N. R.G. 2022/3383

TRIBUNALE ORDINARIO di CAGLIARI

SEZIONE SECONDA CIVILE

Nella causa civile iscritta al **n. r.g. 3383/2022**, promossa, ai sensi dell'art. 702 bis c.p.c., da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), [redacted] ed ivi residente, nella [redacted] *Parte_2* (C.F. *C.F._2*), [redacted] nella [redacted] domiciliati elettivamente in Cagliari, nella [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] (C.F. *C.F._3*), che li rappresenta e difende in virtù di procura in calce al ricorso,

RICORRENTI

contro

Controparte_1 (P. IVA *P.IVA_1*, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante dott.ssa *CP_2* domiciliata elettivamente in Cagliari, nella [redacted] rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] del foro di Milano (C.F. *C.F._4* e dall'Avv. [redacted] foro di Cagliari (C. F. *C.F._5*) in virtù di procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta,

RESISTENTE

Il Giudice dott.ssa Maria Grazia Cabitza, letti gli atti, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 22 novembre 2023, ha pronunciato, **ai sensi degli articoli 702 bis e seguenti Cod. Proc. Civ.,** la seguente

ORDINANZA

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

****

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., *Parte_1* e *Parte_2* in proprio e nella qualità di eredi di *Parte_3* hanno convenuto in giudizio l'Azienda Ospedaliera "G. [redacted] di Cagliari, deducendo a fondamento della propria domanda le seguenti circostanze:

- il **29 maggio 2017**, a seguito della comparsa di ittero e colangite e alla diagnosi di stenosi dell'anastomosi epatico-digiunale realizzata con il precedente intervento chirurgico del 22 giugno 2015 (finalizzato al trattamento chirurgico di un carcinoma della via biliare principale), il loro congiunto *Parte_3* era stato ricoverato presso il reparto di Chirurgia d'Urgenza dell' *Organizzazione_1* di Cagliari e sottoposto a procedura radiologica interventistica per il trattamento della stenosi tramite angioplastica dell'anastomosi e posizionamento di drenaggio biliare interno-esterno.

  La procedura veniva iniziata alle ore 12:40 e conclusa alle 13:40, senza che fosse rilevata alcuna difficoltà nell'esecuzione dell'intervento.

  Alle **ore 18:30**, poiché il paziente lamentava dolori trafittivi nella sede del drenaggio, veniva somministrata una fiala di *Per_1* (analgesico); inoltre, veniva eseguita un'ecografia dell'addome così refertata: "*si segnala minima falda fluida sottodiaframmatica destra, minima dilatazione della via biliare principale con ispessimento delle pareti*";

- il **30 maggio 2017**, dato che il *Pt_3* continuava a lamentare algie al fianco destro, veniva proseguita la terapia antidolorifica tramite somministrazione di Contramal, Lixidol e Perfalgan, oltre che eseguito il lavaggio del catetere biliare. Inoltre, il paziente riferiva dispnea.

- il **31 maggio 2017**, a causa del persistere della sintomatologia dolorosa, veniva infusa al paziente per via endovenosa una fiala di Temgesic (analgesico) in 100 c.c. di fisiologica.

  Veniva inoltre richiesta una consulenza antalgica, così refertata: "*il paziente riferisce sintomatologia algica a sbarra nella sede dell'intervento, che si irradia posteriormente nel*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

dorso, esacerbata dagli atti respiratori ed a carattere incidente: tale sintomatologia non risponde alla somministrazione di paracetamolo, FANS e oppiacei deboli. Pertanto, si collega elastomero i.v. con 50 mgr di morfina e 20 mgr. di metoclopramide, soluzione fisiologica fino a 100 ml (velocità di infusione iniziale 3 ml./h). Si posiziona cerotto transdermico di fentanil 12 microgrammi da sostituire ogni 72 h. Al bisogno Actiq (fentanil) 200 microgrammi, non superare le tre somministrazioni quotidiane".

Alle **ore 15** il paziente lamentava brividi scuotenti e presentava uno stato di agitazione, oltre che una temperatura corporea di 37.7°.

Alle **ore 16** lo stato febbrile del *Pt_3* risultava peggiorato, con una temperatura corporea di 38.8°, pertanto veniva somministrata una fiala di Parfalgan e iniziata terapia con *Org_2* (antibiotico ad ampio spettro).

- Il **1° giugno 2017** il paziente versava in uno stato soporoso e le sue condizioni apparivano critiche, pertanto veniva richiesta una consulenza anestesiologica, a seguito della quale veniva somministrata una fiala di *Org_3* (antidoto nel trattamento delle intossicazioni acute da analgesici e narcotici), che determinava il risveglio del *Pt_3*

  Alle **ore 16:30** il paziente riferiva estrema agitazione e dolore toraco-addominale, pertanto veniva eseguita una TAC toraco-addominale.

  Alle **ore 17:20**, previa visione della TAC, veniva richiesta una consulenza chirurgica toracica, così refertata "*presa visione della TAC torace, che evidenzia un abbondante versamento pleurico a carico dell'emitorace* destro […] si *posiziona drenaggio pleurico al VI° spazio intercostale e si drenano 1100 c.c. di liquido verosimilmente biliare*".

  Alle **ore 20:40** i sanitari provvedevano alla sostituzione del drenaggio tramite intervento di radiologia interventistica, così refertato: "*al preliminare esame colangiografico attraverso il catetere di drenaggio interno-esterno si evidenzia la sua retrazione rispetto alla precedente seduta. Si riposiziona un altro catetere di drenaggio biliare interno-esterno, che dovrà essere tenuto chiuso e lavato con fisiologica una volta al giorno*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

Alle **ore 22:30** i sanitari decidevano di eseguire un intervento chirurgico d'urgenza in via laparotomica, così descritto: "*aperto il peritoneo si evidenzia un quadro di coleperitoneo, si pratica tampone per esame colturale. Si aspirano circa 800 c.c. di liquido biliare*".

