R.G. 3105/2020

TRIBUNALE ORDINARIO DI RAVENNA

SEZIONE CIVILE

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

SENTENZA

Tra

1) *Parte_1* .f. *C.F._1* ,
2) *Parte_2* c.f. *C.F._2* ,
3) *Parte_3* c.f. *C.F._3* ,
4) *Parte_4* c.f. *C.F._4* ,
5) *Parte_5* c.f. *C.F._5* ;
6) *Parte_6* c.f. *C.F._6* ,

difesi dall'avv. [redacted] e, limitatamente a *Parte_2* anche dall'avv. [redacted]

ATTORI

e

Controparte_1 , c.f. *P.IVA_1* , difesa dagli avv. [redacted] e [redacted]

CONVENUTA

Conclusioni: come da udienza di precisazione delle conclusioni.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Le richieste e le allegazioni delle parti.

Parte_1 (marito), *Parte_2* (figlia), *Parte_3* (madre), *Persona_1* (padre deceduto e, per esso gli eredi *Parte_3* e i figli *Pt_4* *[...]* *Parte_5* *Parte_6* e *Parte_2* e *Pt_4* , *[...]* *Pt_5* e *Parte_6* (fratelli e sorelle) hanno agito in giudizio chiedendo il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale subito in conseguenza del decesso di *Persona_2* cagionata dall'errata prestazione medica eseguita dai sanitari della struttura sanitaria convenuta.

Gli eredi di *Persona_2* *Pt_1* e *Parte_2* hanno altresì domandato il risarcimento del danno biologico terminale da quest'ultima patito in conseguenza della medesima condotta, nonché del danno patrimoniale costituito dalle spese mediche sostenute da *Persona_2*

Parte_1 ha poi domandato il risarcimento del danno patrimoniole subito *iure proprio* è consistente nell'omessa percezione della pensione che la moglie percepiva e che riservava in parte al proprio nucleo familiare, nonché il risarcimento delle spese di sepoltura.

Parte_2 ha chiesto il risarcimento del danno patrimoniale subito *iure proprio* per il pagamento delle spese di CTP.

Gli attori allegano che, in data 16 marzo 2017, *Parte_2* era stata ricoverata presso la struttura convenuta per un intervento di sostituzione di valvola aortica, eseguito in data 17.3.2017.

Il decorso post – operatorio era stato, inizialmente (3 giorni dopo l'intervento), caratterizzato da complicanze di natura non infettiva (scompenso cardiaco e versamento pleurico), e poi da un successivo peggioramento, con comparsa di febbre, ipotensione, shock settico e quadro di ARDS (12.4.2017).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

I campioni biologici effettuati a seguito delle suddette problematiche evidenziavano la positività per *Klebiesella Pneumoniae* ed *Enterococcus Faecalis* e *Pseudomonas Aeruginosa*.

Il quadro clinico della paziente peggiorava, con conseguente MOF (*Multi Organ Failure*) e [redacted]

Gli attori allegano che l'infezione contratta dalla pazienta, che ne ha in breve tempo cagionato la morte, avesse natura nosocomiale e, perciò, invocano la responsabilità della struttura sanitaria convenuta, la quale non avrebbe adottato i necessari protocolli e non avrebbe posto in essere le dovute attività di prevenzione, controllo e profilassi delle infezioni nosocomiali.

Si è costituita la struttura convenuta, chiedendo il rigetto delle domande.

La struttura si è difesa escludendo la natura nosocomiale dell'infezione, il nesso di causa tra l'infezione e il decesso, che sarebbe piuttosto riconducibili a complicanze dell'intervento non prevenibili, ed allegando di avere – in ogni caso – adottato tutte le "*prescrizioni contenute nelle linee guida per la definizione degli standard di sicurezza elaborate dal Ministero della Salute, adottando specifici protocolli volti a garantire, fra l'altro, l'asepsi delle sale operatorie e a disciplinare nel dettaglio le procedure di pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei blocchi operatori e dei dispositivi medici impiegati, nonché di igiene del personale medico e paramedico*".

La causa è stata istruita documentalmente, oralmente e mediante l'espletamento di una CTU.

Le domande attoree sono fondate per le ragioni e nei limiti di seguito indicati.

I principi di diritto applicabili al caso di specie

Vanno premessi i seguenti principi di diritto rilevanti nel caso di specie.

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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

espressamente sancito la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria (cfr. art. 7 l. n. 24/2017).

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 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 qualificato della struttura – o del sanitario, il che è lo stesso dal momento che la struttura risponde per fatto proprio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

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; sotto tale profilo, va evidenziato che la recente giurisprudenza di legittimità è ormai compatta nel ripudio del precedente orientamento giurisprudenziale secondo il quale l'onere della prova dell'inesistenza del nesso di causa è a carico della struttura sanitaria (cfr. Cass. Sez. Un. 577/2008).

