N. R.G. 7031/2015

TRIBUNALE ORDINARIO di ANCONA

PRIMA CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. **7031/2015**

tra

[...]
Parte_1
[...]

ATTORI

e

Controparte_1 [redacted]

CONVENUTI

Oggi **26/11/2019** ad ore 10,00 innanzi al dott. Roberta Mariotti, sono comparsi:

Per *Parte_1* 'avv. [redacted]
Per *Parte_1* 'avv. [redacted]
Per *Parte_1* 'avv. [redacted]
Per *troparte_1* IUN. *CP_2* G.M. *CP_3* *CP_4*
l'avv. [redacted]

Il Giudice invita le parti a precisare le conclusioni.

L'avv. [redacted] per gli attori conclude riportandosi alle conclusioni già assunte e alla comparsa conclusionale.

L'avv. [redacted] precisa le conclusioni come da udienza del 17.07.2019 e da note conclusive.

I procuratori delle parti discutono la causa riportandosi alle note conclusive.

Dopo breve discussione orale, il Giudice si ritira in camera di consiglio.

Alle ore 18,00 all'esito della camera di consiglio pronuncia sentenza *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. dandone lettura.

Il Giudice on.

dott. Roberta Mariotti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di ANCONA

PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice on. dott. Roberta Mariotti ha pronunciato *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **7031/2015** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] PESCARA presso il difensore avv. [redacted]

Parte_1 (C.F. *C.F._2*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] PESCARA presso il difensore avv. [redacted]

Parte_1 (C.F. *C.F._3*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] PESCARA presso il difensore avv. [redacted]

ATTORI

contro

Controparte_5

[...] (C.F. *P.IVA_1*, in persona del Direttore Generale f.f., con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] *CP_5* presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti hanno precisato le conclusioni come da verbale d'udienza del 26.11.2019

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

I sig.ri *Parte_1* , *Parte_1* e *Parte_1* (marito e figlie) convenivano in giudizio la *[...]* *Controparte_5* *CP_5* [redacted] di Ancona chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, iure hereditatis e iure proprio, conseguenti al [redacted] *Persona_1* [redacted] in conseguenza di ricovero presso la convenuta, nel corso del quale veniva effettuato un intervento chirurgico in data 29.05.2009 presso la divisione di neurochirurgia.

A fondamento della domanda gli attori sostenevano che nella notte del 23.09.2008, verso le ore 2.30, la sig.ra *Per_1* cadeva dalle scale all'interno della propria abitazione, battendo il cranio e perdendo conoscenza, poi riacquisita a distanza di circa 45 minuti dalla caduta. Condotta presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale *Organizzazione_1* veniva eseguita una tac, in esito della quale si optava per il ricovero. La *Per_1* veniva quindi dimessa in data 29.09.2008 con diagnosi di "*crisi convulsiva in paziente con esiti di intervento di astrocitoma frontale"*. Nel periodo successivo la *Per_1* accusava difficoltà nel camminare, nonché ripetitività nei comportamenti, con comparsa di disturbi urinari. Nel maggio 2009 si recava a visita presso il Dott. *Persona_2* neurologo dell'ospedale *Org_2* di *CP_5* il quale consigliava di effettuare accertamenti. Di conseguenza la *Per_1* veniva ricoverata presso il presidio ospedaliero convenuto, dipartimento di neurologia. In seguito all'espletamento di numerosi esami, in data 29.05.2009 veniva trasferita presso il reparto di neurochirurgia con diagnosi di *"ematoma sottodurale fronto-parietale sinistro. Epilessia sintomatica*" e sottoposta ad intervento di craniectomia. In data 01.06.2009 veniva quindi rimosso il drenaggio e in data 04.06.2009 la *Per_1* veniva trasferita nuovamente al reparto di neurologia per il prosieguo del trattamento farmacologico prescritto e la riabilitazione.

