Proc. n. 32528/2018 R.G.

R E P U B B L I C A I T A L I A N A
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Napoli, VIII sezione civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice, dott. Fabio Lombardo, ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile n. 32528/2018 R.G., assegnata in decisione all'udienza del 2.10.2025, senza la concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), [redacted], *Parte_2* (c.f. *C.F._2*), [redacted] e *Parte_3* (c.f. *C.F._3* , [redacted] in qualità di moglie e figlie del *de cuius* *Persona* [redacted] tutte rappresentate e difese dall'avv. [redacted] (c.f. *C.F._4*) e dall'avv. [redacted] (c.f. [redacted] ed elettivamente domiciliate presso il loro studio sito in Napoli alla [redacted] giusta procura in calce all'atto introduttivo

ATTRICI

E

Controparte_1 *[...]* (c.f. e P. Iva *P.IVA_1*), in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore, Dott. *Controparte_2* , con sede legale in Napoli alla [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (c.f. [redacted]) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Napoli alla [redacted] giusta mandato allegato all'atto di costituzione

CONVENUTA

E

[redacted] (c.f. [redacted]), [redacted] e [redacted] alla [redacted]

[redacted] **CAUSA CONTUMACE**

E

Contro (c.f. *C.F._8* , [redacted] ed ivi residente alla [redacted] elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] (c.f. [redacted]), dell'avv. [redacted] (c.f. *C.F._10*) e dell'avv. [redacted] (c.f. *C.F._11*), che lo difendono e rappresentano giusta procura allegata all'atto di costituzione

CHIAMATO IN CAUSA

E

[redacted] (c.f. *C.F._12* , [redacted] ed ivi residente alla [redacted] rappresentata e difesa congiuntamente e/o disgiuntamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

dall'avv. [redacted] (c.f. *C.F._13*) e dall'avv. [redacted] (c.f. [redacted]), ed elettivamente domiciliata presso lo studio del primo sito in Napoli alla [redacted] giusta procura allegata all'atto di costituzione

CHIAMATA IN CAUSA

E

Controparte_6 (P. IVA *2*) in persona del procuratore speciale, dott. *Controparte_7* [redacted] in Milano alla [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (c.f. *C.F._15*) ed elettivamente domiciliata quest'ultimo presso il suo studio in Castellammare di Stabia (NA) alla [redacted] giusta procura allegata all'atto di costituzione.

CHIAMATA IN CAUSA

E

ASSICURATRICE *troparte_8* P. IVA *P.IVA_3*), con sede legale a [redacted] (MO), [redacted] in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (c.f. *C.F._16*) e dall'avv. [redacted] (c.f. [redacted]) ed elettivamente domiciliata presso lo studio di sito in Casoria (NA) alla [redacted] giusta procura allegata all'atto di costituzione

CHIAMATA IN CAUSA

NONCHÈ

DI [redacted] (c.f. *C.F._8*), [redacted] ed ivi residente alla [redacted] elettivamente [redacted] *C.F._9* [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] (c.f.), dell'avv. [redacted] (c.f. *C.F._10*) e dell'avv. [redacted] (c.f. *C.F._11*), che lo difendono e rappresentano giusta procura allegata all'atto di citazione

ATTORE

nel giudizio riunito n. 454/2020 R.G.

E

Controparte_9 (c.f. [redacted] - P. IVA *P.IVA_5*, con sede legale e direzione in Bologna alla [redacted] in persona del suo procuratore *ad negotia*, Dr. *Controparte_10* munito dei poteri di rappresentanza legale in forza di procura speciale, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (c.f. *.F._18*) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Napoli alla [redacted]

CONVENUTA

nel giudizio riunito n. 454/2020 R.G.

Oggetto: responsabilità professionale

Conclusioni: all'udienza del 2.10.2025, i procuratori delle parti concludevano riportandosi ai propri scritti difensivi, insistendo per l'accoglimento delle conclusioni ivi formulate.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 20.11.2018, *Parte_1* *Pa* e [redacted] rispettivamente moglie e figlie di *Per_1* *[...]* [redacted] proponevano domanda risarcitoria dei confronti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

dell' *Controparte_1* *[...]* per i danni patrimoniali e non patrimoniali subìti in conseguenza del decesso del proprio congiunto.

Le attrici, in particolare, deducevano:

- che, in data 20.3.2017, *Persona_1* si sottoponeva ad un esame di endoscopia digestiva esofago-gastro-duodenale (EGDS) presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria – [redacted] (noto anche come [redacted] di Napoli), nell'ambito di un controllo routinario consigliatogli dal proprio medico di fiducia, il prof. *Controparte_3* ;
- che il predetto esame, eseguito dallo stesso prof. *CP_3* in regime ambulatoriale, evidenziava una *"formazione polipoide di circa 1.5 sessile, con pattern mucosa destrutturato e network vascolare disordinato"*, e precisamente di un *"polipo sessile del II duodeno da asportare in seduta operativa"*;
- che il medico consigliava al paziente di sottoporsi all'intervento chirurgico, definendolo *"urgente ed indifferibile"*, ma omettendo di informare lo *Per_1* ed i suoi familiari dei rischi connessi a tale intervento e, segnatamente, delle complicazioni che si sarebbero potute verificare e che poi sono puntualmente insorte;
- che, in data 10.4.2017, il paziente si sottoponeva all'intervento di asportazione selettiva che veniva praticato dallo stesso prof. *CP_3* presso il [redacted] di Napoli e che consisteva nella "*resezione endoscopica mediante ansia diametrica di due formazioni polipoidi sessili della II porzione duodenale*";
- che, in occasione di tale intervento i sanitari prelevavano i campioni resecati per tipizzazione istologica;
- che il giorno stesso dell'operazione lo *Per_1* veniva dimesso dal nosocomio e che i sanitari gli rilasciavano un modulo prestampato di istruzioni da osservare, con la relativa terapia farmacologica da seguire, ma nel quale non veniva spuntata la casella corrispondente alla prescrizione di *"vigilare sull'insorgenza di scariche ematiche, dolore addominale e vomito persistente, nausea e febbre > 38"*;
- che, immediatamente dopo aver raggiunto la sua abitazione, dopo aver bevuto un bicchiere di latte, il paziente avvertiva un violento dolore epigastrico, che lo costringeva a tornare nuovamente al [redacted] ove veniva ricoverato presso il Reparto VIII Chirurgia Generale con diagnosi di pancreatite acuta e veniva sottoposto a prelievi, RX torace e addome ed esame TC dell'addome;
- che, nella notte tra l'11 e il 12 aprile, nonostante l'applicazione del sondino nasogastrico e le terapie che gli venivano praticate, insorgeva *"una grave emorragia digestiva proveniente dalla sede della polipectomia endoscopica con la fuoriuscita di melena"*, vale a dire di feci miste a sangue digerito;
- che, alle ore 1.30 del 12 aprile, veniva riscontrato il primo sanguinamento e, successivamente, ipotensione e anemizzazione, per arginare la quale i sanitari procedevano alla somministrazione di soluzione del tipo *plasma expander* nonché alla trasfusione di unità di sangue che, tuttavia, non riusciva a fronteggiare l'emorragia;
- che la mattina del 12 aprile, chiamata telefonicamente dal marito, giungeva in ospedale *Parte_1* la quale lo trovava *"con il pigiama e le stesse lenzuola completamente intrise di sangue"*;
- che contattato il prof. *CP_3* , quest'ultimo decideva di sottoporre il paziente ad un secondo intervento di *Pt_4*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

- che, in data 12.4.2017 alle ore 10.30, l'intervento veniva eseguito dal prof. *CP_4 [...]*, per via laparoscopica ed assistenza endoscopica;
- che, dal momento che il sanguinamento nel paziente non era controllabile per via endoscopica, si procedeva ad una *"cruentazione chirurgica del sito emorragico previa 'kocherizzazione' del duodeno e duodenotomia della seconda porzione, con apposizione di punti trafissi in materia riassorbibile 3/0 per il controllo dell'emorragia con successiva sutura in doppio strato delle duodenotomie chirurgiche"*;
- che, una volta terminato l'intervento chirurgico, il paziente veniva trasferito nel reparto di Terapia Intensiva in stato di analgo-sedazione e sottoposto a trasfusioni di emocomponenti;
- che, il 14.4.2017, il quadro clinico peggiorava sensibilmente, a causa di una pancreatite necrotica-emorragica, di una sindrome da distress respiratorio dell'adulto (ARDS) e di una persistente anemia refrattaria alla terapia trasfusionale;
- che, nei giorni successivi, insorgeva uno stato settico conseguente alla riapertura spontanea della sutura della parete duodenale, eseguita in occasione del precedente intervento chirurgico, testimoniato dall'incremento dei globuli bianchi;
- che, tuttavia, nei sette giorni di degenza, nessuno dei medici che avevano in cura il paziente riteneva necessario assumere qualsivoglia iniziativa
- che, in particolare, la dott.ssa *Persona_2*, dirigente del Reparto di Terapia Intensiva, riferiva a *Parte_1* che le condizioni del marito erano stazionarie e che non occorreva assumere ulteriori iniziative;
- che, in data 18.4.2017, si evidenziava un incremento della procalcitonina sierica, della conta leucocitaria e del versamento pleurico, nonché la presenza di liquido nella cavità addominale intorno al fegato ed alla milza e nel basso addome;
- che, su richiesta della *Parte_1* il paziente veniva visitato da un amico di famiglia, il prof. *Persona_3* che lavorava anch'egli presso la [redacted] e che, dopo aver contattato il prof. *CP_3* e il prof. *CP_4*, consigliava di eseguire un intervento di revisione operatoria del sito e di drenaggio dei liquidi rilevanti;
- che tale intervento, consistito nell'aspirazione del liquido siero-ematico misto a bile, formatosi in prossimità del fegato e del duodeno, veniva eseguito d'urgenza dal prof. *[...] CP_4* nella notte tra il 18 ed il 19 aprile;
- che il paziente veniva ricondotto presso il reparto di Terapia intensiva in stato di sedazione ed intubazione;
- che, in data 19.4.2018, non avendo più fiducia nei sanitari della [redacted] la *Parte_1* decideva di trasferire *ad horas* il marito presso il Reparto di Terapia Intensiva [redacted] di Roma;
- che nella notte tra il 19 ed il 20 aprile, il paziente veniva ricoverato presso l'ospedale capitolino con la diagnosi di ingresso di *"sepsi grave"*, per fistola duodenale post-chirurgica in pacreatite acuta necrotico-emorragica secondaria a procedura endoscopico-interventista di polipectomia duodenale;
- che, nei giorni immediatamente successivi al ricovero, il paziente veniva sottoposto *"a numerosi interventi chirurgici"*
- che gli esami eseguiti sul fluido sotto-epatico evidenziavano un "grave processo di infezione in atto", stante la positività a diversi batteri, quali *"candida albicans, enterococcus faecium, stenotrophomonas maltophilia ed acinetobacter baumannii MDR"*;
- che, vista la refrattarietà della fistola duodenale ai trattamenti chirurgici di tolettatura e confezionamento di digiunostomia endoluminale nonché di arteriografia super-selettiva ed

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

embolizzazione intraluminale, i sanitari eseguivano un intervento chirurgico consistito nella completa esclusione funzionale del duodeno nel tentativo di arrestare il fenomeno di perdita di liquido in atto;

- che, in data [redacted] nonostante le cure praticate e gli sforzi profusi dai medici romani, lo *Per_1* decedeva per arresto cardiaco.

Tanto premesso, le attrici, lamentando che il decesso del proprio congiunto fosse da ascriversi alle condotte negligenti ed imprudenti dei sanitari del [redacted] di Napoli che lo avevano preso in cura, citavano in giudizio l' *Controparte_1* *[...]* per chiedere la condanna della stessa al risarcimento di tutti i danni patrimoniali (danno emergente – consistente in spese funerarie e di viaggio e soggiorno a Roma – e lucro cessante – conseguente alle contribuzioni del defunto familiare e agli incrementi di guadagno della sua attività imprenditoriale) e non patrimoniali, sia *iure hereditatis*, sia *iure proprio*, che assumevano di aver subito.