Al termine dell'intervento il paziente veniva ricoverato presso il reparto di rianimazione per un grave quadro di insufficienza respiratoria e instabilità emodinamica;

- nei giorni successivi veniva accertata la positività al batterio *klebsiella pneumoniae* del tampone effettuato per esame colturale in occasione dell'intervento laparotomico.

  Le condizioni del paziente gradualmente e costantemente peggioravano, sino all'ormai inevitabile *exitus*, avvenuto in data [redacted] in conseguenza al grave quadro di shock settico.

Il dott. *Persona_2* specialista in medicina legale e delle assicurazioni, consultato dagli odierni attori al fine di ottenere un parere tecnico sull'adeguatezza delle cure prestate al loro congiunto dai sanitari [redacted] *CP_1* di Cagliari, propedeutico all'eventuale instaurazione del giudizio, aveva chiarito che, "*dopo l'insorgenza della sintomatologia dolorosa localizzata nella sede della puntura percutanea, l'atteggiamento dei sanitari fu improntato al solo trattamento della sintomatologia* [dolorosa] *riferita dal paziente, senza metterla in rapporto con la precedente procedura di radiologia interventistica, nonostante l'ecografia addominale avesse dimostrato la presenza di un versamento addominale periepatico* [che veniva dunque rilevato, senza che tuttavia ne venisse monitorata l'evoluzione]. *Tale imperizia di associò alla imprudente somministrazione di una terapia antalgica sovra dosata, che portò non solo alla totale soppressione della sintomatologia dolorosa, ma indusse uno stato di sedazione con stato soporoso del paziente. Tanto che fu necessaria la somministrazione di una fiala di* *Org_3* *(farmaco che viene somministrato in caso di overdose da oppiacei). Le citate colpevoli inadempienze portarono ad un grave quanto inescusabile ritardo nella diagnosi della complicanza, quantificabile in almeno 48 ore. Tale ritardo determinò un progressivo scadimento delle condizioni generali e l'insorgere di un grave shock*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

settico irreversibile, come dimostrato dalla positività della coltura del liquido peritoneale, che portò inevitabilmente al decesso del paziente".

Sulla base del predetto parere tecnico, i congiunti del *Pt_3* proponevano dunque ricorso ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c., nell'ambito del quale i consulenti tecnici d'ufficio (il dott. *Persona_3* specialista in medicina legale, e il dott. *Persona_4*, specialista in chirurgia generale e chirurgia vascolare), nella relazione depositata in data 20 ottobre 2020, chiarirono quanto segue: "*L'indagine TC toraco-addominale del 01.06.2017 metteva in evidenza un versamento pleurico, evento avverso, con maggiore probabilità di natura iatrogena post-intervento, di cui non è possibile ipotizzare la modalità di accadimento. La presenza di materiale biliare nel cavo pleurico ha sicuramente amplificato l'azione patogena dell'infezione successivamente accertata. Riguardo il processo infettivo da cui il Pt_3 è rimasto affetto durante il ricovero, si ricorda che trattasi di infezione nosocomiale; ossia processi morbosi di natura infettiva che, per definizione, non sono presenti al momento del ricovero in ospedale, ma che si sviluppano durante la degenza in reparto. […] Con alta probabilità, il* [redacted] *Parte_3* [redacted] *risulta eziopatogeneticamente correlato alla carenza di locali salubri con basso rischio infettivo dell'Controparte_1*".

Sulla scorta delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio espletata nel procedimento per accertamento tecnico preventivo gli odierni attori hanno promosso il presente procedimento, deducendo la sussistenza di un nesso di causalità tra la morte del *Pt_3* e l'infezione da *klebsiella pneumoniae* contratta da quest'ultimo in occasione dell'intervento di radiologia interventistica del 29 maggio 2017, la cui insorgenza si sarebbe potuta evitare con l'applicazione di adeguati protocolli per la profilassi delle malattie infettive, ancor più necessaria in caso di ricovero di pazienti fragili quali il loro congiunto. Hanno poi lamentato la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia dei sanitari nella gestione della predetta infezione nosocomiale.

Tanto premesso, gli attori hanno concluso chiedendo che fosse accertata la responsabilità dell'*Controparte_1* per il decesso di *Parte_3* avvenuto in conseguenza delle

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

gravi omissioni dei sanitari che lo avevano avuto in cura in occasione del ricovero intercorso tra il 29 maggio 2017 e l[redacted]

Per l'effetto, hanno domandato la condanna della struttura sanitaria convenuta all'integrale risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali da loro sofferti, così individuati:

- risarcimento *iure proprio* del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, quantificato in euro 264.780,00 per ciascuno dei figli del *de cuius*, oltre interessi e rivalutazione monetaria;
- risarcimento *iure hereditatis* del danno morale e biologico terminale patito dal congiunto;
- risarcimento del danno patrimoniale subìto dagli eredi per le spese funerarie, quantificato in euro 8.409,00 e per le spese relative alla CTU espletata in sede di accertamento tecnico preventivo, per un importo di euro 3.660,00.

****

Nel costituirsi in giudizio, [redacted] di Cagliari ha dedotto, in via preliminare, l'inammissibilità della domanda di risarcimento proposta *iure hereditatis* dai ricorrenti, sul rilievo che gli stessi non avrebbero dato prova di essere gli unici eredi del *de cuius*, per cui sussisterebbe un parziale difetto di legittimazione attiva dei medesimi.

