R.G. 1704/2021

TRIBUNALE ORDINARIO DI RAVENNA

SEZIONE CIVILE

Nella persona del dott. Gianluca Mulà, ha emesso la seguente

SENTENZA

Tra

Parte_1 c.f. *C.F._1*, *Parte_2*, c.f. *C.F._2*, *Parte_3* c.f. *C.F._3* e *Parte_4*, c.f. *C.F._4*, difesi dall'avv. [redacted]

ATTORI

e

Controparte_1, c.f. *P.IVA_1*, difesa dalle avv.te [redacted] e [redacted] e dall'avv. [redacted]

CONVENUTA

E

Controparte_2, c.f. *C.F._5* difeso dall'avv.ta [redacted] e dall'avv. [redacted]

TERZO CHIAMATO

Conclusioni: come da udienza di precisazione delle conclusioni.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Sintesi delle domande e delle allegazioni.

Gli attori hanno citato in giudizio *Controparte_1* per sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti in conseguenza dell'inesatto adempimento delle prestazioni sanitarie rese in favore di *Parte_1* (33 anni al momento dei fatti), rese in occasione dell'intervento cardiochirurgico di anuloplastica mitralica con accesso in minitoracotomia anteriore effettuato presso la struttura convenuta in data 8.7.2017.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Gli attori hanno dedotto l'inesatta esecuzione del suddetto intervento, nel corso del quale era stata inavvertitamente chiusa la coronaria con un punto di sutura, e la contrazione di un'infezione polmonare di origine nosocomiale.

Detti inadempimenti hanno provocato un infarto miocardico e perduranti problematiche respiratorie.

Parte_1 ha domandato, dunque, il risarcimento del danno patrimoniale (spese mediche sostenute) e del danno biologico subito, così quantificato: inabilità temporanea biologica di complessivi giorni 300 (trecento) giorni, dei quali 150 a totale ed i successivi 150 giorni a parziale calcolata al 75%.; danno biologico permanente pari al 60%.

Parte_2 (padre), *Parte_3* (madre) e *Parte_4* (fratello) hanno domandato invece il risarcimento del danno da lesione del rapporto parentale.

Si è costituita *Controparte_1* chiedendo il rigetto delle domande attoree e chiamando in causa a fini di regresso il dott. *Controparte_2* .

Si è costituito il dott. *CP_2* chiedendo il rigetto delle domande attoree e, in caso di accoglimento di queste, della domanda di regresso spiegata dalla struttura nei propri confronti, invocando l'applicabilità dell'art. 9 . 24/2017, che limita il diritto di regresso della struttura sanitaria nei confronti del medico alle ipotesi in cui questi abbia agito con dolo o colpa grave e deducendo che, in ogni caso, il danno subito dal paziente sarebbe riconducibile all'infezione nosocomiale che ha gravato l'*iter* clinico.

La causa è stata istruita documentalmente e tramite l'espletamento di una CTU medico legale.

I principi di diritto applicabili al caso di specie.

È adesso opportuno riepilogare i principi di diritto rilevanti nel caso di specie, con particolare riferimento agli oneri probatori gravanti sulle parti.

I. L'azione del paziente nei confronti della struttura sanitaria ha pacificamente natura contrattuale, e ciò anche per i fatti avvenuti prima della l. n. 24/2017, che ha espressamente sancito la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria (cfr. art. 7 l. n. 24/2017).
II. Gli oneri probatori gravanti sul paziente danneggiato sono stati delineati dalla giurisprudenza di legittimità, la quale ha chiarito che "*Una volta che il creditore abbia provato, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il nesso di causalità materiale che il creditore della prestazione professionale deve provare è quello fra intervento*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218). Se la prova della causa di esonero è stata raggiunta vuol dire che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia è si eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, ma il rispetto delle leges artis è nella specie mancato per causa non imputabile al medico. Ne discende che, se resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni la causa dell'evento di danno, leconseguenze sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono sul creditore della prestazione professionale, se invece resta ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, ovvero resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul debitore." (Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28992). Il danneggiato, dunque, deve allegare l'inadempimento specifico della struttura – o del sanitario, il che è lo stesso dal momento che la struttura risponde per fatto proprio dell'operato dei medici di cui si avvale per eseguire la propria prestazione, non trattandosi di responsabilità per fatto altrui (cfr. Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28987) – provare l'aggravamento o l'insorgenza della patologia (danno evento) ed il nesso causale tra questo e la condotta del debitore. La struttura deve, invece, provare o l'adempimento, ossia l'aver rispettato tutte le *leges artis*, o che l'inadempimento è dipeso da cause alla stessa non imputabili.

III. Con specifico riferimento all'infezione nosocomiale, ed in applicazione dei principi generali espressi dalla pronuncia sopra richiamata, si è affermato che "*In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione C.D. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato." (Cass. civ. Sez. III, 22.2.2023, n. 5490).*

IV. Qualora ad agire siano, invece, i parenti del paziente danneggiato o deceduto per i danni subiti *iure proprio*, e dunque per lesione o perdita dal rapporto parentale, l'azione da essi esperita avrà natura extracontrattuale. Sul punto, la giurisprudenza di legittimità ha, infatti, chiarito che *"In materia di*

