N. R.G. 4753/2014

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di RAVENNA

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessia Vicini
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **4753/2014** promossa da:

Parte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente il difensore avv.

Parte_2 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente il difensore avv.

Parte_3 (C.F. , con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente il difensore avv.

ATTORI

contro

roparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente domiciliato in C/O AVV. FAENZApresso il difensore avv.

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Giova premettere alla decisione della presente controversia una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, e del personale medico in essa a qualsiasi titolo operante, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Le ipotesi di peggioramento della condizioni di salute possono essere ricomprese nella definizione sintetica di "danno iatrogeno", da intendersi quale "reazione avversa all'organismo, causata da un trattamento o da un procedimento diagnostico, inavvertitamente causata da un medico".

L'attività medica rientra tradizionalmente e concettualmente a pieno titolo nell'ambito delle "professioni intellettuali", alla cui disciplina il codice civile vigente dedica un autonomo capo, il II°, del III° titolo del libro V°, agli artt. 2229 e ss.

Il quadro codicistico, condizionato dal periodo storico di redazione, è plasmato intorno alla figura del "prestatore d'opera intellettuale", e quindi del medico singolarmente operante, a prescindere dalla struttura organizzativa in cui la sua attività viene prestata, ma consente comunque di enucleare le norme ed i principi applicabili alle vicende del moderno rapporto medico-clinico, caratterizzato da una consolidata – e da molti criticata – sostituzione del rapporto medico-paziente con quello struttura sanitaria-utente.

In campo legislativo tale sostituzione è segnalata con palmare evidenza dall'art. 1 della L. 23 dicembre 1978 n.833 che, al fine di dare una forma concreta all'attuazione amministrativa del dettato di cui all'art. 32 della Carta Costituzionale, premesso e ribadito al primo comma il riconoscimento della salute quale "fondamentale diritto dell'individuo", costituiva il servizio sanitario nazionale quale "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione", con ciò significativamente escludendo dal novero dei soggetti operanti nel S.S.N., organizzato allora su base territoriale nelle Unità Sanitarie Locali, il medico in sé e per sé considerato.

Tale realtà, favorita naturalmente dalla progressiva specializzazione e spedalizzazione del trattamento sanitario, fa sì che la persona necessitante di trattamento clinico – sia esso diagnostico o terapeutico – si rivolge ed entra a contatto, nella maggioranza dei casi, non con un singolo medico da cui è legato da un

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

rapporto fiduciario, bensì con una struttura clinica, costituita dai mezzi, dalle strutture e dagli uomini organizzati per la fornitura della prestazione richiesta.

La responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata.

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle latu sensu alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha quindi natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 cc all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico nonché ai sensi dell'art. 1228 cc all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato(così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

La responsabilità dell'Ente Ospedaliero o della *Pt_4* o della struttura privata nei confronti dei pazienti ricoverati ha natura contrattuale pertanto anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti medici e tale responsabilità trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (Cass. 4400/04; Cass. 6756/01; Cass. 5329/03).

In particolare quanto concerne le prestazioni di natura sanitaria è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale (Cass Pen. 6.04.2005/16.06.2005 n. 22579)

Pertanto dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata quindi dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.

Si osserva come la natura contrattuale della responsabilità della struttura non muta la propria qualificazione giuridica per essere esercitata dagli eredi anziché dal paziente diretto interessato poiché esso trae fondamento non già da un contratto ma da un contatto sociale che estende i propri effetti protettivi anche ai terzi (Cass. 9471/04).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

La responsabilità del medico operante.

Ciò premesso quanto al regime di responsabilità della struttura sanitaria, rimane da chiarire qual è invece la natura della responsabilità del medico operante nell'ambito della medesima struttura.

A riguardo si precisa che non pare trovare applicazione nel caso de quo la Legge n. 24 dell'8.03.2017 entrata in vigore il 1° aprile 2017 quando le parti avevano già precisato le conclusioni e la controversia si trovava in fase decisionale su fatti del resto anteriori alla entrata in vigore del nuovo testo normativo che abroga sostanzialmente all'art. 6 comma 2 l'art. 3 comma 1 del d.l. 158/2012 convertito in Legge 189/2012 (c.d. Legge Balduzzi) in ordine alla responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria e attribuisce, all'art. 7, natura extracontrattuale alla responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria in strutture pubbliche o private salvo che lo stesso avesse agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Anteriormente alla Legge 24 del 2017 ed anche in vigenza della c.d. Legge Balduzzi la più avveduta giurisprudenza di legittimità, superando le precedenti ricostruzioni fondate sulla natura aquiliana di tale responsabilità, si era da tempo orientata a favore della natura contrattuale della responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, a ciò indotta dalla ovvia considerazione della irriducibilità della posizione del medico a quella di un qualsiasi altro soggetto giuridico, tenuto unicamente ad astenersi dal ledere l'altrui sfera giuridica.