Secondo l'azienda ospedaliera resistente, infatti, sebbene dagli atti del procedimento promosso per l'accertamento tecnico preventivo fosse risultata l'esistenza di un testamento olografo con cui il *Pt_3* aveva designato i propri due figli quali suoi eredi universali, dall'estratto dell'atto di morte prodotto dagli stessi ricorrenti risultava che il medesimo al momento del decesso, avvenuto nelle more del procedimento di divorzio, era ancora coniugato con la sig.ra *Persona_5* la quale pertanto era a tutti gli effetti erede del *de cuius*.

Per i motivi esposti, secondo l'A.O. *CP_1* gli odierni ricorrenti sarebbero legittimati ad agire unicamente nei limiti delle loro quote e non potrebbero, dunque, richiedere l'intero risarcimento dei danni asseritamente patiti *iure hereditatis*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

Per quanto concerne il merito, l'azienda resistente ha dedotto l'assoluta non configurabilità di una propria responsabilità in relazione al decesso del *Pt_3* poiché, contrariamente a quanto asserito dai consulenti, i sanitari dell' *Controparte_3* avevano accertato la presenza di *klebsiella pneumoniae* tramite esame colturale del liquido biliare prelevato dalla cavità addominale del paziente e non dal suo apparato respiratorio. Pertanto, non essendo stata accertata la presenza di tale patogeno a livello respiratorio, doveva ritenersi possibile che l'insufficienza respiratoria accorsa successivamente all'intervento laparotomico e cha aveva portato all'*exitus* fosse legata alla riattivazione di altri germi già presenti nell'albero respiratorio del paziente, già gravemente immunodepresso a causa della recidiva del colangiocarcinoma operato due anni prima.

Secondo l'azienda resistente, la tesi sostenuta dai consulenti tecnici d'ufficio, secondo cui l'infezione da ***klebsiella*** avrebbe avuto certamente origine nosocomiale per il fatto di essersi manifestata clinicamente a 48 ore dal ricovero, sarebbe puramente apodittica e priva di qualsiasi fondamento scientifico, poiché nel caso in esame il paziente era fortemente immunodepresso già da tempo e presentava ittero derivante dalla difficoltà di deflusso della bile causata dalla stenosi, fattore predisponente alle infezioni biliari.

Per tali motivi, [redacted] di Cagliari ha concluso chiedendo l'integrale rigetto delle domande avversarie, con vittoria di spese e di competenze del giudizio.

****

1. La domanda del risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale proposta *iure proprio*

La domanda con cui i ricorrenti hanno richiesto, *iure proprio*, la condanna dell'Azienda Ospedaliera G. [redacted] di Cagliari al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale da loro patito a causa del decesso del loro congiunto *Parte_3* è fondata e, pertanto, deve trovare accoglimento, seppure nei limiti di seguito specificati.

Preliminarmente, occorre rilevare che la Corte di Cassazione, con orientamento maggioritario consolidatosi recentemente, ha affermato che la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

dei congiunti della vittima primaria che agiscono *iure proprio* ha natura extracontrattuale, ad esclusione che nel ristretto ambito afferente le prestazioni sanitarie riconducibili alla gestazione, nel quale il contratto stipulato dalla gestante deve considerarsi produttivo di effetti protettivi nei confronti di terzi (il coniuge della gestante e i fratelli del nascituro).

La Suprema Corte ha infatti precisato che "*il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, comma 2, c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (da ultimo, Cass. n. 11320 del 2022; v. anche Cass. n. 21404 del 2021). Ne consegue che, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della obbligazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione dei terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art.1372, secondo comma, c.c.); pertanto, per un verso, non è predicabile un "effetto protettivo" del contratto nei confronti di terzi, per altro verso, non è identificabile una categoria di terzi (quand'anche legati da vincoli rilevanti, di parentela o di coniugio, con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto". Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subìto in proprio delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria (impropriamente definiti "danni mediati o riflessi"), non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro di tali pregiudizi. Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

prova" (Cass. 6386/2023, si vedano anche Cass. 14258/2020, Cass. 19188/2020, Cass. 21404/2021 e Cass. 11320/2022).

Nel caso in esame, con riferimento alla domanda proposta per il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, deve dunque applicarsi, conformemente ai princìpi appena richiamati, la disciplina propria della responsabilità extracontrattuale.

Tanto premesso, le risultanze della CTU espletata nell'ambito del procedimento promosso ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c. hanno evidenziato la chiara sussistenza di diversi profili di responsabilità a carico dei sanitari dell'azienda ospedaliera convenuta nella gestione del paziente durante il ricovero intercorso tra il 29 maggio 2017 e l [redacted]

In primo luogo, per quanto concerne l'origine dell'infezione da *klebsiella pneumoniae* da cui è risultato affetto il paziente all'esito dell'esame colturale del 3 giugno 2017, deve condividersi quanto sostenuto dai CTU, secondo i quali "*riguardo il processo infettivo da cui il Pt_3 è rimasto affetto durante il ricovero, si ricorda che trattasi di* ***infezione nosocomiale****, ossia un processo morboso di natura infettiva che, per definizione, non è presente al momento del ricovero in ospedale, ma che si sviluppa durante la degenza in reparto. Devesi evidenziare come, secondo i C.D.C. di Atlanta (Centers for Disease Control and Prevention, sono da considerare infezioni correlate al ricovero ospedaliero quelle i cui sintomi e segni sono insorti a partire dal terzo giorno di ricovero in poi (dovendosi reputare "esterne" quelle presenti fin dall'ingresso in ospedale, cioè a dire insorte da due giorni prima del ricovero e fino ai primi due giorni di ricovero)*".

Risulta infatti accertato come il paziente avesse manifestato i primi sintomi dello shock settico che ne ha causato il [redacted] (*in cartella clinica si legge "paziente con brividi scuotenti, agitato. […] Temperatura corporea di 37.7°*"), circa 48 ore dopo l'inizio del ricovero (l'intervento di radiologia interventistica era iniziato alle ore 12:40 del 29 maggio 2017). La sussistenza di tale circostanza è pacifica tra le parti e non è stata negata neppure dall'azienda convenuta, la quale si è limitata a sostenere che nonostante ciò l'infezione verificatasi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

era da ricollegare piuttosto alla situazione clinica del paziente, che rappresentava un fattore predisponente per le infezioni.

