N. R.G. 3871/2015

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

TERZA SEZIONE CIVILE

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

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3871/2015** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1* ,
Parte_2 (C.F. *C.F._2* ,
Parte_3 (C.F. *C.F._3*),
Parte_4 (C.F. *._4*),
con il patrocinio dell'avv. [redacted] del Foro di Milano elettivamente domiciliati in [redacted] presso il difensore

ATTORI

contro

ontroparte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. [redacted] del foro di Bologna elettivamente [redacted] presso il difensore

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come segue:

per gli attori:
Voglia l'Ill.mo Giudice, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, così provvedere:

- accertare le cause del decesso della Sig.ra *Persona_1* e per l'effetto
- dichiarare che gli eventi che hanno cagionato la morte della Signora *Pt_1* sono da imputarsi alla condotta negligente, imperita ed imprudente dei sanitari del nosocomio odierno convenuto;
- accertare di tutti i danni *iure hereditatis e iure proprio*, patrimoniali e non patrimoniali subiti dagli attori conseguenti all'imprudenza, imperizia e negligenza come meglio qualificata nei nella narrativa dei precedenti elaborati difensivi e come emersa, sul piano eziologico, all'esito dell'istruzione probatoria culminata nella redazione di consulenza tecnica d'ufficio nonché provvedere alla loro integrale quantificazione;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

- condannare l' *Controparte_2*
  alla refusione delle seguenti voci di danno:
- € 300.000,00* (Euro trecentomila/00)* a titolo complessivo di danno tanatologico jure haereditatis spettanti agli attori congiunti tutti e da liquidarsi equitativamente nella misura pari ad € 75.000,00* (Euro settantacinquemila/00)* cadauno per ciascuno dei 4 attori;
- € 300.000,00* (Euro trecentomila/00)* a titolo complessivo di danno biologico terminale jure haereditatis spettanti agli attori congiunti tutti e da liquidarsi parimenti equitativamente nella misura pari ad € 75.000,00* (Euro settantacinquemila/00)* cadauno per ciascuno dei 4 attori;
- € 232.125,00* (Euro duecentotrentaduemilacentoventicinque/00)* a titolo di danno parentale jure proprio in favore della Sig.ra *Parte_3* madre della Signora *Persona_1* , somma ottenuta come conseguenza dello status parentale con la vittima (madre), dell'età della vittima al momento del decesso (61 anni), dell'età del(la) congiunto(a) (86 anni), della convivenza della Sig.ra *Parte_3* con la vittima e del fatto che nel nucleo familiare erano presenti altri familiari e conviventi;
- € 232.125,00* (Euro duecentotrentaduemilacentoventicinque/00)* a titolo di danno parentale jure proprio in favore del Sig. *Parte_4* , figlio della de cuius, somma ottenuta come conseguenza del grado parentale con la vittima (figlio), dell'età della vittima al momento del decesso (61 anni), dell'età del congiunto (42 anni), della convivenza del Sig. *Parte_4* *[...]* con la madre e del fatto che nel nucleo familiare coabitavano altri familiari e conviventi;
- € 129.999,00* (Euro centoventimilanovecentonovantanove/00)* a titolo di danno parentale jure proprio a beneficio di *Parte_2* fratello della Signora *Persona_1* , importo ottenuto come conseguenza dello status parentale con la vittima (fratello), dell'età della vittima al momento del decesso (61 anni), dell'età del congiunto (50 anni), della convivenza del Sig. *Parte_2* con la sorella e del fatto che nel nucleo familiare erano presenti altri familiari e conviventi;
- € 120.705,00* (Euro centoventimilasettecentocinque/00)* per danno parentale jure proprio a favore di *Parte_1* fratello della de cuius, somma ottenuta come conseguenza del grado parentale con la vittima (fratello), dell'età della vittima al momento del decesso (61 anni), dell'età del congiunto (64 anni), della convivenza del Sig. *Parte_1* con la sorella e della contemporanea coabitazione on altri familiari e conviventi;
- valore indeterminato, con entità pecuniaria che l'Ill.mo Tribunale adito riterrà di giustizia, a titolo di danno psichico, psicologico/psichiatrico in favore della Signora *Parte_3* perché all'esito della CTU il Dottor *Per_2* ha rilevato come comunque l'attrice presentasse quadro di lieve depressione maggiore a seguito della morte della figlia pur se non scientificamente dimostrabile con correlazione causale rispetto all'evento.

IN OGNI CASO: con il favore delle spese tutte di lite, imposta di registro su sentenza, diritti, competenze ed onorari di difesa inclusi accessori di legge, relative e successive occorrende.
Salvo ogni altro diritto, ragione ed azione.

Per parte convenuta:
Voglia il Giudice adito, richiamata ogni argomentazione, eccezione e difesa svolta, respingere ogni domanda attorea in quanto infondata in fatto e diritto; con vittoria di spese e compensi di giudizio, spese generali, IVA e CPA.
Si dichiara di non accettare il contraddittorio su eventuali domande nuove.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* *Parte_2*, *Parte_3* e *Parte_4*, in qualità, rispettivamente, di fratelli, madre e figlio della defunta *Persona_1*, convenivano in giudizio l *[...]* *Controparte_2* (nel prosieguo *Controparte_3*, *CP_1* o *Controparte_2*) al fine di sentirla condannare, previo accertamento della responsabilità dei sanitari operanti all'interno del nosocomio, al risarcimento di tutti i danni *iure hereditatis* e *iure proprio*, patrimoniali e non patrimoniali, subiti dagli attori in conseguenza del decesso della propria congiunta, verificatosi, in tesi attorea, per fatto e colpa della struttura convenuta.

In particolare gli attori esponevano quanto segue.

Persona_1, affetta da problematiche cardiache, dall' 11 al 26 febbraio 2013 veniva ricoverata presso il *Controparte_1* ove le veniva diagnosticata una "insufficienza aortica di grado severo" che, unitamente a "pregressi episodi di scompenso cardiaco congestizio" nonché a "trattamento con dosi elevate di Furosemide", determinava ipertensione polmonare e valori di pressione capillare superiori alla media: i medici dell' *Controparte_2*, dunque, programmavano l'operazione chirurgica di "sostituzione valvolare aortica" con protesi meccanica per il giugno di quello stesso anno. L'intervento veniva poi rimandato al 10 luglio 2013 atteso che, contrariamente alle prescrizioni del reumatologo (cfr. REPORT DI PRENOTAZIONE RICOVERO), *Persona_1* non aveva sospeso la terapia immuno- depressiva.

In data 10 luglio 2013, quindi, *Persona_1* veniva sottoposta ad intervento chirurgico- avente una durata di 2 ore e 35 minuti- presso il reparto di Cardiochirurgia del [redacted] tuttavia, verificata, al termine dell'operazione, la mancanza di una garza nel conteggio finale del materiale sanitario in dotazione, i medici del nosocomio aprivano nuovamente il torace e rimuovevano la garza dal sito chirurgico.

Successivamente all'operazione, la ferita chirurgica si infettava: le prime cure venivano predisposte con significativo ritardo rispetto al manifestarsi della criticità senza che venisse, in ogni caso, disposta una toilette chirurgica. Ne seguiva un'infezione da Stafilococco multiresistente che portava all'*exitus* della paziente in data [redacted]

Quanto ai danni risarcibili, gli attori chiedevano, *iure hereditatis*, il risarcimento del danno tanatologico per la perdita della vita di *Persona_1*, danno trasmissibile agli eredi per un importo equitativamente determinato pari a euro 300.000,00 per ciascun attore, nonché il risarcimento del danno biologico terminale/catastrofale, per un importo sempre pari a euro 300.000,00 a testa, per le sofferenze patite dalla congiunta per l'apprezzabile lasso di tempo in cui la donna era sempre rimasta cosciente e lucida; *iure proprio*, invece, i ricorrenti chiedevano il risarcimento del danno cd. parentale, diversamente quantificato per i singoli attori come meglio indicato nelle loro conclusioni, nonché il danno patrimoniale consistente, sotto il profilo del danno emergente, negli oneri economici conseguenti al decesso della congiunta.

Con comparsa di costituzione e risposta regolarmente depositata, si costituiva in giudizio l' *CP_2*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

CP_2 , negando qualsiasi addebito di responsabilità e chiedendo il rigetto di tutte le domande attoree. In particolare, la convenuta esponeva che *Persona_1* era stata già ricoverata presso il *CP_1* per scompenso cardiaco congestizio in valvulopatia mitro-aortica nel 2010, ed ipertensione polmonare nel 2011. Viste le commorbilità di specie, a seguito dell'ultimo ricovero del 11 febbraio 2013 presso la suddetta struttura ospedaliera, i medici esprimevano la necessità di procedere ad una "sostituzione valvolare aortica" nella data del 21 giugno 2013; in tale occasione, tuttavia, non era possibile procedere all'intervento programmato per mancanza di adeguato periodo di sospensione della terapia immunodepressiva seguita dalla paziente. L'operazione chirurgica, quindi, veniva rinviata al 10 luglio 2013 con ricovero a partire dall'8 agosto 2013. Visto lo stato di salute di *Per_1* *[...]* , già compromesso da altre patologie, quali la patologia polmonare- interstiziopatia fibrotica- e la connettivite autoimmune LES, veniva programmato un accesso chirurgico "mini invasivo" regolarmente condotto a termine. Venivano, quindi, praticate a scopo profilattico due somministrazioni di antibiotico in bolo endovenoso. Successivamente il torace veniva riaperto per estrarre la garza rimasta nel sito chirurgico; questo secondo intervento si realizzava in circa un quarto d'ora. Entro le 24 ore successive all'intervento i sanitari somministravano alla donna due ulteriori profilassi antibiotiche in bolo endovenose. *Persona_1* , quindi, visto il regolare decorso postoperatorio, in data 17 luglio 2013 veniva trasferita presso il reparto di Cardiologia del *Controparte_1* .