In particolare, quanto al danno patrimoniale patito, le attrici deducevano che il *de cuius* era un imprenditore, titolare della società [redacted] s.p.a.", da lui stesso fondata negli anni '70 ed operante nel settore dell'edilizia; che la società aveva alle proprie dipendenze più di 50 lavoratori assunti con contratto di lavoro a tempo indeterminato; che, nel tempo, lo *Per_1* aveva costituito altre società – tra cui la *Controparte_11* la *CP_12*, la *Controparte_13* la *CP_14* e la *CP_15* – e che, a causa del suo decesso, molti contratti stipulati con professionisti esteri erano stati risolti.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio la convenuta *[...]* *Controparte_1* che eccepiva la nullità dell'atto introduttivo e, nel merito, chiedeva il rigetto della domanda attrice in quanto infondata.

In ogni caso, la convenuta chiedeva di essere autorizzata a chiamare in garanzia la *[...]* *Controparte_16* *[...]*, nonché il prof. *Controparte_3*, il prof. *Controparte_4* e la prof.ssa *Persona_4*, quali propri dipendenti, affinché, nell'ipotesi di accoglimento delle pretese attoree, venissero condannati, previo accertamento della graduazione delle colpe dei sanitari, a manlevarla di tutti gli importi che avrebbe dovuto corrispondere.

Differita l'udienza e autorizzata la chiamata in causa, si costituiva in giudizio la *[...]* *Controparte_16* *[...]*, la quale eccepiva la nullità dell'atto di citazione ed il difetto di legittimazione attiva delle attrici. In merito all'operatività della polizza, deduceva che la polizza, stipulata tra le parti prevedeva *"una franchigia aggregata annua pari ad € 1.000.000,00"*. Nel merito, chiedeva il rigetto delle domande avanzate dalle attrici in quanto infondate, deducendo tra l'altro che, in ragione del lungo periodo di degenza trascorso dal *de cuius* presso il [redacted] di Roma, ove lo stesso era stato sottoposto a numerosi interventi chirurgici, vi era stata in ogni caso un'interruzione del nesso causale con le lamentate condotte colpose attribuite ai medici della struttura convenuta

Si costituiva in giudizio, altresì, la prof.ssa *Persona_4* eccependo in via preliminare la nullità dell'atto di citazione, in considerazione del fatto che le attrici non avevano specificato in concreto *"le singole contestazioni mosse all'operato di ciascun sanitario"* e non avevano minimamente diversificato e graduato *"le singole condotte e/o le singole omissioni e quindi l'apporto causale di ciascuno degli operatori sanitari nella determinazione del preteso evento dannoso, accomunando, in un'unica e abnorme richiesta risarcitoria, posizioni e condotte assolutamente autonome una dall'altra, giungendo apoditticamente e genericamente ad*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

attribuire ai sanitari dell' *Controparte_1* *la responsabilità della morte del sig.* *Persona_1* *".*

Nel merito, chiedeva il rigetto della domanda per l'infondatezza della stessa nei suoi confronti.

In particolare, deduceva:

- che il ricovero del paziente presso la U.O. di Terapia Intensiva iniziava il 12 aprile e si concludeva il 19.4.2017, allorché i familiari decidevano volontariamente di trasferire il loro congiunto presso il [redacted] di Roma;
- che, durante l'intera degenza presso il Reparto di Terapia Intensiva, il paziente veniva efficacemente e costantemente assistito h24 dai sanitari ivi operanti tramite gli opportuni e coerenti trattamenti terapeutici e nutrizionali, gli esami ematochimici e microbiologici giornalieri, i controlli strumentali, la terapia antibiotica e le consulenze chirurgiche quotidiane per monitorare l'evoluzione delle gravi complicanze chirurgiche manifestatesi dopo l'intervento, il tutto sotto il costante controllo e vigilanza del Direttore del Reparto;
- che, in particolare, non era di pertinenza del Reparto di Terapia Intensiva disporre trattamenti terapeutici di stretta competenza chirurgica né assumere qualsivoglia iniziativa che esulasse dal monitoraggio e dal controllo delle funzioni vitali e cliniche del paziente;
- che la prof.ssa *Per_4* non solo, rese edotti fin da subito i congiunti delle reali condizioni del paziente e della gravità del suo quadro clinico, ma – lungi dall'adottare un comportamento attendistico e/o imprudente – *"mise in atto tutte le terapie, le procedure ed i presidi che le competevano e che rientravano nelle sue funzioni, nel pieno rispetto dei protocolli e delle linee guida applicabili a quello specifico caso"*;
- che, in particolare, i sanitari della terapia intensiva richiedevano plurime consulenze chirurgiche ed infettivologiche (nelle date di seguito indicate: 13.4.2017, 14.4.2017, 15.4.2017, 16.4.2017, 17.4.2017 e 18.4.2017), che venivano regolarmente espletate;
- che, per monitorare il decorso post-operatorio e lo stato settico, in data 15.4.2017 e 18.4.2017, venivano prescritti ed effettuati due esami TC torace/addome, eco addome, rx addome e rx torace;
- che la TC effettuata in data 15.4.17 non dava alcuna indicazione chirurgica, ma evidenziava solo un quadro *"come da pancreatite edematosa"*, senza rilevare evidenze di deiscenza duodenale;
- che la necessità chirurgica si presentava solo nella giornata del 18.4.2017, allorché il chirurgo di riferimento interpellato per la quotidiana consulenza chirurgica, disponeva una TC addominale, il cui referto induceva i sanitari della Terapia Intensiva ad allertare prontamente i chirurghi;
- che, dopo l'intervento chirurgico effettuato nella notte tra il 18 ed il 19 aprile, il paziente veniva riportato nel reparto di Terapia Intensiva dove venivano posti in essere tutti i presidi e le terapie del caso, fino al disposto trasferimento presso il [redacted] di Roma.
- che, quanto all'infezione da *acinetobacter baumanii*, l'ultimo esame colturale su liquido intraddominale effettuato presso il [redacted] non risaliva al prelievo del 13.4.2017, ma al 19.4.2017 e che tale ultimo esame dava esito negativo;
- che gli esami colturali effettuati in data 20.4.2017 all'atto dell'ingresso al [redacted] (emocoltura, urinocoltura e lavaggio bronco alveolare o BAL) risultavano negativi per batteri aerobi, anaerobi, funghi e legionella e che solo il 21.4.2017 – e, cioè, tre giorni dopo il ricovero presso [redacted] romano – il batterio risultava positivo all'esame colturale.

In ogni caso, la prof.ssa *Per_4* nell'ipotesi in cui fosse stata riconosciuta la propria responsabilità nel decesso dello *Per_1*, chiedeva di poter essere autorizzata a chiamare in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

causa la Controparte_17 con la quale deduceva di essere assicurata al momento del fatto.
Quindi, autorizzata la chiamata in causa, si costituiva in giudizio la [...] CP_17 la quale, in via preliminare, eccepiva il difetto di giurisdizione del Giudice ordinario, sostenendo che l'unica competente a decidere in merito all'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda ospedaliera convenuta (e, quindi, da un ente pubblico) nei confronti dei propri dipendenti, sulla scorta degli artt. 30 e 31 della legge 19 maggio 1976 n. 335, era la Corte dei conti.
Quanto, poi, al rapporto assicurativo con la prof.ssa Per_4 eccepiva l'inoperatività della polizza per estraneità della fattispecie rispetto all'attività garantita dal contratto e, in via alternativa, per assenza di colpa grave dell'assicurato. Deduceva, inoltre, la responsabilità dell' Controparte_18 e l'operatività a primo rischio della sua polizza; la violazione dell'obbligo di salvataggio *ex* art. 1914 c.c.; l'inoperatività della polizza per dolo dell'assicurato *ex* artt. 1900 e 1917 c.c.; l'operatività della polizza nei limiti della quota di responsabilità dell'assicurata; l'improcedibilità dell'azione di rivalsa della struttura sanitaria per assenza di dolo o colpa grave dell'assicurato; l'improponibilità della stessa per violazione dell'art. 13 legge CP_19 ; l'infondatezza dell'azione di rivalsa e la sua inammissibilità; la carenza di titolarità da parte delle attrici dei diritti fatti valere.
Si costituiva in giudizio, altresì, il prof. Controparte_4 il quale rappresentava che, con atto notificato in data 2.1.2020, aveva citato la Controparte_9 quale propria compagnia assicurativa professionale, nell'ambito del giudizio n. 450/2020 R.G., per essere manlevato dalla stessa da ogni responsabilità e/o esborso a seguito del decesso di Per_1 [...] e chiedeva, quindi, in via preliminare, che tale procedimento venisse riunito al presente giudizio.
Eccepiva, poi, la nullità dell'atto di citazione per l'assoluta indeterminatezza e genericità degli addebiti ascritti ai diversi sanitari della struttura convenuta e, nel merito, chiedeva il rigetto di ogni domanda proposta nei suoi confronti, per la mancanza di nesso di causalità tra l'evento dannoso e la condotta tenuta, avendo operato *"con perizia, scienza e coscienza, nulla omettendo o sottovalutando, senza discostarsi in alcun modo dalle linee guida prescritte, né furono trascurate le leges artis nel trattamento del paziente, né le buone pratiche clinico-assistenziali"*.
In particolare, deduceva:

- che, in data 10.4.2017, lo Per_1 , dopo essere stato sottoposto a polipectomia duodenale ambulatoriale presso il servizio di Endoscopia Digestiva, veniva ricoverato presso la VIII Chirurgia Generale e Gastroenterologica della Controparte_1 [...] , dallo stesso diretta;
- che, al momento del ricovero, il paziente presentava "*addome teso, dolente alla palpazione ai quadranti superiori e contrattura di difesa*", motivo per cui *"venivano effettuati, in urgenza, esami di laboratorio e richiesti Rx diretta addome e TC addome, con e senza m.d.c., e venivano presi i parametri vitali e posizionato sondino nasogastrico"*;
- che, sospettando una pancreatite acute, veniva iniziata, a paziente digiuno, terapia parenterale mirata (somatostatina, longastatina e inibitori di pompa) reidratante, antidolorifica e antibiotico-terapia, considerata la procedura cruenta endoscopica subita;
- che gli esami laboratoristici e strumentali confermavano l'ipotesi diagnostica ed evidenziavano una pancreatite acuta di grado severo;
- che, nelle 24 ore seguenti, si osservava un miglioramento delle condizioni generali con riduzione degli enzimi pancreatici ed ematochimici;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

- che, alle ore 4.15 del 12.4.2017, il paziente presentava episodio di melena, per cui si procedeva ad effettuare un esame emocromocitometrico, a praticare delle trasfusioni e ad incrementare la terapia parenterale;
- che, alle ore 9.00, considerata una ulteriore emissione di feci melaniche ed una decisa [redacted] e dei GR, si procedeva, in sedazione, in sala opertoria, ad endoscopia digestiva che dimostrava "*cavità gastrica repleta di sangue rosso vivo e vari coaguli… all'attraversamento pilorico presenza di sangue e coaguli… nella seconda porzione duodenale si delimita un grosso coagulo adeso alla parete sulla verosimile pregressa polipectomia*";
- che, stante l'impossibilità endoscopica di dominio si procedeva chirurgicamente con una duodenotomia mirata, che permetteva di individuare la fonte del sanguinamento dalla parete posteriore della seconda porzione duodenale, sede della precedente procedura endoscopica di polipectomia;
- che l'emorragia veniva dominata mediante affissione di 3 punti 3/0 di materiale riassorbibile;
- che si posizionavano due sondini, uno nasogastrico e uno gastro-digiunale, e si chiudeva la duodenotomia con una doppia sutura;
- che il videate chirurgico all'apertura della cavità addominale aveva messo in evidenza la presenza di abbondante liquido sierocorpuscolato e distensione delle anse intestinali con aderenze tra il colon trasverso e flessura epatica con la colecisti;
- che il pancreas si presentava edematoso ed aumentato di volume a livello cefalico, mentre in sede corpo-coda apparivano segni di pancreatite acuta in evoluzione necrotico-emorragica;
- che, al termine di tutte le procedure, si procedeva al posizionamento di due tubi di drenaggio in contro apertura in ipocondrio destro e sinistro peripancreatico e periduodenale;
- che, su indicazione degli anestesisti, il paziente veniva trasportato presso la terapia intensiva del [redacted] al [redacted];
- che gli esami ematochimici dimostravano una notevole riduzione degli enzimi pancreatici, consensualmente con le secrezioni endoaddominali prelevate dai tubi di drenaggio, anche se con un aumento degli indici infiammatori;
- che, in data 18.4.2017, a seguito di un incremento della secrezione dei tubi di drenaggio peripancreatici, il paziente veniva sottoposto a TC addome, che mostrava la presenza di liquido periepatico e periduodenale;
- che, sussistendo la possibilità di una deiscenza della raffia duodenale, conseguente alla condizione della pancreatite, si procedeva a reintervento chirurgico;
- che all'apertura dell'addome si notava liquido sieroematico misto a bile, che veniva aspirato e raccolto per esame colturale e citologico;
- che, al termine del lavaggio praticato, si evidenziava la presenza di una piccola deiscenza della sutura duodenale, che veniva affondata e riparata con punti di sutura;
- che, nel corso dell'ispezione addominale in sede pancreatica, si rilevava la presenza di aree flogistiche con aspetti a *"colata di cera"* e venivano posizionati, quindi, quattro tubi di drenaggio in sede sopramesocolica e peripancreatica.

