorni, nei quali il paziente si trovava in sedazione superficiale, ma sempre in condizioni tali da non consentire una ripresa dello stato di coscienza pieno o stabile.

In questo contesto, non può ritenersi che egli abbia sperimentato un periodo di vita caratterizzato da reale percezione della sofferenza o consapevolezza della fine imminente. L'andamento clinico documentato, dominato da sedazione e condizioni organiche critiche, esclude, quindi, sia un peggioramento apprezzabile della qualità della vita effettivamente vissuta, sia la configurabilità del cosiddetto "danno da lucida agonia", il quale richiede, invece, una condizione di cosciente e intensa sofferenza psichica.

5.4.5. Diversamente, come ritenuto dal Tribunale, va riconosciuto il pregiudizio derivante dal minor tempo trascorso dai familiari con il proprio congiunto, conseguenza dell'anticipazione dell'exitus determinata dall'infezione insorta durante il ricovero, exitus che, come si è detto innanzi, si sarebbe comunque verificato di lì a breve per cause indipendenti dalla condotta dei sanitari. Sebbene, infatti, possa dirsi accertata l'incidenza dell'infezione nosocomiale da Pseudomonas a. contratta dal paziente durante il ricovero sull'aspettativa di vita del paziente, quest'ultima, in considerazione delle già precarie condizioni di salute del paziente e delle coesistenti comorbilità a carico degli organi funzionali vitali, può verosimilmente considerarsi temporalmente limitata.

5.4.6. Ciò posto, la quantificazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale non può prescindere dalle caratteristiche del caso concreto. Deve ribadirsi, in primo luogo, che il *Per_1* dal primo intervento avvenuto in data 29.07.2019 sino al momento del [redacted] si trovava in una condizione di sostanziale incoscienza, ciò determinando l'impossibilità per i familiari di godere del rapporto con il de cuius. Nel presente giudizio, è necessario considerare, inoltre, che il congiunto delle appellanti versava, già prima dell'insorgenza dell'infezione, in condizioni cliniche estremamente compromesse, tali da rendere la sua sopravvivenza comunque molto breve.

Proprio questa circostanza incide sul parametro temporale che il giudice è chiamato a utilizzare nel procedere alla liquidazione del pregiudizio.

La giurisprudenza, infatti, chiarisce che, quando la vittima disponeva di un'aspettativa di vita ridotta per ragioni del tutto indipendenti dalla condotta contestata, la durata presumibile della residua

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

esistenza assume rilievo nella determinazione dell'entità del *quantum* spettante ai familiari. Ciò in quanto il pregiudizio risarcibile si correla al concreto tempo di relazione che i congiunti sono stati privati di vivere, e non a un arco temporale astratto o svincolato dalle condizioni reali in cui si trovava il de cuius. Ne deriva che, pur dovendosi riconoscere che l'infezione insorta durante il ricovero ha anticipato l'exitus, il periodo di vita verosimilmente sottratto al paziente risulta, per le condizioni cliniche già gravemente compromesse, oggettivamente limitato. Questo dato, correttamente valorizzato, giustifica una liquidazione contenuta, calibrata sulla effettiva incidenza dell'evento sull'esperienza relazionale residua tra il paziente e i suoi familiari.

Tale voce di danno, qualificabile iure proprio, è liquidabile equitativamente e la misura di € 5.000,00 per ciascuna delle attrici individuata dal giudice di prime cure, appare adeguata a compensare la specifica diminuzione del rapporto parentale effettivamente vissuto, tenuto conto delle circostanze del caso concreto sopra evidenziate. Sul punto, infatti, giova richiamare il principio di diritto, più volte ribadito dalla giurisprudenza, di legittimità per il quale *"la perdita della vita anticipatamente rispetto a quando si sarebbe verificata per causa non imputabile al responsabile non integra un danno risarcibile per colui che la subisce (invocabile, dunque, iure successionis dai suoi eredi), potendo, invece, configurarsi come pregiudizio da perdita del rapporto parentale, risarcibile iure proprio in favore dei congiunti, rispetto al quale la durata presumibile della residua sopravvivenza della vittima primaria rileva quale parametro per la relativa liquidazione equitativa (Cass. 35998/2023)"*(Cass. civ., Sez. III, Ord., 16/09/2025, n. 25271).

6. In conclusione, l'appello va respinto.

7. Quanto alle spese, la Corte ritiene che la complessità e delicatezza delle questioni trattate integrino le "altre analoghe gravi ed eccezionali ragioni" di cui alla sentenza n. 77/2018 della Corte Costituzionale che consentono la compensazione, in via integrale, delle spese di lite tra le parti.

8. Il rigetto dell'appello principale comporta l'applicazione della sanzione di cui all'art. 13, comma 1 quater del d.p.r. 115/2002 (comma introdotto dall'art. 1, comma 17, legge n. 228/2012).

P.Q.M.

la Corte di Appello di L'Aquila, definitivamente pronunciando:

1) rigetta l'appello e conferma la sentenza impugnata;

2) compensa integralmente le spese di lite tra le parti;

3) dichiara che le parti appellanti sono tenute al pagamento di un ulteriore importo, a titolo di contributo unificato, in misura pari a quello già dovuto per l'impugnazione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901

Così deciso nella camera di consiglio del 04.03.2026.

Il Consigliere estensore

(dott. Marco Bartoli)

Il Presidente

(dott. Francesco S. Filocamo)

Minuta redatta con la collaborazione del magistrato ordinario in tirocinio dott. [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-901