Peraltro, l'apodittica affermazione della convenuta è stata smentita dai consulenti tecnici d'ufficio che, sulla base delle risultanze presenti in cartella, hanno evidenziato che "*Le condizioni cliniche di* Parte_3 *all'atto dell'accesso presso la struttura ospedaliera non deponevano per processi infettivi in atto e in cartella clinica non vi è menzione di tale preesistenza invocata dai CCTTPP del convenuto*".

Per quanto concerne l'individuazione della porta d'ingresso dell'infezione nosocomiale contratta dal Pt_3 deve condividersi quanto sostenuto dai consulenti secondo i quali "*verosimilmente il batterio presente nella Struttura Ospedaliera ha infettato* Parte_3 *all'atto dell'intervento di radiologia interventistica praticato in data 29.05.2017. Poi, poiché vi è stata una manovra che ha provocato lo stravaso di bile nel cavo pleurico, con maggiore probabilità, i due comparti addome e torace, hanno condiviso il processo patogeno della klebsiella pneumoniae resistente ai carbapenemi (KPC), come da referto relativo al prelievo di liquido peritoneale intraoperatorio del 03.06.2017*.

A tale proposito è opportuno ricordare che la letteratura scientifica internazionale riconosce, da decenni e all'unanimità[1], che anche gli interventi mininvasivi, quale quello praticato nei confronti del Melis, qualora prevedano l'utilizzo di sonde e cateteri, sono possibili porte di ingresso dell'infezione. Tali dispositivi sono infatti classificati come dispositivi critici, per i quali non è sufficiente la mera disinfezione ma è necessaria la sterilizzazione, poiché, entrando in contatto con un sito corporeo sterile, rappresentano una potenziale occasione per contrarre infezioni nosocomiali. Non può dunque condividersi l'eccezione formulata dall'azienda convenuta, secondo la quale durante l'intervento di radiologia interventistica del 29 maggio 2017 il paziente non avrebbe potuto contrarre alcuna infezione nosocomiale, data la mininvasività dello stesso.

[1] SWISS-NOSO, *Infezioni nosocomiali e igiene ospedaliera: aspetti attuali*, vol. 6, n.4, 1999.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

Per quanto riguarda la **causa del decesso del paziente**, non vi è dubbio che, come chiarito dai consulenti d'ufficio "*la morte di* Parte_3 *si è verificata come conseguenza della infezione da klebsiella pneumoniae. La klebsiella pneumoniae è infatti l'unico microrganismo che i sanitari della Azienda G.* [redacted] *hanno isolato"*. Precisano ulteriormente i consulenti che detto agente patogeno avrebbe poi provocato uno shock settico resistente alla terapia antibiotica.

E' utile ulteriormente precisare come l'infezione da *klebsiella pneumoniae* sia stata accertata dai sanitari dell' CP_4 tramite l'esame colturale del liquido biliare prelevato solo in occasione dell'intervento laparotomico effettuato al fine di porre rimedio alla infezione il 1° giugno 2017 e altresì come dalla cartella clinica non risulti che i sanitari avessero isolato altri patogeni.

La circostanza che l'infezione sia stata accertata tramite esame colturale di liquido prelevato dalla cavità addominale del paziente, e non da quella toracica, è del tutto irrilevante, poiché è la stessa azienda convenuta a riconoscere che "*il paziente presentò una dislocazione del drenaggio trans-perietopatico, per cui ebbe un versamento biliare in peritoneo sottodiaframmatico e nel cavo pleurico*" (v. consulenza tecnica d'ufficio).

Del tutto apodittica risulta, dunque, l'affermazione secondo cui l'insufficienza respiratoria patita dal Pt_3 potrebbe essere stata causata dalla riattivazione di un altro germe già presente nel suo organismo da prima del ricovero, responsabile del suo decesso, poiché da quanto risulta in cartella clinica, come già detto, la *klebsiella pneumoniae* è l'unico patogeno che i sanitari che lo avevano in cura hanno isolato.

Per le ragioni esposte, deve ritenersi provato, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non" che a causare lo shock settico, che a sua volta ha determinato il decesso del Pt_3 sia stata l'infezione da *klebsiella* contratta in occasione dell'intervento di radiologia interventistica del 29 maggio 2017.

Affermata la sussistenza di un nesso di causalità tra l'infezione nosocomiale e l'*exitus*, occorre verificare se nella condotta dei sanitari siano o meno ravvisabili delle responsabilità omissive di natura colposa.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

