REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di AVEZZANO

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessandra Contestabile, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. 1400/2018 promossa da:

Parte_1 (*C.F._1*) *Parte_2* (*C.F._2*), *Parte_3* (*C.F._3*) in proprio e quali eredi del *de cuius* *Persona_1* con gli avvocati [redacted] (*C.F._4*) e [redacted] dai quali sono tutti rappresentati e difesi;

ATTORI

contro

Controparte_1 IN P. DEL DIRETTORE GENERALE P.T. elettivamente domiciliato in [redacted] null [redacted] di Stabia con l'avv. [redacted] (*C.F._5*), dal quale è rappresentato e difeso

CONVENUTA

CONCLUSIONI: Le parti hanno concluso come nei rispettivi atti e da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

Oggetto: Responsabilità medica.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 3-4.10.18, *Parte_1* , *Pt_2* *[...]* e *Parte_3* , in proprio e quali eredi del *de cuius* *Persona_1* convenivano, dinanzi al Tribunale Civile di Avezzano per l'udienza del 17.4.19, l' *[...]* *Parte_4* per ivi sentir dichiarare la responsabilità, contrattuale e/o extracontrattuale, di tale struttura sanitaria nella causazione dell'evento dannoso e, per l'effetto, sentirla condannare al risarcimento di tutti i danni da loro subìti, iure proprio e iure hereditatis, oltre rivalutazione, interessi e spese di lite.

In particolare nei fatti evidenziavano:

- che *Persona_1* di 64 anni affetto da BPCO, accusando difficoltà respiratorie, in data 12.3.2013 veniva trasportato dall'autoambulanza (Servizio 118) presso il P.S. del Presidio Ospedaliero [redacted] di *Pt_4* ove i sanitari, senza valutare alternative terapeutiche, intubavano il paziente e lo ricoveravano d'urgenza presso il Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva del medesimo Nosocomio (ore 21,20);

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

- che i sanitari, tuttavia, non eseguivano uno studio accurato dello stato e dell'evoluzione della broncopneumopatia per determinarne gli effetti sulla dinamica delle vie aeree e non effettuavano alcun esame diagnostico-strumentale per la definizione della capacità respiratoria residua e della *performance* ventilatoria nonché dell'eventuale ipertensione polmonare, quali la spirometria, la scintigrafia perfusionale ed il test da sforzo cardiopolmonare;
- che in data 22.3.2013 i sanitari, che già avevano intubato il paziente in Pronto Soccorso senza valutare la possibilità di adottare strategie più conservative (Ventilazione Meccanica Non Invasiva), eseguivano la tracheotomia, per giunta senza adeguato consenso informato;
- che i medici, inoltre, non adottavano alcuna strategia di tipo profilattico-terapeutica per prevenire le prevedibili infezioni nosocomiali cui il Sig. *Per_1* era esposto per le procedure assistenziali;
- che l'emocoltura del 16.3.2013 (refertata, con ritardo, il 21.3.2013) mostrava la positività allo *Staphylococcus epidermidis* sensibile alla Vancomicina;
- che, tuttavia, i sanitari, che dal 12.3.2013 avevano somministrato solo il *Pt_5* (cefalosporina), iniziavano la somministrazione della *Parte_6* il 25.3.2013, con estremo ritardo posto che fino al 2.4.2013 (quindi per ben 22 giorni) continuavano la somministrazione del *Pt_5* favorendo, così, la selezione di patogeni resistenti e il peggioramento delle condizioni cliniche del paziente;
- che i sanitari, quindi, non adottavano tempestivamente la terapia idonea a curare la patologia respiratoria ed a gestire adeguatamente lo stato settico;
- che in data 25.3.2013, veniva effettuata una Tac torace che mostrava la presenza di aree di consolidazione parenchimale bilaterale;
- che gli esami ematochimici del 4.4.2013 rilevavano la persistenza di criticità sia di tipo settico (leucocitosi neutrofila), che di tipo respiratorio (emogasanalisi);
- che i sanitari, in data 4.4.2013 disponevano, imprudentemente, il trasferimento del Sig. *Per_1* nel Reparto ordinario di Medicina del medesimo nosocomio;
- che in quest'ultimo reparto, già inadeguato a gestire le condizioni del paziente, i sanitari non eseguivano neppure un adeguato monitoraggio clinico, non valutavano correttamente le evidenze mostrate dagli esami strumentali e non adottavano le terapie necessarie a contrastare la patologia respiratoria e l'evoluzione dello stato settico;
- che i sanitari non praticavano gli esami di approfondimento diagnostico tra cui la RNM encefalo, consigliata dopo l'esecuzione della Tac cranio (25.3.2013) che aveva evidenziato la presenza di una "*formazione a morfologia bilobata apprezzabile in sede retromesencefalica…";* non eseguivano la *Pt_7* a seguito dell'emissione di vomito caffeano, che indicava una probabile ematemesi;
- che in data 4.4.2013 i sanitari non somministravano neppure la *Parte_6* perché mancante;
- che in data 6.4.2013 non eseguivano l'*Contr* perché i macchinari, sia della Rianimazione sia del P.S., non erano funzionanti;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