Osservatorio ICA Italia
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

responsabilità sanitaria, va esclusa la natura contrattuale, da effetti di protezione per terzi, della pretesa risarcitoria vantata iure proprio da un congiunto (nella specie, il coniuge) per i danni, mediati o riflessi, subiti in seguito all'inadempimento delle obbligazioni assunte dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente in forza di contratto di spedalità; la natura extracontrattuale di tale responsabilità la assoggetta alla relativa disciplina (onde sarebbe toccato al ricorrente, che lamentava l'omissione colposa del dovere di sorveglianza sul marito, allontanatosi senza lasciar traccia tre giorni dopo il ricovero, provare gli elementi costitutivi del fatto illecito).” (Cass. civ. Sez. III, 07/04/2022, n. 11320). L'unica ipotesi, non ricorrente nel caso di specie, in cui l'azione esercitata dai congiunti ha natura contrattuale è quella in cui sia configurabile un contratto con effetti protettivi nei confronti del terzo (*“Il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico esplica i suoi effetti tra le sole parti del contratto, sicché l'inadempimento della struttura o del professionista genera responsabilità contrattuale esclusivamente nei confronti dell'assistito, che può essere fatta valere dai suoi congiunti "iure hereditario", senza che questi ultimi, invece, possano agire a titolo contrattuale "iure proprio" per i danni da loro patiti. In particolare, non è configurabile, in linea generale, in favore di detti congiunti, un contratto con effetti protettivi del terzo, ipotesi che va circoscritta al contratto concluso dalla gestante con riferimento alle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione che, per la peculiarità dell'oggetto, è idoneo ad incidere in modo diretto sulla posizione del nascituro e del padre, sì da farne scaturire una tutela estesa a tali soggetti”* (Cass. civ. Sez. III Sent., 09/07/2020, n. 14615 (rv. 658328-01).

A nulla rileva che parte attrice abbia erroneamento invocato l'azione ex art. 1218 c.c. anche per quanto concerne i congiunti, poiché, fermi i fatti costitutivi allegati dalle parti, il giudice può riqualificare la domanda in base al principio *iura novit curia* (cfr. Cass. civ. Sez. III Ord., 27/11/2018, n. 30607 (rv. 651854-01) “*In virtù del principio "iura novit curia" di cui all'art. 113, comma 1, c.p.c., il giudice ha il potere-dovere di assegnare una diversa qualificazione giuridica ai fatti e ai rapporti dedotti in giudizio, nonché all'azione esercitata in causa, potendo porre a fondamento della sua decisione disposizioni e principi di diritto diversi da quelli erroneamente richiamati dalle parti, purché i fatti necessari al perfezionamento della fattispecie ritenuta applicabile coincidano con quelli della fattispecie concreta sottoposta al suo esame, essendo allo stesso vietato, in forza del principio di cui all'art. 112 c.p.c., porre a base della decisione fatti che, ancorché rinvenibili all'esito di una ricerca condotta sui documenti prodotti, non siano stati oggetto di puntuale allegazione o contestazione negli scritti difensivi delle parti.”).*

VI. Per quanto poi concerne, specificamente, la modalità di accertamento del nesso di causa, è sufficiente osservare che le regole che presiedono tale giudizio sono quelle eleborate in materia penalistica (artt. 40 e 41 c.p.): *condicio sine qua non* – ci si deve cioè chiedere se, eliminando una certa condotta, che si assume fattore causale dell'evento, quest'ultimo, per come concretamente verificatosi (*hic et*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

nunc), avrebbe ugualmente avuto luogo, conducendo tale indagine in base alla probabilità statistica e logica (per cui anche un fattore causale che causa l'evento in una bassa percentuale di casi può essere ritenuto causa dell'evento laddove siano da escludere gli altri possibili fattori causali alternativi) – e principio di equivalenza causale, per cui il fatto che più concause abbiano concorso nel determinismo dell'evento non esclude il rapporto di causalità tra ciascuna di esse e l'evento stesso. La differenza tra causalità civile e penale sta soltanto in ciò: in ambito civile, non occorre raggiungere la certezza "processuale" o "probabilistica" in ordine al nesso eziologico, ma è sufficiente che possa affermarsi che è più probabile che non che la condotta abbia causato l'evento (Cass. civ. Sez. Unite Sent., 11/01/2008, n. 581).

VII. Con riguardo all'azione di rivalsa esperita nei confronti del medico da parte della struttura sanitaria, va condiviso il seguente principio di diritto, affermato da una delle sentenze del c.d. "decalogo di San Martino" nell'ambito del c.d. "progetto sanità" elaborato dalla III Sezione della Corte di Cassazione, certamente non "derubricabile" ad un isolato precedente come fa la difesa di *Contro* per cui "*In tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria 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., in quanto la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri 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*" (Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28987).

VIII. Ancora, va osservato che, dal momento che i fatti di causa sono anteriori alla legge n. 24/2017, non si applica la limitazione di responsabilità del medico, nell'ambito dell'azione di rivalsa, alla sola colpa grave o al dolo (cfr. art. 9 l. n. 24/2017). Il medico, dunque, risponde anche per colpa lieve.

IX. Deve poi osservarsi, con riguardo alla personalizzazione del danno biologico, che questo Tribunale condivide il pacifico orientamento per cui "*In presenza di un danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (oggi secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale ed affatto peculiari. Le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento.*" (Cass. 7513/2018).

X. Con riguardo alla quantificazone del danno c.d. differenziale, va richiamato il seguente principio di diritto: "*In tema di liquidazione del danno alla salute, l'apprezzamento delle menomazioni preesistenti "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

stimando, prima, in punti percentuali l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e poi quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale lo stato di validità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo infine a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto." (Sez. 3 - , Sentenza n. 28986 del 11/11/2019 (Rv. 656174 - 02).