Sostenevano, gli attori, che subito dopo l'intervento la paziente presentava un visibile peggioramento, e che nella visita chirurgica del 08.06.2009 veniva evidenziata la presenza di febbre, per la quale veniva richiesta visita infettivologa, effettuata l'indomani. Nei giorni successivi non si riscontrava alcun miglioramento, permanendo la iperpiressia e le alterazioni del sistema nervoso centrale. In data 01.07.2009 la *Per_1* veniva trasferita presso il reparto di neuroriabilitazione con diagnosi di "*afasia ed emiplegia destra in paziente operata per ematoma subdurale cronico sinistro*", e poi in data 11.08.2009 presso l'unità di risveglio del centro di neuro-riabilitazione intensiva *Org_3* " a Porto [redacted] con diagnosi di "*Encefalopatia in paziente sottoposta ad asportazione ematoma subdurale cronico sn. Pregresso intervento di asportazione di glioma posteriore dx (1997)".* In data 06.08.2010 la *Per_1* veniva ricoverata presso la clinica riabilitativa di [redacted] in L'Aquila per il prosieguo delle cure riabilitative. Nel Gennaio 2013 veniva trasferita e ricoverata presso il reparto di medicina interna del [redacted] di L'Aquila ed in data 20.02.2013 veniva dimessa e trasferita presso il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

reparto di riabilitazione del medesimo nosocomio, dove le condizioni cliniche peggioravano sino al [redacted]

Sostenevano gli attori che in seguito all'intervento chirurgico di evacuazione di ematoma subdurale fronto-parietale sinistro eseguito presso l'Azienda convenuta, la loro congiunta aveva contratto un'infezione post-operatoria nosocomiale, la cui gestione da parte dei sanitari era stata incongrua e tale da rendere la sig.ra *Per_1* del tutto inabile, allo stato vegetativo, protrattosi fino al decesso nel 2013.

Sostenevano, inoltre, che tale dolorosa vicenda aveva comportato un vasto sconvolgimento della loro vita, con notevoli danni sia psicologici che pratici, ed elevate perdite economiche.

La convenuta *Controparte_6* *CP_5* si costituiva in giudizio contestando ogni profilo di responsabilità nonché l'insussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari della struttura ed i danni lamentati, sostenendo la correttezza del loro operato e contestando le voci di danno richieste.

La causa è stata istruita mediante CTU medico-legale ed acquisizione delle copiose produzioni documentali.

Così ricostruito, in via di estrema sintesi, l'oggetto del processo e la posizione delle parti, giova premettere che, con specifico riferimento alla responsabilità della struttura sanitaria, essa è inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale (in termini Cass. SS.UU. 11.1.2008 n. 577; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11.3.2002 n. 3492).

La Cassazione ha ribadito la natura di responsabilità contrattuale, evidenziando che la disposizione contenuta nella L. 189/2012 non induce il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità da contatto e sulle sue implicazioni (Cass. 17.4.2014 n. 8940; Cass. n. 19.2.2013 n.4030).

Occorre inoltre evidenziare che, con particolare riferimento alla struttura sanitaria, la responsabilità contrattuale è stata ribadita dalla L. 8.3.2017 n. 24 "; in particolare ex art. 7 c. 1 "*La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorche' non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.*;" al contrario, secondo quanto disposto dall'art. 7 c.3 l. 24/2017 cit. "*L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile*" .

Dalla natura contrattuale del rapporto tra paziente e struttura sanitaria consegue anche il regime probatorio tipico della responsabilità contrattuale, laddove il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie) e del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass. 12516/16; Cass. 15993/2011; Cass. 577/08).

Dunque, alla luce delle considerazioni che precedono, tenuto conto delle risultanze della CTU medico-legale e dalla copiosa documentazione medica in atti, la domanda proposta dagli attori è fondata e va accolta nei limiti di seguito indicati.

Preliminarmente, quanto alla richiesta di rinnovazione della CTU, come da ultimo articolata anche in sede di precisazione delle conclusioni da parte della difesa della convenuta, si osserva che, al di là delle generiche doglianze, non è stato indicato alcun concreto pregiudizio derivato alla parte dall'inosservanza dei termini per il deposito dell'elaborato peritale; le parti hanno avuto occasione di depositare osservazioni alla CTU nei termini concessi, e la relazione appare completa (il CTU Prof. *Per_3* ha adeguatamente risposto anche alle osservazioni dei CT di parte) e fondata su un ragionamento logico e privo di omissioni.