- che, oltretutto, dal diario clinico in data 4.4.2013 risultava che "*il paziente viene gestito dai familiari*";
- che tale carente ed inadeguata assistenza da parte dei sanitari determinava il peggioramento delle condizioni cliniche del Sig. *Per_1* , che abbisognava di cure intensivistiche e di monitoraggi continui;
- **che in data 9.4.2013** il Sig. *Per_1* veniva ricoverato nuovamente presso l'U.O. di Rianimazione, ma questa volta presso l [redacted] segno evidente che il precedente trasferimento dal Reparto di Rianimazione a quello di Medicina dell [redacted] era stato un errore che, oltre ad aver privato il paziente di un appropriato regime di cure, aveva comportato la necessità di trasporto del medesimo in altro Ospedale (*Pt_4* con le ovvie deleterie implicazioni in relazione ad una adeguata continuità assistenziale;
- che detto trasferimento, eseguito senza informare il paziente dei rischi connessi a tale decisione, avveniva senza che i sanitari inviassero all'Ospedale di destinazione un'accurata relazione clinica sulle condizioni specifiche del paziente medesimo;
- che nel corso della degenza presso il Reparto di Rianimazione dell'Ospedale di *Pt_4* (9.4.2013 [redacted], a causa di cure inadeguate, si verificava il peggioramento del quadro clinico del Sig. *Per_1* , caratterizzato da persistente *distress* respiratorio accompagnato da iperpiressia e da emodinamica instabile, con tendenza all'ipotensione;
- che gli esami colturali mostravano l'aggravamento della sepsi nosocomiale tanto che veniva isolato lo *Stafilococco Aureo* meticillino resistente e produttore di beta-lattamasi (10.4.2013: aspirato bronchiale; 11.4.2013: catetere venoso periferico) che avrebbe dovuto indurre i sanitari ad applicare lo specifico protocollo di profilassi, bonifica e trattamento delle infezioni ospedaliere;
- che i sanitari del presidio Ospedaliero di *Pt_4* infatti, non trattavano adeguatamente la polmonite nosocomiale da MRSA tanto che la terapia antibiotica somministrata non risultava adeguata alle condizioni del paziente;
- che i sanitari somministravano al Sig. *Per_1* il Levoxacin nonostante l'allergia del paziente alla levofloxacina fosse un dato noto all'Azienda;
- che non veniva eseguito il continuo e rigoroso monitoraggio dei parametri clinici (iperpiressia) né bioumorali (PCR, VES, procalcitonina) per la valutazione della risposta terapeutica e per l'eventuale modifica della terapia;
- che non venivano effettuati gli esami colturali (su sangue, urina, escreato e device) per la valutazione dell'eventuale bonifica dei focolai di infezione;
- che non veniva eseguita, come indicato dalle Linee Guida, la determinazione della concentrazione plasmatica minima, necessaria per controllare l'adeguatezza della posologia della *Parte_6*
- che i sanitari, dunque, trattavano la polmonite nosocomiale da MRSA in maniera del tutto inadeguata tanto da determinare il peggioramento sia del quadro respiratorio che dello stato settico;
- che la Tac torace del 17.4.2013 evidenziava la presenza di versamento pleurico bilaterale con multiple aree di consolidazione parenchimale e gli esami colturali