XI. Va, poi, citato il seguente principio di diritto relativo all'onere motivazionale del giudice in caso di adesione alla CTU, espresso da Cass. civ. Sez. I Sent., 9.1.2009, n. 282 (rv 606211): "*il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento; non è quindi necessario che egli si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le conclusioni tratte. In tal caso, le critiche di parte, che tendano al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive, che non possono configurare il vizio di motivazione previsto dall'art. 360 n. 5 cod. proc. civ.*.")";

XII. Con riguardo al risarcimento per la lesione del rapporto parentale, va precisato che esso comprende sia il danno morale sia il danno dinamico/relazionale (sconvolgimento della propria esistenza a causa delle lesioni subite dal congiunto), come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità ("*In tema di pregiudizio derivante da perdita o lesione del rapporto parentale, il giudice è tenuto a verificare, in base alle evidenze probatorie acquisite, se sussistano uno o entrambi i profili di cui si compone l'unitario danno non patrimoniale subito dal prossimo congiunto e, cioè, l'interiore sofferenza morale soggettiva e quella riflessa sul piano dinamico-relazionale, nonché ad apprezzare la gravità ed effettiva entità del danno in considerazione dei concreti rapporti col congiunto, anche ricorrendo ad elementi presuntivi quali la maggiore o minore prossimità del legame parentale, la qualità dei legami affettivi*" Cass. civ. Sez. III Sent., 11/11/2019, n. 28989 (rv. 656223-01).

La vicenda sanitaria di *Parte_1* **e le risultanze della CTU medica**

La vicenda sanitaria di *Parte_1* può essere ricostruita come segue, in base alla documentazione in atti e alla CTU espletata (redatta dal collegio così composto: dott. *Persona_1*, medico chirurgo specialista in medicina legale; dott. *Per_2* *[...]* medico chirurgo specialista in malattie infettive e tropicali e in malattie

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

dell'apparato digerente; dott. *Persona_3* , medico chirurgo specialista in chirurgia, già professore associato di cardiochirurgia).

[redacted] asintomatico, era affetto da insufficienza mitralica (prolasso bilembo).

Si sottoponeva, perciò, a controlli periodici.

Nel corso di un controllo del dicembre 2016 veniva evidenziato un peggioramento dei parametri ecocardiografici, sicché veniva indirizzato all'esecuzione di un intervento correttivo.

Il controllo ecocardiografico del 30.1.2017 evidenziava: "*Ventricolo sinistro severamente dilatato, non ipertrofico e con conservata funzione sistolica globale e segmentarla. Severa dilatazione atriale sinistra. Severo prolasso di entrambi I lembi mitratici, più evidente a livello del LMP con Insufficienza valvolare di grado severo con jet eccentrico, diretto verso il setto interatriale. Valvola aortica morfologicamente tricuspide; non stenosi né rigurgito di rilievo. Lieve rigurgito tricuspidalico con PAPs nella norma. Sezioni destre non dilatate con conservata funzione sistolica del Vdx. ECO-DOPPtER TSA: assenza di ateromasia parietale di rilievo (IMT < 1 mm bilateralmente). Normali velocità di flusso su carotidi interne ed esterne. Non stenosi delle succlavie; vertebrali ortodirette…. a completamento si consiglia valutazione con ecocardiogramma trans-esofageo…"*.

La visita preoperatoria eseguita nella medesima data così concludeva: "*Dall'esame obiettivo e radiografico non si evidenziano foci Infettivi. Si prescrive la profilassi antibiotica, un'ora prima dell'intervento, secondo il seguente schema: 1) paziente allergico alle penicilline: Clindamidna 600mg*".

Ricoverato in data 7.3.2017 con diagnosi di insufficienza mitralica severa presso la struttura sanitaria convenuta, l'attore veniva sottoposto a coronografia ("*…albero coronarico indenne da stenosi (…)"*) e ad ecocardiogramma (nella norma), venivano messe in atto le misure di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico ("*doccia antisettica la sera prima e la mattina dell'intervento, decolonizzazione del cavo orale con clorexidina prima della prevista intubazione OT",* cfr. pag. 28 della relazione peritale) e veniva impostata la profilassi antibiotica (vancomicina in infusione continua, iniziata nei 60 minuti precedenti l'intervento e proseguita sino alle ore 19.30).

L'intervento veniva eseguito l'8.3.2017 ed è così descritto nel referto operatorio: "*…Accurata asepsi della cute. Posizionamento di introduttore in vena femorale destra. Minitoracotomia anteriore destra al III spazio intercostale. Pericardiotomia e sospensione pericardica. Eparinizzazione sistemica. Preparazione di borse di tabacco su aorta ascendente. Cannulazione percutanea della vena femorale destra. Cannulazione deporta ascendente, posizionamento delego aortico (per infusione di cardioplegia/vent aortico). Inizio della circolazione extracorporea. Insufflazione di CO2 nella cavità toracica. Clampaggio dell'aorta ascendente, infusione di cardioplegia ematica fredda intermittente pervia anterograda, ripetuta ad intervalli*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

regolari. Arresto del cuore. Atriotomia sinistra. Esposizione della mitrale che si presenta degenerata con Barlow evidente e dilatazione anulare; plastica mitralica con impianto di anello mitralico Sorin Memo 3D 38 mediante punti ad U in Ticron 3/0 e edge to edge secondo Alfieri tra A2 e P2. Atrioraffia in prolene 4/0. Chiusura di auricola mediante sutura in Prolene 4/0. CP_4 *in prolene 4/0. Vent attraverso l'ago della cardioplegia in aorta ascendente. Rimozione attenta dentaria intracavitaria e declampaggio dell'aorta ascendente. Stop insufflazione di CO2 in cavità toracica. il cuore riprende attività spontanea con ritmo da FA. Riduzione e quindi sospensione della circolazione extracorporea senza supporto farmacologico inotropo. Arresto del vent e rimozione dello stesso. Impianto di fili di elettro-stimolazione sul ventricolo dx. All'ECG diffuse alterazioni ischemiche più evidenti in sede postero-laterale. Rimozione della cannula arteriosa aortica. Inizio della Protamina. Rimozione della cannula femorale. Accurata emostasi, posizionamento dei drenaggi. Il pericardio viene lasciato parzialmente aperto. Chiusura della minitoracotomia destra in strati anatomici sovrapposti…*".