Il contatto sociale tra medico e paziente, anche nell'ambito ospedaliero, pubblico o privato, non si configurerebbe infatti quale rapporto paritario, tra soggetti portatori di analoghi obblighi e diritti, bensì quale situazione di affidamento del paziente alla posizione di protezione del medico, soggetto esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 n. 1) cod. pen.) a tutela di una bene di elevato rango costituzionale (art. 32 Cost.).

La fonte di tale obbligazione contrattuale di protezione è stata rinvenuta nel "rapporto contrattuale di fatto" nascente tra medico e paziente per effetto del mero "contatto sociale" (Cass. 22.1.1999 n. 589; Cass. 11488/2004; Cass. 19564/04 Cass. 9085/2006; Cass. S.U. 577/2008).

La responsabilità del medico nei confronti del paziente secondo tale dominante orientamento giurisprudenziale aveva dunque, sino all'introduzione della Legge n. 24/2017, natura contrattuale, sorgente dallo svolgimento di un'attività professionale, che ne connota la disciplina.

Conseguenze della natura della responsabilità sull'onere probatorio.

La natura contrattuale della responsabilità del medico e della struttura al cui interno questo opera per errata prestazione sanitaria comporta quanto all'onere probatorio che il paziente, deducente l'inesatto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario nonché fornire prova del nesso causale esistente tra inadempimento ed evento dannoso, mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

In particolare il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. S.U. 13533/2001; Cass. 16092/2002; Cass. 6395/2004; Cass. 9351/2007; Cass. 22361/2007; Cass. SU 577/2008).

In particolare il riparto dell'onere probatorio segue quindi i criteri fissati in materia contrattuale alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Ove pertanto sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico, per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del contatto) e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato sia esso il sanitario o la struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un'evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. 975/2009).

Natura solidale della responsabilità.

Quando un medesimo danno è provocato da più soggetti anche se per inadempimenti di contratti diversi intercorsi rispettivamente tra ciascuno di essi e il danneggiato tali soggetti devono essere considerati corresponsabili in solido non tanto sulla base dell'estensione alla responsabilità contrattuale della norma dell'art. 2055 cc dettata per la responsabilità extracontrattuale quanto perché sia in tema di responsabilità contrattuale che di responsabilità extracontrattuale "se un unico evento dannoso è imputabile a più persone al fine di ritenere la responsabilità di tutte nell'obbligo risarcitorio, è sufficiente, in base ai principi che regolano il nesso di causalità ed il concorso di più cause efficienti nella produzione dell'evento (dei quali del resto l'art. 2055 cc costituisce un'esplicitazione) che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrli (Cass. Sez. III N. 23919/2006).

Il fatto.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

Nel caso oggetto della presente controversia risulta che in data 22.07.2011 *Parte_5* , affetto da aneurisma dell'aorta ascendente ed insufficienza valvolare aortica moderata su valvola bicuspide, veniva sottoposto presso la *Controparte_2* di [redacted] ad un intervento di sostituzione dell'aorta ascendente e reimplantation della valvola nativa (nota come tecnica di David che consente la conservazione della valvola nativa).

Affermavano parti attrici come nel caso di specie per le condizioni del paziente il tipo di intervento prescelto fosse erroneo e come si dovesse fin da subito procedere alla sostituzione e non alla conservazione della valvola nativa del *Parte_5* .

Rilevavano gli attori come l'errata scelta di intervento del 22.07.11 e la conseguente insorgenza di infezione nosocomiale avessero determinato la necessità per i medici di reintervenire più volte sul paziente: in data 29.07.2011 (posizionamento di pacemaker bicamerale in sede sottoclaveare destro per la persistenza di un blocco atrioventricolare completo post-chirurgico), in data 27.08.11 (insorgenza di infezione nosocomiale ed intervento per la presenza di voluminoso pseudo aneurisma aortico con bonifica e ricostruzione della continuità ventricolo-aortica), in data 10.09.11 (riapertura d'urgenza del torace per arresto cardiocircolatorio), in data 29.10.11 (intervento con tecnica di *Org_1* per pseudo aneurisma sulla via di efflusso del ventricolo sx).

Osservavano gli attori come a seguito del grave peggioramento delle condizioni *Parte_5* fosse poi [redacted]

Osservavano gli attori come il decesso fosse da ascriversi ad infezione nosocomiale del sito chirurgico con conseguente shock settico ed insufficienza multi organo.