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

documentavano altre contaminazioni sia micotiche (12.4.2013: *Candida Dubliniensis*) che batteriche (21.4.2013: *Enterobacter Cloacae);*

- che tale assistenza carente ed inadeguata continuava nonostante la preoccupante persistenza della difficoltà respiratoria e dell'iperpiressia, provocando la progressiva ed incontrastata ingravescenza del quadro clinico del Sig. *Per_1* e purtroppo il suo [redacted]

Su tali assunti gli attori insistevano per l'accoglimento delle conclusioni rassegnate in atti.

Si costituiva la struttura convenuta eccependo preliminarmente il difetto di legittimazione attiva degli eredi non avendo questi attestato detta qualità e, nel merito, resistendo alla domanda poiché infondata in fatto ed in diritto.

In sede di prima udienza il Giudice assegnatario del ruolo, dott. Sacco, concedeva i termini ex art. 183 6° co. c.p.c.

Depositate le memorie ex art. 183 6° co. c.p.c. il nuovo magistrato assegnatario del ruolo, dott.ssa Roberta Mastropietro, con ordinanza del 16.9.20 ammetteva la CTU medico legale (nominando la dott.ssa *Persona_2* medico legale, con onere di indicare uno specialista in anestesia e rianimazione) e la prova testimoniale degli attori come, pure, quella dei convenuti, fissando il termine per il giuramento telematico e rinviando per l'escussione dei testi all'udienza del 25.2.21.

La causa veniva più volte rinviata per consentire il tentativo di bonario componimento e, nelle more, veniva svolta CTU a mezzo del Collegio costituito dal medico legale dott.ssa *Persona_2* e dallo specialista in anestesia e rianimazione dott.ssa *Persona_3* che depositavano l'elaborato con le risposte alle note dei CCTTP attorei, mentre l'*Cont* non inviava alcuna osservazione alla bozza di CTU.

Veniva espletata l'istruttoria orale con l'escussione dei testi ammessi e dopo il deposito della CTU, venivano respinte le richieste di chiarimenti CTU avanzate dalla convenuta, come, pure, l'istanza di integrazione del Collegio con uno specialista infettivologo.

In data 16.12.2022 veniva disposta la sostituzione del giudice transitando la causa dal ruolo della dott.ssa Caterina Lauro a quello dell'attuale giudice.

Chiusa l'istruttoria orale veniva fissata udienza di precisazione delle conclusioni per il 15.11.25 e, dopo un breve rinvio per il bonario componimento che aveva esito negativo, il 15.12.25 la causa era assegnata a sentenza con i termini ex art. 190 c.p.c.

1. Sulla legittimazione attiva

La convenuta ha eccepito il difetto di legittimazione attiva degli attori con riferimento alla domanda proposta dagli attori in qualità di eredi e successori del di loro padre e marito.

L'eccezione è infondata e va rigettata.

Invero, dagli atti di causa e documenti versati dagli attori in citazione sussiste idonea attestazione comprovante la qualità di erede.

Sicché nella specie gli attori hanno compiutamente attestato e documentato la qualità di figli e coniuge del defunto mentre la convenuta si è limitata ad una contestazione meramente formale.

2. NEL MERITO

2.1 Sulla responsabilità della struttura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

Va in primo luogo osservato che in materia di responsabilità sanitaria, la struttura sanitaria risponde a titolo contrattuale e ai sensi di cui all'artt. 1218 c.c. e 1228 c.c. , per le prestazioni rese dal personale medico di cui si avvale, indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro intercorrente con i sanitari.