Al termine dell'intervento comparivano episodi di fibrillazione ventricolare, e lo studio emodinamico immediatamente effettuato evidenziava l'occlusione del tratto prossimale dell'arteria circonflessa.

Si procedeva dunque ad un secondo intervento, così descritto: "…*Nuova atriotomia sin Rimozione del punto utilizzato per la chiusura dell'auricola sinistra e nuova sutura dell'auricola stessa con punti più superficiali. Rimozione dei due punti di sutura in corrispondenza della commisura anteriore e sostituzione dei medesimi mediante sutura in prolene…. Il cuore riprende attività spontanea con ritmo da FA supporto inotropo e necessita di impianto di IABP…*".

Il decorso clinico, caratterizzato da instabilità emodinamica con necessità di supporto farmacologico (noradrenalina e dobutamina), era ulteriormente complicato da un empiema pleurico, drenato con revisione della cavità toracita sinistra il 14.3.2017, data in cui veniva posizionato l'ECMO[1], poi rimosso 14 giorni dopo, a causa della severe ARDS[2] con ipossiemia critica.

Nelle giornate del 12 e 13 marzo, infatti, il paziente manifestava febbre (38.3° C) e indici di flogosi (PCR elevata, GB 9.700/mmc N 89%) e veniva riscontrato un versamento pleurico a sinistra di circa 7 cm con addensamento basale destro.

[1] *"L' ECMO (acronimo di Extra Corporeal Membrane Oxygenation o Ossigenazione Extracorporea a Membrana) è una procedura di assistenza impiegata nei pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave, potenzialmente reversibile, refrattaria al trattamento farmacologico e medico convenzionale massimale. Il sangue del paziente, attraverso un circuito in cui è presente una pompa, va nel polmone artificiale dove avviene la rimozione dell'anidride carbonica e l'ossigenazione; quindi, viene reimmesso in circolo nell'organismo. Il prelievo sanguigno avviene sempre dal circolo venoso, mentre la reintroduzione del sangue ossigenato può avvenire sia nel circolo venoso (ECMO veno-venosa) sia in quello arterioso (ECMO veno-arteriosa).*" (pag. 134 della relazione peritale).

[2] *Acute respiratory dystress syndrome*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Veniva, dunque, effettuata una toracentesi sinistra, con aspirazione di 700 ml di liquido di aspetto ematico e successivamente, per comparsa di importante pneumotorace (pnx) sinistro, veniva posizionato drenaggio toracico.

La TC torace, effettuata dopo la toracentesi, mostrava *"ampia falda di versamento pleurico destro parzialmente saccato ed organizzato con microbolle aeree. A sinistra scollamento pneumotoracico in sede apicale ed anterobasale..."* (cfr. pag. 115 della relazione peritale).

Mediante il drenaggio toracico destro eseguito il 14.3.2017, venivano aspirati 1.200 c.c. di liquido pleurico di aspetto purulento ed il paziente era sottoposto a revisione chirurgica dell'emitorace destro, con drenaggio di empiema pleurico e rimozione di cotenna di pachipleurite adesa al polmone.

Gli esami colturali del liquido pleurico e della cotenna pleurica evidenziavano la positività per *Acinetobacter baumannii* (ACB) XDR (resistenza estesa agli antibiotici), successivamente isolato anche a seguito di tampone rettale in data 27.3.2017).

Veniva posizionato un tubo bronchiale e tracheale attraverso il quale venivano effettauti lavaggi bronchiali ed aspirazione di materiale denso.

Veniva poi impostata "ventilazione meccanica tipo ARDS".

Il 18.3 veniva effettuata una fibrobroncospia e dal materiale prelevato veniva isolato un ulteriore batterio (*Staphylococcus aureus*).

A partire dal 25.03, il paziente era sottoposto quasi quotidianamente a broncoaspirazione di secrezioni dense, con necessità talvolta di disostruzione bronchiale.

In data 30.3.2017, gli esami ematochimici evidenziavano un controllo dell'infezione polmonare (PCR 4.2 mg/dl, PCT 0,21 ng/ml), ma in data successiva si riscontrava un nuovo aumento degli indici di flogosi (veniva isolato ceppo *Staphylococcus epidermidis* meticillino resistente (MRSE).

La nuova infezione veniva controllata con l'opportuna terapia antibiotica e [redacted] veniva estubato il 4.4.2017.

"*Il 5.04, per il persistere di abbondanti secrezioni bronchiali con difficoltà nella meccanica respiratoria ed in previsione di prolungata fisioterapia respiratoria, veniva confezionata una tracheostomia percutanea, secondo* CP_5 *modificata, in anestesia generale e locale ed in assistenza fibroscopica, con posizionamento della cannula tracheale tra II-III spazio.*" (cfr. pag. 120 della relazione peritale), con successiva stabilizzazione clinica.

[redacted] veniva trasferito in data 19.4.2017 presso il [redacted] Hospital con diagnosi di "*sepsi da Acinetobacter, RDS; ECMO V-V, critical illness"*, dal quale veniva trasferito presso il reparto di cardiochirurgia dell'Ospedale di [redacted] in data 6.6.2017 con diagnosi di "*Esiti di critical illness secondaria ad intervento*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

cardiochirurgico (plastica mitralica per insufficienza severa in prolasso bilembo) e successiva ARDS".

Al momento del trasferimento il quadro clinico era il seguente: "*In evoluzione il quadro di criticai illness con miglioramento di tutte le quote motorie anche se permane ipostenia diffusa (4/5) e minima tolleranza allo sforzo. Area di anestesia in sede di pregresso drenaggio emitorace destro. Dal punto di vista cardiologico l'ultimo ecocardio eseguito ha confermato il perdurare della dilatazione del ventricolo sinistro con la frazione di eiezione stabile al 25-30%. Il paziente è in grado di autospingere la carrozzina per brevi tratti in ambiente domestico. Necessita di parziale assistenza nella cura di sé e supervisione nei passaggi posturali. Ortostatismo al lettino di statica fino a 70°. Non problemi sfinterici (controlli post minzionale negativi). Portatore di Midline posizionato il 30/5/17. Permangono LDD tallone sx ed occipite*".