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.

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).*

È evidente che anche l'azione esercitata dagli eredi per ottenere il danno subito dalla vittima *iure hereditatis* avrà natura contrattuale.

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.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Sul punto, la giurisprudenza di legittimità ha, infatti, chiarito che *"In materia di 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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

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.").

È, infine, necessario aggiungere che "*Nel giudizio di risarcimento del danno derivato da colpa medica non costituisce inammissibile mutamento della domanda la circostanza che l'attore, dopo avere allegato nell'atto introduttivo che l'errore del sanitario sia consistito nell'imperita esecuzione di un intervento chirurgico, nel concludere alleghi, invece, che l'errore sia consistito nell'inadeguata assistenza postoperatoria, dovendosi considerare il fatto costitutivo, idoneo a delimitare l'ambito dell'indagine, nella sua essenzialità materiale, senza che le specificazioni della condotta, inizialmente indicate dall'attore, possano avere portata preclusiva, stante l'inesigibilità dell'individuazione ex ante di specifici elementi tecnico-scientifici, di norma acquisibili solo all'esito dell'istruttoria e dell'espletamento di una c.t.u. (In applicazione del principio, la S.C., in una fattispecie di decesso di un paziente dovuto a shock settico conseguito ad una lesione intestinale, ha rigettato i motivi di ricorso con cui si censurava la sentenza d'appello per aver basato il giudizio di responsabilità su un fatto diverso, sia rispetto a quello posto a fondamento della condanna in primo grado - diversamente individuando l'errore di esecuzione dell'intervento, nonostante la mancanza di appello incidentale sul punto - sia riguardo a quello dedotto con l'atto di citazione, individuando ulteriori profili di responsabilità nella mancata applicazione di drenaggi, dedotta da parte attrice solo in comparsa conclusionale, e nell'omessa vigilanza post-operatoria, rilevata solo con l'appello incidentale)*. Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 08/03/2024) 23-04-2024, n. 10901).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Tale ultimo principio di diritto risulta, nel caso di specie, di particolare rilevanza, dal momento che la CTU ha consentito di far emergere dei profili di negligenza della struttura che non erano stati, inizialmente, allegati dagli attori, da questi fatti propri nella propria comparsa conclusionale.

I fatti: vicenda sanitaria e profili di negligenza.

Ciò premesso, è adesso possibile passare all'esame della vicenda sanitaria di *[...]* *Persona_2* ripercorrendone gli snodi essenziali ed evidenziando i profili di criticità nell'esecuzione della prestazione sanitaria oggetto di causa.

Prima, tuttavia, occorre chiarire che le doglianze della convenuta in ordine all'utilizzo di espressioni non consone da parte dei CCTTUU, sostanzialmente l'unico argomento su cui si incentra la comparsa conclusionale della convenuta (in realtà, l'unica espressione che può essere tacciata di sconvenienza è quella in cui essi ritengono alcune affermazioni dei CCTTPP foriere di ilarità) non inficia la condivisibilità, sotto il profilo tecnico, dell'elaborato peritale, che va invece integralmente condiviso. Né, come sostenuto sia in comparsa conclusionale sia nell'istanza di rinnovazione della CTU, l'utilizzo del suddetto linguaggio può, *ex se*, portare a ritenere che le valutazioni tecniche operate dal Collegio siano state caratterizzate da un aprioristico giudizio negativo sull'operato della struttura e dunque, in definitiva, che il Collegio non fosse terzo ed imparziale. Ciò perché la decisa reiezione e confutazione delle osservazioni dei CCTTPP di parte convenuta si è sempre ed interamente basata su condivisibili motivazioni di ordine scientifico, che il giudicante ritiene di fare integralmente proprie.

Persona_2 – la cui situazione clinica era caratterizzata da diversi fattori di rischio (ipertensione arteriosa postgestosica, ipercolesterolemia, intolleranza glucidica in controllo dietetico, pregresso tabagismo), insufficienza renale cronica moderata nefroangiosclerotica e stenosi severa della valvola aortica correlata a cardiopatia ischemico ipertensiva – fu ammessa nel reparto di cardiochirurgia della struttura convenuta la mattina del 16.3.2017 con diagnosi di stenosi valvolare aortica e sottoposta, nella giornata successiva, ad intervento chirurgico di sostituzione valvolare.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Successivamente all'intervento, la paziente fu ricoverata nel reparto di terapia intensiva e, il 20 marzo 2017, fu colpita da fibrillazione atriale, trattata prima con una somministrazione di amiodarone 150 mg/3 ml in 100 cc di fisiologica 2 fiale endovena in un'ora e, dopo un miglioramento, con amiodarone 200 mg una per tre volte al dì, acetilcisteina 600 mg 3 volte al dì, sia endovenosa con poligelina fc 3,5%.