La convenuta insiste poi nel richiedere la esibizione in giudizio di copia dell'esame del 14.8.2009 e della cartella cinica relativa al ricovero della sig.ra *Per_1* presso l'istituto di riabilitazione *[...] Org_3* , documentazione che è già agli atti ed è stata esaminata dal CTU (pag. 24 relazione peritale: "*Nel corso della degenza presso l'Istituto "* *Org_3* *", in data 14 agosto 2009, viene effettuata una Puntura Lombare con aspirazione di liquor che viene analizzato presso il laboratorio di analisi degli* *Controparte_5* *di* *CP_5* *(documento n. 7 del fascicolo dell'avvocato* [redacted] *e parimenti presente nella cartella clinica dell'* *Organizzazione_4* *di cui al documento 22 del fascicolo dell'avvocato* [redacted] ". Ed ancora a pag. 32 della CTU: "*Si impongono a questo punto alcune considerazioni sul fatto che la rachicentesi non fu eseguita in tempi prossimi a quando consigliato dall'infettivologo (15.06.09), ma soltanto in data 1° agosto 2009. Ebbene, sulla base dei dati clinici e strumentali a disposizione si ritiene di poter motivatamente affermare che nell'immediatezza della visita effettuata dall'infettivologo non vi erano le condizioni cliniche per eseguire una rachicentesi; più specificamente, la stessa non poteva essere effettuata prima di quanto fu eseguita. Affermazione motivata dal fatto che, essendo stata la signora* *Per_1* *operata di ematoma subdurale cronico in data 29 maggio 2009, con TAC encefalo che mostrava ancora una incompleta ri-espansione del parenchima cerebrale, l'esecuzione della puntura lombare sarebbe stata ad alto rischio di determinare due gravi possibili complicanze: 1) formazione di un ematoma subdurale acuto; 2) ipotensione liquorale. Rischi concreti i quali, in presenza di un paziente nelle condizioni della signora* *Per_1* *andavano assolutamente evitati. Solo per completezza espositiva si segnala che la rachicentesi veniva poi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

effettuata in data 14 agosto 2009 e dava esito negativo per la ricerca di microorganismi; esito sostanzialmente scontato essendosi all'epoca sostanzialmente "spento" il focolaio infettivo".

Il CTU ha altresì chiarito che alla data della dimissione dall'ospedale convenuto, e quindi alla data dell'ingresso presso l'istituto *Org_3* l'infezione era già insorta: "*La signora Per_1 ha contratto l'infezione meningo-encefalica nel corso dell'intervento chirurgico del 29 maggio 2009; ne discende che alla data della dimissione la stessa era già stata affetta da detta infezione*".

Aggiunge Il CTU come sia pienamente sussistente il rapporto di causalità tra l'intervento chirurgico di craniotomia per evacuazione dell'ematoma e l'infezione insorta in tempi successivi all'effettuazione dello stesso, sulla base della verifica di tutti i criteri della "rigida metodologia medico legale":

- Il criterio della esclusione di altre cause: "*l'unica via di accesso dei germi all'interno della scatola cranica (encefalo e meningi) era costituita dallo strumentario utilizzato nel corso dell'intervento chirurgico del 29 maggio 2009 …*";

- Il criterio topografico: "*la sede di insorgenza del processo infettivo era sostanzialmente in corrispondenza del sito ove veniva eseguita la craniotomia evacuativa";*

-Il criterio della adeguatezza quali-quantitativa: "*la non corretta osservazione delle norme di asepsi nel corso di interventi chirurgici, e/o la non perfetta sterilità dello strumentario utilizzato, costituiscono fattori causali idonei a determinare l'insorgenza di processi infettivi in corrispondenza della sede anatomica ove è effettuato l'atto chirurgico. Problematica questa che coinvolge tutta l'equipe e l'idoneità della struttura sanitaria nel suo insieme";*