Le condizioni di salute della paziente rimanevano stabili, con recupero delle condizioni polmonari e del ritmo sinusale, sino alla data del 19 luglio 2013, data in cui compariva "secrezione siero –purulenta nella ferita sternale con fibrina nel tratto superiore", da subito portata all'attenzione dei Cardiochirurghi, i quali davano indicazione, seguita dai sanitari, di "medicazione ferita sternale tutti i giorni". Il primo picco febbrile (TC 38.4 °C) si verificava nella serata del 22 luglio 2013; il giorno successivo venivano prelevati "*3 campioni per emocolture e veniva predisposta terapia antibiotica Pireracillina/Tazobactam*". Il giorno successivo, 24 luglio 2013, venivano effettuati "*2 tamponi della ferita sternale che appare deiscente*", il cui referto provvisorio, disponibile nella sola giornata del 26 luglio 2013, era positivo per infezione da "*Stafilococco, specie in determinazione*". Il referto definitivo, positivo per " *Staphylococcus epidermidis* multiresistente", perveniva ai sanitari solo in data 30 luglio 2013; a seguito di consulenza dell'infettivologo, quindi, in pari data i medici del *CP_1* cominciavano a somministrare a *Persona_1* un nuovo antibiotico, il "*Teicoplanina*", proseguendo, al contempo, il trattamento quotidiano della ferita chirurgica. A partire da tale data le condizioni cliniche generali della paziente peggioravano progressivamente sino alla diagnosi, nella notte fra il 10 e l [redacted] di "shock a probabile origine settica" che conduceva, alle ore 4.25 del [redacted] ad un arresto respiratorio e al successivo decesso alle ore 05.25 di quello stesso giorno.

Esposti così i fatti, la convenuta rivendicava la correttezza dell'operato dei medici dell' *[...]* *CP_2* sia per quanto atteneva la scelta, anche sotto il profilo delle modalità, dell'operazione chirurgica, sia per quanto atteneva l'assistenza postoperatoria garantita alla paziente. Il *CP_1* si difendeva, quindi, prospettando, da un lato, che l'infezione della ferita chirurgica fosse da attribuirsi in via esclusiva alle condizioni di debolezza di *Persona_1* , debolezza dovuta alle gravi commorbilità preesistenti all'intervento chirurgico; dall'altro lato, che lo shock settico, causa del decesso, aveva origine urinaria, attesa la presenza del germe Stenotrophomonas maltophilia, poi isolato; tale infezione era sorta in epoca successiva (8 agosto 2013) rispetto a quella della complicanza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

locale cutanea, verificatasi in data 19 luglio 2013, tanto da determinare il rapido ed improvviso scadimento delle condizioni generali di *Persona_1* con successivo esisto nefasto. Sino alla data del 7 agosto 2013, infatti, il principale indicatore di rischio settico (procalcitonina) era in un *range* di rischio basso; solo in data 8 agosto 2013 si era verificato un improvviso e tumultuoso scadimento delle condizioni generali, evento questo che indicava il sopraggiungere di un'infezione altra e diversa rispetto a quella locale da ferita chirurgica, di per sé idonea a portare al quadro settico causa del decesso. L'infezione urinaria, del resto, era favorita dalla compromessa immunocompetenza dell'organismo di *Persona_1*, tale da favorire la virulenza di specie patogene quale lo Stenotrophomonas maltophilia poi isolato nelle urine.

Quanto ai danni richiesti, parte convenuta negava la sussistenza di un'autonoma voce di danno tanatologico; il danno terminale/catastrofale, poi, non era dovuto per mancanza del nesso di causa con la condotta ascrivibile ai sanitari. Quanto ai danni richiesti *iure proprio* si negava che vi fosse prova in merito agli effettivi rapporti fra *Persona_1* e gli attori, pur alla stessa legati da vincoli di parentela.

All'udienza di prima comparizione, tenutasi in data 2 luglio 2015, il Giudice concedeva i termini per il deposito, da parte degli attori, delle procure firmate in originale, e termini, ex art. 183, co. 6. c.p.c., per il deposito di memorie e istanze istruttorie. Alla successiva udienza del 19 novembre 2015, veniva disposta CTU medico-legale. All'udienza del 6 settembre 2016, dopo confronto orale fra le parti sulle conclusioni peritali, il Tribunale, ritenendo la causa matura per la decisione, rinviava all'udienza dell'8 novembre 2016 per la precisazione delle conclusioni. In tale sede, la causa veniva trattenuta in decisione, con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

Qualificazione giuridica del rapporto struttura sanitaria-paziente

Preliminarmente, questo Tribunale osserva che l'intervento normativo apportato dalla legge Balduzzi (l. 189/2012) in merito al titolo di responsabilità per l'esercizio della professione sanitaria concerne esclusivamente la figura del medico.

Risulta, di contro, non modificata, anche sotto il profilo dei termini di prescrizione, la disciplina riguardante la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente. L'art. 3 della citata legge, infatti, prevede che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attivita' si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunita' scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", limitando, quindi, la propria portata alla solo rapporto medico-paziente.

Per quanto concerne la struttura ospedaliera, invece, è consolidato l'orientamento giurisprudenziale ai sensi del quale la responsabilità del nosocomio riveste natura contrattuale (cfr. a titolo esemplificativo, Cass. civ., sez. III, 3 febbraio 2012, n. 1620, Cass.civ., sez. III, 20 marzo 2015, n. 5590). L'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta, infatti, la conclusione di un contratto atipico: il c.d. contratto di spedalità o di assistenza sanitaria, che comprende prestazioni primarie di carattere medico-sanitario, ma anche prestazioni accessorie, quali

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

vitto, alloggio ed assistenza.

La struttura ospedaliera, infatti, non assume l'obbligo di eseguire la prestazione medica in senso stretto, ma una più complessa prestazione di "assistenza sanitaria" che costituisce l'oggetto del contratto atipico; l'amministrazione ospedaliera, dunque, si fa carico non solo delle prestazioni di diagnosi e cura, ma anche di quelle attinenti all'assistenza post-operatoria, alla sicurezza e alle attrezzatture, nonchè al vitto e all'alloggio dei pazienti all'interno della struttura sanitaria. In tal senso, la Cassazione (si veda Cass. Sez. III, 15 maggio 2009, n. 10743) ha affermato che: "*E' configurabile una responsabilità autonoma e diretta della struttura ospedaliera ove il danno subito dal paziente risulti causalmente riconducibile a un'inadempienza alle obbligazioni ad essa facenti carico, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze. Una responsabilità dell'ospedale può configurarsi anche nella insufficienza delle apparecchiature a disposizione per affrontare la prevedibile emergenza, ovvero nel ritardo nel trasferimento del paziente in un centro ospedaliero attrezzato*".

L'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero, comporta la conclusione di tale contratto: alcun dubbio, quindi, può emergere in ordine al rapporto contrattuale intercorrente fra ospedale e paziente. Conseguentemente, l'onere probatorio, come ricorda la già citata sentenza della Cassazione n. 5590/2015, è così ripartito: *"grava sul paziente l'onere di dimostrare il rapporto col medico o con la struttura sanitaria e il peggioramento delle sue condizioni a seguito dell'intervento, ovvero l'esistenza di un nesso causale tra l'intervento ed il danno riportato, mentre grava sulla struttura, anche in caso di operazioni di particolare difficoltà, l'onere di fornire la prova liberatoria, ovvero di provare che l'aggravamento delle condizioni del paziente, ove obiettivamente verificatosi, fosse dipeso da cause ad essa non imputabili, ovvero a cause esterne, non riconducibili alla struttura (Cass. n. 8826 del 2007, Cass. n. 24791 del 2008)"*; e ancora ricorda la Cassazione che "*l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia in rapporto causale con l'intervento medico ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Cass. n. 577 del 2008; il suddetto principio è stato ripreso da numerose altre pronunce che hanno puntualizzato che il danneggiato abbia l'onere di allegare qualificate inadempienze del medico o della struttura sanitaria, astrattamente idonee a provocare -quale causa o concausa efficiente- il danno lamentato, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno)*".