In ogni caso, in caso di condanna, il prof. *CP_4* chiedeva che venisse graduata la responsabilità dei diversi sanitari e che la compagnia assicurativa lo manlevasse.
Benché ritualmente citato, non si costituiva in giudizio, invece il prof. *Controparte_3* , motivo per cui ne veniva dichiarata la contumacia.
Quindi, dopo aver proceduto alla riunione del presente giudizio al procedimento n. 454/2020 R.G. ed aver espletato CTU medico-legale, con successiva richiesta di chiarimenti, il Giudice rigettava le richieste di prova orale e, all'udienza del 6.2.2025, riservava la causa a sentenza,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

concedendo alle parti i termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.
Successivamente, il Giudice, rilevata la mancanza delle produzioni cartacee delle parti e che taluni atti non risultavano depositati in via telematica, rimetteva la causa sul ruolo per consentire la regolarizzazione delle produzioni documentali (che erano rimaste nella disponibilità dei CTU); quindi, all'udienza del 2.10.2025, riservava la causa per la decisione, senza concedere i termini di cui all'art. 190 c.p.c., per avervi le parti espressamente rinunciato.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Preliminarmente, deve essere rigettata l'eccezione di difetto di giurisdizione, sollevata dalla *Controparte_17*
La Suprema Corte, infatti, ha più volte rimarcato l'indipendenza tra l'azione amministrativa promossa dalla struttura sanitaria pubblica nei confronti del medico dipendente e le azioni civilistiche di responsabilità tra pubblica amministrazione e soggetti danneggiati.
In particolare, la giurisprudenza di legittimità si è ormai consolidata nell'affermare che "*l'azione di responsabilità contabile nei confronti dei sanitari dipendenti di un'azienda sanitaria non è sostitutiva delle ordinarie azioni civilistiche di responsabilità nei rapporti tra amministrazione e soggetti danneggiati, sicché, quando sia proposta da una azienda sanitaria domanda di manleva nei confronti dei propri medici, non sorge una questione di riparto tra giudice ordinario e contabile, attesa l'autonomia e non coincidenza delle due giurisdizioni. (...) La reciproca indipendenza dell'azione di responsabilità per danno erariale e di quella di responsabilità civile promossa dalle singole amministrazioni interessate davanti al giudice ordinario si giustifica per la diversità degli interessi rispettivamente tutelati: la prima, volta alla tutela dell'interesse pubblico generale, al buon andamento della P.A. e al corretto impiego delle risorse, con funzione prevalentemente sanzionatoria; la seconda, invece, al pieno ristoro del danno, con funzione riparatoria ed integralmente compensativa, a protezione dell'interesse particolare della amministrazione attrice. (...) Di qui, pertanto, il rilievo per cui le eventuali interferenze tra i due giudizi integrano una questione non di giurisdizione ma di proponibilità dell'azione di responsabilità innanzi al giudice contabile* (cfr. Cass., SS.UU., sentenza n. 21992 del 2.10.2020)*"*.
Ne consegue che l'eccezione sollevata è priva di pregio dal momento che nel presente giudizio, avente ad oggetto la responsabilità dell'azienda sanitaria e dei propri medici nei confronti dei danneggiati, deve affermarsi la giurisdizione del giudice ordinario.
Parimenti, va rigettata l'eccezione di nullità dell'atto di citazione, ai sensi del combinato disposto degli artt. 163 n. 3 e 4 e 164 c.p.c.
Dalla lettura dell'atto introduttivo del giudizio, infatti, è agevole rilevare la determinazione non soltanto del "*petitum*", ma anche l'esposizione dei fatti e degli elementi di diritto costituenti le ragioni della domanda ("*causa petendi*"), che non appaiono in alcun modo carenti in parte narrativa, neanche sotto il profilo delle responsabilità attribuite ai singoli sanitari.
Da ultimo, va disattesa l'eccezione di carenza di legittimazione attiva delle attrici sollevata dalla *Controparte_6* .
La legittimazione ad agire o resistere in giudizio è provata dalla deduzione di fatti in astratto idonei a fondare il diritto azionato, prescindendo dalla titolarità in concreto dello stesso, che è

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

questione che attiene, invece, al merito della lite (*ex multis*, cfr. Cass., SS.UU. sentenza n. 2951 del 2.2.2016).
Nel caso di specie, le attrici, oltre ad allegare il rapporto esistente tra loro ed il *de cuius*, hanno allegato all'atto introduttivo una dichiarazione sostitutiva di atto notorio redatta dal notaio *Per_5* (all. 10) nella quale si attesta che *"la famiglia dei coniugi* *Persona_1* *e* *Parte_1* *è composta soltanto dai medesimi e dalle figlie* *Parte_2* *e* *Parte_3* *"*; nonché l'atto pubblico con cui la moglie del *de cuius* ha accettato l'eredità di quest'ultimo, alla quale le figlie hanno invece rinunciato (all. 11).
Ebbene, i suddetti atti appaiono pienamente idonei a fondare la titolarità del potere delle attrici di promuovere un giudizio in ordine al rapporto sostanziale dedotto in causa.

2. Nel merito, la domanda risarcitoria avanzata dalle attrici è fondata e deve essere pertanto accolta, nei limiti di cui in motivazione.

3. La prospettazione delle attrici postula l'accertamento di una responsabilità professionale a carico dei sanitari dell' *Controparte_1* *[...]* nel trattamento clinico-assistenziale prestato al *de cuius*.
I fatti per cui è causa sono accaduti tra il mese di aprile ed il mese di maggio del 2017 e, quindi, invero, dopo l'entrata in vigore della legge n. 24/2017 cd. *CP_19* " (1.4.2017), che quindi deve trovare piena applicazione.
Tale legge, invero, con l'articolo 7 comma 3, ha introdotto un nuovo riparto di responsabilità: contrattuale, per quanto riguarda la struttura sanitaria, ed extracontrattuale, per quanto concerne quella del medico.
Nel caso di specie, deve darsi atto che le attrici hanno agito unicamente nei confronti della struttura sanitaria e che, del resto, è stata quest'ultima a chiamare in causa i tre medici proponendo nei loro confronti un'azione di rivalsa (che, quindi, dovrà essere esaminata in un secondo momento).
Orbene, la riconduzione della ipotizzata responsabilità della struttura sanitaria al paradigma della responsabilità da inadempimento contrattuale ai sensi dell'art. 1218 c.c. comporta, sul piano processuale, che "*il danneggiato è tenuto a provare il nesso causale tra l'inadempimento dei sanitari e l'evento dannoso, mentre incombe sulla struttura convenuta, ove tale prova sia fornita, l'onere di dimostrare l'assenza del suddetto legame eziologico, per essersi verificato l'evento per cause ad essa non imputabili* (cfr. Cass., III sez., ordinanza n. 21511 del 31.7.2024)".
In buona sostanza, quindi, grava sul creditore della prestazione sanitaria l'onere di provare l'esistenza del contratto e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato.
Ciò posto, è pacifico tra le parti che il *de cuius* fu ricoverato presso la struttura convenuta dal 10.4.2017 al 19.4.2017 e che lo stesso, quindi, venne curato dai medici del [redacted] di Napoli.
Quanto all'inadempimento, deve dirsi che le attrici hanno allegato una serie di condotte sanitarie colpose che attengono sia al piano diagnostico, sia a quello terapeutico e che a loro avviso hanno determinato l'*exitus* del loro congiunto.
Più precisamente, al prof. *CP_3* hanno contestato:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

- di aver erroneamente diagnosticato una forma neoplastica di lesioni polipoidi nella zona ispezionata del duodeno, laddove invece vi erano soltanto delle semplici mucose, che non dovevano destare la benché minima preoccupazione;
- di avere quindi eseguito un'inutile operazione di polipectomia duodenale endoscopica, senza peraltro eseguire i preventivi e necessari approfondimenti diagnostici (migliore caratterizzazione cromoendoscopica e di narrow band imaging ed eventuale esame eco-endoscopico) utili a pervenire ad una diagnosi di adenoma;
- di aver eseguito l'intervento di polipectomia in modo gravemente imperito, coinvolgendo nella mucosectomia anche il tessuto papillare o peripapillare;
- di aver violato gli obblighi di informazione del paziente in merito ai rischi e ai benefici dell'intervento di polipectomia duodenale.

Al prof. *CP_4* , invece, hanno contestato:

- di aver errato nella gestione clinica della pancreatite acuta, per aver eseguito in ritardo gli accertamenti volti alla conferma del sospetto clinico della condizione morbosa da cui derivava anche il tardivo posizionamento del sondino naso-gastrico;
- di aver eseguito un esame TC con mezzo di contrasto – mezzo potenzialmente dannoso, che avrebbe potuto contribuire all'aggravamento del quadro clinico del paziente – prima delle 48 ore dell'esordio dei sintomi;
- di aver trattato l'emorragia digestiva con un intervento chirurgico molto complesso e ad alto rischio di laparotomia biscottale, in regime di urgenza, omettendo un approccio per via radiologico-interventista attraverso angio-embolizzazione intraluminale;
- di aver violato gli obblighi deontologici di corretta e completa informazione in merito all'intervento di laparotomia biscottale;
- di aver diagnosticato con ritardo la deiescenza anastomica duodenale e di aver eseguito l'intervento di revisione del sito chirurgico dopo che erano trascorse più di 72 ore dal momento in cui verosimilmente si è estrinsecata la deiescenza stessa.

Alla prof.ssa *Per_4* infine, hanno contestato:

- di non aver curato il profilo igienico-profilattico per contrastare le infezioni proprie del reparto di terapia intensiva del [redacted] dove il paziente è stato ricoverato dal 12 al 19 aprile 2017;
- di non aver preso alcuna opportuna quanto necessaria iniziativa, nonostante l'inesorabile aggravarsi delle condizioni del paziente;
- di non aver mai contattato, in sei giorni, i chirurghi che avevano operato il paziente.

4. Ciò posto, occorre esaminare nel merito le condotte denunciate nell'atto introduttivo, costituenti allegazione dell'inadempimento addebitato alla convenuta struttura sanitaria, quale fonte dell'obbligazione risarcitoria azionata e verificarne l'effettiva ricorrenza, nonché l'idoneità causale a determinare i danni come lamentati dalle attrici.

L'*excursus* dell'assistenza sanitaria prestata al paziente *Persona_1* dai sanitari della struttura convenuta può essere sintetizzato attingendo all'elaborato dei CCTTUU, dott.ssa *Persona_6* specialista in medicina legale, e dott. *Persona_7* specialista in chirurgia generale e vascolare, che è stato depositato in data 9.11.2023.