- Il criterio cronologico e della seriazione fenomenologica: essi "*sono comprovati dall'appalesarsi sintomatologico dell'infezione a far data dal post operatorio, come si evince dall'esame della documentazione sanitaria e come comprovato dal successivo iter clinico; il processo settico determinava infatti l'insorgenza di un quadro clinico tale da imporre trattamenti terapeutici".*

Aggiunge il CTU: "*che nel caso in esame si sia in presenza di infezione del sito chirurgico è poi sostanzialmente parimenti condiviso dai sanitari della Commissione Valutazione Sinistri dell' [...] Controparte_7 i quali nella seduta del 24 marzo 2014 affermano "fase valutativa medico legale Presunta infezione del sito chirurgico difficilmente negabile in base alla consulenza infettivologo e ad RM anche se non si è mai isolato il germe….".*

Dunque, accertato che la sig.ra *Pt_2* ha contratto una infezione quale conseguenza dell'intervento chirurgico effettuato in data 29.5.2009 presso la *Controparte_5* era onere della convenuta fornire la prova di aver effettuato la prestazione sanitaria in modo diligente ed esente da colpa, nonché di aver posto in essere tutto il possibile per evitare l'insorgenza dell'infezione stessa. Onere che non è stato assolto.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

Erronea è stata la gestione della antibioticoterapia dal 5 al 9 settembre, con susseguente aggravamento dell'infezione.

Su tale punto così si esprime il CTU (pag. 29 e ss): *"La scelta dell'antibioticoterapia limitata alla somministrazione di Ciprofloxacina va qualificata come non corretta. Più specificamente in un paziente che è stato sottoposto ad intervento chirurgico di craniotomia la comparsa di alterazioni della funzione del SNC e l'innalzamento degli indici di flogosi deve far porre il sospetto di insorgenza di processi infettivi nel sito intracranico di intervento; situazione questa ad elevato rischio per il paziente e che, pertanto, va ab initio affrontata con una antibioticoterapia ben più aggressiva rispetto a quella posta in essere nel caso in esame*".

In modo ancora più chiaro, così prosegue il CTU: "*…va evidenziata la sostanziale inerzia nell'affrontare una situazione clinica la quale, per la concordanza di alterazioni funzionali del SNC e persistente iperpiressia (Ore 12.00: T: 38.4°C. Ore 13.30. Ore 17.30: 38°C. Ore 19.30: 38.5°C), non poteva essere affrontata con la aggiunta di "BBK8 in Fs 100" come riportato nel diario infermieristico. Trattavasi di situazione clinica la quale, in presenza di dati clinici idonei a far porre il fondato sospetto diagnostico di infezione a livello del sito operatorio intracranico, avrebbe imposto un approccio terapeutico ben più aggressivo".*

Solo in data 9.6.2009, a distanza di più giorni dalla comparsa e persistenza della febbre, viene effettuata una consulenza infettivologa che muta lo schema terapeutico, che diviene solo a questo punto "*corretto ma purtroppo tardivo"*.

Così conclude il CTU (pag. 32): "*Purtroppo l'infezione, incongruamente affrontata al suo esordio e nei giorni seguenti, era progredita a livello intracranico e anche nei giorni seguenti vi era andamento altalenante dell'iperpiressia, con situazione neurologica che permaneva in uno stato di gravità"*.

Passando alla valutazione dei postumi, si impone di premettere che le condizioni di salute della *Per_1* prima dell'atto chirurgico del 29 maggio 2009, erano già compromesse (era affetta da patologia al sistema nervoso centrale valutabile nella misura del 75-80 punti di permanente danno biologico) presentando i postumi di pregressa asportazione di astrocitoma (1997) che poi aveva imposto trattamento radioterapico, turbe della deambulazione e deficit psico-intellettivi verosimilmente in rapporto al progredire del danno a livello del parenchima cerebrale; nel settembre 2008, a seguito di trauma cranico da caduta in casa, vi era stata la diagnosi di "*crisi convulsive in paziente con esiti di intervento per astrocitoma frontale*"; in data 25 maggio 2009 a seguito di esame tac cranio, era riscontrata la presenza di ematoma sotto durale fronto paritale sinistro cronico).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

In esito al processo infettivo encefalico insorto dopo l'intervento chirurgico del 29 maggio 2009 detto quadro si aggravava, sino a rendere la *Per_1* sostanzialmente inabile con valutazione del permanente danno biologico complessivo pari al 100%.