In definitiva, le regole di distribuzione degli oneri probatori fanno sì che, a tutela del paziente che si affida ad una struttura sanitaria per sottoporsi ad un intervento chirurgico, il medico o la struttura sanitaria (la sola chiamata in giudizio nel caso che occupa) abbiano l'onere non solo di provare di aver correttamente adempiuto alla propria prestazione, quanto anche individuare un altro evento (preesistente o sopravvenuto) indipendente dalla propria volontà e idoneo a cagionare, in via esclusiva, l'esito infausto.

In base all'orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, inoltre, un'eventuale incertezza in merito alle cause dell'*exitus* "*non può esser fatta ricadere sul paziente (che non è, oltretutto, il soggetto che dispone degli strumenti e che ha accesso a tutte le informazioni per poter accertare la vera causa del*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

suo aggravamento), ma ricade sul sanitario o sulla struttura, che non riesce a liberarsi dalla sua responsabilità". Così, infatti, si afferma che laddove la causa del danno rimanga ignota "*le conseguenze non possono certamente ricadere a scapito del danneggiato (nel caso del paziente) ma gravano sul presunto responsabile che la prova liberatoria non riesca a fornire (nel caso il medesimo e/o la struttura sanitaria), il significato di tale presunzione cogliendosi nel principio di generale favor per il danneggiato, nonchè della rilevanza che assume al riguardo il principio della colpa obiettiva, quale violazione della misura dello sforzo in relazione alle circostanze del caso concreto adeguato ad evitare che la prestazione dovuta arrechi danno (anche) a terzi), senza peraltro indulgere a soluzioni radicali, essendo attribuita la possibilità di liberarsi dalla responsabilità*" (Cass. 3652/2006; Cass. 17143/2012).

L'inadempimento: condotta, nesso di causa, evento

Ciò chiarito in punto di diritto, occorre chiedersi se, nel caso di specie, sia stato correttamente assolto l'onere probatorio e quale conclusioni possano trarsi dai fatti di causa.

Correttamente gli attori hanno allegato l'inadempimento dei sanitari del *CP_1* *[...]* e provato, oltre che l'esistenza di un contratto di spedalità – circostanza non contestata da parte convenuta del resto- l' *exitus*, qualora ve ne fosse stato bisogno, di *Per_1* *[...]*, verificatosi a causa di grave *shock settico*.

E' onere, quindi, di parte convenuta dimostrare che il danno (ossia l'evento esiziale) sia dovuto a causa non imputabile alla struttura sanitaria. Per addivenire a questo risultato è necessario che la stessa dia prova o del caso fortuito o dell'esistenza di una causa sopravvenuta da sola idonea ad interrompere il nesso causale.

Sul punto, il *Controparte_1* ha affermato, nelle proprie memorie, che l'infezione che ha condotto alla morte della signora *Per_1* non può aver tratto origine in sala operatoria in quanto, in tal caso, la stessa si sarebbe manifestata, nella sua sintomatologia, a distanza ben più ravvicinata di dieci giorni dall'intervento chirurgico (si ricorda, infatti, che l'intervento è stato eseguito in data 10 luglio 2013, mentre la ferita chirurgica ha presentato una secrezione purulenta solo in data 19 luglio 2013). Allo stesso modo, continua parte convenuta, non vi è modo che l'infezione sia stata causata dai sanitari durante l'assistenza postoperatoria; non basta, infatti, accertare che l'infezione di una ferita chirurgica si sia manifestata in ospedale per chiamare i medici a risponderne.

In merito si osserva che entrambe le conclusioni cui giunge la struttura sanitaria, per quanto in sé corrette e non smentite dalle risultanze istruttorie, non colgono nel segno in punto di nesso causale. Non si contesta in alcun modo, infatti, una responsabilità dell'ospedale circa la non corretta esecuzione dell'intervento o un errore nella scelta delle modalità di esecuzione dello stesso quali cause dirette dell'evento nefasto. Le stesse risultanze della CTU, del resto, riconoscono come "*nulla si può eccepire né sulla tecnica scelta dal cardiochirurgo, né sulla corretta esecuzione dell'intervento*"; allo stesso modo, continua il dott. *Per_2* "*nulla si può eccepire anche sulla profilassi antibiotica peri-operatoria, che è stata correttamente eseguita*" (cfr. pag. 38 della relazione peritale).

In altri termini, la scelta della terapia antibiotica somministrata sia prima che nelle ore immediatamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

successive all'intervento chirurgico fu corretta e corretta fu la posologia in relazione alle particolari condizioni della paziente, che si presentava come soggetto ad alto rischio infettivo.

Dunque, la causa dell'*exitus* della sig. *Per_1* non può rinvenirsi né in un mal eseguito intervento chirurgico né in una non corretta somministrazione antibiotica nell'immediatezza dell'operazione.

E' altresì importante sottolineare come, sulla base delle risultanze della perizia, la causa della morte neppure possa ascriversi al secondo intervento, eseguito nell'immediatezza del primo, necessitato dall'esigenza di provvedere alla rimozione della garza precedentemente lasciata nel sito chirurgico. Afferma, infatti, il CTU che "*non è possibile ipotizzare – con criterio di attendibile probabilità scientifica- che la ferita chirurgica si sia in seguito infettata solo perché l'intervento è stato prolungato di un tempo, comunque limitato (circa 15'-20'), nonostante potrebbero essere stati esposti a contatto con germi tessuti traumatizzati dalla manovre chirurgiche e, per tali motivo, più suscettibili alla contaminazione*" (cfr. sempre pag. 38 della relazione).

La struttura sanitaria, quindi, escluso che la causa della morte sia da ascriversi ad un errore in fase operatoria, o perioperatoria, giunge ad escludere una propria responsabilità per l'infezione insorta nei dieci giorni successivi all'intervento, che nel giro di meno di un mese, ha condotto la povera *Per_1* al decesso. La difesa del *Controparte_3*, infatti, asserisce che qualunque ferita può infettarsi, atteso che in tutti i Paesi europei la percentuale di infezioni ospedaliere, in sé ineliminabile, varia dal 7,6% al 10,3%: quindi, secondo la tesi di parte convenuta, "*il rischio di infezioni nosocomiali è immanente all'ambiente ospedaliero, e non abbattibile al di sotto di una certa percentuale*". Tale rischio, dunque, sicuramente è prevedibile; tuttavia, non è prevenibile, in quanto "*l'avverarsi dell'infezione nosocomiale di una ferita chirurgica è equiparabile a caso fortuito, salvo che siano in concreto dimostrate gravi carenze nella profilassi o nell'igiene dell'ospedale*".

Ancora una volta questo Tribunale osserva come le difese della struttura sanitaria non colgano nel segno. Non si discute, infatti, in merito ad una responsabilità dell'azienda ospedaliera con riguardo all'insorgenza in sé dell'infezione riscontrata, al suo esordio, in data 19 luglio 2013, quanto, piuttosto, di una sua asserita negligenza in merito alla diagnosi e al trattamento della stessa.

E' pacifica, quindi, la circostanza per la quale l'infezione della ferita è comparsa per cause non direttamente imputabili ai sanitari, atteso che, come ricordato dallo stesso *CP_1*, il rischio infettivo è comunque connaturato all'ambiente ospedaliero, e nel caso di specie, non vi sono motivi per affermare che le condizioni igieniche di tale ambiente fossero oltremodo scadenti o che non fossero stati osservati i protocolli in vigore. Va, infatti, ricordato che "*la diligente sterilizzazione dell'ambiente ospedaliero, della sala operatoria, dei luoghi di degenza e delle attrezzature e strumentazioni chirurgiche adoperate costituisce obbligo precipuo della struttura sanitaria, che è tenuta, in virtù del contratto di spedalità, ad assicurare ambienti salubri ed attrezzature conformi ai parametri della scienza e della tecnica medica*" (Tribunale Palermo, sentenza n. 45828 del 26.11.2014) .In ogni caso, tutto ciò assume marginale importanza in ragione della sequenza causale instauratasi successivamente, tale da degradare eventuali carenze della struttura a mera occasione del danno, la cui etiologia deve ricercarsi, piuttosto, nella condotta dei sanitari che si occuparono del processo infettivo insorto (cfr. Cass. n. 15113 del 22/07/2016 sebbene pronunciata in tema di attività pericolosa, secondo la quale: *"La responsabilità dell'esercente un'attività pericolosa presuppone che si accerti un nesso di causalità tra l'attività svolta e il danno patito dal terzo, a tal fine devendo ricorrere la duplice condizione che*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

l'attività costituisca un antecedente necessario dell'evento, nel senso che quest'ultimo rientri tra le sue conseguenze normali ed ordinarie, e che l'antecedente medesimo non sia poi neutralizzato, sul piano eziologico, dalla sopravvenienza di un fatto di per sé idoneo a determinare l'evento, e ciò anche quando esso sia attribuibile ad un terzo o allo stesso danneggiato. (In applicazione di tale principio la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che aveva ritenuto concausa di un incendio, dolosamente appiccato da terzi, la mera presenza nell'immobile incendiato di acetilene, utilizzato per la deverdizzazione delle arance, senza considerare, invece, che il fatto del terzo presentava i caratteri della imprevedibilità, della inevitabilità e della eccezionalità, idonei ad escludere altri fattori causali)-").