A tal proposito, i CTU hanno sostenuto che "*con riguardo alla tematica dell'infezione ospedaliera da klebsiella pneumoniae contratta da* Parte_3 *, giova segnalare che essa rappresentava un fenomeno sicuramente prevedibile in quanto la letteratura scientifica è univoca nell'indicare come le infezioni correlate all'assistenza siano evitabili*" ed evidenziato che dalla cartella clinica e dagli atti del procedimento non risulta documentato che l'azienda convenuta abbia "*posto in essere e rispettato le più idonee ed efficaci misure di contenimento diffusione klebsiella pneumoniae, attinenti specificamente (a titolo meramente esemplificativo):* ***a)*** *all'attuazione di protocolli relativi a disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione di ambienti e materiali;* ***b)*** *alle modalità di lavaggio delle mani da parte del personale;* ***c)*** *all'uso dei dispositivi di protezione individuale;* ***d)*** *alle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;* ***e)*** *al sistema di smaltimento dei rifiuti solidi;* ***f)*** *alla qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;* ***g)*** *alla modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;* ***h)*** *all'organizzazione del servizio mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;* ***i)*** *allo smaltimento dei liquami e alla pulizia di padelle e simili;* ***j)*** *all'istituzione di un sistema di sorveglianza e notifica;* ***k)*** *all'istituzione del Comitato Infezioni Ospedaliere ed alla relativa attività;* ***l)*** *ai criteri costruttivi strutturali atti a evitare le infezioni;* ***m)*** *al controllo e alla limitazione dell'accesso dei visitatori;* ***n)*** *al controllo dello stato di salute dei dipendenti e degli operatori;* ***o)*** *all'adeguatezza del rapporto tra degenti e personale sanitario;* ***p)*** *alla pianificazione ed attuazione di continui controlli sulle attività di cui sopra*". Il collegio peritale ha inoltre sottolineato che "*seppure non siano stati reperiti protocolli ufficiali che prevedessero l'isolamento del paziente, al fine della propria profilassi infettiva, in condizioni di ricovero analoghe all'interessato sarebbe stata certamente un'azione sanitaria cauta e diligente metterla in pratica nel caso di specie*".

Per quanto riguarda la mancanza di qualsiasi riferimento nella cartella clinica all'adozione delle necessarie cautele per evitare la diffusione delle infezioni nosocomiali, deve ricordarsi il principio costantemente invocato dalla giurisprudenza di legittimità, secondo cui "*la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può tradursi, sul piano processuale, in un pregiudizio per*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

il paziente (cfr. Cass. n. 1538/2010) e che ***è anzi consentito il ricorso alle presunzioni*** *«in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato» (Cass. n. 11316/2003; cfr. Cass. n. 10060/2010); tali principi, che costituiscono espressione del criterio della vicinanza alla prova nel più ampio quadro della distribuzione degli oneri probatori, assumono speciale pregnanza in quanto sono destinati ad operare non soltanto ai fini della valutazione della condotta del sanitario (ossia dell'accertamento della colpa), ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la condotta medica e le conseguenze dannose subite dal paziente (cfr., oltre alle citate Cass. n. 11316/2003 e n. 10060/2019, anche Cass. n. 12218/2015)*".

In forza dei princìpi richiamati, fermo restando che risulta accertata, per le ragioni esposte sopra, l'origine nosocomiale dell'infezione da *klebsiella pneumoniae* che ha determinato il decesso del paziente, deve ritenersi provato in via presuntiva che la stessa sia insorta a causa della colposa mancata adozione, da parte del personale sanitario dell' *CP_4* , di adeguate misure atte a evitare la diffusione di patogeni durante il suo ricovero.

Un ulteriore profilo di responsabilità a carico dei sanitari che avevano in cura il *Pt_3* emerge se si esaminano le cure prestate in relazione alla sintomatologia dolorosa, ricollegata alla infezione ormai in atto, lamentata dal paziente.

In primo luogo, occorre evidenziare come per ben 72 ore i sanitari dell' *CP_4* si siano limitati a somministrare una sempre più accentuata terapia antalgica al paziente, la cui efficacia aveva peraltro determinato l'insorgere di uno stato soporoso nel medesimo, invertito solo con la somministrazione di una fiala di Narcan (antidoto nel trattamento delle intossicazioni acute da analgesici e narcotici), senza operare alcuna indagine circa le cause di tale sintomatologia dolorosa.

La circostanza appare ancora più grave se si considera che i medesimi, nell'immediato post-operatorio, avevano effettuato un'ecografia dell'addome del paziente il cui referto aveva evidenziato "*compatibilmente con le medicazioni, minima falda fluida sottodiaframmatica destra*"; tuttavia, nelle ore e nei giorni successivi l'evoluzione di tale falda non era stata monitorata,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

nonostante il paziente avesse continuato a lamentare dolore nella sede dell'intervento. Soltanto il 1° giugno 2017, successivamente al risveglio del *Pt_3* dallo stato soporoso indotto dalla terapia antalgica, i sanitari decisero di effettuare una TAC, la quale evidenziò "*un abbondante versamento pleurico a carico dell'emitorace* destro […]", e drenato "*1100 c.c. di liquido verosimilmente biliare*" dalla cavità toracica del paziente.

Risulta dunque che non venne impostata una corretta terapia antibiotica volta al contrasto dell'infezione e, ancor prima, non vennero effettuati gli esami diagnostici indispensabili ad evidenziare l'infezione in atto, nonostante la chiara sintomatologia presentata dal paziente, sintomatologia che avrebbe dovuto indurre i medici a sospettare l'evento avverso, specie considerata l'accertata presenza ad opera dei medesimi sanitari di un versamento sottodiaframmatico in relazione al quale non venne effettuato alcun monitoraggio.

La condotta dei sanitari nelle giornate del 30 e 31 maggio, fino alle ore 16:30 del 1° giugno, fu, dunque, negligente ed imperita poiché essi omisero di eseguire gli indispensabili accertamenti diagnostici in ordine alla persistente sintomatologia dolorosa, e del tutto imprudentemente prolungarono la somministrazione della terapia antalgica senza procedere ad alcun accertamento in ordine alla causa della suddetta sintomatologia dolorosa.

Solo tardivamente, infatti, e cioè in data 1° giugno 2017, venne eseguita la TAC addome, quando ormai la contratta infezione aveva raggiunto un elevatissimo livello di gravità, né può essere posto in dubbio che una precoce diagnosi avrebbe consentito un trattamento farmacologico più adeguato che avrebbe modificato l'esito finale.