Trasferito presso il reparto di riabilitazione dell'Ospedale di [redacted] in data 23.6.2017 (diagnosi al trasferimento: "*Esiti di critical illness secondaria ad intervento cardiochirurgico di plastica mitralica complicato da infarto miocardico infero-postero-laterale, empiema polmonare destro con ' successivo shock cardiogeno e sindrome da distress respiratorio. Cardiopatia dilatativa con moderata disfunzione ventricolare sinistra. Lieve anemia normocitica*").

L'*iter* clinico di *Parte_1* si concludeva in data 15.9.2017, con dimissioni del paziente in buone condizioni cliniche generali (cfr. pag. 103 della relazione peritale).

Sotto il profilo infettivologico, dal descritto *iter* clinico i CCTTUU hanno tratto le seguenti conclusioni: "*Per il tempo di comparsa ≥ 48 ore dal ricovero ed il tipo di patogeno isolato (ACB-XDR) nel liquido pleurico e dai campioni della pachipleurite, e indubbio che l'empiema pleurico manifestato dal sig.* [redacted] *sia da considerare una infezione nosocomiale*" (pag. 123 relazione peritale); "*In conclusione, per la cronologia di insorgenza, a distanza di 6 giorni dall'atto chirurgico, l'isolamento in sede di infezione di un patogeno tipicamente nosocomilae, un ACB-XDR, non vi è dubbio che l'empiema presentato dal sig.* [redacted] *Pt_1 debba essere considerato una infezione di natura nosocomiale. Con alta probabilità, l'acquisizione di ACB XDR è avvenuta nel corso dei due interventi chirurgici del 8.03.2017: il primo di anuloplastica mitralica, il secondo di riapertura di occlusione iatrogena della a. coronarica circonflessa, entrambi effettuati con accesso in minitoracotomia anteriore destra, ed è stata determinata dalla contaminazione del sito chirurgico per inadeguata applicazione delle norme di infection control previste per la prevenzione dell'ISC*".

I CCTTUU hanno infatti osservato che si tratta di un tipico agente patogeno nosocomiale, trasmissibile principalmente attraverso le mani non adeguatamente disinfettate degli operatori, che possono contaminarsi toccando superfici e strumentario contaminati o venendo a contatto con pazienti colonizzati.

Prosegue la relazione affermando che dall'isolamento del batterio ACB - XDR dai campioni di liquido pleurico e dalla pachipleurite si desume "*con certezza il ruolo causale di questo germe nello sviluppo dell'empiema.*", empiema che "*ha richiesto la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

prosecuzione della ventilazione assistita meccanica per 28, talvolta in sedazione profonda/curaruzzazione, un trattamento con ECMO VV per 14 giorni ed ha determianto la comparsa di un quadro di Critical Illness neuropathy e miopathy (CRIME) (pag. 126 della relazione).

Non è stata riscontrata alcuna negligenza nel trattamento delle infezioni contratte da *Parte_1* .

Le conclusioni raggiunte dai CCTTUU sotto il profilo infettivologico vengono integralmente condivise da questro Tribunale, e non sono state scalfite dalle osservazioni svolte sul punto dalla convenuta, alle quali i CCTTUU hanno replicato in modo ancora una volta condivisibile (cfr. pag. 167 della relazione peritale).

Deve dunque ritenersi accertata la natura nosocomiale delle infezioni contratte da [redacted] nel corso dell'*iter* seguito all'intervento dell'8.3.2017.

Sotto il profilo cardiologico, i CCTTUU hanno riscontrato due diverse negligenze:

1. la non adeguata a ponderata valutazione degli esami propedeutici all'intervento, l'incompleto studio del caso e la conseguente non corretta indicazione all'intervento chirurgico. Richiamati i criteri che, secondo le pertinenti linee guida, potevano determinare una corretta indicazione all'intervento per insufficienza mitralica (cfr. pag. 141 della relazione: presenza di sintomi quali astenia, dispnea e comparsa di altri segni riferibili a scompenso cardiaco; disfunzione ventricolare sinistra; significativa dilatazione atriale sx; fluttuazione di un lembo della valvola mitralica a causa della rottura delle corde tendinee; fibrillazione atriale dovuta ad insufficienza mitralica; ipertensione polmonare con pressione polmonare sistolica (PAPs) ≥50 mmHg; alta probabilità di eseguire una valvuloplastica durevole; basso rischio chirurgico), i CCTTUU hanno infatti riscontrato che molti di questi criteri non ricorrevano nel caso di specie. [redacted] infatti, era asintomatico, non aveva mai presentato episodi di fibrillazione atriale, non presentava fluttuazione dei lembi della valvola, non aveva ipertensione polmonare, aveva l'atrio sinistro moderatamente dilatato e aveva una buona cinetica del ventricolo sinistro. Vi era soltanto un aspetto indicato tra quelli che, secondo le linee guida, suggerivano l'intervento chirurgico, ossia l'insufficienza mitralica mostrata dagli ecocardiogrammi pre – intervento. Sarebbero stati perciò opportuni opportuni ulteriori approfondimenti; l'intervento, dunque, è stato certamente anticipato *"rispetto a quanto in concreto si poteva prospettare al Paziente mediante un ulteriore periodo di follow-up e terapia medica che, fino a quel momento e con i parametri funzionali pre-operatori, avrebbero garantito di proseguire regolarmente le sue normali attività quotidiane*" (pag. 165 della relazione peritale). I CCTTUU segnalano, comunque, che "*nel caso del Sig.* [redacted] *la patologia era naturalmente ed autonomamente evolutiva, per cui l'intervento sarebbe stato comunque necessario entro un intervallo di tempo che oggi, tuttavia, non è possibile definire con sufficiente affidabilità statistica e scientifica.*";