Contestavano quindi gli attori la responsabilità contrattuale di *Controparte_1* per inadeguatezza nosocomiale della struttura, per errore deontologico dei sanitari intervenuti in fase preoperatoria ed operatoria per non avere informato il paziente della assenza di assistenza infettivologica, per errore tecnico dei chirurghi operanti in data 22.07.11 per avere effettuato l'intervento con la tecnica di David inidonea per le condizioni del paziente ed infine per l'imperita gestione terapeutica, in fase postoperatoria, delle complicanze infettive.

Agivano in giudizio gli attori quali congiunti del paziente deceduto al fine di vedere riconosciuto iure hereditatis il risarcimento dei danni non patrimoniali (biologico terminale, catastrofale e tanatologico) subiti dal decuis oltre che il risarcimento iure proprio dei danni non patrimoniali riflessi subiti in ragione della morte del proprio congiunto.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

Orbene come sopra già rilevato qualora l'attore deduca- come nel caso de quo- l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

L'attore deve provare in particolare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esisti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile.

Ciò posto in termini generali, si osserva come nel caso de quo parte attrice abbia assolto al proprio onere probatorio.

Risulta in primo luogo pacifica in causa l'esistenza del contratto intercorso tra *Parte_5* e la struttura sanitaria privata *Controparte_1* convenuta.

In secondo luogo quanto al contestato inadempimento risulta sulla scorta della CTU in atti redatta dal dott. *Per_1* come l'exitus di *Parte_5* sia causalmente connesso a molteplici aspetti di rilevata responsabilità medica.

In particolare il CTU quanto all'adeguatezza del trattamento chirurgico proposto ed effettuato sul paziente in data 22.07.11 ha affermato che "il sig. *Parte_5* era affetto come innanzi detto da bicuspidia associata ad insufficienza valvolare di grado moderato, ectasia del bulbo aortico e dell'aorta ascendente, con diametro max pari a 48x47 mm e lieve dilatazione ventricolare sinistra. Sulla base di tale diagnosi correttamente fu posta l'indicazione chirurgica. Tuttavia l'intervento fu effettuato secondo la tecnica di Tirone David consistente nella sostituzione dell'aorta ascendente e del bulbo aortico con protesi e reimpianto della valvola nativa, bicuspide, che all'ispezione presentava già i segni di ispessimento fibrotico….in casi come quello de quo la presenza di comorbilità quali la bicuspidia della valvola aortica con segni calcifici oltreché l'obesità suggerivano il ricorso ad un intervento risolutivo e che esponesse il paziente alle minori complicanze possibili in particolare di tipo infettivo. Sul punto deve precisarsi che la tecnica utilizzata secondo *Per_2* pur prevedendo la rimozione del tessuto aortico potenzialmente soggetto a presentare alterazioni degenerative, non tiene conto del potenziale danno degenerativo-evolutivo dei lembi valvolari bicuspidi nel contatto con un tubo cilindrico rigido. In effetti nel caso del sig. *Parte_5* il rischio di re intervento e il maggior rischio di complicanze infettive correlate all'utilizzo della tecnica di David era prevedibile per i seguenti motivi: 1) per la presenza di una valvola affetta da fenomeni degenerativi, potenziale sito di infezione; 2) per la maggiore durata della fase di Circolazione Extra Corporea (164 minuti); 3) per la prevedibile necessità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

(poi verificatasi) di sostituire nel seguito anche la valvola bicuspide. Aggiungasi ma lo si è detto che il sig. *Parte_5* era affetto da obesità condizione che espone al maggior rischio infettivo…si è anche fatto cenno alla maggior durata della Circolazione Extra Corporea (CEC) che isolatamente ma a maggior ragione in caso di obesità, è da ritenersi ulteriore e prevedibile fattore di rischio infettivo".

Il CTU a riguardo ha concluso: "Per quanto innanzi ne deriva che il ricorso immediato alla tecnica di *Org_1* indicata nel caso de quo avrebbe ridotto sin da subito il rischio infettivo ed evitato il reintervento di sostituzione valvolare. Diverasamento l'intervento di *Persona_3* , non era indicato rispetto alla situazione in essere".