Per le ragioni esposte, deve ritenersi provato, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", che, se i sanitari dell'azienda resistente avessero tempestivamente trattato le complicanze dell'intervento di radiologia interventistica (falda fluida sottodiaframmatica di liquido biliare), il versamento pleurico che ha massimizzato il meccanismo dell'azione patogena dell'infezione da *klebsiella* non si sarebbe verificato o sarebbe stato più limitato, con maggiori *chances* di sopravvivenza per il paziente.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

Deve ritenersi altresì provato che l'intempestiva cura di dette complicanze sia stata determinata dalla colpevole omissione, da parte del personale dell' *CP_4* dei necessari e doverosi accertamenti volti a monitorare l'evoluzione della falda fluida sottodiaframmatica rilevata con l'ecografia addominale del 29 maggio 2017.

Accertata la responsabilità dei sanitari dell' *Controparte_1* di Cagliari in relazione al decesso del *Pt_3* deve riconoscersi il diritto degli odierni ricorrenti, suoi congiunti (figli), a ottenere il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale da essi patito.

Il *quantum* risarcitorio può essere determinato facendo riferimento ai valori ottenibili applicando le Tabelle di Milano più recenti (Cass. 37009/2022), previa loro rivalutazione al momento attuale (poiché l'ultimo aggiornamento risale al maggio 2022). Tenendo conto del fatto che la vittima primaria all'epoca del decesso aveva 65 anni, i suoi due figli un'età compresa tra 31 e 40 anni e che i ricorrenti non hanno dedotto e né tantomeno provato la convivenza con il *de cuius* né la particolare qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto, il *quantum* del risarcimento dovuto a ciascuno dei ricorrenti deve essere individuato nella somma, già congrua all'attualità, di euro 187.753,54.

Su tale somma sono dovuti gli interessi nella misura legale ordinaria dal momento del danno alla data di instaurazione del presente giudizio, mentre per il periodo successivo e sino al pagamento sono dovuti gli interessi nella maggior misura individuata dall'1284, comma IV, c.p.c. La corte di Cassazione ha infatti recentemente affermato come "*la disposizione di cui all'art. 1284, comma 4, c.c., individui il tasso legale degli interessi, in linea generale, per tutte le obbligazioni pecuniarie (salvo diverso accordo delle parti e salva diversa espressa previsione di legge), per il periodo successivo all'inizio del processo avente ad oggetto il relativo credito, fino al momento del pagamento. Depone nel senso indicato, in primo luogo, la sua stessa ratio. L'art. 1284, comma 4, c.c., è stato introdotto al fine di contenere gli effetti negativi della durata dei processi civili, riducendo il vantaggio, per il debitore convenuto in giudizio, derivante dalla lunga durata del processo, attraverso la previsione di un tasso di interesse più elevato di quello ordinario, dal*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

momento della pendenza della lite: si tratta evidentemente di una disposizione (lato sensu "deflattiva" del contenzioso giudiziario), che ha lo scopo di scoraggiare l'inadempimento e rendere svantaggioso il ricorso ad inutile litigiosità, scopo che prescinde dalla natura dell'obbligazione dedotta in giudizio e che si pone in identici termini per le obbligazioni derivanti da rapporti contrattuali come per tutte le altre" (Cass. 61/2023).

Ciò premesso, gli interessi maturati a partire dalla data del danno non possono essere calcolati sulla somma liquidata per il capitale, definitivamente rivalutata, essendo invece corretto determinarli con riferimento ai singoli momenti con riguardo ai quali la somma equivalente al bene perduto si incrementa nominalmente, in base ai prescelti indici di rivalutazione monetaria, ovvero in base ad un indice medio (Cassazione civile, sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712).

Pertanto, l' *Controparte_1* convenuta deve essere condannata al pagamento, in favore di ciascuno dei ricorrenti, degli interessi legali sulla somma devalutata alla data del danno, poi via via annualmente rivalutata secondo indici *Org_* da tale data alla pronuncia, per un importo complessivo di euro 25.356,38 (di cui euro 2.834,06 a titolo di interessi dovuti nella misura legale ordinaria ed euro 22.522,32 a titolo di interessi dovuti nella misura di cui all'art. 1284, comma IV, c.p.c.) a titolo di danno da ritardo.

La somma complessiva, comprensiva di interessi, spettante a ciascuno dei ricorrenti a titolo di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale è dunque pari ad **euro 213.109,92**.

2. La domanda di risarcimento del danno terminale patito dal *de cuius* proposta *iure hereditatis*

La domanda con cui i ricorrenti hanno richiesto, *iure hereditatis*, la condanna dell'Azienda Ospedaliera G. [redacted] di Cagliari al risarcimento del danno terminale patito dal *de cuius* durante il ricovero intercorso tra il 29 maggio e l [redacted] è in parte fondata e, pertanto, deve trovare accoglimento, seppure nei limiti di seguito specificati.

Preliminarmente, deve rigettarsi l'eccezione, formulata dall'azienda resistente, secondo la quale non avendo gli odierni ricorrenti dato prova di essere gli unici eredi del *de cuius* sussisterebbe un loro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

parziale difetto di legittimazione attiva ed essi non sarebbero legittimati ad agire che limitatamente alle loro quote, non potendo dunque richiedere l'intero risarcimento dei danni patiti *iure hereditatis*.

La Corte di Cassazione, con orientamento consolidato, ha infatti chiarito che "*a differenza dei debiti (art. 752, 754 c.c.), i crediti del de cuius non si dividono automaticamente tra i coeredi in ragione delle rispettive quote, ma entrano a far parte della comunione ereditaria (arg. artt. 752, 757 c.c.) (v. Cass., 24/8/2012, n. 14629. E già Cass., 13/10/1992, n. 11128), sicché anche senza il consenso espresso (che può presumersi) degli altri coeredi (cfr. Cass., 30/9/2011, n. 20046) ciascun erede può agire singolarmente per far valere l'intero credito comune (o la sola quota proporzionale alla quota ereditaria), non essendo necessario integrare il contraddittorio nei confronti di tutti gli altri coeredi (v. Cass., 28/11/2007, n. 24657, ove si precisa che resta ferma la possibilità per il convenuto debitore di chiedere l'intervento di questi ultimi in presenza dell'interesse all'accertamento nei confronti di tutti della sussistenza o meno del credito)*" (Cass. 8508/2020).