Ed, invero, nell'elaborato peritale, viene ripercorsa la storia clinica del *de cuius* nei termini che seguono: *"il Sig. Persona_1 [redacted] e [redacted] a Roma, in data 20/03/2017, per un controllo di routine, si sottoponeva ad endoscopia digestiva esofago-gastroduodenale presso l'Con Osp. Univ. del [redacted] di Napoli, presso l'Unità di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

Endoscopia, esame eseguito dal Prof. Controparte_3 *con riferita diagnosi di "cardias incontinente, gastropatia iperemica, polipo sessile del II duodeno da asportare in seduta operativa…". Pertanto in data 10/04/2017 presso il medesimo nosocomio veniva praticato dal Prof.* Controparte_3 *l'intervento di asportazione selettiva dello stesso, con dimissione nella stessa giornata e prescrizione farmacologica. Il Sig.* Per_1 *giunto al proprio domicilio avvertiva fin da subito un violento dolore addominale che lo costringeva a tornare in Ospedale, dove era posta diagnosi di pancreatite acuta. Per tali motivi veniva sottoposto ad esami strumentali e clinici ma durante la notte tra l'11 ed il 12 aprile si manifestava una grave emorragia digestiva, trattata la mattina successiva con nuova procedura EGDS.*
In data 12/04/2017 era sottoposto a nuovo intervento dal Prof. Controparte_4 *per laparoscopica, per il controllo dell'emorragia, e trasferito al reparto di Terapia Intensiva laddove si rendeva necessario un nuovo intervento di revisione chirurgica in data 18/04/2017 in urgenza da parte dello stesso operatore. Per decisione dei familiari il giorno successivo, 19/04/2017, il paziente veniva trasferito in ambulanza con rianimatore presso la Terapia Intensiva del* [redacted] *dopo accordi con il Prof.* Per_8 *responsabile del reparto. Qui veniva accolto alle ore 01:00 del 20/04/2017 con diagnosi di "sepsi grave per fistola duodenale post chirurgica in pancreatite acuta necrotico-emorragica secondaria a procedura endoscopico-interventistica di polipectomia duodenale".*
In data 21/04/2017 era sottoposto a nuovo intervento chirurgico di risutura duodenale e confezionamento di laparostomia. Gli esami colturali evidenziavano uno stato di sepsi multibatterica, anche di origine nosocomiale. Ma vista la refrattarietà della fistola duodenale ai trattamenti chirurgici di toilettatura e confezionamento di digiunostomia endoluminale (25/04/2017) nonché di arteriografia superselettiva ed embolizzazione intraluminale per comparsa di ulteriore sanguinamento dalla sede della polipectomia (26/04/2017), i Sanitari di quest'ultimo nosocomio eseguivano un ulteriore intervento con completa esclusione funzionale del duodeno (27-04) ed altro in data 03.05.2017 con riparazione della fistola su Per_9
Purtroppo, nonostante le cure ed i molteplici interventi chirurgici praticati, dall'11 maggio il quadro clinico del Sig. Per_1 *si aggravava ulteriormente ed in data* [redacted] *sopraggiungeva il decesso* (cfr. CTU, pagg. 5-7)*".*

4.1 Ciò detto, i CTU hanno affrontato la questione relativa all'asportazione endoscopica del polipo duodenale e, dopo aver premesso che *"i polipi duodenali si dividono in adenomi, polipi infiammatori, polipi amartomatosi e polipi delle ghiandole di* Per_10 *,* hanno precisato quanto segue: *"Possono essere associati a sindromi genetiche quale la poliposi adenomatosa familiare, ma più frequentemente sono sporadici, pur trattandosi di una patologia piuttosto rara. Gli adenomi peraltro possono essere non ampollari con frequenza inferiore allo 0,5%, mentre quelli delle forme peri ampollari, cioè entro 2 cm dalla papilla di Vater, vanno circa dallo 0,04 allo 0,12%. Tali neoformazioni presentano una possibile evoluzione verso la malignità anche se le progressioni tra le displasie a basso grado e il carcinoma sono decisamente lente. Tuttavia nelle forme a dimensioni superiori ai 2 cm, nelle forme ampollari, e nelle forme a displasia ad alto grado è più alto il rischio di degenerazione neoplastica. In particolare secondo la classificazione di* CP_21 *tale rischio deve considerare il numero degli adenomi, le dimensioni, il tipo istologico (tubulare, tubulo villoso, villoso) ed infine la gravità della displasia. In tutti i casi è stato calcolato un rischio di sviluppo di degenerazione neoplastica poco superiore al 2%. Tali neoformazioni sono generalmente asintomatiche, essendo il loro riscontro occasionale di seguito ad endoscopia eseguita per altra causa. La diagnosi è fondamentalmente endoscopica e si giova*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

di strumentario abduzione laterale, ad alta definizione associato alla cromo-endoscopia con uso di coloranti quali il blu di metilene, l'acido acetico e l'indaco carminio. In particolare, con tale metodica si può definire il cosiddetto "pit pattern" secondo la classificazione di Kudo che permette una distinzione tra forme neoplastiche e non. Possono essere distinte secondo la classificazione di Parigi in forme protundenti e non nel lume, sessili o piatti; quelli di dimensioni maggiori di 10 mm con depressione ulcerativa centrale sono predittive per forme preneoplastiche, essendo nel qual caso necessario un approfondimento diagnostico con TAC addome o RMN. Altro esame importante può essere rappresentato dall'ecoendoscopia soprattutto nelle forme ampollari, associata altresì ad una CPRE che permette uno studio più preciso delle strutture ampollari. La terapia endoscopica prevede per le sedi non ampollari le tecniche convenzionali di resezione endoscopica mediante ansa a freddo per le lesioni più piccole e media termica per le lesioni superiori ai 10 mm. La tecnica di elezione è la mucosectomia (EMR) che prevede l'infiltrazione della sottomucosa che la separa dalla muscolare con successiva sezione del tessuto con ansa. Le complicanze perforative si attestano sul 55%, mentre quelle emorragiche (spesso tardive) tra il 10-15% Infine le forme ampullari sono quelle con alti rischi di complicanze perforative , emorragiche e pancreatitiche. Per evitare quest'ultima complicanza è importante associare una CPRE, una papillotomia endoscopica o anche l'uso di stents intraduttali dopo la resezione. Spesso è utile l'uso di endoscopi a visione laterale".

Venendo al caso concreto, i CTU hanno evidenziato alcune oggettive criticità nell'operato dei medici, che hanno indicato, per un verso, nella mancata effettuazione preventiva di una Colangio-Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE) e, per altro verso, nel fatto che non si sia proceduto ad un preliminare studio eco-endoscopico, mediante un vero e proprio duodenoscopio. Inoltre, hanno concluso che si trattava di due formazioni infiammatorie che potevano essere rimosse senza alcuna urgenza e solo dopo che fossero stati effettuati tutti i dovuti esami necessari, precisando che, dopo l'esame istologico, si poteva anche transare sull'ipotesi di asportare i due polipi.

In particolare, sul punto, giova riportare le parole dei CTU: "(…) *nel caso in esame ci troviamo di fronte ad una procedura endoscopica di resezione di neoformazione duodenale riscontrata accidentalmente ad una precedente* Pt_4 *La procedura eseguita era rappresentata da una infiltrazione della sottomucosa con blu di metilene e successiva sezione della mucosa con ansa diatermica e quindi da una procedura EMR. Ma la stessa immediatamente dava esito ad una pancreatite necrotico-emorragica che presuppone una serie di considerazioni, relative alla giusta indicazione ed alla correttezza della procedura stessa.*

Nella descrizione dell'esame non vengono riportati i rapporti tra la neoformazione e la papilla di Vater, ma lo sviluppo quasi immediato di una pancreatite lasciano propendere per una stretta vicinanza dalla suddetta struttura, che avrebbe dovuto necessariamente, al fine di evitare tale complicanza, essere preceduta da una CPRE, con eventuale papillostomia ed apposizione di stents, o quanto meno definire meglio anche in termini di informazione i rischi elevati di sviluppo di una patologia così grave. Verosimilmente la procedura di asportazione di una neoformazione duodenale limitrofa alla papilla ha determinato quanto meno un edema della papilla con ipertensione retrograda del CP_22 *e quindi una pancreatite.*

Appare inoltre criticabile una mancata migliore definizione nella tipizzazione della lesione polipoide duodenale in relazione al rischio di degenerazione neoplastica, in relazione ai rischi insiti nella procedura. Tale approfondimento sarebbe stato possibile con un preliminare studio eco-endoscopico, dall'utilizzo di un vero e proprio duodenoscopio (con posizione laterale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

dell'ottica, rispetto alla punta dello strumento), utilizzando tecniche di magnificazione, uso di coloranti vitali, utilizzo della classificazione di Kudo.
C'è da rilevare inoltre che nel caso in esame erano presenti 2 polipi che possono far propendere per una forma infiammatoria e non adenomatosa, come confermato dall'istologia (cfr. CTU, pagg. 25-28)".

4.2 In merito alla gestione della pancreatite e della complicanza emorragica, invece, i CTU non hanno evidenziato criticità o censure di alcun tipo.
Dopo aver premesso, infatti, che *"le due classificazioni principali di pancreatite [sono] rappresentate dalla forma edematosa interstiziale e necrotizzante, distinguendole ulteriormente in forme lievi molto, moderatamente severe e severa"* ed aver specificato che *"in relazione alla diagnosi i valori elevati amilasi > di tre volte rappresentano un elemento essenziale, mentre va stabilito il momento dell'insorgenza della sintomatologia e l'intervallo tra questo e la ospedalizzazione. Per definire al contrario una forma necrotizzante è fondamentale sottoporre il paziente ad una TAC addome non prima di 3-4 giorni, praticando in presenza di un esame con mezzo di contrasto una ampia idratazione",* i CTU hanno chiarito che *"la forma severa è caratterizzata dalla persistenza dell'insufficienza d'organo oltre le 48 ore e laddove sia presente una SIRS"* – vale a dire, una sindrome di risposta infiammatoria sistemica – *"la mortalità può raggiungere anche il 30-40%, laddove lo sviluppo di necrosi infette aumenta decisamente tale percentuale"*, aggiungendo che *"la diagnosi come già detto si basa su una sintomatologia dolorosa caratteristica epigastrica con possibile irradiazione posteriore e aumento dei valori delle amilasi e soprattutto delle lipasi. È importante una raccolta anamnestica per distinguere forme litiasiche o raccolte o forme post CPRE o come nel caso in esame da meccanismi di ostacolato deflusso del succo pancreatico e suo conseguente reflusso nella ghiandola".*
Ciò posto, i CTU hanno concluso in questi termini: *"In relazione alla diagnosi di pancreatite viene rilevata la presenza di dolore addominale epigastrico. E l'esame obiettivo dell'addome che risulta resistente e dolente alla palpazione profonda con reazione a difesa non crea alcun dubbio sulla diagnosi di pancreatite (...).*
Riferendoci alla documentazione in atti ci sembra che in questa fase sia stata fatta una diagnosi corretta ed altresì un trattamento inizialmente adeguato rappresentato da infusione di Glucosata, terapia antibiotica (Merrem e metronidazolo), protettori gastrici (esomeprazolo), antidolorifica (toradol) ed antienzimatica (somatostatina, Foy). Accanto a ciò appare corretto il monitoraggio del quadro clinico con controllo dei parametri emodinamici ed ematochimici, l'apposizione del SNG nonché strumentali come la TAC.
La richiesta di quest'ultimo esame seppur prematura trova tuttavia una sua indicazione per escludere complicanze perforativo-emorragiche e comunque evidenzia la presenza di un versamento confermando la diagnosi iniziale.
In definitiva non si rilevano criticità o censure nella gestione della pancreatite, anche perché il quadro clinico evolve verso una ulteriore complicanza (emorragia gastrointestinale) che decisamente fa virare il trattamento verso un altro tipo di urgenza (cfr. CTU, pagg. 29-31)*".*
In merito alla complicanza emorragica, i CTU hanno riferito quanto segue: *"è opportuno innanzitutto inquadrare tale evento avverso, definendola come emorragia gastrointestinale del tratto superiore, che comprendono un sanguinamento dall'esofago al duodeno fino al legamento del Treitz. Si può presentare sotto forma di ematemesi o melena. È noto che una delle complicanze tardive degli interventi di polipectomia o EMR del duodeno è rappresentata da un sanguinamento importante (...).*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

Il trattamento endoscopico riconosce 3 opzioni:

1) *Iniezioni di adrenalina in soluzione circonferenziale ed alla base della lesione o di sostanze sigillanti quali etanolo, polidocanolo;*
2) *distacco del coagulo, laddove presente, con ansa fredda;*
3) *emostasi con pinze bipolari, con argon plasma o con applicazione di clips metalliche o legature elastiche, in analogia a quello che si esegue per il controllo di una ulcera peptica sanguinante.*

Un altro accorgimento consigliato è rappresentato dalla somministrazione di 250 mg di eritromicina come pro cinetico 30 o 120 minuti prima dell'endoscopia.
Riferendoci alla classificazione di forza a destra da applicare al caso in esame, si riferisce ad una FIIb e cioè non ad un sanguinamento attivo bensì al riscontro di un coagulo adeso, al di sotto del quale è sicuramente presente una fonte ed un fondo emorragico. In questo caso le linee guida ESGE lasciano ampio margine all'esperienza dell'endoscopia vista, potendosi anche presupporre una terapia medica.
Una seconda opzione, come noto, può essere rappresentata da un trattamento di angio-embolizzazione e comunque in alternativa all'intervento chirurgico, laddove recenti pubblicazioni hanno dimostrato la superiorità del trattamento di radiologia interventistica rispetto alla chirurgia".
In conclusione, sul punto, i CTU hanno affermato che *"indubbiamente nel caso in esame potrebbe essere criticato l'approccio chirurgico in assenza di un tentativo di angio-embolizzazione, ma pur tuttavia come già rilevato non esistono evidenze che possono in assoluto controindicare l'intervento chirurgico, soprattutto laddove poteva essere prospettato un ulteriore sanguinamento e la procedura e trattamento endoscopico non davano assolute garanzie (nella descrizione dell'intervento viene citata la impossibilità di gestione del sanguinamento)* (cfr. CTU, pagg. 32-35)*".*

4.3 In ordine al dedotto inadeguato monitoraggio del paziente presso il reparto di terapia intensiva del *CP_23* e all'insorgenza di infezioni iatrogene di fonte nosocomiale, occorre evidenziare quanto segue.
Quanto al primo aspetto, i CTU hanno escluso qualsiasi responsabilità in capo ai sanitari che gestivano la terapia intensiva del [redacted] *"l'evoluzione della patologia appare coerente con il progressivo sviluppo di una forma di pancreatite necrotica con evidenza delle classiche colate di cera ed altresì con una ulteriore complicanza rappresentata da una deiscenza seppur di piccole dimensioni della duodenotomia, verosimilmente anche a causa dell'azione lesiva dei succhi pancreatici. Non appaiono in questa fase censure o critiche relative alla gestione di un caso di estrema gravità e complessità, rappresentata da una complicanza emorragica, dall'evoluzione della pancreatite e da una deiscenza seppur minima della duodenorrafia* (cfr. CTU, pag. 36)*".*
Quanto all'infezione nosocomiale, invece, i CTU – in considerazione degli esami colturali che vennero eseguiti dal paziente, in data 18.4.2017, presso il [redacted] di Napoli e, successivamente, presso il [redacted] di Roma – hanno concluso che, benché alcuni agenti patogeni siano stati riscontrati soltanto in data 24.4.2017, quando il paziente era già ricoverato presso l'ospedale capitolino, tutte le infezioni sono state contratte presso [redacted] napoletano, in quanto, *"come è noto, un'infezione nosocomiale rinvenuta nelle prime 24 ore da un ricovero va attribuita a ricovero precedente* (cfr. CTU, pag. 98)*".*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

4.4 Da ultimo, deve darsi atto che i CTU hanno escluso qualsiasi responsabilità per il decesso dello *Pe* in capo ai sanitari del [redacted] di Roma: *"i trattamenti eseguiti presso il [redacted] appaiono corretti in presenza di un quadro addominale assolutamente compromesso dall'evoluzione della pancreatite necrotico emorragica e dalla persistenza della fistola duodenale , ma soprattutto aggravata dallo sviluppo di un quadro settico ingravescente sviluppatosi anche per l'insorgenza di una tipica infezione nosocomiale* (cfr. CTU, pag. 36)*"*.

4.5 In conclusione, i CTU, rispondendo ai quesiti posti dal giudicante, hanno riassunto le risultanze dell'elaborato peritale nel modo seguente: *"la diagnosi di formazioni polipoidi appare corretta: di tali formazioni però non si conosceva la distanza tra le formazioni polipoidi e la papilla di Water, informazione utile per prevenire rischi elevati nello sviluppo di una pancreatite attraverso una CPRE con eventuale papillostomia e apposizione di stents; non si conosceva l'istologia, elemento utile per il rischio di degenerazione neoplastica, in relazione ai rischi insiti nella procedura. A tale scopo sarebbe stato possibile uno studio preliminare ecoendoscopico con l'utilizzo di un vero e proprio duodenoscopio utilizzando tecniche di magnificazione, coloranti vitali, l'utilizzo della classificazione di KUDO.*
In considerazione del basso rischio di degenerazione neoplastica delle formazioni polipoidi duodenali, (2%) a fronte dell'elevato rischio di perforazioni addominali (fino al 55%) e pancreatiti, appare evidente che l'intervento di asportazione debba essere effettuato previa esecuzione di tutto il protocollo necessario a garantire la massima sicurezza al paziente, ovvero tipizzazione della lesione, localizzazione esatta, consenso informato del paziente.
Trattasi di intervento di elezione senza alcuna urgenza. Nel caso in questione si trattava peraltro di due formazioni infiammatorie che potevano essere rimosse senza alcuna urgenza e solo dopo che fossero stati effettuati tutti i dovuti esami necessari, ma riteniamo che dopo l'esame istologico si poteva anche transare sull'ipotesi di asportare i due polipi.
La gestione della pancreatite non fa rilevare criticità o censure anche perché il quadro clinico evolve verso una ulteriore complicanza che fa virare il trattamento verso un altro tipo di urgenza: l'emorragia gastrointestinale, gestita chirurgicamente dai chirurghi in assenza di un tentativo di angio-embolizzazione, ma pur tuttavia come già rilevato non esistono evidenze che possono in assoluto controindicare l'intervento chirurgico , soprattutto laddove poteva essere prospettato un ulteriore sanguinamento e la procedura e trattamento endoscopico non davano assolute garanzie.
L'evoluzione della patologia appare coerente con il progressivo sviluppo di una forma di pancreatite necrotica con evidenza delle classiche colate di cera ed altresì con una ulteriore complicanza rappresentata da una deiscenza seppur di piccole dimensioni della duodenotomia, verosimilmente anche a causa dell'azione lesiva dei succhi pancreatici. Non appaiono in questa fase censure o critiche relative alla gestione di un caso di estrema gravità e complessità, rappresentata da una complicanza emorragica, dall'evoluzione della pancreatite e da una deiscenza seppur minima della duodenorrafia (...).
Il comportamento colposo è ravvisabile nel trattamento endoscopico eseguito dall'endoscopista in data 10/04/2017, per i motivi suddetti, ovvero per non essere stato preceduto dalla valutazione sulla opportunità di tale intervento, sulla sede e sulla tipizzazione dei papillomi duodenali prima della loro exeresi, sulla mancanza di cautele nella asportazione in considerazione dell'elevato rischio di perforazioni intestinali a fronte delle basse probabilità di trasformazione carcinomatosa della lesione. Successivamente sono intervenute infezioni nosocomiali contratte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

presso il CP_23 *di Napoli che hanno agito concausalmente, insieme alle complicanze legate alla pancreatite necrotico-emorragica legata alla perforazione intestinale, nel determinare la morte del paziente. L'infezione nosocomiale è da ascrivere, nella sua totale responsabilità, alla struttura ospedaliera in cui il paziente era degente, che non ha contrastato l'azione batterica con comportamenti e protocolli standard collaudati e ripetibili e non ha allegato prove di comportamenti esenti da critiche (…).*
L'evento morte è stato provocato da due fattori concausali: la perforazione intestinale con successiva pancreatite necrotico-emorragica, ed emorragia digestiva con fistola duodenale e sue complicanze e le infezioni nosocomiali con insufficienza multiorgano e shock settico. Ciascuno di questi eventi, che riteniamo responsabile al 50% nel decesso del paziente, è stato provocato da un comportamento che in termini civilistici poteva essere evitato in modo "più probabile che non".
La causa chirurgica si poteva evitare approfondendo l'approccio diagnostico, la sede delle lesioni, la tipizzazione istologica; la causa infettiva adottando i protocolli ormai noti a cominciare da il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficaci), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, la sterilizzazione dei presidi, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica e la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate (quando possibile con adeguato anticipo per consentire una buona risposta immunitaria), la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivi delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti. Naturalmente tutto questo deve essere garantito da certificazioni allegate alle cartelle cliniche (cfr. CTU, pagg. 39-43)*".*
Le conclusioni così come rassegnate sono state, altresì, confermate all'esito dei chiarimenti disposti dal giudicante, con ordinanza del 6.2.2024, e depositati dai CTU in data 27.6.2024.
Ebbene, in base alla relazione peritale, le cui considerazioni medico-legali appaiono condivisibili (salvo che per un aspetto, sul quale si tornerà in seguito), in quanto sostenute da un percorso logico-argomentativo esaustivo e coerente, che viene pertanto fatto proprio anche da questo Giudice, può serenamente concludersi che le condotte colpevoli imputabili ai sanitari dell' Controparte_1 [...] hanno causato la perforazione intestinale con successiva pancreatite necrotico-emorragica ed emorragia digestiva con fistola duodenale che, insieme alle infezioni nosocomiali con insufficienza multiorgano e shock settico, ha determinato il decesso del paziente.
Per le ragioni suesposte, quindi, si ritiene accertata la responsabilità dell' [...] Controparte_1
Del resto, anche in sede di osservazioni tecniche di parte *ex* art. 195 comma 3 c.p.c., i consulenti delle parti hanno mosso critiche alla CTU, che hanno trovato però precisa e puntuale risposta nell'elaborato peritale, il quale, si ripete, appare coerente, esaustivo e pienamente condivisibile, anche nella parte relativa alle valutazioni rese in merito alle suddette osservazioni e al cui contenuto, quindi, si fa espresso rinvio.
Ciò acclarato, si ritiene che le attrici abbiano provato la responsabilità contrattuale dell' Controparte_1 [...]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

Ne deriva che la struttura sanitaria convenuta deve essere condannata al risarcimento dei danni subiti dalle attrici in conseguenza del decesso del loro congiunto, *Persona_1*

5. Per quanto concerne i danni risarcibili *iure hereditatis*, deve premettersi che le attrici hanno depositato l'atto di accettazione dell'eredità da parte di *Parte_1* moglie del *de cuius*, e contestualmente l'atto di rinuncia alla stessa da parte delle due figlie, *[...]* *Parte_2* e *Parte_3* .
Ne consegue che l'unica erede di *Persona_1* è la coniuge dello stesso, *Parte_1* *[...]* (cfr. all. 11 depositato in data 22.7.2021).
In punto di diritto, con la sentenza n. 15350 del 2015, le Sezioni Unite hanno chiarito che, in caso di *exitus* del paziente, i danni non patrimoniali risarcibili alla vittima, trasmissibili *iure hereditatis*, possono consistere:

- nel danno biologico cd. "terminale", quale danno alla salute subito dal paziente tra l'evento lesivo e l'*exitus*, purché sia intercorso "un apprezzabile lasso temporale", sopravvivendo il paziente per almeno ventiquattro ore, tale essendo la durata minima, per convenzione legale, ai fini dell'apprezzabilità dell'invalidità temporanea ed essendo, invece, irrilevante che sia rimasto cosciente (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 1877 del 30.1.2006; Cass., sez. III, sentenza n. 15491 dell'8.7.2014; Cass., sez. III, sentenza n. 22228 del 20.10.2014; Cass., sez. III, sentenza n. 23183 del 31.10.2014);
- nel danno morale cd. "catastrofale", 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 della vita, purché vi sia la prova della "cosciente e lucida percezione" dell'ineluttabilità della propria fine ed anche se sia intercorso un intervallo temporale brevissimo (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 6754 del 24.3.2011; Cass., sez. III, sentenza n. 7126 del 21.3.2013; Cass., sez. III, sentenza n. 13537 del 13.6.2014);
- rimane, invece, esclusa la risarcibilità del danno consistente nella "perdita del bene-vita" (cd. "danno tanatologico"), autonomo e diverso rispetto al bene-salute, ove il decesso si verifichi immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali (cfr., in tal senso, Cass., SS.UU., sentenza n. 15350 del 22.7.2015 che ha composto in tal modo il contrasto giurisprudenziale insorto dopo il precedente contrario di Cass., sez. III, sentenza n. 1361 del 23.1.2014).