A tale ultimo proposito, la difesa di parte convenuta, nelle proprie difese, sostiene che lo shock settico si è determinato, verosimilmente, a causa di infezione urinaria, generata dal germe *Stenotrophomonas maltophilia*, comparso solo in data 8 agosto 2013 e tale da determinare un' improvvisa degenerazione delle condizioni generali della paziente sino all' *exitus* del [redacted]

Questa conclusione sarebbe avvalorata dalla circostanza, secondo il *Controparte_1*, per la quale le evidenze cliniche e di laboratorio dimostrerebbero come l'estensione dell'infezione della ferita sarebbe locale e precisamente limitata solamente al di sotto del piano cutaneo; e ancora, il principale indicatore di rischio settico (procalcitonina) era in un *range* di rischio basso sino alla data del 7 agosto 2013: ciò implicherebbe che solo a decorrere dall'8 agosto 2013 sarebbe sopravvenuto un fattore causale idoneo a giustificare il quadro settico che ha portato alla morte della signora *Per_1* nel giro di qualche giorno.

Il sopraggiungere di un fattore autonomo o, in ogni caso, interruttivo del nesso causale è una ricostruzione alternativa dei fatti di causa smentita, tuttavia, dalle risultanze della consulenza tecnica da cui questo Tribunale non ha motivo di discostarsi essendo la stessa ben argomentata e adeguatamente supportata dalla letteratura scientifica. Si riporta, pertanto, il passo della relazione peritale sul punto: "*Nel motivare la genesi della sepsi (e quindi dello shock settico), la prima logica lettura si rivolge all'infezione del sito chirurgico, sostenuta dallo Staphylococcus epidermidis, manifestatasi già dal 19 luglio, con persistenza del germe nel tampone dell'8 agosto 2013, data in cui era positiva anche la coltura su urine per Stenotrophomonas maltophilia, al quale più difficilmente (seppure in linea teorica possibile) può essere attribuita la sepsi, stante la storia clinica della paziente, in cui risalta una continuità fenomenologica tra l'esordio dell'infezione della ferita chirurgica da Staphylococcus epidermidis e il decesso*"; e ancora, "*la presenza di Stenotrophomonas maltophilia nella coltura da urine – negli ultimi giorni di vita della sig.ra* *Pt_1* *– potrebbe invece più facilmente essere considerata una sovrapposizione batterica, in una paziente in condizioni cliniche precarie e immunodepressa. È infatti frequente che a pazienti ospedalizzati a lungo, defedati, sottoposti a plurime terapie antibiotiche, siano riscontrate colture positive per più agenti patogeni*" (cfr. pag. 44 della relazione peritale). Quindi, secondo la logica del più probabile che non, lo shock settico trova causa nello sviluppo di *Staphylococcus eperdimis*, atteso che tale batterio era già stato isolato tramite i due tamponi effettuati sulla lesione deiscente in data 24 luglio 2013 e che l'insorgenza di tale infezione, secondo studi effettuati su ferite infette di pazienti cardio-operati, rileva in una elevata percentuale (circa il 30% e in alcune sedi anche oltre). L'infezione urinaria, quindi, ragionevolmente è una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

complicanza insorta in un quadro generale di immunodepressione. La stessa difesa di parte convenuta, in ogni caso, non ripropone la predetta ricostruzione alternativa in sede di comparsa conclusionale.

La stessa consulenza, comunque, asserisce che, anche a voler individuare, sebbene sia meno probabile, la causa della sepsi nell'infezione urinaria, la stessa, come l'infezione da *Staphylococcus eperdimis*, si qualifica come infezione correlata all'assistenza, *"in cui possono giocare un ruolo eziopatogenetico, oltre una riduzione delle difese immunologiche, il defedamento seguente un decorso clinico caratterizzato da un'infezione del sito chirurgico non adeguatamente controllata, la somministrazione di diversi antibiotici e l'accesso microbico attraverso devices medicali: in concreto un'infezione iatrogena"* (così a pag. 44 della relazione peritale). Valutando, quindi, come causa più probabile del decesso di *Persona_1* l'infezione da *Staphylococcus eperdimis*, la responsabilità della struttura sanitaria non è da ascriversi alla sua insorgenza, ma alla sua mancata e adeguata medicazione.

Infatti, secondo le osservazioni svolte dal CTU, la ferita ha cominciato a manifestare i primi problemi ("secrezione siero-purulenta della ferita chirurgica sternale") in data 19 luglio 2013; sebbene la stessa sia stata medicata e monitorata sin da quella data, la stessa in data 23 luglio 2013 ha mostrato un peggioramento con fuoriuscita di nuovo materiale purulento. In pari data, quindi, i sanitari hanno somministrato a *Persona_1* una terapia antibiotica, da qualificarsi, tuttavia "empirica", ossia non mirata sulla base di un antibiogramma. Solo in data 24 luglio 2013, infatti, sono stati effettuati due tamponi della ferita e solo in data 30 luglio 2013 sono state iniziate le cure antibiotiche appropriate.

Il *Controparte_1* si difende asserendo che i sanitari hanno rispettato le *guidelines* di gestione dei pazienti nel decorso postoperatorio, atteso che i tamponi sono stati effettuati immediatamente dopo l'arrossamento della ferita. La circostanza per la quale i due antibiotici somministrati in un primo momento (*Org_1* e *Org_2*) si siano successivamente dimostrati inefficaci è dovuta al fatto che "*i medici non hanno una sfera di cristallo per predire il futuro e non possono ovviamente prima di avere eseguito le debite analisi, sapere quale sia l'agente batterico responsabile dell'infezione*" (così, pag. 25 della comparsa conclusionale di parte convenuta).

La tesi della struttura sanitaria convenuta, a parere di questo Tribunale, non merita accoglimento. Come sottolineato dal CTU, infatti, nel caso di specie vi erano elementi dai quali desumere, sin dall'inizio, l'inefficacia della terapia somministrata, atteso che " *per quanto attiene la terapia empirica instaurata per la sig.ra Pt_1 i dati della sorveglianza passiva operativa nel periodo in esame, avrebbero dovuto suggerire ai curanti l'opportunità di associare al farmaco prescritto un antibiotico elettivo per il trattamento anche dei germi gram positivi. Da studi effettuati su ferite infette dei pazienti cardio-operati - infatti – son stati isolati " Organizzazione_3 " in una elevata percentuale (circa il 30% e, in alcune sedi, anche ben oltre), di cui circa un terzo resistenti alla meticillina e quindi anche all'associazione scelta (Org_1 / Org_2)*". Il fatto, quindi, che un terzo circa dei batteri *Staphylococchi Spp* sia insensibile al trattamento in concreto eletto fa sì che le cure apprestate fossero, anche in base ad un giudizio *ex ante*, insufficienti, in quanto non si è tenuta in debita considerazione l'alta percentuale di insensibilità (1/3) di cui sopra, esponendo la paziente ad un elevato rischio di peggioramento dell'infezione; in altri termini, i sanitari avrebbero dovuto eleggere fin da subito una terapia a più ampio spettro, che tenesse conto di tale alta percentuale di insensibilità, associando anche un antibiotico mirato per tale evenienza (insensibilità), in attesa dell'antibiogramma; in alternativa, e quanto meno, i sanitari avrebbero dovuto monitorare più assiduamente l' efficacia della terapia, e non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

certo attendere il 30 luglio 2013, con i risultati dei tamponi effettuati soltanto in data 23 luglio, per modificare il trattamento. Ulteriore elemento che avrebbe dovuto indurre i sanitari ad anticipare l'adozione di una terapia differente è il risultato della TAC al torace eseguita in data 25 luglio, la quale ha mostrato una "*modesta componente issutale di probabile significato flogistico*". Ciò porta questo Tribunale a rinvenire un ulteriore profilo di negligenza in capo al *Controparte_1*, atteso che (come si legge a pagina 40 della predetta relazione peritale) "*tale quadro tomografico difficilmente può essere dissociato dalla già accertata infezione della ferita chirurgica e dalla ormai completa diastasi della breccia operatoria, annotata in diario clinico il 26 luglio. Questa condizione (infezione retrosternale) avrebbe dovuto suggerire approfondimenti clinici per confermare il fortemente sospetto quadro infettivo, per poi provvedere – quantomeno – ad un'accurata pulizia ("debridment and drainage")*".

In conclusione, dunque, "*per quanto occorrano tempi tecnici per l'esecuzione della coltura, è incomprensibile il motivo per cui la terapia antibiotica mirata (con Org_4, sostituita il 9 agosto con la Org_5) risulta iniziata solo il 30 luglio 2013 (peraltro su indicazione dell'infettivologo), a cui si assomma il ritardo con cui è stato eseguito il tampone dalla ferita chirurgica: complessivamente, sono trascorsi 11 giorni dal momento in cui è stata rilevata una secrezione siero-purulenta, all'inizio di una terapia antibiotica "mirata", sulla base dell'antibiogramma*" (pag. 40 della relazione del CTU).