In forza dei princìpi appena richiamati risulta evidente come gli odierni ricorrenti, avendo dimostrato la loro qualità di eredi di *Parte_3* risultino legittimati a richiedere *iure hereditatis* all'azienda resistente l'intero risarcimento dei danni patiti dal loro congiunto in occasione del ricovero, risultando del tutto irrilevante ai fini del presente giudizio l'esistenza di altri eredi, circostanza che potrà eventualmente da questi essere fatta valere in un giudizio di divisione ereditaria.

Tanto premesso, la Suprema Corte ha chiarito che i danni non patrimoniali risarcibili alla vittima primaria trasmissibili *iure hereditatis* possono consistere unicamente "***a)*** *nel "**danno biologico**" (cd. "danno terminale") determinato dalla lesione al bene salute, quale danno-conseguenza consistente nei postumi invalidanti che hanno caratterizzato la durata concreta del periodo di vita del danneggiato dal momento della lesione fino all'exitus. L'accertamento del danno conseguenza è questione di fatto, e presuppone che le conseguenze pregiudizievoli si siano effettivamente prodotte, necessitando a tal fine che tra l'evento lesivo e il momento del decesso sia intercorso un "apprezzabile lasso temporale" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1877 del 30/01/2006; Cass. Sez. 3,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

Sentenza n. 15491 del 08/07/2014; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 22228 del 20/10/2014; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 23183 del 31/10/2014); ***b)*** *nel "****danno morale cd. soggettivo****" (cd. "danno catastrofale" o da lucida agonia), consistente nello stato di sofferenza spirituale od intima (paura o patema d'animo) sopportato dalla vittima nell'assistere al progressivo svolgimento della propria condizione esistenziale verso l'ineluttabile fine-vita. Trattandosi di danno-conseguenza, l'accertamento dell'an presuppone la prova della "cosciente e lucida percezione" dell'ineluttabilità della propria fine (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6754 del 24/03/2011; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7126 del 21/03/2013; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 13537 del 13/06/2014); su tale tema, tra gli arresti giurisprudenziali massimati, conformi a Cass. S.U. 15350/2015 vanno segnalate Cass. Sez. 3, 23 marzo 2016 n. 5684 e Cass. Sez. 3, 19 ottobre 2016 n. 21060, che definiscono la distinzione tra il danno biologico e il danno psicologico-morale propri della fase terminale della vita rilevando che il diritto al risarcimento del "danno biologico terminale" è configurabile - e quindi trasmissibile jure hereditatis - ove intercorra "un apprezzabile lasso di tempo" tra la lesione e la morte, essendo irrilevante che durante tale periodo la vittima abbia mantenuto lucidità, presupposto invece del diverso danno morale terminale o da lucida agonia o catastrofale o catastrofico, oggetto del presente ricorso e già rinvenibile, in S.U. 11 novembre 2008 nn. 26772 e 26773, come sofferenza che si prova per la consapevole percezione dell'ineluttabile approssimarsi della morte; per quest'ultimo danno - secondo le decisioni in esame - rileva il criterio dell'intensità della sofferenza patita "a prescindere dall'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso"; quando ricorre "l'ipotesi di morte cagionata dalla lesione", come nel caso di specie, è risarcibile il "danno biologico terminale" qualora le lesioni siano separate dalla morte da un "apprezzabile lasso di tempo", danno questo che la vittima subisce anche se non è cosciente e che è trasmissibile jure hereditatis;[...] nell'intervallo temporale tra la lesione mortale e la morte, matura sempre un danno biologico stricto sensu (ovvero danno al bene "salute"), come rileva Cass. 22541/2017, già citata; e a questo, può aggiungersi un danno morale peculiare, improntato alla fattispecie, ovvero il danno da percezione, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

sofferenza psicologica (definita agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'exitus; se, infatti, nel tempo che intercorre tra la lesione e il decesso, la persona non è in grado di percepire la sua situazione, e in particolare l'imminenza della morte, il danno non patrimoniale sussistente è riconducibile soltanto alla species biologica; se, invece, la persona si trova in una condizione di lucidità agonica, si aggiunge, sostanzialmente quale ulteriore accessorio della devastazione biologica stricto sensu, un peculiare danno morale terminale; questa Corte intende dare continuità all'orientamento sopra espresso e da ultimo ribadito, con ampia motivazione, da Cass. Sez. 3, Sentenza n. 26727 del 2018, precisando che nella fattispecie in cui le risultanze processuali dimostrino che la persona sia rimasta lucida nello spatium temporis tra la lesione e la morte, dalla lesione al diritto alla dignità della persona umana (articolo 2 Cost.), deriva la risarcibilità del danno non patrimoniale, che sussiste sia sotto il profilo stricto sensu biologico, sia sotto il profilo psicologico "morale". «Non è infatti sostenibile che la sofferenza umana possa essere un elemento giuridicamente irrilevante, vale a dire che l'assenza di sofferenza umana sia un elemento privo di utilità»" (Cass. 23153/2019).

Applicando i princìpi sopra richiamati, appare evidente come nel caso in esame possano ritenersi integrati soltanto i presupposti del danno biologico terminale e non anche quelli del danno morale soggettivo da lucida agonia. A partire dalla giornata del 1° giugno 2017, infatti, le condizioni del paziente peggiorarono tanto rapidamente che subito dopo l'intervento per via laparotomica egli dovette essere trasferito nel reparto di rianimazione, in cui rimase ricoverato sino all'*exitus*. I CTU hanno in tal senso osservato che "*la persistenza dell'infezione, ha avuto dei riflessi altamente negativi sulle condizioni di salute del* *Pt_3* *che versava in condizione comatosa*". Non risulta dunque provata la sussistenza di quella condizione di lucidità agonica individuata dalla giurisprudenza di legittimità come imprescindibile presupposto perché possa dirsi integrato il danno morale terminale.