A pag. 42 della relazione il CTU scrive "*Il danno biologico temporaneo, da errori sanitari, è delimitabile in due mesi di totale …. il processo infettivo intracranico ha causato un maggior danno biologico di circa 20-25 punti, collocabile nella fascia compresa tra 75-80% e 100%".*

Infine, il CTU si occupa del rapporto di causalità tra le lesioni da processo infettivo post operatorio e l'evento morte, verificatosi nel febbraio 2013.

Così sul punto la CTU (pag. 39): "*Va acclarato che dall'esame della documentazione sanitaria relativa a questo periodo emerge il progressivo aggravamento della situazione cerebrale; aggravamento il quale, peraltro, riconosce quali momenti concausali sia gli esiti dell'atto chirurgico del 1997 e della successiva radioterapia, sia le conseguenze dell'infezione del maggio-giugno 2009. A fotografare la situazione di detto aggravamento si riporta il referto della RM encefalo del 16 agosto 2010 "…Ampie cavità malaciche con intensità di segnale liquorale si apprezzano in sede frontale destra (circa 3,7 cm), a livello polare temporale sinistro (circa 4 cm) e due più piccole, in sede parieto-occipitale sinistra a sede parasagittale, ove presentano aspetto polilobulato. Si apprezza estesa alterazione dell'intensità di segnale della sostanza bianca fronto-parietale bi emisferica, estesa anche in sede temporale sinistra, ampliamento del corno temporale del ventricolo laterale sempre a sinistra….. Peraltro, sulla base della tipologia delle due realtà patologiche di base e dell'evoluzione del substrato anatomo-patologico quale descritto dagli esami TC e RMN effettuati in tempi successivi, si ritiene di poter motivatamente affermare che i postumi dell'infezione del 2009 hanno avuto una valenza concausale nel determinismo del decesso; valenza concausale non superiore alle metà".*

Ed a pag. 42 della CTU: *"La causa della morte della signora Per_1 è da ricondurre all'evoluzione della situazione patologica complessivamente presente a livello del sistema nervoso centrale. In questo contesto postumi dell'infezione del 2009 hanno avuto una valenza concausale, nel determinismo del decesso, non superiore alla metà".*

Nel rispondere alle osservazione del CT di parte convenuta sull'attribuzione di un ruolo, ancorché concausale, degli esiti dell'infezione nella causa morte, rispetto alla preesistente realtà patologica, il CTU ha precisato che "*trattavasi di situazioni patologiche in stretta interconnessione tra loro a livello del parenchina cerebrale, per cui è sostanzialmente impossibile affermare l'estraneità di una delle due nell'evolvere del quadro clinico".*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

Passando all'esame del profilo del quantum risarcibile, vanno esaminate le posizioni degli attori sia iure proprio che iure ereditatis, premettendo alcune considerazioni relative alle innumerevoli poste di danno richieste dagli attori.

La Suprema Corte è pacifica nel ritenere che "Il danno biologico (cioè la lesione della salute), quello morale (cioè la sofferenza interiore) e quello dinamico-relazionale (altrimenti definibile "esistenziale", e consistente nel peggioramento delle condizioni di vita quotidiane, risarcibile nel caso in cui l'illecito abbia violato diritti fondamentali della persona) integrano componenti autonome dell'unitario danno non patrimoniale, le quali, pur valutate nello loro differenza ontologica, devono sempre dar luogo ad una valutazione globale" (Cass.n. 25817 del 31.10.2017) di modo che "Possono essere risarcite plurime voci di danno non patrimoniale, purché allegate e provate nella loro specificità, purché si pervenga ad una ragionevole mediazione tra l'esigenza di non moltiplicare in via automatica le voci risarcitorie in presenza di lesioni all'integrità psico-fisica della persona con tratti unitari suscettibili di essere globalmente considerati, e quella di valutare l'incidenza dell'atto lesivo su aspetti particolari che attengono alla personalità del danneggiato (Cass. 13992 del 31.05.2018).