Il CTU spiega ancor meglio la negligenza imputabile ai sanitari nelle risposte alle osservazioni dei consulenti di parte convenuta, ove si legge (cfr. pag. 52 dell'elaborato) come "*non sia possibile iniziare una terapia senza tenere conto che il 30% dei germi isolati nel reparto di Cardiochirurgia non sono sensibili all'antibiotico in concreto prescritto. La terapia (apprestata per contrastare l'infezione insorta in data 19 luglio 2013, n.d.r.) solo con Pt_5 non era corretta, poiché occorreva associare un antibiotico efficace sui germi gram positivi. Ovvero, era necessario associare subito i due farmaci, senza attendere la risposta dell'esame colturale*". Si è, quindi, al cospetto di un fatto censurabile, "*ancor più considerando che la paziente presentava una importante immunodepressione*".

Quindi, questo Tribunale condivide le conclusioni cui è giunto il dott. *Per_2* nel ritenere che in relazione all'infezione del sito chirurgico, le cure prestate alla paziente non sono apparse adeguate, con riferimento, segnatamente:

a) alla scelta della terapia antibiotica empirica, inadeguata e soprattutto insufficiente (antecedente l'esito della coltura da tampone della ferita chirurgica);

b) al ritardo con cui è iniziata la terapia mirata (dopo l'acquisizione della coltura da tampone della ferita chirurgica);

c) alla mancata esecuzione di un "debridment" chirurgico del processo infettivo retro-sternale.

Le conclusioni ora indicate inducono questo Tribunale ad escludere che il caso in esame rientri nel novero della colpa "lieve" dei sanitari, atteso che la scelta negligente in merito alla terapia antibiotica da seguire nonché il ritardo nell'effettuare una serie di trattamenti devono leggersi nel senso di un mancato rispetto delle linee guida di gestione dei pazienti nel decorso postoperatorio; ciò induce ad escludere l'operatività, peraltro assai dubbia nelle ipotesi di accertata colpa lieve, dell'invocato regime di cui all'art. 3 della l. 158/2012. Allo stesso modo, l'assistenza sanitaria prestata a seguito di un intervento chirurgico non può certo ascriversi nell'alveo della casistica implicante la soluzione di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

problemi tecnici di speciale difficoltà, con la conseguenza che non rileva la limitazione della responsabilità ai sensi dell'art. 2236 c.c.

Quanto poi agli elementi che portano a ritenere configurabile nesso di causalità tra le sopra descritte negligenze e l'evento morte, valga rammentare i principi che regolano l'affermazione del nesso di causa, con speciale riferimento al caso della responsabilità omissiva.

Infatti, è noto in via generale che "*un evento è da considerare causato da un altro se, ferme le altre condizioni, il primo in assenza del secondo non si sarebbe verificato hic et nunc ovvero nei termini di tempo e nelle precise circostanze in cui si è manifestato*" (Cass. 47/2017). Per accertare la sussistenza del nesso causale, in altri termini, non può farsi riferimento ad un evento astrattamente considerato (come la morte della signora *Per_1*, ma al dato fattuale effettivamente presente nel caso di specie (ossia la morte della signora *Per_1* il [redacted] alle ore 5.25 del mattino). Pertanto, la sussistenza del nesso causale può apprezzarsi solo laddove la condotta imputata alla parte convenuta possa ritenersi causa di quel preciso evento dedotto in giudizio, quantunque lo stesso avrebbe potuto verificarsi ugualmente ma con modalità e tempistiche differenti dal caso concreto.

La condotta omissiva tenuta dal personale sanitario del *CP_1* ha, come espressamente indicato il CTU, sottratto alla paziente il 35% di *chances* di sopravvivere all'infezione nosocomiale contratta a seguito dell'operazione. Ciò, implica, secondo la logica del giudizio controfattuale, che qualora i sanitari avessero tempestivamente diagnosticato la patologia e correttamente somministrato la cura antibiotica opportuna, la donna avrebbe avuto la possibilità di sopravvivere e tale possibilità si sarebbe verificata con una seria ed apprezzabile probabilità, pari alla percentuale sopra indicata.

Tale percentuale, a dire dei convenuti eccessivamente bassa per fondare un giudizio di responsabilità, non va valutata nella logica asettica della probabilità quantitativa; dovendo la stessa, secondo i noti principi di causalità adeguata, essere valutata con riguardo alla esclusione di fattori causali alternativi. Come recentemente ribadito dalla Corte di Cassazione, nel riprendere le Sezioni Unite n. 576 del 11 gennaio 2008, infatti, "*lo standard di certezza probabilistica della materia civile* ***non può essere ancorato esclusivamente alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (cd. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente****, ma va verificato riconducendone 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 (cd. probabilità logica o baconiana)*" (cfr. già indicata Cass. 47/2017).

Pertanto, anche una percentuale del 35%, nonostante non superi il 50%, può fondare la responsabilità della struttura medica qualora, come nel caso in esame, la struttura non fornisca la prova utile ad escludere la rilevanza del predetto, idoneo, fattore causale (l'aver omesso una terapia che avrebbe salvato il paziente 35 casi su 100), consistente nell' indicazione della presenza di un valido fattore alternativo che, considerate le circostanze concrete, sia da ritenersi causa dell'evento con una probabilità superiore a quella indicata dal CTU.

Come ricorda la Corte di Appello di Bologna con pronuncia n. 2962 del 2016, sono le stesse Sezioni Unite sopra ricordate, del resto, seguendo il ragionamento sopra riportato, a concludere asserendo che con riguardo alla responsabilità professionale del medico, tenuto ad espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, "*il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso", laddove per evento, si ripete, si deve far riferimento ai parametri spazio- temporali dell'*hic et nunc*.

Nel caso di specie, a fronte della grave ed evidente omissione, non vi sono fattori alternativi, diversi dall'inadeguata ed insufficiente terapia antibiotica apprestata, ed all'omessa adozione di tutti i presidi terapeutici che avrebbero nel caso di specie richiesto le condizioni della paziente, che possano giustificare il rapido evolversi in peggio dello stato di salute della medesima, fino alla morte, essendo ciò sufficiente all'affermazione della responsabilità.

I danni risarcibili

Il danno da perdita di chances di sopravvivenza.

Appurata la sussistenza dell'inadempimento contrattuale ex art. 1218 c.c. da parte del *CP_1 [...]*, occorre ora valutare i danni conseguenza del predetto inadempimento.

Preliminarmente, si osserva che questo Tribunale non può pronunciarsi sulla domanda di risarcimento del danno da perdita di *chances* di sopravvivenza. Correttamente, infatti, parte convenuta ha indicato come tale domanda non sia mai stata proposta dagli attori nel corso del giudizio, se non con comparsa conclusionale del 5 gennaio 2017.

Come noto, il danno da perdita di *chances* costituisce un pregiudizio autonomo della sfera patrimoniale del suo titolare. Sul punto si ricorda la sentenza con cui la Cassazione ha dato ingresso a tale figura di danno anche nel sottosistema civilistico della cd. responsabilità medica: "*in una situazione in cui è certo che il medico ha dato alla patologia sottopostagli una risposta errata o in ogni caso inadeguata, è possibile affermare che, in presenza di fattori di rischio, detta carenza (che integra l'inadempimento della prestazione sanitaria) aggrava la possibilità che l'esito negativo si produca (...) la chance, o concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato, non è una mera aspettativa di fatto ma un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile d'autonoma valutazione, onde la sua perdita, id est la perdita della possibilità consistente di conseguire il risultato utile del quale risulti provata la sussistenza, configura un danno concreto ed attuale*" (Cass. 4400/2004).

Ne consegue che la domanda per perdita di *chances* è ontologicamente diversa dalla domanda di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato: in quest'ultimo caso, infatti, l'accertamento è incentrato sul nesso causale, mentre nel primo oggetto dell'indagine è un particolare tipo di danno, e segnatamente una distinta ed autonoma ipotesi di danno emergente, incidente su di un diverso bene giuridico, quale la mera possibilità del risultato finale. Pertanto, il giudice non può procedere d'ufficio alla liquidazione del danno da perdita di *chance*, in quanto la relativa domanda non è insita, come un *minus*, nella più ampia domanda di risarcimento di tutti i danni derivanti dal mancato raggiungimento del risultato sperato in quanto trattasi di domanda tutt'affatto diversa (cfr. la già citata sentenza 4400/2004). La conseguenza, sul piano processuale, consiste nella considerazione per la quale non è sufficiente che nell'atto introduttivo vi sia una domanda generica di risarcimento di tutti i danni patrimoniali derivanti dall'evento lesivo dedotto in causa, in quanto si rende necessaria un'autonoma domanda sul punto, trattandosi di danni derivanti dalla lesione di un distinto bene della vita (si veda

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

Cass., sez. III, n. 21245/2012).

La formulazione della domanda solo in sede di comparsa conclusionale si pone, quindi, come domanda nuova, in contrasto con le regole di preclusione processuale previste dagli artt. 163 e 186 c.p.c., in quanto inammissibile *mutatio libelli*.