Quanto al trattamento terapeutico post operatorio in seguito all'insorgenza dell'infezione nosocomiale il CTU afferma che: " rileva..l'assenza in sede di uno specialista infettivo logo, considerato che la prima consulenza infettivologica risulta essere effettuata solo in data 25.08. dopo circa un mese (precisamente 27 giorni) dal primo reperto emocolturale positivo con inefficacia delle terapie in essere vista la negativizzazione delle emocolture, ma la positività degli esami seriati effettuati nel sito chirurgico con rilievo, anche, di infezioni polimicrobiche. In particolare si rileva l'utilizzo di un dosaggio di 200 mg di *Parte_6* nelle due settimane che vanno dal 21 al 24 del mese di agosto da ritenersi non corretto. Nel acso di infezioni della gravità di quella manifestatasi nella fattispecie, il dosaggio corretto prevede la somministrazione di una dose di attacco di 600 mgx2 volte al giorno nei primi giorni per poi passare a 600 mg nelle 24 ore. Lo stesso dicasi del trattamento proposto il 16.09 ed iniziato il 17.09 durato fino al 30.09. Questo, benché corretto, ha avuto una durata contratta, trattandosi non più di una infezione del sito chirurgico ma di un approfondimento del focolaio infettivo (mediastinite-endocardite) necessitante 4-6 settimane di cure intensive prima di passare ad una terapia per via orale".

Il CTU ha concluso asserendo che "le condotte professionali rese presso la *Controparte_2* sono da ritenersi lesive del diritto alla salute del paziente, avendo aggravato le situazioni patologiche in atto ed avendo esposto il paziente a maggior rischio infettivo causa degli eventi succedutisi. Sussiste rapporto di causalità fra la condotta medica resa e il quadro patologico riscontrato nel sig. *Pt_5 [...]* " ed in particolare la mancata esecuzione dell'iniziale intervento di sostituzione vascolare e valvolare secondo *Org_1* costituisce omissione da ritenersi "isolatamente antecedente causale idoneo a provocare la catena di eventi che ha portato al decesso del sig. *Parte_5* " cui devono aggiungersi gli erronei trattamenti terapeutici, sopra rilevati, dell'infezione nosocomiale in fase post operatoria i quali "sono da ritenersi causalmente correlate alla progressione della sepsi originante dalla ferita

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

sternotomica poi evoluta in mediastinite (infezione del sito chirurgico trasmessasi ai tessuti sottostanti) e divenuta quindi sistemica (endocardite) con consegue shock settico… A tale determinazioni si è pervenuti in base al principio giuridico della c.d. preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non dopo aver tenuto conto delle evidenze cliniche e scientifiche esaminate".

La sussistenza di nesso causale tra le condotte omissive ed imperite del personale sanitario di *[...] Controparte_1* e il danno lamentato di parte attrice e l'imputabilità dello stesso ad imperizia e negligenza dei sanitari nella fase pre e post-operatoria devono pertanto ritenersi comprovate.

La struttura convenuta al contrario non ha fornito adeguata prova che le prestazioni professionali fossero state eseguite in modo diligente e che quegli esiti erano stati determinati da un'evento imprevisto ed imprevedibile, non emergendo ciò neppure dagli esiti dell'elaborato peritale.

Il mancato assolvimento dell'onere probatorio da parte della convenuta ed al contrario l'attestata sussistenza di nesso causale da un lato e di imputabilità soggettiva dall'altro alla condotta omissiva del personale sanitario della struttura convenuta dei danni lamentati dall'attore comportano l'accoglimento della domanda svolta da parti attrici nei confronti di *Controparte_1*

Quanto al danno non patrimoniale subito da *Parte_5* e richiesto in questa sede iure ereditario dai congiunti (comprovati tali e legittimati sulla base della documentazione in atti) si osserva quanto segue.

La giurisprudenza di legittimità riconosce che, nel caso in cui intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse, è configurabile un danno biologico risarcibile (c.d. danno terminale) e trasmissibile agli eredi che possono agire nei confronti del danneggiante iure haereditatis (Cass. 15491/2014; Cass. 3549/2004; Cass. 23053/2009).

Nel caso di specie tra l'intervento chirurgico posto in essere il 22.07.11 e la [redacted] risultano decorsi ben 133 giorni.

A far data dal 2.08.11 apparivano i segni evidenti di sepsi e secrezioni provenienti dal sito chirurgico, in data 7.08.11 stante la sopravvenuta infezione il *Pt_5* doveva subire nuovo intervento chirurgico così come in data 27.08.11 stante la sopravvenuta endocardite, dal 13.10.11 le condizioni per l'infezione peggioravano tanto da subire ulteriore intervento in data 29.10.11 cui seguiva il [redacted]

In ordine alla liquidazione del danno terminale la Suprema Corte afferma che pur essendo lo stesso temporaneo è massimo nella sua entità ed intensità tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed è tale da sfociare nella morte.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

La Corte di Cassazione ha evidenziato la necessità di tenere conto di fattori di personalizzazione escludendo pertanto che la liquidazione possa essere effettuata attraverso la meccanica applicazione di criteri contenuti in tabelle che, per quanto dettagliate, nella generalità dei casi sono predisposte per la liquidazione del danno biologico o delle invalidità temporanee e permanenti di soggetti che sopravvivono all'evento dannoso.