Ciò posto, deve osservarsi che, nel caso di specie, sussiste certamente un apprezzabile lasso temporale tra il 10.4.2017 (data riferibile alla prima omissione colpevole consistita nell'aver eseguito l'intervento di asportazione delle formazioni polipoidi) e la data dell'*exitus* del paziente, avvenuto il [redacted]
Per ciò che concerne, invece, il danno da lucida agonia, deve rilevarsi che il paziente veniva sedato in data 12.4.2021, ossia due giorni dopo l'intervento di asportazione endoscopica del polipo duodenale; in data 13.4.2021, veniva poi sospesa la sedazione ed il paziente viene descritto come collaborante, per poi essere intubato nuovamente lo stesso giorno alle ore 23.20 e rimanere in stato di sedazione fino al decesso (cfr. pagg. 11 e ss. relazione peritale CTU). Non può ritenersi, dunque, che in tale limitato lasso temporale, lo *Per_1* abbia patito la sofferenza derivante dalla convinzione di avvertire l'ineluttabile imminenza del proprio decesso.
In proposito, deve rilevarsi che parte attrice aveva chiesto di poter provare per testi il timore del *de cuius* di temere per la propria vita; senonché, tale richiesta probatoria è stata articolata in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

maniera assolutamente generica nella memoria istruttoria *ex* art. 183, 6 comma, numero 2), c.p.c., e, per tale motivo, è stata ritenuta inammissibile.
Nel caso di specie, quindi, va liquidato esclusivamente il danno biologico terminale.
La componente puramente biologica del danno terminale può essere qui liquidata attingendo in via parametrica alle tabelle redatte dall'Osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano per il danno terminale globalmente inteso (inclusa, cioè, la componente "morale"), ma limitando il risarcimento alla misura di un terzo del valore che ne risulterebbe, in considerazione della richiesta risarcitoria delle parti attrici limitato al solo danno biologico terminale.
Ebbene, in applicazione dei suddetti criteri, il danno terminale patito dal paziente e risarcibile ai congiunti *iure hereditatis* deve essere liquidato in complessivi € 15.000,00 per i primi tre giorni, dal momento del ricovero; per i giorni successivi (n. 39), fino al momento dell'*exitus*, si ritiene di poter liquidare l'importo di € 37.637,00.
Ne deriva che la liquidazione del danno terminale "integrale", nella duplice accezione biologica e morale, per quarantadue giorni, risulta essere pari a **€ 52.637,00**.
Orbene, ciò posto, considerato che il danno terminale sofferto dallo *Persona_1* è stato esclusivamente biologico, all'attrice *Parte_1* nella qualità di unica erede del proprio congiunto, deve essere liquidato il suddetto importo.
Nulla è dovuto a titolo di ristoro del danno da sofferenza (vecchia figura del danno c.d. "morale") non essendo state dedotte e dimostrate adeguate e specifiche circostanze di fatto idonee ad integrare la richiamata voce di danno, se non con richiami a formule stereotipate non sufficienti a costituire prova in concreto del pregiudizio.
Nulla è dovuto, altresì, a titolo di "personalizzazione" del danno non patrimoniale già liquidato nella misura standard, atteso che non è stata dedotta, né provata alcuna circostanza di fatto al fine di identificare e configurare siffatte ulteriori voci di danno idonee a dimostrare un'afflittività maggiore di quella già contemplata negli standard liquidativi.
L'importo sopra quantificato si intende liquidato all'attualità, oltre al danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione di interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del decesso [redacted] e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, da [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza.

6. Quanto, infine, al paventato danno da carente/omesso consenso informato, valgono le seguenti considerazioni.
La recente pronuncia della Suprema Corte sez. III, sentenza n. 28985 dell'11.11.2019, intervenendo a confermare ed a chiarire gli orientamenti già precedentemente formatisi e consolidatisi ormai da tempo in argomento, per lo specifico caso in cui il paziente si dolga del concorso della violazione del dovere informativo con l'inesatto adempimento della prestazione del sanitario, si è espressa nei seguenti termini:
"*In materia di responsabilità per attività medico-chirurgica, qualora venga allegato e provato, come conseguenza della mancata acquisizione del consenso informato, unicamente un danno biologico, ai fini dell'individuazione della causa "immediata" e "diretta" (ex art. 1223 c.c.) di tale danno-conseguenza, occorre accertare, mediante giudizio controfattuale, quale sarebbe stata la scelta del paziente ove correttamente informato, atteso che, se egli avesse prestato senza riserve il consenso a quel tipo di intervento, la conseguenza dannosa si sarebbe dovuta imputare esclusivamente alla lesione del diritto alla salute determinata dalla successiva errata esecuzione della prestazione professionale, mentre, se egli avesse negato il consenso, il danno biologico scaturente dalla inesatta esecuzione della prestazione sanitaria sarebbe riferibile "ab origine"*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

alla violazione dell'obbligo informativo, e concorrerebbe, unitamente all'errore relativo alla prestazione sanitaria, alla sequenza causale produttiva della lesione della salute quale danno-conseguenza".

Ed ancora: "*la condotta illecita, per omessa informazione, è autonoma rispetto a quella inerente il trattamento terapeutico, ed è altresì indubitabile che l'interesse leso da tale condotta è oggettivamente distinto da quello della salute del soggetto, identificandosi nella compromissione della libertà di autodeterminazione della persona. Tuttavia la relazione medico-paziente si caratterizza per la unitarietà del rapporto giuridico articolato in plurime obbligazioni tra loro poste in nesso di connessione strumentale, in quanto tutte convergenti al perseguimento del risultato della cura e del risanamento del soggetto, sicché non può affermarsi una assoluta autonomia delle fattispecie illecite (per omessa informazione e per errata esecuzione del trattamento terapeutico), tale da escludere ogni interferenza delle stesse nella produzione del medesimo danno-conseguenza, essendo - invece - possibile che anche l'inadempimento della obbligazione avente ad oggetto la corretta informazione sui rischi-benefici della terapia venga ad inserirsi tra i fattori "concorrenti" della stessa serie causale determinativa del pregiudizio alla salute, dovendo, pertanto, riconoscersi alla omissione informativa una astratta capacità plurioffensiva, in quanto potenzialmente idonea a ledere distinti interessi sostanziali, rispettivamente, il diritto alla autodeterminazione ed il diritto alla salute - entrambi, quindi, suscettibili di reintegrazione risarcitoria, laddove sia fornita la prova che dalla lesione di ciascuno di tali diritti siano derivate specifiche conseguenze dannose*."

Pertanto, la verifica che l'interprete è chiamato ad effettuare onde accertare la sussistenza o meno di un danno alla libera autodeterminazione del paziente, autonomo rispetto al danno alla salute cagionato dall'erroneo trattamento terapeutico, si estrinseca nei seguenti termini: "*se il paziente, qualora fosse stato compiutamente informato dei rischi prevedibili derivanti dal trattamento, avrebbe comunque prestato senza riserve il consenso a quel tipo di intervento (avuto riguardo alla necessità dello stesso, alle proprie condizioni di salute, al tempo ed alle modalità di esecuzione), l'inadempimento dell'obbligo informativo viene ad esaurirsi in una fattispecie autonoma priva di conseguenze dannose, e pertanto detta omissione non solo non può concorrere ma neppure costituire mero presupposto del "danno biologico", essendo questo, invece, da imputare in via esclusiva quale conseguenza diretta della lesione del diritto alla salute determinata dalla - successiva - errata esecuzione della prestazione professionale: in tal caso, quindi, in assenza di altre specifiche tipologie di danni-conseguenza allegati e dimostrati dal danneggiato, all'accertamento della omissione informativa non consegue alcun (ulteriore) obbligo risarcitorio, non inserendosi la violazione del diritto alla autodeterminazione nella serie causale originata, invece, esclusivamente dall'inesatto adempimento della prestazione professionale da cui è derivato il danno biologico: il corretto adempimento di tale obbligo informativo, infatti, non avrebbe comunque impedito o modificato la esecuzione di quel trattamento terapeutico (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 24074 del 13.10.2017; Cass., sez. III, ordinanza n. 19199 del 19.7.2018). Se il paziente, debitamente informato, avrebbe, invece, rifiutato di sottoporsi al trattamento sanitario, l'atto medico successivo viene a palesarsi come lesione personale arrecata "contra nolentem" e l'effetto negativo per la salute scaturente dalla inesatta esecuzione della prestazione (danno biologico) viene a costituire danno-conseguenza riferibile "ab origine" alla violazione - derivante dall'inadempimento dell'obbligo informativo - del diritto di scelta contraria del paziente (scelta da ricostruire ora per allora mediante giudizio controfattuale), configurandosi la prestazione sanitaria inesatta come condotta illecita susseguente violativa, al tempo stesso, della presunta volontà contraria e del diritto alla salute:*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

la originaria condotta omissiva si inserisce e dà origine, quindi, alla serie causale, in cui, anche l'atto lesivo della salute, concorre alla produzione del danno-conseguenza (danno biologico)".
Così chiariti i canoni ermeneutici da applicare nelle ipotesi in cui si controverta in ordine all'assenza di consenso informato, deve dirsi che, nel caso di specie, la domanda relativa alla dedotta lesione dell'autodeterminazione deve essere rigettata.
Ed infatti, sebbene non vi sia in atti alcun documento che attesti che il paziente abbia prestato il proprio consenso agli interventi chirurgici cui è stato sottoposto presso il [redacted] non risulta provata la circostanza secondo cui, se fosse stato debitamente informato dei rischi connessi agli interventi di resezione endoscopica del 10.4.2017 ed intervento chirurgico di EGDS del 12.4.2017 eseguiti dai sanitari della struttura sanitaria convenuta, avrebbe, ciononostante, deciso di non sottoporsi agli stessi ovvero li avrebbe rifiutati.
È per tale ragione che, anche in assenza di consenso, non può attribuirsi ai sanitari dell' *Controparte_1* *[...]* *CP_1* una responsabilità da omessa informazione del consenso informato.