Il danno tanatologico jure hereditario.

Venendo alle ulteriori poste di danno chieste dagli attori si osserva, in primo luogo, che la domanda di risarcimento del danno tanatologico derivante dalla perdita della vita, intesa come bene supremo dell'individuo, non può trovare accoglimento; questo Tribunale, infatti, condivide la tesi avallata anche dalle Sezioni Unite della Cassazione con sentenza n. 1530 del 22 luglio 2015, la quale ha riconfermato il *tralaticio* orientamento giurisprudenziale per il quale alcun danno da perdita della vita può essere lamentato sino a che il titolare del bene è in vita; di contro, nel momento in cui si verifica l'evento morte, e quindi vi sarebbe il danno, alcun titolare è più in vita per reclamare tale perdita. Le citate Sezioni Unite, infatti, riprendono l'insegnamento della Cass. sez. un. 22 dicembre 1925, n. 3475 per il quale "*se è alla lesione che si rapportano i danni, questi entrano e possono logicamente entrare nel patrimonio del lesionato solo in quanto e fin quando il medesimo sia in vita. Questo spentosi, cessa anche la capacità di acquistare, che presuppone appunto e necessariamente l'esistenza di un subbietto di diritto*". Tale impostazione ha trovato autorevole conferma nella sentenza della Corte costituzionale n. 372 del 1994, nella più recente sentenza delle sezioni unite n. 26972 del 2008 e si è mantenuto costante nella giurisprudenza di questa Corte (tra le più recenti, come ricordano le Sezioni Unite del 2015, successivamente alla citata sentenza della Corte costituzionale: Cass. n. 11169 del 1994, n. 10628 del 1995, n. 12299 del 1995, n. 4991 del 1996, n. 3592 del 1997, n. 1704 del 1997, n. 9470 del 1997, n. 11439 del 1997, n. 5136 del 1998, n. 6408 del 1998, n. 12083 del 1998, n. 491 del 1999, n. 1633 del 2000, n. 2134 del 2000, n. 4729 del 2001, 4783 del 2001, n. 887 del 2002, n. 7632 del 2003, n. 9620 del 2003, n. 517 del 2006, n. 3760 del 2007, n. 12253 del 2007, n. 26972 del 2008, n. 15706 del 2010, n. 6754 del 2011, n. 2654 del 2012, n. 12236 del 2012, n. 17320 del 2012). A tale risalente e costante orientamento le Sezioni Unite intendono dare continuità non essendo state dedotte ragioni convincenti che ne giustifichino il superamento, addivenendo così al principio di diritto secondo cui: "*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 "iure 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*".

Le successive interpretazione giurisprudenziali non hanno mostrato discostamenti da quanto sopra indicato (cfr. Corte, sez. III, n. 5684/2016) ed è, pertanto, a tali principi che questo Tribunale si richiama negando la risarcibilità *iure hereditatis* del cd. danno da morte.

Gli altri danni jure hereditario: il danno biologico terminale e il danno catastrofale

Gli attori lamentano poi la sussistenza del danno biologico terminale/catastrofale, a loro spettante sempre a titolo di trasmissione ereditaria, per le sofferenze fisiche e psichiche sofferte da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

Per_1 prima di morire.

La prima considerazione sul punto concerne l'individuazione dei soggetti legittimati a ricevere tale posta di danno, somma che, in ipotesi, entrerebbe a far parte del patrimonio del *de cuius*.

In assenza di precisazioni da parte degli attori in merito ad una diversa disposizione testamentaria, occorre ricordare che, per legge, unico soggetto legittimato, oltre al coniuge superstite, a succedere nella totalità dei rapporti facenti capo al *de cuius* è la prole, ovviamente ove questa vi sia. Nel caso che occupa, quindi, occorre sottolineare, in via preliminare, che unico soggetto legittimato a essere risarcito per il presunto danno biologico terminale patito da *Persona_1* sarebbe il figlio, *Parte_4* *[...]* , che in quanto unico figlio e sopravvissuto al *de cuius*, esclude la successione *ex lege* di tutti gli altri successibili di grado successivo, ai sensi e per gli effetti degli artt. 566 e ss. c.c.

Sotto il profilo sostanziale, si ricorda che per danno biologico terminale si intende il pregiudizio fisico subito dal paziente nel periodo che separa la condotta negligente dei sanitari da quello della morte. Lo stesso postula l'esistenza di una patologia medicalmente accertabile, la quale, per essere apprezzabile, deve svilupparsi in un lasso di tempo ragionevole. Se il danno biologico terminale riguarda la menomazione fisica subita dalla vittima, il danno catastrofole, invece, riguarda la sofferenza psichica patita dal soggetto che, lucidamente, percepisce l'avvicinarsi del proprio *exitus*. Più precisamente, perché possa parlarsi di danno catastrofale, non è sufficiente dimostrare che la vittima è rimasta cosciente e lucida sino alla morte, ma che la stessa abbia percepito come imminente e certa la propria fine.

Conseguentemente, "*al danno biologico terminale, consistente in un danno biologico da invalidità temporanea totale (sempre presente e che si protrae dalla data dell'evento lesivo fino a quella del decesso), può sommarsi una componente di sofferenza psichica (danno catastrofico), sicché, mentre nel primo caso la liquidazione può essere effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea, nel secondo la natura peculiare del pregiudizio comporta la necessità di una liquidazione che si affidi ad un criterio equitativo puro, che tenga conto della "enormità" del pregiudizio, giacché tale danno, sebbene temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, tanto da esitare nella morte*". (Sez. 3, Sentenza n. 23183 del 31/10/2014, Rv. 633238 – 01).

Quindi, il danno biologico terminale e il danno catastrofale attengono a due tipi differenti di pregiudizio patiti dalla vittima: il primo afferente la sfera fisica, inteso non come perdita del bene "vita", ma come menomazione del diverso bene giuridico "salute", il secondo afferente la sfera psichica, inteso come lucida percezione dell'imminenza della propria morte (cd. danno psichico da agonia o danno biologico morale).

Conseguentemente, diverso è il criterio di liquidazione da seguirsi: il danno biologico terminale è parametrato all'inabilità temporanea (e non permanente come sostengono gli attori), atteso che di inabilità permanente può parlarsi solo in caso di sopravvivenza del paziente. Tale inabilità temporanea, che deve perdurare in ogni caso per un apprezzabile lasso di tempo, dovrà poi essere valutata nella sua entità e intensità massima considerato che essa poi sfocia nell'evento esiziale. Come afferma, infatti, anche la Corte di Cassazione "*tale danno, qualificabile come danno "biologico terminale", dà luogo ad una pretesa risarcitoria, trasmissibile "iure hereditatis" da commisurare soltanto all'inabilità temporanea, adeguando tuttavia la liquidazione alle circostanze del caso concreto, ossia al fatto che, se pur temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità, tanto che la lesione alla salute*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

non è suscettibile di recupero ed esita, anzi, nella morte". (Sez. 3, Sentenza n. 15491 del 08/07/2014, Rv. 631748 - 01)

Il danno catastrofale, invece, non può che liquidarsi secondo uno schema puramente equitativo. Elemento cruciale perché possa invocarsi la sussistenza di un danno catastrofale è, come sopra già ricordato, la lucidità con cui la vittima ha vissuto l'arco di tempo intercorrente fra l'insorgere del fattore causale e la propria morte.

Quanto al profilo probatorio, non deve dimenticarsi l'insussistenza nel nostro ordinamento di cd. danni-evento: qualsiasi posta risarcitoria, dunque, deve essere liquidata solamente laddove sia concretamente fornita la prova delle conseguenze subite dalla vittima a fronte del sorgere di una determinata patologia.

Nel caso che occupa, tenendo distinto il piano del danno biologico terminale dal piano del danno catastrofale, si può ritenere quanto segue.

Quanto al danno catastrofale, lo stesso non può essere liquidato in questa sede in considerazione del fatto che gli attori non hanno fornito prova alcuna della percezione in capo a *Persona_1* dell'imminenza della propria morte. Gli stessi, infatti, si sono limitati ad indicare come la stessa molto avesse sofferto durante i giorni di degenza presso la struttura sanitaria, senza far alcun riferimento alla chiara consapevolezza in capo alla paziente dell'avvicinarsi della propria morte. Del resto, a conclusioni diverse non può giungersi in via presuntiva, atteso che né la CTU espletata, né la disanima della cartella clinica di *Persona_1* consentono di individuare un peggioramento così netto ed evidente delle condizioni di salute della paziente tali da far insorgere in capo alla stessa la prefigurazione della propria morte come temporalmente prossima. Anzi, una lettura cronologica della cartella clinica consente di individuare anche fasi di miglioramento delle condizioni di salute complessive della paziente medesima.

Quanto, invece, al danno biologico terminale devono ritenersi sussistenti nel caso in esame tutti i requisiti richiesti per la sua configurabilità.