Infatti si verte in tema di responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente.
La Suprema Corte ha messo in evidenza che nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni cosiddette di comportamento, che coincidono con quelle tradizionalmente definite di mezzi, non è qualunque inadempimento ad essere rilevante, ma soltanto quello che è astrattamente idoneo alla produzione del danno.
Per quanto riguarda il tema di responsabilità medica e del relativo nesso causale vige il principio che la causalità, in sede civile, deve essere valutata secondo la regola del "*più probabile che non* "(Cfr. Cass. Su 576/2018; Cass. S. U. 581/2018.
La Suprema Corte ha altresì precisato che, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, 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 mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura ospedaliera dimostrate l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'esatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. Civ. 18392/2017).
Ne consegue che il nesso eziologico tra condotta sanitaria ed evento dannoso è riconducibile all'onere della prova a carico del danneggiato, nel senso che questi è tenuto a prospettare detta relazione causale alla stregua di criteri rispondenti a leggi scientifiche.
Nel caso di specie, gli attori hanno attestato compiutamente l'esistenza del contratto di spedalità, come, pure, l'aggravamento della condizione di salute che portarono all'evento culminante morte.
Incombe perciò sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato (Cass. Civ. Sez.III 22.02.2023 n.5490).
Sulla scorta delle risultanze della CTU questo giudice ritenere raggiunta la prova di una carenza organizzativa della *Cont* quantomeno, nella prevenzione delle infezioni nosocomiali .
Sul punto si richiamano le conclusioni del Collegio peritale che, siccome scevre di vizi logici e giuridici, vanno interamente condivise.
Dalla CTU collegiale è emerso che la Dott.ssa *Per_2* medico legale, evidenziava profili di responsabilità in ordine alla infezione contratta dal *Per_1* , "*verosimilmente entro il periodo di degenza presso il reparto di Rianimazione (ICU/UTI) dell* [redacted] .
In particolare sul punto il collegio peritale sottolineava che:
" *L'infezione è risultata sostenuta da germi MDR (Stafilococco aureo resistente alla meticillina MRSA e Enterobacter cloacae) ed espressa clinicamente in forma di polmonite inferiore destra (HAP/VAP) ed infezione invasiva, con determinante aggravamento della già compromessa funzione respiratoria - la SIRS successivamente evoluta in sepsi, ha determinato, con progressione inesorabilmente ingravescente, la Sindrome da insufficienza multiorganica (MOF) esitata nel decesso del paziente***".**
E' stato altresì evidenziato che:
"E' ragionevole ritenere sussistente la responsabilità dell *Controparte_3* *nella genesi dell'infezione correlata all'assistenza".*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

Diversamente, per quanto riguarda le cure e l'assistenza prestata al Per_1 durante il ricovero, il Collegio peritale ha, invece, escluso ogni responsabilità riconducibile ai CP_4 attestando che:

"Non sono emersi profili di responsabilità a carico dei Sanitari operanti presso gli Controparte_5 che, a vario titolo e secondo diversificata competenza specialistica, hanno erogato assistenza e cure al Sig. Per_1 nel corso dell'intero periodo di ricovero che ha preceduto il decesso".

Nell'elaborato infatti è dato leggere che:

***"**All' esito dell'analisi effettuata, la gestione clinica del paziente e - quindi - da considerarsi idonea e conforme alle linee guida e best-practice, cosi come indicate e necessarie sono ritenute le iniziative terapeutiche intraprese dai Sanitari, correttamente indirizzate a salvaguardare la sopravvivenza del paziente, nonostante la gravita del quadro clinico, manifestatosi ab initio come gravemente compromesso quoad valetudinem e quoad vitam"*

Inoltre, gli ausiliari del giudice sottolineavano che:

"*il Sig. Per_1 - pur se di età non avanzata (64 anni) - era affetto da rilevanti co-morbilita preesistenti, rappresentate da fibrotorace sinistro, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), severa insufficienza cardiorespiratoria, con necessita di ossigenoterapia continuativa a lungo termine (OLT) e ventilazione assistita domiciliare e che tali significative co-morbilità preesistenti, di per sé condizionanti una ridotta riserva funzionale pluriorganica ed una maggiore "fragilita" del soggetto, da un lato hanno reso lo stesso particolarmente suscettibile a rischio di infezione, dall'altro hanno certamente concorso nell'evoluzione della occorsa infezione verso l'exitus".*

Sul punto espressamente veniva precisato che:

" Premesso che almeno una quota di rischio infettivo nosocomiale, specie in pazienti sottoposti a cure intensive, sia praticamente ineliminabile, è ragionevole ritenere sussistente la responsabilità dell' Controparte_3 nella genesi dell'infezione correlata all'assistenza, salvo che lo stesso non riesca a dimostrare che la propria Struttura ed il proprio personale agirono nel pieno rispetto di diligenza e prudenza qualificata e che venne fatto tutto il possibile per evitare il contagio in base alle indicazioni ampiamente condivise e pretese dalla letteratura scientifica, nonché dalle vigenti previsioni normative……".