In caso di lesione dell'integrità fisica con esito letale, un danno biologico risarcibile in capo al danneggiato, trasmissibile agli eredi, è configurabile solo se la morte sia intervenuta dopo un apprezzabile lasso di tempo, sì da potersi concretamente configurare un'effettiva compromissione dell'integrità psicofisica del soggetto leso, non già quando la morte sia sopraggiunta immediatamente o comunque a breve distanza dall'evento, giacché essa non costituisce la massima lesione possibile del diritto alla salute, ma lesione di un bene giuridico diverso, e cioè del bene della vita (si veda Cass. SU n. 15350 del 22.07.2015 che ha definitivamente chiarito che "In materia di danno non patrimoniale, in caso di morte cagionata da un illecito, il pregiudizio conseguente è costituito dalla perdita della vita, bene giuridico autonomo rispetto alla salute, fruibile solo in natura dal titolare e insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, sicché, ove il decesso si verifichi immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali, deve escludersi la risarcibilità "jure hereditatis" di tale pregiudizio, in ragione - nel primo caso - dell'assenza del soggetto al quale sia collegabile la perdita del bene e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio, ovvero - nel secondo - della mancanza di utilità di uno spazio di vita brevissimo").

Nel caso in esame il lasso di tempo intercorso tra l'evento e la morte non lascia dubbi sulla configurabilità del danno.

Ciò posto e quanto alla domanda di risarcimento del danno patito da *Persona_1* da questi trasmesso agli attori iure hereditatis, ai fini della liquidazione deve tenersi conto che la sig.ra *Pt_2* è [redacted] con diagnosi "*tetraparesi spastica da pregressa emorragia cerebrale;*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

pregresso astrocitoma. Recenti bronco pneumopatie. Incarceramento di PEG rimossa chirurgicamente. Insufficienza Cardiorespiratoria" (CTU pag. 25).

Pertanto, in merito alla determinazione del quantum risarcibile pare equo determinare l'entità del danno temporaneo - assumendo il valore economico giornaliero massimo di euro 147 giornalieri (Tabelle Milano aggiornate al 2018) - in euro 8.820,00 (euro147,00 x 60 gg.) e del danno permanente - assumendo la Tabella del "danno biologico da premorienza"- in € 23.395,00, considerando la percentuale di danno biologico del 25% stimato dal CTU ed il periodo di sopravvivenza tra "evento sinistroso" e decesso di quattro anni.

La somma delle due voci determina la cifra di € 32.215,00 da ripartire tra gli attori quali eredi di *Persona_1* .

L'ulteriore richiesta attorea (danno catastrofale) non è provata.

Quanto, invece, al danno lamentato dagli attori iure proprio va considerato che il soggetto che chiede il risarcimento del danno subito in conseguenza della definitiva perdita del rapporto parentale lamenta l'incisione di un interesse giuridico diverso sia dal bene salute, del quale è titolare (la cui tutela ex art. 32 Cost., ove risulti intaccata l'integrità psicofisica, si esprime mediante il risarcimento del danno biologico), sia dall'interesse all'integrità morale (la cui tutela, ricollegabile all'art. 2 Cost., ove sia determinata una ingiusta sofferenza contingente, si esprime mediante il risarcimento del danno morale soggettivo), e ciò in quanto l'interesse fatto valere è quello alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2, 29 e 30 Cost.. Trattasi di interesse protetto, di rilievo costituzionale, non avente natura economica, la cui lesione non apre la via ad un risarcimento ai sensi dell'art. 2043 cod. civ., nel cui ambito rientrano i danni patrimoniali, ma ad una riparazione ai sensi dell'art. 2059 cod. civ., senza il limite ivi previsto in correlazione all'art. 185 cod. pen. in ragione della natura del valore inciso, vertendosi in materia di danno che non si presta ad una valutazione monetaria di mercato (vedi in tal senso Cass. 2557 del 03.02.2011).

La morte di una persona cara costituisce, peraltro, di per sé un fatto noto dal quale il giudice può desumere, ex art. 2727 cod. civ., che i congiunti dello scomparso abbiano patito una sofferenza interiore tale da determinare un'alterazione della loro vita di relazione e da indurli a scelte di vita diverse da quelle che avrebbero altrimenti compiuto (Cass. 10527 del 13.05.2011; Cass. 16018 del 07.07.2010).