In primo luogo, infatti, sussiste quell' "apprezzabile arco di tempo" richiesto dalla giurisprudenza sopra richiamata idoneo a causare l'insorgenza della malattia (l'infezione da *Staphylococcus*), la quale poi è degenerata in morte. Tala lasso di tempo può individuarsi fra data dal 19 luglio 2013 (giorno in cui la ferita si è verosimilmente infetta attesa la constatazione da parte del personale sanitario, come riportato nella cartella clinica al giorno 19 luglio 2013, circa la "*presenza di secrezione siero purulenta della ferita sternale con fibrina nel tratto superiore*") e il giorno della [redacted] *Persona_1* [redacted] ossia a circa tre settimane di distanza.

In questo frangente temporale, quindi, le condizioni di salute della paziente erano tali indubbiamente da compromettere, in misura sempre più rilevante con l'approssimarsi della data del decesso, la sua integrità fisica, fosse anche solo per la duratura condizione di allettamento. La degenza prolungata presso la struttura sanitaria, le indicazioni della cartella clinica riportanti le varie cure somministrate nonché i numerosi esami clinici cui la signora è stata sottoposta, nonché il verificarsi dell'evento esiziale sono tutti elementi dai quali poter legittimamente desumere in via presuntiva l'alterazione del bene "salute" in capo a *Persona_1* .

Venendo, quindi, alla liquidazione del predetto danno biologico terminale, tenendo conto che si tratta di 24 giorni di inabilità temporanea totale, essendo rimasta sempre la vittima ricoverata presso il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

Controparte_1 , deve considerarsi, alla luce del principio della personalizzazione del danno, quanto segue. *Persona_1* aveva 61 anni al momento del decesso, avvenuto nel 2013 quando l'età media di morte per una donna era di anni 84 anni. Sotto questo profilo, quindi, la condotta omissiva tenuta dai sanitari ha accorciato sensibilmente la vita della paziente. Non può, tuttavia, non considerarsi il fatto che all'epoca dell'intervento la donna fosse già affetta da numerose commorbilità che, verosimilmente, dovendosi operare una proiezione circa le concrete aspettative di vita di *Per_1* *[...]* , avrebbero inciso in termini negativi sul raggiungimento della predetta età statisticamente calcolata. Tenendo, quindi, presente che il valore massimo delle Tabelle milanesi per un giorno di ITT è 145, si ritiene equo aumentarlo, in considerazione dell'abbreviazione, seppur relativamente contenuta, dell'aspettativa di vita, a euro 300 al giorno, per un totale di euro 7.200, comprensivo anche della sofferenza morale, essendo le Tabelle Milanesi tendenzialmente omnicomprensive.

Su tale somma va calcolato il danno da ritardo, devalutando l'importo alla data della [redacted] e calcolando gli interessi legali sulla somma di anno in anno rivalutata per un totale di euro 7.391,78 oltre interessi legali dalla presente sentenza al saldo effettivo.

I danni non patrimoniali jure proprio: a) il danno parentale

Gli attori lamentano altresì la presenza di una danno non patrimoniale iure proprio da perdita del rapporto parentale.

Sul punto si osserva che la nozione di "danno parentale" è stata approfonditamente esaminata dalla sentenza n. 26972 dell' 11 agosto 2008 delle Sezioni Unite della Cassazione, chiamate a pronunciarsi sull'unitarietà della figura del danno non patrimoniale. Come già ricordato anche da questa sezione del Tribunale di Bologna (si veda la sentenza 1430 /2016, Tribunale Bologna, sezione III), "*in estrema sintesi la Suprema Corte ha fatto propria la lettura delle cd. sentenze gemelle del 2003 n. 8827 e 8828, identificando il danno non patrimoniale nel danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica, risarcibile solamente nei casi espressamente previsti dalla legge in considerazione del carattere di norma di rinvio dell'art. 2059 c.c., ivi compreso ogni fatto illecito produttivo di una lesione di diritti inviolabili della personale riconosciuti dalla Costituzione*". Pertanto, continua la citata sentenza, il danno parentale deve ricondursi all'alveo dell'art. 2059 c.c., "*con la precisazione che si tratta unicamente di una sottocategoria con valenza meramente descrittiva nell'ambito della generale categoria del danno non patrimoniale, comprensiva, quest'ultima, anche del danno morale; non può invece farsi riferimento ad una generica sottocategoria denominata danno esistenziale*".

In particolare, il danno cd. parentale si differenzia sia dal danno biologico sia dal danno morale, in quanto "*va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono*" (Cass. 10107/2011, conf. Cass. 13546/2006). Più precisamente, "*Il pregiudizio da perdita del rapporto parentale, da allegarsi e provarsi specificamente dal danneggiato ex art. 2697 c.c., rappresenta un peculiare aspetto del danno non patrimoniale, distinto dal danno morale e da quello biologico, con i quali concorre a compendiarlo, e consiste non già nella mera perdita delle abitudini e dei riti propri della quotidianità, bensì nello sconvolgimento dell'esistenza, rivelato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita. (In applicazione dell'anzidetto principio, la S.C. ha cassato la sentenza impugnata, nella quale, pur dandosi atto che, dalla vicenda della tragica morte del giovane figlio, la madre ne era uscita*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

distrutta nel corpo, trascinando la propria successiva esistenza tra mille difficoltà e problemi nel solo ricordo, quasi ossessivo, del defunto, aveva, poi, sulla base di tali circostanze, riconosciuto alla medesima il solo danno morale, negandole, però, quello da perdita del rapporto parentale). (Sez. 3, Sentenza n. 16992 del 20/08/2015, Rv. 636308 - 01)".

Secondo l'elaborazione giurisprudenziale, quindi, viene valutato il "*vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti*" (già citata Cass. 10107/2011).

Il danno da perdita del rapporto parentale, secondo l'orientamento ad oggi seguito dalla Corte di Cassazione, si fonda su una lettura estesa della consequenzialità immediata e diretta di cui art. 1223 c.c.; secondo un criterio di normalità causale, infatti, si intendono risarcibili tutti i danni che non siano eccezionali, anomale o abnormi conseguenze dell'illecito, ma che siano il frutto ragionevolmente prevedibile o in qualche modo fisiologico, secondo l*'id quod plerumque accidit.* Deve, quindi, considerarsi del tutto normale e non eccezionale che la morte di una persona comporti un pregiudizio di carattere morale in capo a quei soggetti legati da una relazione qualificata con la vittima.

L'evento esiziale, quindi, "*dà luogo ad un danno non patrimoniale presunto, consistente nelle conseguenze pregiudizievoli sul rapporto parentale, allorché colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, restando irrilevante, per l'operare di detta presunzione, la sussistenza di una convivenza tra gli stretti congiunti e la vittima del sinistro*". (Sez. 3, Sentenza n. 12146 del 14/06/2016, Rv. 640287 - 01). Il cd. danno parentale, dunque, può essere riconosciuto in capo a tutti quei soggetti che, secondo l'esperienza comune, essendo legati da vincoli familiari con la persona defunta, riportano elevate sofferenze morali. In tema di danno parentale, la giurisprudenza ritiene che "*non è necessaria la prova specifica della sussistenza di tale danno, ove sia esistito tra di essi un legame affettivo di particolare intensità, potendo a tal fine farsi ricorso anche a presunzione. In tali casi (uccisione di un prossimo congiunto) ciò che rileva ai fini della risarcibilità del danno non patrimoniale è, fondamentalmente, il legame affettivo tra i congiunti, perfettamente idoneo a fondare, già di per sé (salvo prova contraria), la legittimazione attiva a pretendere il danno da morte del congiunto. Con la conseguenza che il peculiare rapporto di ciascun familiare con la vittima, l'intensità del vincolo familiare, le abitudini di vita, le effettive sofferenze individualmente patite, l'eventuale sussistenza di una situazione di convivenza tra i soggetti in questione ed ogni altro elemento della fattispecie, possono incidere esclusivamente sul quantum, in modo da rendere la somma riconosciuta adeguata al particolare caso concreto"* (Trib. di Bari, 14 febbrio 2014) .

La prova del danno parentale è, infatti, correttamente desunta dalle indubbie sofferenze patite dai parenti, sulla base dello stretto vincolo familiare, di coabitazione e di frequentazione, che essi avevano avuto, quando ancora la vittima era in vita (Cass., 7 luglio 2010, n. 16018; Cass. 11 maggio 2007 n. 10823).

Orbene, nella fattispecie gli elementi presuntivi sussistono e sono da ravvisarsi nello stretto rapporto di parentela esistente fra la vittima e gli attori (fratelli, madre, figlio di *Persona_1*) che rende verosimile lo stravolgimento esistenziale delle abitudini di vita dei congiunti, nella convivenza o

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

comunque coabitazione di fatto dei congiunti con la vittima (documentalmente provata attraverso la produzione certificati di residenza) ed, ovviamente, nel fatto della estrema gravità per il nucleo familiare dell'evento morte.