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

2. errore nell'esecuzione dell'intervento: nell'impiantare l'anello mitralico mediante i punti a U, l'operatore, nel posizionare i punti, ha inavvertitamente inciso sull'arteria circonflessa (la quale circonda la valvola mitralica), determinandone la stenosi. Che la stenosi dell'arteria circonflessa fosse da attribuire al tale errata manovra emerge da tre dati: a) non risulta alcuna condizione anatomica che potesse favorire la chiusura della circonflessa; b) una volta rimosso il punto, non vi fu alcuna difficoltà nel riposizionare i punti, stavolta, correttamente, più in superficie; c) rimosso il punto, la problematica all'arteria circonflessa si risolse immediatamente.

L'azione contrattuale proposta da *Parte_1*

Alla luce di quanto sopra esposto, ritiene il Tribunale che vada affermata la responsabilità della struttura sanitaria convenuta ai sensi dell'art. 1218 c.c.

Sotto il profilo cardiochirurgico, è assorbente il rilievo della negligenza nella fase intraoperatoria, che esclude la necessità di addentrarsi nell'esame dell'opportunità o meno della tempistica dell'intervento (posto che, in ogni caso, per la conclamata natura degenerativa della malattia che affliggeva *Parte_1* , sarebbe comunque stato necessario un intervento chirurgico di plastica mitrale).

Relativamente a tale aspetto vi è sostanziale concordia tra i CCTTUU e i consulenti di parte convenuta.

Questi ultimi, infatti, hanno sostanzialmente concordato sul fatto che l'occlusione dell'arteria circonflessa si è verificata a causa dell'eccessivo affondamento dei punti, limitandosi ad evidenziare, concordando con i CCTTUU anche su tale aspetto, che tale complicanza fu trattata correttamente e tempestivamente.

Il tempestivo e corretto trattamento dell'occlusione dell'arteria circonflessa, tuttavia, non è riuscito ad evitare le conseguenze nefaste di tale complicanza.

Nelle more del ripristino della pervietà dell'arteria, si era infatti determinato, a causa della temporanea occlusione della stessa causata dall'eccessivo affondamento dei punti, un irreversibile danno da necrosi del miocardio con grave detrimento della funzione ventricolare (danno evento in rapporto di causalità con l'inesatta esecuzione dell'intervento chirurgico).

La struttura non è riuscita ad assolvere al proprio onere probatorio, ossia quello di provare l'inevitabilità dell'affondamento del punto e della conseguente occlusione dell'arteria circonflessa.

Il non corretto posizionamento del punto è, dunque, il primo inadempimento ascrivibile alla struttura.

Sotto il profilo infettivologico, come già osservato, vanno certamente condivise le conclusioni dei CCTTUU, secondo i quali l'infezione polmonare (empiema pleurico) contratta dal paziente aveva natura nosocomiale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Parte_1 ha perciò assolto il proprio onere probatorio.

Al contrario, la struttura convenuta non dimostrato l'impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato.

Come già evidenziato, infatti, nel caso in cui il danneggiato provi la natura nosocomiale dell'infezione, incombe sulla struttura l'onere di provare di aver adottato tutte le misure di prevenzione necessarie nel caso concreto, e non già in astratto.

Detta prova, pertanto, non può dirsi raggiunta con la produzione in giudizio dei protocolli vigenti o delle attestazioni di sterilizzazione degli ambienti ospedalieri.

Per quanto riguarda il danno evento riconducibile all'infezione, secondo le condivisibili conclusioni dei CCTTUU, esso è stato individuato negli "*esiti disfunzinonali neurologici e respiratorio dovuti alla grave critical illness con deficit respiratorio, ipostenia dell'arto superiore destro da sofferenza plessuale, disfonia lieve del ricorrente di sinistra*" (pagg.155 e 156 della relazione peritale).

La domanda di responsabilità extracontrattuale spiegata da *Parte_3* *Parte_2* **e** *Parte_4*

La struttura va, poi, ritenuta responsabile anche ai sensi dell'art. 2043 c.c.

Va, dunque, accolta, sebbene nei limiti di seguito indicati, anche la domanda proposta dai congiunti di *Parte_1* da qualificarsi quale di responsabilità extracontrattuale e non contrattuale in ragione di quanto rilevato nel paragrafo dedicato ai principi di diritto applicabili al caso di specie.

Ritiene infatti il Tribunale che la manovra chirurgica causativa della stenosi dell'arteria sia stata eseguita con imperizia, e che la struttura debba rispondere, ex art. 2049 c.c., dell'operato negligente del dott. *CP_2* .

Ciò si desume infatti con certezza dal fatto che, nel corso del secondo intervento, fu possibile senza alcuna difficoltà posizionare i punti correttamente, senza cioè incidere sull'arteria circonflessa.

Sarebbe, perciò, stato ben possibile per l'operatore posizionare, già nel corso del primo intervento, i punti in modo corretto; si trattava, pertanto, di una complicanza prevedibile e, soprattutto, prevenibile.

Quindi, *Parte_3* *Parte_2* e *Parte_4* hanno assolto l'onere di provare la colpa della struttura.

Non può, invece, affermarsi la responsabilità della struttura ai sensi dell'art. 2043 c.c. relativamente alla problematica infettivologica.

Secondo il regime dell'onere della prova proprio dell'azione in parola, infatti, essi avrebbero dovuto provare che l'infezione nosocomiale fosse stata contratta per colpa della struttura, mentre nel caso di specie tale prova non è stata raggiunta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Non può, infatti, pena il sovvertimento delle regole in materia di riparto degli oneri probatori, inferirsi automaticamente dalla natura nosocomiale dell'infezione la colpa della struttura sanitaria.