Accertato che i postumi dell'infezione hanno avuto una valenza concausale nel determinismo del decesso, per quanto attiene alla liquidazione del danno non patrimoniale per la morte del congiunto le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

Tabelle formulate dal Tribunale di Milano costituiscono un sicuro parametro oggettivo, quale base per individuare il quantum risarcibile (Cass. 14402/2011).

In particolare, con riferimento al rapporto familiare degli attori con la defunta (marito e figlie), nelle citate Tabelle viene astrattamente riconosciuto un quantum compreso tra € 165.960,00 e € 331.92000.

Nel caso in esame risulta ragionevole assumere, quale parametro-base, a titolo risarcitorio, un valore medio (€ 248.940,00) tenendo conto di tutte le circostanze del caso concreto emergenti dagli atti, quali l'età della vittima, la composizione del nucleo familiare, l'età dei parenti sopravvissuti che hanno richiesto il ristoro dei danni e la compromissione delle esigenze di questi ultimi.

Va poi considerata la preesistente gravità delle condizioni di salute della *Per_1* tale da pregiudicare in modo significativo la qualità della vita e, comunque, determinare un abbassamento della rispettiva aspettativa di vita stessa.

In ragione di quanto esposto, in via equitativa, tenuto conto delle circostanze del caso concreto, l'importo di danno risarcibile viene riconosciuto in una somma inferiore del 50% del parametro base sopra indicato: tale importo è quindi liquidato in € 124.470,00 per ciascuna parte attrice.

Su tali importi competono interessi al saggio legale, da calcolarsi sulla somma capitale previa devalutazione alla data del decesso, e rivalutazione monetaria annuale secondo gli indici ISTAT fino all'odierna deliberazione, oltre interessi dalla data di pubblicazione della sentenza al soddisfo.

Quanto al danno patrimoniale, le asserite spese sono rimaste prive di qualsiasi riscontro probatorio.

Le prove testimoniali reiterate da parte attrice in sede di precisazione delle conclusioni sono inammissibili, come da ordinanza istruttoria del 27.01.2017.

Le spese di lite sono regolate dal principio generale della soccombenza e sono poste a carico di parte convenuta e liquidate come nel dispositivo, tenendo conto del contenuto effettivo della decisione (criterio del decisum) e dell'attività svolta.

Nonostante l'eccezionale sproporzione tra la domanda giudiziale inizialmente formulata e quella accolta, l'integrale addebito delle spese di lite sulla convenuta si impone in ragione dell'assenza di qualsivoglia offerta transattiva in sede giudiziale e stragiudiziale da parte dell'*Parte_3*, pur a seguito delle risultanze della CTU.

Le spese di CTU, come già liquidate in atti, vanno poste in via definitiva in capo alla convenuta, con diritto di rivalsa in favore degli attori in caso di anticipo.

P.Q.M.

Il Tribunale di Ancona, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279

Accoglie nei limiti di cui in motivazione la domanda dei sig.ri *Parte_1* , *Parte_1* e *[...]* *Pt_1* e, per l'effetto, condanna l' *Controparte_5* *[...]* *CP_5* in persona del legale rappresentante pro-tempore, al risarcimento dei danni, che si liquidano in € 32.215,00 da ripartire tra gli attori quali eredi di *Persona_1* ed in € 124.470,00 per ciascuno in favore di *Parte_1* , *Parte_1* e *Parte_1* oltre interessi e rivalutazione monetaria come da parte motiva.

Condanna la convenuta al pagamento in favore delle parti attrici delle spese di lite, che si liquidano in € 1.810,60 per esborsi, ed € 21.000,00 per compensi, oltre rimborso spese gen. 15%, c.p.a. e iva come per legge.

Pone le spese di CTU, come già liquidate in atti, a carico di parte convenuta, con diritto di rivalsa in favore degli attori in caso di anticipo.

Ancona, 26.11.2019

Il Giudice on.

Dott. Roberta Mariotti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-279