Il danno terminale è comprensivo di un danno biologico da invalidità temporanea totale (sempre presente e che si protrae dalla data dell'evento lesivo fino a quella del decesso) cui può sommarsi una componente di sofferenza psichica (danno catastrofico) e che mentre nel primo caso la liquidazione può ben essere effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea, nel secondo caso risulta integrato un danno non patrimoniale di natura affatto peculiare che comporta la necessità di una liquidazione che si affidi ad un criterio equitativo puro, ancorchè sempre puntualmente correlato alle circostanze del caso, che sappia tener conto della enormità del pregiudizio (Cass. 23183/14; Cass. 18163/07; Cass. 1877/06).

In ragione di tali criteri di liquidazione, tenuto conto di un danno biologico da invalidità temporanea totale, delle sofferenze fisiche e morali patite dal paziente per ben 133 giorni in ragione dello stato infettivo progressivamente diffusosi ai vari organi, dei plurimi ed invasivi interventi chirurgici e trattamenti subiti nella fase postoperatoria, del vero e proprio calvario che ha poi condotto il *Pt_5* al decesso per shock settico e della ancor giovane età della vittima, quarantasettenne all'epoca dei fatti, risulta equo liquidare in moneta attuale € 2.500,00 pro die per complessivi € 332.500,00.

Nessun altro danno risulta liquidabile ai congiunti iure haereditatis.

In merito al danno richiesto in risarcimento iure proprio gli attori risultano avere rinunciato alla domanda inerente la liquidazione del danno biologico conseguente al decesso del congiunto insistendo invece per la liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale con lo stesso (padre e marito degli attori).

La compromissione della personalità degli attori in ipotesi tragiche come quella di specie, tenuto in considerazione lo stretto rapporto parentale esistente tra le parti e la giovane età delle stesse, deve sicuramente ritenersi sussistente sulla scorta di evidenti indici presuntivi.

In base alle tabelle del Tribunale di Milano applicabili alla presente fattispecie dovrà liquidarsi a tale titolo la somma di € 180.000,00, valutata all'attualità, per ciascuno dei tre attori.

Gli importi risarcitori sopra liquidati, secondo quanto stabilito da Cass. 1712/95, devono essere svalutati alla data del sinistro e sugli importi così quantificati devono essere liquidati, a titolo di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati sulle somme annualmente rivalutate dalla data del sinistro alla data della pubblicazione della presente decisone.

Sono dovuti inoltre sulla somma così risultante gli interessi legali ex art. 1282 cc decorrenti a far data dalla pubblicazione della presente sentenza sino al saldo.

Tardiva in quanto mai oggetto di contestazione durante tutto lo svolgimento della causa risulta l'eccezione di carenza di legittimazione attiva sollevata da parte convenuta in comparsa conclusionale (ed in ogni caso smentita dallo stato di famiglia e dal decreto che dispone il giudizio in sede penale allegati alla replica da parti attrici).

Le spese di lite liquidate come in dispositivo seguono la soccombenza.

Le spese di CTU medica devono porsi definitivamente a carico di parte convenuta *CP_1 [...]* .

PQM

Il Tribunale di Ravenna definitivamente pronunciando nella causa RG n. 4753/2014 ogni contraria domanda, eccezione, deduzione disattesa così decide:

- accertata la responsabilità di *Controparte_1* in ordine ai fatti oggetto di causa condanna *Controparte_1* a risarcire in favore di *Parte_1* , *Parte_2* e *Parte_3* la somma di € 332.500,00 già valutata all'attualità a titolo di danno non patrimoniale iure hereditatis ed a titolo di danno non patrimoniale iure proprio la somma di € 180.000,00 per ciascuno, somma già valutata all'attualità; su tali importi, svalutati alla data del sinistro ed anno per anno rivalutati sino alla pubblicazione della sentenza sono dovuti, a titolo di risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati; sulla somma così risultante saranno dovuti gli interessi legali ex art. 1282 cc che matureranno dalla data della pubblicazione della presente sentenza sino al saldo effettivo;
- condanna *Controparte_1* a rifondere in favore di parte attrice le spese di lite che liquida in € 13.430,00 per compenso professionale, € 545,00 per spese oltre 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge;
- pone le spese di CTU medica definitivamente a carico di *Controparte_1* .

Così deciso in Ravenna, 16 maggio 2017

Il Giudice

Dott.ssa Alessia Vicini

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-747