Quanto ai criteri di liquidazione di siffatto danno, si rammenta che lo stesso deve essere risarcito mediante il ricorso a criteri di valutazione equitativa, rimessi alla prudente discrezionalità del giudice di merito (ex art. 1226 c.c. e 2056 c.c.). Il riferimento in sede di quantificazione del danno è alle Tabelle milanesi, applicabili *ratione temporis*, che, secondo la Cassazione, esprimono un valore "equo", ossia in grado di garantire parità di trattamento (cfr. Cass. 7 giugno 2011 n. 12408, Cass. 30 giugno 20111 n. 14402).

Tenuta, quindi, in considerazione la forbice prevista dalle tabelle meneghine, e in considerazione della circostanza per la quale gli attori non hanno specificamente indicato, al di là del *pati* sofferto per la perdita del congiunto, il tipo di contributo fattivo che la singora *Persona_1* conferiva nel menage familiare quotidiano, il che induce questo Tribunale ad assestarsi sui valori minimi del *range* fissato, si quantifica il danno parentale nei seguenti termini:

-per il figlio, *Parte_4* , tenuto conto del tipo di rapporto di parentela, dell'età dello stesso al momento del decesso (anni 42), della convivenza con la vittima, dello stato di salute comunque già compromesso di quest'ultima , si liquida la somma di euro 170.000.00;

- per la madre, *Parte_3* , tenuto conto del tipo di rapporto di parentela, dell'età della stessa al momento del decesso (anni 86), della presenza continua della vittima nella vita del genitore, dello stato di salute comunque già compromesso della figlia, si liquida la somma di euro 163.080,00;

- per i due fratelli, *Parte_6* (di anni 50 al momento del decesso della sorella), *Parte_1* (di anni 64 al momento del decesso della sorella) , tenuto conto del tipo di rapporto di parentela, dell'età degli stessi al momento del decesso di *Persona_1* , della situazione di coabitazione con la sorella, nonché dello stato di salute comunque già compromesso della sorella medesima, si liquida la somma di euro 30.000,00 a testa;

Le somme così individuate, previa devalutazione risalente al momento del decesso, essendo dovute dal convenuto a titolo risarcitorio, costituiscono debito di valore e, come tali, sono soggette a interessi legali calcolati sulla somma annualmente rivalutata fino alla data della presente sentenza, oltre a interessi legali sulla somma così determinata dalla presente sentenza al saldo effettivo.

I danni non patrimoniali jure proprio: b) il danno biologico.

Questo Tribunale è altresì consapevole che "*la morte di un prossimo congiunto può causare nei familiari superstiti oltre al danno parentale, consistente nella perdita del rapporto e nella correlata sofferenza soggettiva, anche un danno biologico vero e proprio, in presenza di una effettiva compromissione dello stato di salute fisica o psichica di chi lo invoca*" (Sez. 3, Sentenza n. 21084 del 19/10/2015, Rv. 637744 - 01). Astrattamente, quindi, oltre il danno parentale di cui sopra potrebbe configurarsi una compromissione stabile dell'equilibrio psicofisico, attraverso un processo di somatizzazione, che non si esaurisce in un mero turbamento emotivo transeunte.

E' a questo tipo di danno che fanno riferimento gli attori nel richiedere il risarcimento del danno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

psicologico subito dalla madre di *Persona_1* . In merito, tuttavia, le conclusioni del CTU, dalle quali per quanto sopra già indicato non vi è motivo di discostarsi, indicano come per quanto *Parte_3* presenti un quadro lievemente depressivo, "non è dimostrabile- sulla base di una rigorosa criteriologia medico-legale- una correlazione causale fra tale quadro clinico e il lutto subito per la morte della figlia". L'assenza, quindi, di un accertato nesso di causa non consente di accogliere sul punto alcuna domanda risarcitoria.

I danni patrimoniali.

Ugualmente, infine, dicasi per quanto concerne la richiesta di risarcimento dei danni patrimoniali (quale danno emergente) subiti, quali il costo del ricovero presso la struttura ospedaliera nonché le spese funerarie sostenute. In questo caso, infatti, la domanda appare del tutto generica e priva di alcun supporto documentale.

Spese di lite

Le spese di lite, che sono liquidate come da dispositivo, in base al disposto normativo di cui all'art. 91 c.p.c., seguono la soccombenza. Atteso, tuttavia, il rigetto della domanda attorea sotto profilo dei danni jure heriditatis (liquidati nella sola misura di euro 7391,78 rispetto alla quota di euro 300.000 richiesta) nonché dei danni patrimoniali lamentati, si impone la compensazione delle spese di lite nei limiti di un terzo. Sul punto, infatti, è consolidato il principio per il quale "*la regolazione delle spese di lite può avvenire in base alla soccombenza integrale, che determina la condanna dell'unica parte soccombente al pagamento integrale di tali spese (art. 91 c.p.c.), ovvero in base alla reciproca parziale soccombenza, che si fonda sul principio di causalità degli oneri processuali e comporta la possibile compensazione totale o parziale di essi (art. 92, comma 2, c.p.c.); a tale fine, la reciproca soccombenza va ravvisata sia in ipotesi di pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo fra le stesse parti, sia in ipotesi di accoglimento parziale dell'unica domanda proposta, tanto allorchè quest'ultima sia stata articolati in più capi, dei quali siano stati accolti solo alcuni, quanto nel caso in cui sia stata articolata in un unico capo e la parzialità abbia riguardato la misura meramente quantitativa del suo accoglimento*". (Sez. 3, Sentenza n. 3438 del 22/02/2016, Rv. 638888 - 01).

Le spese per la consulenza tecnica si pongono definitivamente a carico di parte soccombente sempre per la stessa percentuale di due terzi, condannando la stessa a rifondere parte attorea, in tale misura, delle spese eventualmente anticipate.

La liquidazione delle spese, inoltre, viene effettuata tenendo conto, sì, della previsione di cui all'art. 4, comma 2, del DM 55/2014 per quanto attiene la difesa congiunta di più parti, prevedendo, tuttavia, attesa l' unitarietà delle posizioni processuali dei vari attori e l'identità delle difese, un aumento (facoltativo) del 20% complessivo. E' noto, infatti, che "*in tema di liquidazione delle spese del giudizio, in caso di difesa di più parti aventi identica posizione processuale e costituite con lo stesso avvocato, è dovuto un compenso unico secondo i criteri fissati dagli artt. 4 e 8 del d.m. n. 55 del 2014 (salva la possibilità di aumento nelle percentuali indicate dalla prima delle disposizioni citate), senza che rilevi la circostanza che il comune difensore abbia presentato distinti atti difensivi (art. 4 del d.m. cit.), né che le predette parti abbiano nominato, ognuna, anche altro (diverso) legale, in quanto la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

"ratio" della disposizione di cui all'art. 8, comma 1, del d.m. n. 55 del 2014, è quella di fare carico al soccombente solo delle spese nella misura della più concentrata attività difensiva quanto a numero di avvocati, in conformità con il principio della non debenza delle spese superflue, desumibile dall'art. 92, comma 1, c.p.c." (Sez. 3, Sentenza n. 17215 del 27/08/2015, Rv. 636650 - 01)

P.Q.M.

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

- accerta la responsabilità della struttura sanitaria *Controparte_2* *[...]* n merito al decesso di *Persona_1* , dovuto a *shock* settico da infezione del sito chirurgico correlata all'assistenza e non adeguatamente trattata dal personale della struttura sanitaria, e per l'effetto:

- dichiara e condanna il *Controparte_1* al pagamento, delle seguenti voci di danno:

- a titolo di danno biologico terminale, percepito *jure hereditatis*, la somma complessiva di euro 7.391,78 oltre interessi legali dalla data della presente sentenza alla data dell'effettivo saldo a favore di *Parte_4* ;

- a titolo di danno parentale *iure proprio* patìto, delle seguenti somme (da devalutarsi e assoggettare a interessi legali calcolati sulla somma via via rivalutata fino alla data della presente sentenza, oltre interessi legali sulla somma così ottenuta dal giorno della presente sentenza al giorno della effettiva solvenza) così equitativamente determinate :

- euro 170.000,00 a favore di *Parte_4* ;

- euro 163.080,00 a favore di *Parte_3* ;

- euro 30.000,00 a favore di *Parte_2* ;

- euro 30.000,00 a favore di *Parte_1*

- condanna il *Controparte_2* al pagamento delle spese di lite che, tenuto conto della somma complessivamente liquidata agli attori, nonché della maggiorazione per la difesa di più persone al 20%, vengono calcolate in euro 24.000, di cui 1/3, ossia euro 8.000, vengono compensate a favore di parte convenuta, la quale è così condannata al pagamento di euro 16.000 a favore degli attori, oltre IVA, CPA, spese generali al 15% del predetto importo netto, e spese specifiche (sempre da decurtarsi poi di un terzo) pari a 518,00 a titolo di contributo unificato e euro 27,00 a titolo di marca da bollo;

- condanna il *Controparte_2* al pagamento in favore di parte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772

attrice, sempre in misura di due terzi, delle spese della consulenza tecnica, d'ufficio e di parte, ordinando di rifondere parte attrice per la quota suddetta la somma a tale titolo già eventualmente anticipata.

Bologna, 28 febbraio 2017

Il Giudice
dott. Alessandra Arceri

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-772