In specie, però, veniva sottolineato che:

*"Pur avendo la struttura convenuta prodotto documentazione relativa all'istituzione per la Parte_8 di un Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere (CIO), ridefinito nel 2010 in un Comitato di controllo, Gruppo Operativo e in un Gruppo di Infermieri epidemiologi (Delibera Direzione Generale [redacted] a seguito dell'accorpamento nella CP_1 [redacted], **non risultano documentati report comprovanti l'effettiva applicazione dei protocolli di prevenzione nei casi concreti";*** aggiungevano altresì "*Con riferimento al caso specifico, non risulta dimostrata documentalmente l'effettiva applicazione delle previste procedure di prevenzione del rischio nel momento in cui il paziente è stato ricoverato presso il reparto di Rianimazione [redacted] di Pt_4*

In conclusione attestavano che:

"I dati risultanti da quanto prodotto non consentono, quindi, di escludere carenze sotto il profilo della prevenzione, del monitoraggio e della gestione del rischio infettivologico specifico".

Diversamente dicasi per i trattamenti somministrati a terapia dell'infezione posto che il collegio peritale riteneva che:

***"**I trattamenti somministrati per la sopravvenuta infezione correlata all'assistenza da parte dei Parte_9 Controparte_5 sono, invece, da ritenersi adeguati,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

aderenti a protocolli, alle guide linea ed alle conoscenze scientifiche riferite all'epoca dei fatti. Dunque non emergono criticità sotto il profilo clinico-assistenziale e terapeutico".
Conseguentemente concludevano*:*
"E' ragionevole ritenere sussistente la responsabilità dell' Controparte_3 *nella genesi dell'infezione correlata all'assistenza, salvo che lo stesso non riesca a dimostrare che la propria Struttura ed il proprio personale agirono nel pieno rispetto di diligenza e prudenza qualificata e che venne fatto tutto il possibile per evitare il contagio in base alle indicazioni ampiamente condivise e pretese dalla letteratura scientifica, nonché dalle vigenti previsioni normative".*
I CTU hanno così evidenziato che la critica da muovere alla struttura sanitaria è ovviamente quella relativa alle infezioni da germi nosocomiali posto che in atti non è stata data alcuna prova positiva di una scrupolosa e corretta azione di profilassi e prevenzione che, quanto meno, poteva ridurre se non eliminare il rischio.
Dall'istruttoria emerge che l'infezione nosocomiale risulta riconducibile a una carenza organizzativa della struttura sanitaria, la quale non ha dimostrato di aver adottato tutte le misure idonee a prevenire il rischio infettivo.
Tale carenza ha determinato l'insorgenza di un quadro settico evoluto, poi sfociato in insufficienza multiorgano, incidendo in modo significativo sul decorso clinico del paziente.
La sepsi ha operato come causa sopravvenuta determinante del decesso.
Ebbene seppur vero che il paziente presentasse patologie pregresse che riducevano la sua aspettativa di vita ad una quota inferiore al 50%, la sepsi ha operato come causa determinante dell'anticipazione della morte.
2.2 Quantificazione danni
La CTU ha confermato che l'insorgenza della sepsi, riconducibile a carenza di protocolli di igiene ospedaliera, è stata la causa determinante del decesso in quel preciso momento temporale.
Conseguentemente accertato che l'infezione contratta ha determinato un peggioramento irreversibile del quadro clinico, anticipando l'exitus, sopraggiunto dopo 45 giorni, va da sé procedere alla liquidazione dei danni iure hereditatis (danno biologico terminale e danno catastrofale) e iure proprio, ovvero del danno sofferto direttamente dai familiari per la perdita definitiva del legame.
Sebbene la "fragilità" del paziente non esclude la responsabilità, la stessa rileva però in sede di quantificazione dei danni.
Infatti, data la ridotta aspettativa di vita (inferiore al 50%) dovrà applicarsi una decurtazione del 40% sui valori delle Tabelle di Milano al fine di riequilibrare il risarcimento alla " chance" di vita residua del defunto.
Pertanto al Per_1 va riconosciuto il danno biologico terminale, cioè il danno biologico da invalidità temporanea assoluta, e il danno morale e/o catastrofale, cioè il danno consistente nella sofferenza patita da chi lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita (c.f.r. Corte di Cass. Ordinanza 15.12.2022 n 36841).
Tale voci di danno vanno tenute distinte tra loro e liquidate con criteri diversi.
Quanto al danno biologico da invalidità temporanea totale la liquidazione ben può essere effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea in relazione alla menomazione dell'integrità fisica.
Invece, il danno catastrofale comporta la necessità di una liquidazione che si affidi a un criterio equitativo "puro" che sappia tener conto della sofferenza interiore psichica di massimo livello, correlata alla consapevolezza dell'approssimarsi alla fine della vita.
In specie, il paziente ha subìto un progressivo peggioramento delle proprie condizioni di salute terminate con il decesso, maturando dunque un danno biologico terminale del 100%, correlato alla sua condizione di salute, resa sempre più grave quantomeno per 45 giorni**.**
Pertanto il danno biologico terminale che spetta come ristoro dell'invalidità assoluta al 100% per i 45 giorni di sopravvivenza sarà pari alla diaria massima giornaliera, prevista