Per quanto riguarda gli ulteriori elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (causalità materiale, danno evento, causalità giuridica e danno conseguenza) essi sono in comune anche all'azione ex art. 1218 c.c., sicché non occorre trattarne separatamente.

La quantificazione del danno subito da *Parte_1*

I CCTTUU hanno correttamente quantificato il danno biologico complessivo di *Parte_1* in misura pari al 55%.

Il Tribunale non ritiene invece condivisibile la quantificazione del danno biologico iniziale nella misura del 15%.

In applicazione del principio di diritto richiamato al punto X dell'apposito paragrafo, infatti, in tutti i casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale lo stato di validità anteriore al sinistro deve essere considerato pari al cento per cento.

I pregiudizi alla salute, infatti, non rilevano in quanto tali, ma soltanto in quanto abbiano delle ripercussioni sugli aspetti dinamico – relazionali della vita della persona.

Il pregiudizio alla salute è, infatti, il danno evento, ma ciò che viene risarcito è il danno conseguenza, ossia proprio le ripercussioni negative sul *facere* della persone riconducibili alla patologia.

Nel caso di specie, è pacifico che *Parte_1*, pur affetto da insufficienza mitralica, non presentasse sintomi di nessun genere.

Ciò significa che la patologia di cui soffriva non aveva alcuna ripercussione sugli aspetti dinamico – relazionali della sua esistenza.

Al momento dell'intervento, pertanto, egli non aveva uno stato di validità pari al cento per cento, perché la patologia da cui era affetto non comportava alcuna limitazione sotto il profilo dinamico – relazionale.

Ne consegue che va considerato un danno biologico del 55%, pari, secondo le tabelle milanesi (edizione 2024) e considerata l'età del danneggiato al momento dell'intervento (33 anni) a € 550.299, comprensivo dell'importo liquidato a titolo di danno morale (allegato dall'attore nella misura in cui ha discorso delle sofferenze soggettive subite e che ancora subisce e da ritenersi presuntivamente provato) nella misura standard del 50% prevista dalle tabelle milanesi.

Non può essere riconosciuta alcuna somma a titolo di personalizzazione non essendo state allegate circostanze tali da poter giustificare un aumento a questo titolo (cfr. principio di diritto sub. IX richiamato nell'apposito paragrafo).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Va poi riconosciuto un danno biologico temporaneo così quantificato: ITT 180 giorni; ITP al 75% 90 giorni, per un totale di € 28.462,50.

Vanno riconosciute spese mediche pari a € 2.474.

La quantificazione del danno subito da *Parte_3* (madre), *Parte_2* (padre) e *Parte_4* (fratello).

Il rapporto parentale tra *Parte_3* *Parte_2* e *Parte_4* è provato dalla documentazione anagrafica prodotta dagli attori (cfr. docc. da 17 a 20).

Il danno da lesione del rapporto parentale va liquidato in base alle tabelle romane, poiché, anche nella nuova edizione del 2024, le tabelle milanesi non prevedono un sistema a punti per questo tipo di danno evento.

Il sistema a punti delle tabelle romane prevede, a tal proposto, l'attribuzione di un numero di punti in base al rapporto di parentela e all'età della "vittima primaria" e della "vittima secondaria".

Il valore del punto si compone di due distinte componenti, una per il danno morale, volta a risarcire la componente della sofferenza patita dal congiunto, e una per il danno dinamico relazionale, che risarcisce lo sconvolgimento della vita che deriva dalla necessità di prestare assistenza al congiunto invalido, da riconoscere dunque ai congiunti tenuti all'assistenza.

In ragione di ciò, nel caso in cui più soggetti siano tenuti all'assistenza della c.d. vittima primaria, le tabelle prevedono che il numero di punti sia moltiplicato per un coefficiente tanto più basso quanti siano i soggetti tenuti all'assistenza.

Nel caso in cui, come nel caso di specie, sia riconosciuta soltanto la componente del punto per il danno morale, non occorre moltiplicare i punti per il suddetto coefficiente.

Il numero di punti così ottenuti si moltiplica quindi per il valore del punto e il risultato va moltiplicato per la percentuale di invalidità riconosciuta.

Nel caso di specie, va riconosciuta solamente la componente del danno morale del punto, da ritenersi provata presuntivamente in ragione della gravità del danno biologico subito da *Parte_1* e dello stretto rapporto parentale, poiché non è stata offerta adeguata prova dello sconvolgimento della vita del padre, della madre e del fratello di *Parte_1* derivante dalla necessità di prestare assistenza al congiunto invalido.

A tal proposito, risultano infatti eccessivamente generici i capitoli formulati nella seconda memoria di parte attrice, sui quali perciò non è stata ammessa la prova orale ("*I familiari di* *Parte_1* *, Sigg.ri* *Parte_2* *Parte_3* *e* *Pt_4* *[...]* *oltre a dover occuparsi del proprio lavoro, si occupano praticamente di tutto in casa e il loro tempo residuo è destinato praticamente all'accudimento in sostegno di* *Pt_1* *per cercare di rassicurarlo e dargli motivazioni positive?*", cfr. memoria II di parte attrice).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Ciò chiarito, alla madre *Parte_3* di anni 55 al momento dei fatti, spettano un totale di 31 punti (20 punti per la relazione con la vittima, 7 punti per l'età della "vittima primaria" e 4 punti per l'età del parente da risarcire), da moltiplicare per € 3.474. Il risultato di € 107.694 va diminuito del 45%, posto che l'invalidità di *Parte_1* è pari al 55% ed è pari a € 59.231,70.