Devono invece considerarsi sussistenti i presupposti per considerare integrato il **danno biologico terminale**, poiché dalla cartella clinica risulta chiaramente la sussistenza di un "*apprezzabile lasso*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

di tempo" (14 giorni) tra l'evento che ha determinato la lesione del bene salute del paziente e l'*exitus*.

Deve dunque riconoscersi il diritto degli odierni ricorrenti, eredi di *Parte_3* a ottenere il risarcimento del danno biologico terminale patito dal *de cuius*, il cui *quantum* può essere determinato in osservanza dei criteri per la liquidazione del danno non patrimoniale c.d. terminale previsti dalle Tabelle di Milano del 2021, riferendosi ai quali appare equo liquidare un importo complessivo pari a euro 20.000,00, già congruo all'attualità.

Su tale somma sono dovuti gli interessi calcolati secondo il meccanismo già illustrato in relazione al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, in forza del quale l' *Controparte_1* convenuta deve essere condannata al pagamento, in favore dei ricorrenti, dell'importo di euro 2.698,74 (di cui euro 302,56 a titolo di interessi dovuti nella misura legale ordinaria ed euro 2.396,18 a titolo di interessi dovuti nella misura di cui all'art. 1284, comma IV, c.p.c.) a titolo di danno da ritardo.

La somma complessiva, comprensiva di interessi, spettante ai ricorrenti a titolo di risarcimento iure *hereditatis* del danno biologico terminale patito dal *de cuius* è dunque pari ad **euro 22.698,74**.

3. La domanda di risarcimento del danno patrimoniale patito per il pagamento delle spese funerarie

La domanda con cui i ricorrenti hanno richiesto, *iure proprio*, la condanna dell'Azienda Ospedaliera G. [redacted] di Cagliari al risarcimento del danno patrimoniale da loro patito per aver sostenuto le spese funerarie del *de cuius* è fondata e, pertanto, deve trovare accoglimento.

La giurisprudenza di legittimità ha da tempo chiarito che "*indubbiamente <u>le spese funerarie costituiscono una voce di danno ineliminabile</u> e possono essere liquidate anche in mancanza di specifica dimostrazione della precisa entità della somma sborsata a tale scopo. Occorre tuttavia fornire al giudice i dati da cui desumere almeno approssimativamente i parametri a cui commisurare la liquidazione*" (11684/2014).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

Nel caso in esame i ricorrenti hanno documentato di aver sostenuto la spesa complessiva di euro 6.677,89 per le onoranze funebri del loro congiunto; sussiste dunque il loro diritto a ottenere il risarcimento del relativo danno patrimoniale, il cui *quantum* deve determinarsi rivalutando alla data odierna l'esborso economico sostenuto e aggiungendo gli interessi dovuti secondo il meccanismo già illustrato, per un danno patrimoniale da doversi risarcire nella somma complessiva di **euro 8.904,24** (di cui euro 1.168,63 a titolo di rivalutazione monetaria, euro 118,53 a titolo di interessi dovuti nella misura legale ordinaria ed euro 939,19 a titolo di interessi dovuti nella misura di cui all'art. 1284, comma IV, c.p.c.

4) Le spese di lite

Le spese di lite seguono la regola della soccombenza e, pertanto, debbono essere posta a carico della struttura sanitaria resistente. Le stesse vanno liquidate nella somma complessiva di euro **23.091,00**, di cui euro 22.457,00 per competenze di avvocato, misura ottenuta applicando i valori medi previsti per le controversie dal valore compreso tra euro 260.001,00 ed euro 520.000,00, oltre spese generali e accessori di legge. Anche le spese per la consulenza tecnica d'ufficio espletata in sede di accertamento tecnico preventivo, già liquidate, devono essere poste a carico dell' *[...]* *Controparte_1* di Cagliari.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione:

1) in accoglimento della domanda proposta nei confronti [redacted] di Cagliari, condanna la struttura sanitaria resistente al risarcimento del **danno da perdita del rapporto parentale** nella misura di complessivi euro 213.109,92 per ciascuno dei ricorrenti, comprensiva degli interessi calcolati alla data odierna, oltre interessi nella misura legale dalla data della decisione al saldo;

2) in accoglimento della domanda proposta dai ricorrenti nei confronti [redacted] di Cagliari, condanna la struttura sanitaria resistente al risarcimento, in favore dei ricorrenti, del **danno biologico terminale** patito dal *de cuius*, nella misura di complessivi euro 22.698,74,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090

comprensiva di interessi calcolati alla data odierna, oltre interessi nella misura legale dalla data della decisione al saldo;

3) in accoglimento della domanda proposta dai ricorrenti nei confronti [redacted] di Cagliari, condanna la struttura sanitaria resistente al risarcimento, in favore dei ricorrenti, del **danno patrimoniale**, nella misura di complessivi euro 8.904,24, comprensiva di interessi calcolati alla data odierna, oltre interessi nella misura legale dalla data della decisione al saldo;

4) condanna [redacted] di Cagliari alla rifusione, in favore dei ricorrenti, delle **spese processuali**, che liquida in complessivi euro 23.091,00, di cui euro 22.457,00 per competenze di avvocato, oltre spese generali, accessori di legge e spese di consulenza tecnica così come già liquidate in sede di accertamento tecnico preventivo, oltre interessi nella misura legale dalla data della decisione al saldo.

Cagliari, 28 novembre 2023

Il Giudice

dott. Maria Grazia Cabitza

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-090