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

nelle Tabelle di Milano 2024, moltiplicata per i 45 giorni di sopravvivenza (€.161,07 x 45 giorni = €. 7.248,15).
A tale danno dovrà aggiungersi anche quello da sofferenza psichica ovvero il danno spettante a chi comprende che sta morendo.
Tale voce di danno spetta infatti per la lucida percezione dell'imminenza della morte**.**
Nel caso di specie dai rilievi dei CCTTU (che previo esame della cartella clinica in atti ebbero a specificare che: **"***Durante la degenza il paziente ha alternato fasi di lucidità, collaborazione ad altre con agitazione e scarsa aderenza alle cure; spesso la necessità di adattamento alle cure intensive ha richiesto la sedazione profonda")* risulta pienamente attestata, nonostante la sedazione, la lucidità del *Per_1* che giustifica il ristoro della sofferenza psichica.
Ai fini della liquidazione di questa voce di danno si ritenere applicabile il valore previsto nelle Tabelle di Milano 2024 per la massima intensità della sofferenza nei primi tre giorni cui dovrà aggiungersi, per i restanti 42 giorni, una integrazione calcolata, equitativamente ed in via sensibilmente decrescente, tenuto conto anche del fatto che il paziente è stato sedato e ha, conseguentemente, avuto una lucidità intermittente. Pertanto, il totale complessivo di tale voce di danno ammonterà ad euro 40.000,00, cui dovrà aggiungersi l'importo di 7.248,15.
Ne consegue che l'importo complessivo di euro 47.248,00 sarà trasmissibile "iure hereditatis" e ripartito e assegnato, ad ognuno degli eredi, nella misura di €. 15.749,00.
Tale somma non subisce la decurtazione del 40% applicata al danno da perdita parentale, poiché il dolore provato dal defunto nei suoi ultimi giorni è stato pieno, effettivo e non attenuato dalle patologie pregresse, le quali anzi hanno funto da moltiplicatore dell'angoscia esistenziale.
Ai congiunti spetterà anche il danno iure proprio per la perdita del rapporto parentale.
Pertanto il danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato secondo i parametri delle Tabelle di Milano, tenuto conto tuttavia della peculiare fattispecie in cui il decesso si inserisce in un quadro clinico già compromesso.
Ne consegue che il pregiudizio sarà parametrato ai valori delle Tabelle di Milano 2024 cui dovrà applicarsi la riduzione del 40% al fine di riequilibrare il risarcimento alla " chance" di vita residua del defunto.
Il danno *iure proprio* sarà il seguente:
Moglie convivente anni 55 Euro 301.147,80 - 40% = Euro 180.600,00
Figlio non convivente anni 36 Euro 254.215,00 - 40%= Euro 152.529.00
Figlia non convivente anni 30 Euro 262.037,00 - 40%= Euro 157.222.00
Su detti importi in conformità dei più recenti pronunciamenti della Suprema Corte devono essere riconosciuti sia la rivalutazione monetaria che gli interessi – dal giorno dell'illecito fino al provvedimento decisorio – quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte del danneggiato, dell'equivalente pecuniario del debito di valore.
Sul punto si osserva che "*la corresponsione degli interessi costituisce uno dei criteri di liquidazione del predetto lucro cessante, la cui sussistenza può ritenersi provata alla stregua anche di presunzioni semplici e il cui ammontare può essere determinato secondo un equo apprezzamento. Pertanto, alla stregua dei principi affermati con la sentenza citata, le somme precedentemente liquidate in favore dei ricorrenti a titolo di danno non patrimoniale – attualizzate a giugno 2022, data di pubblicazione delle tabelle milanesi – devono essere devalutate alla data dell'illecito* […]. *Sulla somma così calcolata e via via rivalutata annualmente secondo gli indici ISTAT devono quindi essere applicati gli interessi al tasso legale*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