7. In relazione ai danni *iure proprio* patiti dai prossimi congiunti del *de cuius*, deve essere riconosciuta la sussistenza del danno esistenziale da perdita del rapporto parentale che, come è stato più volte chiarito dalla Corte di Cassazione, si differenzia dai pregiudizi risarcibili *iure hereditatis*.
Tale danno, in particolare, spetta *iure proprio* ai familiari superstiti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto ed è risarcibile tutte le volte in cui sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione.
La Suprema Corte ha, altresì, chiarito che in tema di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, la sussistenza di effettivi rapporti di reciproco affetto e solidarietà con il congiunto deceduto è assistita da una presunzione "*iuris tantum*", fondata sulla comune appartenenza al medesimo "nucleo familiare minimo", che può essere superata dalla prova contraria fornita dal convenuto, anch'essa imperniata su elementi presuntivi tali da far venir meno (ovvero attenuare) la presunzione suddetta, dovendo in ogni caso il giudice procedere, ai sensi dell'art. 2729 c.c., ad una valutazione complessiva della gravità, precisione e concordanza degli elementi indiziari a sua disposizione.
Sotto il profilo della liquidazione del danno parentale, occorre far riferimento alle Tabelle di Milano 2024, come elaborate dall'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano, il quale ha ritenuto di aggiornare i criteri orientativi già elaborati per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante dalla perdita del rapporto parentale a seguito dell'orientamento recentemente espresso dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 10579/2021, secondo cui "*in tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tutela*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

Per la liquidazione di tale danno, quindi, devono adottarsi i valori monetari previsti dalla precedente formulazione a forbice della tabella milanese, edizione 2024, largamente applicata da molti Uffici giudiziari, ricavando il "valore punto" per il caso di perdita del coniuge ovvero del genitore in € 3.911,00, valutando, altresì, le circostanze del caso concreto, quali l'età della vittima primaria e secondaria, la sussistenza o meno di un rapporto di convivenza tra i parenti, la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario del *de cuius*, la qualità e l'intensità della relazione affettiva del rapporto parentale perduto.
Ebbene, sulla scorta di tali argomentazioni, può ritenersi provato, in base al certificato di stato di famiglia depositato in atti, che le attrici fossero il coniuge e le figlie del *de cuius*, *Per_1* *[...]* e che, dunque, facessero parte dello stesso "nucleo familiare primario".
Vanno riconosciuti i punti relativi alla convivenza tra il *de cuius* e i congiunti superstiti dal momento che non risulta contestata tra le parti tale circostanza, che può ragionevolmente presumersi dato il rapporto di coniugio tra lo *Per_1* e la *Parte_1* la giovane età delle figlie *Parte_2* e *Parte_3* al momento della morte del padre (rispettivamente, 20 e 18 anni).
Alcun punto può essere invece riconosciuto per l'intensità e la qualità della relazione affettiva tra il defunto e le figlie *Parte_3* e *Parte_2* considerato che le richieste istruttorie a suo tempo avanzate sul punto dalle attrici e volte a provare il rapporto parentale con il *de cuius* risultano generiche e inconferenti ai fini del decidere.
Né in senso contrario possono valorizzarsi i certificati a firma della dott.ssa *Persona_11*, specialista in psicoterapia, che attesta una sindrome ansioso depressiva delle figlie, atteso che tale condizione non risulta inequivocabilmente collegata alla morte del padre, né sono state dimostrate adeguate e specifiche circostanze di fatto idonee ad integrare la richiamata voce di danno, se non con richiami a formule stereotipate non sufficienti a costituire prova in concreto del pregiudizio.
Quanto, invece, alla moglie del *de cuius*, questa ha depositato un certificato firmato dalla stessa professionista che aveva in cura le figlie che attesta che la *Parte_1* a seguito due cicli di psicoterapia per l'elaborazione del lutto, nel 2019 e nel 2021. A ciò si aggiunga che l'attrice ha usufruito di un periodo di aspettativa non retribuita dal proprio lavoro (insegnante) per oltre due anni, limite massimo consentito dalla legge, motivo per il quale il suo contratto a tempo indeterminato è stato risolto (cfr. LVI alla memoria *ex* art. 183 c.p.c. depositata da parte attrice in data 29.11.2021). Pertanto, tenuto conto della sofferenza psichica patita dall'attrice, moglie del *de cuius*, a seguito della morte del marito e delle ripercussioni in ambito lavorativo che ella ha sofferto, appare equo attribuire 10 punti per la categoria "qualità ed intensità della relazione affettiva" in cui le tabelle di Milano 2024 fanno rientrare una maggiore sofferenza patita dalla vittima secondaria.
Pertanto, alla luce dei criteri enunciati, si stima equo liquidare il danno da perdita del rapporto parentale in favore di:

- *Parte_1* (coniuge di 54 anni al momento del decesso della vittima): 18 punti per età della vittima primaria, 18 punti per età della vittima secondaria, 16 punti per la convivenza, 12 punti per la sopravvivenza di altri due congiunti del nucleo familiare primario, 10 punti per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale: 74 punti, pari a **€ 289.414,00**;
- *Parte_3* (figlia di 18 anni al momento del decesso della vittima): 18 punti per età della vittima primaria, 26 punti per età della vittima secondaria, 16 punti per la convivenza, 12 punti per la sopravvivenza di altri due congiunti del nucleo familiare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

primario, nessun punto per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale: 72 punti, pari a **€ 281.592,00**;

- *Parte_2* (figlia di 20 anni al momento del decesso della vittima): 18 punti per età della vittima primaria, 26 punti per età della vittima secondaria, 16 punti per la convivenza, 12 punti per la sopravvivenza di altri due congiunti del nucleo familiare primario, nessun punto per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale: 72 punti, pari a **€ 281.592,00**;

Alla luce di quanto sopra, l' *Controparte_1* *[...]* deve essere condannata al risarcimento del danno per la perdita del congiunto nei confronti delle parti attrici, nella misura per ciascuna indicata all'attualità.

Alle attrici spetta, altresì, il danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione di interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del decesso [redacted] e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, da [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza.

Infine, devono essere rigettate tutte le altre voci di danno non patrimoniale che sono state richieste *iure proprio*, in quanto "*in virtù del principio di unitarietà e onnicomprensività del risarcimento del danno non patrimoniale, deve escludersi che al prossimo congiunto di persona deceduta in conseguenza del fatto illecito di un terzo possano essere liquidati sia il danno da perdita del rapporto parentale che il danno esistenziale, poiché il primo già comprende lo sconvolgimento dell'esistenza, che ne costituisce una componente intrinseca (Cass., ordinanza n. 8622/21)*".

8. Quanto ai danni di natura patrimoniale di cui le parti attrici hanno chiesto il risarcimento, deve dirsi che, in mancanza di prova delle spese funerarie e di quelle di viaggio e soggiorno a Roma, l'istanza deve essere rigettata.

Per ciò che concerne, invece, il danno patrimoniale da lucro cessante per la perdita delle contribuzioni future del *de cuius*, deve premettersi che la giurisprudenza di legittimità è costante nel ritenere che sull'attore incombe l'onere della prova del danno economico patito e che si tratta di danni consistenti nel mancato sorgere di una situazione di vantaggio risarcibili solo nel caso in cui sussista la prova della utilità patrimoniale che, secondo un rigoroso giudizio di probabilità (e non di mera possibilità), il creditore avrebbe conseguito se l'illecito non fosse stato commesso; possono, perciò, essere esclusi soltanto per quei mancati guadagni che sono meramente ipotetici perché dipendenti da condizioni incerte (cfr. Cass., ordinanza n. 10750/2020 e Cass. n. 13469/2002).

Nel caso di specie, le attrici hanno dedotto che il *de cuius* era titolare della società [redacted] s.p.a." nonché di altre società a responsabilità limitata costituite successivamente e nell'orbita della società madre e che la morte dello *Per_1* avrebbe determinato un oggettivo impoverimento della capacità imprenditoriale della società, con ricadute sul suo valore societario.

Ebbene, tali circostanze, però, risultano prive di un adeguato supporto probatorio dal momento che dalla relazione tecnica di parte redatta dal commercialista, dott. *Persona_12* (cfr. all. LVI depositato in data 29.11.2021), si legge che la differenza tra l'utile di esercizio effettivamente conseguito e quello atteso è stato calcolato partendo dall'utile di esercizio previsto dal Piano Industriale 2016/2020 redatto nel marzo 2016 e sottraendo quello effettivamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

conseguito; ma manca una prova che gli utili di esercizio, per questi anni, sarebbero stati effettivamente conseguiti se lo *Per_1* avesse continuato a lavorare per le suddette società.
Inoltre, parte attrice ha dedotto che a causa della morte del congiunto non sono stati coltivati rapporti con potenziali clienti esteri e che, di conseguenza, sono stati risolti i contratti stipulati con i professionisti referenti. Senonché, dagli atti che sono stati prodotti risulta che è stato l'architetto , allora presidente del Consiglio di amministrazione della [redacted] s.p.a., a revocare più di un mandato di incarico professionale (cfr. all. 21, 28 e 28 depositati in data 22.7.2025), allegando genericamente condizioni critiche di salute dello *Per_1* .
Tanto premesso, in punto di diritto deve rilevarsi che il decesso di un socio di un'impresa – specie laddove, come nel caso che occupa, si tratta di società di capitali – non determina per ciò solo il diritto al risarcimento del danno patrimoniale, nonostante sia verosimile che tale evenienza comporti perdite di futuri guadagni dovuti al venir meno della capacità imprenditoriale del socio deceduto. Nel caso di specie, tale circostanza non è stata adeguatamente provata da parte attrice, né il risarcimento del danno può essere riconosciuto in maniera automatica.
A ciò si aggiunga che, in mancanza di una prova rigorosa della contrazione dei redditi e di un nesso eziologico tra quest'ultima ed il decesso dell'imprenditore, il giudice non né disporre CTU contabile (che finirebbe per avere valore esplorativo, oltre che suppletivo degli oneri probatori delle parti), né può esercitare il potere di cui all'art. 1226 c.c., dal momento che tale norma riguarda solo la liquidazione del danno che non possa essere provato nel suo preciso ammontare.

9. Deve essere accolta la domanda di garanzia azionata dalla parte convenuta, *[...]* *Controparte_1* nei confronti della chiamata in causa, *Controparte_16* *[...]* , atteso che l'operatività della polizza non è contestata tra le parti ed è pacifico, dunque, che la stessa operi nel caso di specie.
La compagnia assicurativa, di conseguenza, deve essere condannata a tenere indenne la convenuta, *Controparte_1* *[...]* di tutto quanto quest'ultima sarà tenuta a corrispondere alle attrici per effetto della presente pronuncia, detratta l'eventuale franchigia contrattuale ed entro il massimale contrattualmente previsto.

10. Quanto alla domanda di rivalsa azionata dalla struttura sanitaria convenuta nei confronti dei sanitari che hanno avuto in cura il *de cuius*, deve osservarsi quanto segue.
L'art. 7, comma 1, della legge n. 24/2017 (la c.d. "legge Gelli-Bianco") stabilisce che "*la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.*
Si tratta di una disposizione che – attraverso il richiamo all'art. 1228 c.c. dettato in materia di *"responsabilità per fatto degli ausiliari"* – attribuisce alle strutture sanitarie la responsabilità per i danni subiti dal paziente, anche quando si avvalgano di terzi per l'erogazione della prestazione, a prescindere dalla natura del rapporto che lega la struttura e il terzo.
Orbene, ferma restando la responsabilità della struttura sanitaria verso il paziente, occorre porsi il problema dell'eventuale ripartizione interna del risarcimento tra la clinica ed il singolo medico,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

per stabilire se ed entro quali limiti la prima, che è stata condannata a risarcire il paziente, possa rivalersi nei confronti del "vero" ed "unico" responsabile del danno.
Sul punto, è necessario richiamare l'art. 9 della legge n. 24/2017, nella parte in cui stabilisce che la struttura sanitaria possa rivalersi nei confronti del medico soltanto se quest'ultimo ha eseguito la prestazione sanitaria *"con dolo o colpa grave"* (e, quindi, con esclusione dei casi di "*colpa lieve*").
Tale norma, invero, ricalca l'art. 2236 c.c., dettato in materia di responsabilità del prestatore d'opera, a mente del quale *"se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave".*
In proposito, la Corte di Cassazione ha stabilito da tempo che, in materia di responsabilità sanitaria, l'esimente di cui all'art. 2236 c.c. non può trovare applicazione tutte le volte in cui l'errore del medico derivi da "*imprudenza*" o da "*negligenza*" del medico, ma solo in caso di "*imperizia*" (cfr. Cass., III sez., ordinanza n. 34516 del 11.12.2023).
E giova appena precisare che, tra i casi di "*negligenza*" – che costituiscono, invero, l'ipotesi più frequente nell'ambito della colpa medica – rientrano tutte le ipotesi in cui la condotta del sanitario, per disattenzione, trascuratezza o superficialità, si traduca in una violazione degli standards professionali che è legittimo attendersi da parte del professionista nell'espletamento della prestazione medica o nella somministrazione della cura al paziente (es: il chirurgo che non si accorga della mancata rimozione di corpi estranei in un campo operatorio); laddove, invece, l'*imprudenza* implica la commissione di un'azione pericolosa e sconsiderata; mentre si ha *"imperizia"* quando la condotta dannosa viene posta in essere da un soggetto inesperto (o inadeguato allo scopo), che si cimenta per colpa in una tipologia di intervento senza la dovuta esperienza e/o competenza.
Ciò posto, la Suprema Corte ha affermato che la struttura sanitaria che ha risarcito il danno patito a causa di una condotta esclusivamente riconducibile al medico potrà rivalersi nei confronti di quest'ultimo nella misura del 100%, soltanto se dimostra "*un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile, e oggettivamente improbabile, devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione* (cfr. Cass., III sez. civile, sentenza n. 28987 dell'11.11.2019)".
Tale pronuncia, del resto, è stata confermata anche più di recente, laddove la Suprema Corte ha affermato che, *"in tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria integra, ai sensi dell'art. 1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art. 2049 c.c.; pertanto, nel rapporto interno tra la struttura e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., atteso che, diversamente opinando, la concessione di un diritto di regresso integrale ridurrebbe il rischio di impresa, assunto dalla struttura, al solo rischio di insolvibilità del medico convenuto con l'azione di rivalsa, e salvo che, nel relativo giudizio, la struttura dimostri, oltre alla colpa esclusiva del medico rispetto allo specifico evento di danno sofferto dal paziente, da un lato, la derivazione causale di quell'evento da una condotta del sanitario del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di spedalità e, dall'altro, l'evidenza di un difetto di correlate trascuratezze, da parte sua,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

nell'adempimento del relativo contratto, comprensive di omissioni di controlli atti ad evitare rischi dei propri incaricati (cfr. Cass., III sez. civile, sentenza n. 29001 del 20.10.2021)*".*
Ne deriva che, in mancanza di una tale prova, dovrà trovare applicazione il comma 3 dell'art. 2055 c.c. secondo cui, in caso di pluralità di responsabili, si deve presumere che la quota di rispettiva responsabilità debba essere suddivisa in parti uguali.