Al padre *Parte_2*, di anni 55 al momento dei fatti, spettano un totale di 30 punti (20 punti per la relazione con la vittima, 7 punti per l'età della "vittima primaria" e 3 punti per l'età del parente da risarcire), da moltiplicare per € 3.474. Il risultato di € 104.220 va diminuito del 45%, posto che l'invalidità di *Parte_1* è pari al 55% ed è pari a e 57.321.

A *Parte_4*, di anni 35 al momento dei fatti, spettano un totale di 28 punti (15 punti per la relazione; 7 per l'età della vittima primaria e 6 per l'età del parente da risarcire), da moltiplicare per € 3.474. Il risultato di € 97.272,00 va diminuito del 45%, posto che l'invalidità di *Parte_1* è pari al 55% ed è pari a € 53.499,60.

Ritiene equo il Tribunale ridurre della metà gli importi sopra riconosciuti in ragione del fatto che soltanto la metà del danno biologico subito da *Parte_1* è ascrivibile all'errore nell'esecuzione dell'intervento, rispetto al quale è stata provata la colpa dei sanitari, mentre la restante metà è ascrivile all'infezione nosocomiale contratta da *Parte_1*, rispetto alla quale non è stata provata la colpa della struttura ai sensi dell'art. 2043.

A *Parte_3* va perciò riconosciuto il complessivo importo di € 29.615,85; a *Parte_2* di € 28.660,5; a *Parte_4* l'importo di € 26.749,8.

Tutte le somme riconosciute devono essere devalutate alla data del sinistro e rivalutate con interessi alla data della presente sentenza (cfr. Sez. Un. 1712/1995).

La domanda di rivalsa proposta da *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_2*.

La domanda è fondata nella misura del 50% del danno ascrivibile all'errore medico, in applicazione del principio di diritto richiamato al punto VII dell'apposito paragrafo.

Premesso che non è applicabile la limitazione di responsabilità di cui all'art. 9 della l. n. 24/2017, poiché essa è entrata in vigore dopo l'esecuzione dell'intervento, osserva il Tribunale che l'istruttoria ha consentito di accertare l'errore del medico nell'esecuzione dell'intervento chirurgico, al quale è ascrivibile il 50% del danno biologico subito da *Parte_1*.

Posto che la parte di danno biologico subito da *Pt_1* [redacted] eziologicamente collegata all'infezione nosocomiale è riconducibile non al medico chirurgo, ma alla struttura sanitaria, consegue che la domanda della struttura è fondata nella misura di ¼ di € 550.299, ossia del 50% del danno riconducibile all'errore del medico.

Non possono, infatti, essere addossate, neppure in parte, al medico gli inadempimenti ascrivibili alla struttura e non all'operato del medico.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

Atteso che il danno dei congiunti è già stato ridotto in ragione della parziale riconducibilità del danno biologico all'errore del dott. *CP_2* , quest'ultimo va, inoltre, condannato al pagamento della metà (e non già di ¼) di quanto la struttura è tenuta a pagare a *Parte_3* *Parte_4* e *Parte_2* .

Le spese di lite

Le spese di lite seguono la soccombenza:

a) *Controparte_1* va dunque condannata al pagamento delle spese di lite sostenute dagli attori, liquidate come da dispositivo secondo lo scaglione di valore di riferimento in misura compresa tra il minimo e i medi in ragione della prossimità del valore di causa al limite inferiore dello scaglione di riferimento;

b) il dott. *CP_2* , soccombente rispetto alla domanda di rivalsa proposta dalla struttura sanitaria, va condannato alla refusione delle spese di lite sostenute dalla struttura sanitaria, liquidate come da dispositivo in base allo scaglione di riferimento, anch'esse liquidate in misura compresa tra minimi e medi.

Le spese di CTU, liquidate con separato decreto, vanno poste a carico della struttura sanitaria convenuta e del terzo chiamato, e ripartite, nei rapporti interni, in egual misura tra loro.

Vista la mancata partecipazione della convenuta al procedimento di mediazione obbligatoria, la convenuta va condannata, in applicazione dell'art. 8, comma 4 *bis*, d.lgs 28/2010 (applicabile *ratione temporis*) al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale di Ravenna, definitivamente pronunciando sulla causa in epigrafe, disattesa ogni altra domanda ed eccezione, così provvede:

a) accertata la responsabilità della struttura sanitaria convenuta, condanna *[...]* *Controparte_1* al pagamento delle seguenti somme:

1) € 550.299 + 28.462,50. a titolo di danno biologico oltre € 2.474 in favore di *Parte_1* , oltre rivalutazione e interessi come indicato in motivazione;
2) € 29.615,85 a favore di *Parte_3* oltre rivalutazione e interessi come indicato in motivazione;
3) € 28.660,5 a favore di *Parte_2* , oltre rivalutazione e interessi come indicato in motivazione;
4) € 26.749,8 a favore di *Parte_4* , oltre rivalutazione e interessi come indicato in motivazione;

b) in accoglimento della domanda di rivalsa proposta da *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_2* , condanna quest'ultimo al pagamento di ¼ di quanto essa è tenuta a pagare a *Parte_1* e della metà di quanto essa è tenuta a pagare a *Parte_3* *Parte_2* e *Parte_4* ;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578

c) condanna *Controparte_1* alla refusione delle spese di lite sostenute dagli attori, liquidate in € 22.000,00 oltre spese vive (contributo unificato e marca), 15%, iva e cpa se dovute e come per legge, oltre spese di CTP;

d) condanna *Controparte_2* alla refusione delle spese di lite sostenute da *[...]* *Controparte_1* liquidate in € 10.000,00 oltre spese vive, 15%, iva e cpa se dovute e come per legge;

e) pone le spese di CTU a carico della convenuta e del terzo chiamato;

f) condanna la convenuta al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio.

Si comunichi.

2.1.2025

Il Giudice

Gianluca Mulà

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-578