3. SUL CONSENSO INFORMATO

Nel caso di specie l'istruttori ha comprovato l'effettività di un processo informativo esente da vizi.
Pertanto ai fini risarcitori non è dato ravvisare alcun pregiudizio ulteriore derivante dall'inadempimento informato fonte di autonomo risarcimento.

4. SPESE DI LITE

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono dunque poste a carico della parte convenuta e liquidate d'ufficio, in favore dei procuratori anticipatari, avvocati [redacted] e [redacted] con riguardo ai parametri medi di cui al D.M. n 55/2014, fissati nello scaglione di riferimento della causa (valore indeterminato) ed aumentati per la presenza di più parti aventi stessa posizione processuale (art. 4 comma 2).

5. SPESE CTU

Le spese di CTU vengono poste definitivamente a carico di parte convenuta soccombente e liquidate come in decreto.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunziando, nella causa in epigrafe, così provvede:

- **Accerta e dichiara** la responsabilità della *Controparte_6* *[...]* per i fatti di causa;
- **Condanna** la *Parte_4* al pagamento in favore di ciascun attore, *Parte_1* , *Parte_2* e *Parte_3* *[...]* , per le causali di cui in parte motiva, dell'importo di €. 15.749,00 oltre rivalutazione monetaria e interessi – dal giorno dell'illecito fino al provvedimento decisorio – quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte del danneggiato, dell'equivalente pecuniario del debito di valore;
- **Condanna** la *Parte_4* , al pagamento in favore di *Parte_3* dell'importo di euro 180.600,00 oltre rivalutazione monetaria e interessi – dal giorno dell'illecito fino al provvedimento decisorio – quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte del danneggiato, dell'equivalente pecuniario del debito di valore;
- **Condanna** la *Parte_4* al pagamento in favore di *Parte_2* dell'importo di euro 152.592,00 oltre rivalutazione monetaria e interessi – dal giorno dell'illecito fino al provvedimento decisorio – quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte del danneggiato, dell'equivalente pecuniario del debito di valore;
- **Condanna** la *Parte_4* al pagamento in favore di *Parte_1* dell'importo di euro 157.222,00 oltre rivalutazione monetaria e interessi – dal giorno dell'illecito fino al provvedimento decisorio – quale corrispettivo del mancato tempestivo godimento, da parte del danneggiato, dell'equivalente pecuniario del debito di valore;
- **Condanna** la *Parte_4* al pagamento in favore dell'avv. [redacted] e dell'avv. avv. [redacted] dichiaratisi anticipatari, delle spese e competenze di giudizio che liquida, come da parte motiva, in complessivi € 17.376,00 per compensi oltre a spese generali, I.V.A. e cassa come per legge;
- **Pone** definitivamente a carico della *Parte_4* il compenso liquidato al CTU con separato decreto.

Manda la cancelleria per gli adempimenti di competenza.
Così deciso in Avezzano in data 28.02.2026

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821

IL GIUDICE
Dott.ssa Alessandra Contestabile

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-821