10.1 Orbene, ciò posto, dalla cartella clinica allegata al fascicolo di parte attrice, si evince che l'intervento chirurgico di polipectomia duodenale endoscopica al paziente, al pari della errata diagnosi della forma neoplastica, è stato eseguito in data 10.4.2017 dal prof. *CP_3 [...]* , al quale va senz'altro ascritta la condotta iatrogena che è stata censurata in questa sede.
Si tratta di una condotta "imprudente", in quanto consistente nella scelta di un intervento inappropriato (e non già "imperita"), dal momento che è stata posta in essere in maniera avventata, senza una preventiva "*valutazione sulla opportunità di tale intervento, sulla sede e sulla tipizzazione dei papillomi duodenali prima della loro exeresi"*, nonché "negligente", in quanto l'operazione è stata effettuata senza le necessarie *"cautele nella asportazione"*, nonostante *"l'elevato rischio di perforazioni intestinali a fronte delle basse probabilità di trasformazione carcinomatosa della lesione".*
Ne deriva che, nel caso che occupa, quindi, non può essere validamente invocata l'esimente di cui all'art. 2236 c.c.
Inoltre, deve osservarsi che, nel corso del procedimento, la *[...] Controparte_1* in merito alla condotta tenuta dal medico, non ha dedotto, né provato, né chiesto di poter provare alcunché.
Ne deriva che il prof. *Controparte_3* , che è rimasto contumace, deve essere condannato a tenere indenne la struttura sanitaria convenuta di quanto questa sarà tenuta a corrispondere alle attrici, fino alla concorrenza della metà degli importi dovuti, oltre interessi come sopra determinati.

10.2 Discorso diverso deve farsi, invece, per quanto riguarda la posizione del prof. *CP_4 [...]* e della prof.ssa *Persona_4* .
Nei confronti di costoro, infatti, la domanda di rivalsa avanzata dalla *[...] Controparte_1* risulta infondata e deve essere, quindi, rigettata.
La CTU espletata nel presente procedimento, infatti, ha consentito di accertare che ai due sanitari non può essere ascritto alcun addebito, neanche a titolo di concorso, per la morte del paziente.
Quanto al prof. *CP_4* , in particolare, i CTU hanno escluso criticità sia nella gestione clinica della pancreatite acuta, sia nella gestione della complicanza emorragica, avendo chiarito che non esistono evidenze che *"l'approccio chirurgico in assenza di un tentativo di angio-embolizzazione",* fosse in assoluto controindicato, *"soprattutto laddove poteva essere prospettato un ulteriore sanguinamento e la procedura e trattamento endoscopico non davano assolute garanzie* (cfr. CTU, pagg. 32-35)*".*
Con riferimento alla posizione della prof. *Per_4* invece, deve appena precisarsi che i CTU hanno escluso che ci sia stato un inadeguato monitoraggio del paziente presso il reparto di terapia intensiva del *CP_23* .
Inoltre, per quanto concerne l'insorgenza delle infezioni iatrogene, deve dirsi che – a parere di questo giudice – contrariamente a quanto si legge nella CTU, non può dirsi con assoluta certezza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

che le stesse, in assenza di evidenze univoche in ordine ai tempi di incubazione (cfr. supplemento di CTU, pag. 101), siano da ascriversi certamente ai medici del [redacted] di Napoli e non, invece, a quelli del [redacted] di Roma.
In ogni caso, quand'anche si volesse ritenere provato, come sostengono i CTU, che le suddette infezioni siano sicuramente insorte durante il ricovero presso [redacted] partenopeo, non può ignorarsi che, nel periodo compreso tra il 12 e il 19 aprile 2017, il paziente è stato sottoposto anche a diversi interventi chirurgici e che la gestione dello stesso, quindi, non era di competenza esclusiva della prof.ssa *Per_4*
Ne deriva che, non potendosi accertare con precisione *"come"* e *"quando"* il paziente abbia contratto le infezioni nosocomiali di cui si parla, di tale condotta colposa non può essere chiamata a rispondere la responsabile del reparto di terapia intensiva del *CP_23* .
In considerazione dell'esclusione di ogni responsabilità in capo al prof. *CP_4* e alla prof.ssa *Per_4* restano assorbite le domande di garanzia avanzate dagli stessi nei confronti delle rispettive compagnie assicurative professionali.

11. Quanto alle spese di lite, deve osservarsi quanto segue.
Le spese sostenute dalle attrici seguono la soccombenza della convenuta *Controparte_18* e del chiamato in causa *Controparte_3* ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e, in mancanza di nota specifica *ex* art. 75 disp. att. c.p.c., devono essere liquidate d'ufficio, nella misura indicata in dispositivo (con applicazione dei valori medi dei parametri introdotti dal D.M. 10.3.2014 n. 55, in vigore dal 3.4.2014).
Allo stesso modo, le spese della CTU – già liquidate, con separato decreto – devono essere poste definitivamente a carico della convenuta azienda sanitaria e del chiamato in causa *CP_3* *[...]* .
Quanto alle spese di CTP, parte attrice ha depositato ricevuta di pagamento dei consulenti tecnici di parte da lei nominati dell'importo di € 12.200,00 (cfr. all. 9 depositato in data 22.7.2025). Tuttavia, può liquidarsi la somma di € 1.000,00 per ciascun CTP in applicazione dell'art. 92, comma 1, c.p.c., dal momento che le spese allegate da parte attrice risultano eccessive.
In tal senso, si veda Cassazione civile Sez. III sentenza n. 3380 del 20 febbraio 2015: "*Le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate ai sensi dell'articolo 92 c.p.c., in quanto la consulenza tecnica di parte ha natura di allegazione difensiva tecnica e costituisce attività processuale necessaria per l'assistenza alle operazioni del consulente del giudice in corso di causa e per la successiva compilazione della relazione del consulente di parte, la cui nomina costituisce facoltà della parte espressamente prevista dall'articolo 201 c.p.c. Il giudice può escludere dalla ripetizione le spese per consulenza tecnica di parte solo avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 92 c.p.c., comma 1, di escluderle dalla ripetizione ritenendole eccessive o superflue, ma non può disconoscerne il rimborso qualificandole genericamente come spesa non necessaria relativa ad una scelta della parte ed antecedente il procedimento quando invece si tratti di spesa inerente all'attività professionale necessaria e complessa svolta dal consulente nel corso del procedimento in contraddittorio con il consulente tecnico d'ufficio e con gli altri consulenti di parte".*
Le spese di lite da liquidare in favore dei terzi chiamati in causa dall' *[...] Controparte_1* prof. *Controparte_4* e prof.ssa *Persona_4* , per il principio della soccombenza, ai sensi dell'art. 91 c.p.c., devono essere poste a carico della convenuta *Controparte_18* e, in mancanza di nota specifica *ex*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

art. 75 disp. att. c.p.c., devono essere liquidate d'ufficio, nella misura indicata in dispositivo (con applicazione dei valori medi dei parametri introdotti dal D.M. 10.3.2014 n. 55, in vigore dal 3.4.2014).
Sussistono giusti motivi, invece, per dichiarare interamente compensate le spese di lite delle compagnie assicurative, *[...]* *Controparte_25* e *Controparte_9* non ravvisandosi alcun profilo di manifesta ed assoluta arbitrarietà nell'iniziativa dei chiamanti in causa.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza ed eccezione, così provvede:

- accoglie la domanda formulata da *Parte_1* e, per l'effetto, condanna la convenuta *Controparte_1* *[...]* al pagamento in favore dell'attrice della somma di € **52.637,00**, a titolo di danno non patrimoniale *iure hereditatis*; il tutto liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del decesso [redacted] e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, dal giorno del fatto sino alla pubblicazione della presente sentenza;
- accoglie la domanda formulata da *Parte_1* *Parte_2* e *Parte_3* e, per l'effetto, condanna la convenuta *[...]* *Controparte_1* al pagamento in favore delle attrici dei seguenti importi:
  - € 289.414,00 in favore di *Parte_1*
  - € 281.592,00 in favore di *Parte_2*
  - € 281.592,00 in favore di *Parte_3*
  a titolo di danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale, liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale sugli importi qui liquidati, da devalutarsi al mese di [redacted] e di anno in anno rivalutati secondo gli indici istat foi, da [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza;
- rigetta, nel resto, le domande avanzate dalle attrici;
- condanna la convenuta *Controparte_1* *[...]* al pagamento in favore delle attrici delle spese di lite, che si liquidano in **€ 2.800,00** a titolo di esborsi (comprensivi delle spese sostenute per la consulenza tecnica di parte) nonché € **32.112,30** per compensi professionali; oltre rimborso spese generali al 15%, IVA e CPA, con distrazione in favore dei procuratori, dichiaratisi antistatari;
- accoglie la domanda di garanzia formulata dall *[...]* *Controparte_1* e, per l'effetto, condanna *Controparte_16* *[...]* a tenere indenne la convenuta da tutto quanto la stessa sarà tenuta a pagare per effetto della presente sentenza;
- accoglie la domanda di rivalsa formulata dalla convenuta *[...]* *Controparte_1* e, per l'effetto, condanna *Controparte_3* a tenere indenne la struttura sanitaria di quanto questa sarà tenuta a

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938

corrispondere alle attrici per effetto della presente pronuncia, fino a concorrenza della metà degli importi dovuti;

- rigetta la domanda di rivalsa formulata dalla convenuta *[...] Controparte_1* *Controparte_1* nei confronti dei chiamati in causa *Controparte_4* e *Persona_4*;
- dichiara assorbite le domande di garanzia formulate dai chiamati in causa *CP_4 [...]* e *Persona_4*, nei confronti, rispettivamente, della *[...] Controparte_9* della *Controparte_17*
- condanna l *Controparte_1 [...]* al pagamento in favore di *Controparte_4* delle spese di lite, che si liquidano in **€ 1.570,00** a titolo di esborsi (comprensivi delle spese sostenute per la consulenza tecnica di parte) e in € **29.193,00** per compensi professionali; oltre rimborso spese generali al 15%, IVA e CPA;
- condanna l *Controparte_1 [...]* al pagamento in favore di *Persona_4* delle spese di lite, che si liquidano in **€ 1.570,00** a titolo di esborsi (comprensivi delle spese sostenute per la consulenza tecnica di parte) e in € **29.193,00** per compensi professionali; oltre rimborso spese generali al 15%, IVA e CPA;
- pone le spese di CTU, in via definitiva, a carico della convenuta *[...] Controparte_1* e del chiamato in causa *Controparte_3* in solido tra loro;
- dichiara interamente compensate le spese di lite tra tutte le altre parti del giudizio.

Napoli, 31.12.2025

Il Giudice
Dott. Fabio Lombardo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-938