Nella medesima giornata, le condizioni cliniche della *Per_2* peggiorarono ulteriormente, con ipotensione, desaturazione, lieve febbre, aritmia, iperglicemia, con emogasanalisi 7,3 mg/dl, per cui veniva impostata terapia insulinica.

L'ecocardiogramma mostrò una moderata insufficienza tricuspidalica e mitralica, una falda di versamento pericardico circonferenziale ed un moderato versamento pleurico sinistro al sesto spazio intercostale, e la sera del 20.3.2017 la paziente veniva ri trasferita in TI e trattata, *inter alia,* con fondaparinux 2,5 e con trasfusione di un'unità di globuli rossi.

Nella giornata seguente, fu nuovamente evidenziato un versamento pericardico e pleurico e veniva eseguita una toracentesi, con successivo riempimento e bolo di amiodarone e si registrarono segni di un'infezione batterica in atto (leucociti in rialzo, procalcitonina 2,8 e creatinina 2,59), che proseguivano nella giornata del 22.3.2017, in cui la TC evidenziava "*abbondante falda di versamento pleurico destro in grande cavità e nel reparto intrascissurale con tendenza all'organizzazione in alcune grossolane saccature ed atelettasia compressiva del parenchima polmonare adiacente ad eccezione del lobo superiore e medio, discreta falda di versamento pleurico sinistro declive*" (pag. 7 relazione peritale).

Fu perciò eseguita una nuova toracocentesi con drenaggio di circa 1000 cc di liquido siero ematico dalla pleura destra e 1000 cc dalla pleura sinistra.

In data 24.3.2017, visti i persistenti segnali di un'infezione in atto, fu coinvolto l'infettivologo e modificata la terapia antibiotica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Nel frattempo, la paziente veniva giornalmente trattata con fondaparinux 2,5 mg e metilprednisolone 40 mg x2.

Il 27.3.2017 fu eseguita una nuova toracocentesi destra.

Il 29.3.2017 fu poi sottoposta a una revisione toracotomica per toilette chirurgica, con trasfusione di due sacche di emazione.

Il 30 marzo 2017, fu estubata e trasferita in reparto dalla Terapia intensiva, ove si riprendeva la terapia con "*enoxaparina 4000UI una fiale sottocute 2 volte al dì, amiodarone 200 mg 3 volte die, ringer lattato una sacca da un litro con magnesio solfato in endovena continua, allopurinolo 100 mg ½ cp, telmisartan idroclortiazide 80-12 1 cp, ferro trivalente 62,5 mg/5 ml 2 fiale, atorvastatina 10 mg 1 volta die, amlodipina 5 mg 1 volta die, metoprololo 25 mg 2 volte die, acetilcisteina 600 mg 3 volte die, delorazepam 0,1% 10 gutt die, paracetamolo 500 e codeina 30 mg massimo tre volte al giorno, pantoprazolo 20 mg 1 volta die, lattulosio 66,7 1 cucchiaio 3 volte die*" (pag. 9 relazione peritale).

Il 31 marzo 2017 fu eseguito nuovo drenaggio toracico e la consulenza chirurgica evidenziò "*addome globoso non dolente alla palpazione, teso ed imbibito (imponente impegno fino al terzo spazio), clinicamente trattiene oltre 5-6 litri di liquidi, visionata TC addome che conferma impegno fino al terzo spazio con imbibizione di tutti i comparti (retroperitoneo, mesenteri, sottocute e parete addominale, versamenti pleurici bilaterali con atelettasia dei lobi inferiori), stasi fecale di tutto il colon con ampolla stipata di feci; laboratorio con iperleucocitosi da 47000 ai 33000 odierni da settimane, insufficienza renale con creatinina 1,7-2, diabete; epicrisi: ritardo di canalizzazione da imbibizione dei mesenteri; consigli: dieta liquida, debridat 1 fiala endovena 3 volte die, albumine 2 fiale, 3 volte die per 5 giorni, luvion, lasix, intrastigmina*" (pag. 10 della relazioe); furono dunque somministrati enoxaparina 4000 UI, lisina acetilsalicilato 1 g, 0,25 endovena betametasone 4 mg/2 ml ½ fiala 2 volte die endovena, albumina 20% 50 ml 3 volte die endovena.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Il 2.4.20217 la paziente fu trasferita in TI per anemizzazione, con sospensione di enoxaparina e somministrazione di acetilsalicilato 100 mg e idrocortisone 100 mg x3.

Il 4.4.2017, si registrò una diminuzione della emoglobina ed opacamento radiologico del polmone destro; fu eseguita una trasfusione e somministrato acetilsalicilato 100 mg, fondaparinux 2,5 mg e idrocortisone 100 mg x 3, somministrato anche il giorno seguente ed il 6.4.2017, data in cui si verificò una crisi trattata con catapresan, ipovolemia relativa, rimpiazzo di emoglobina (3 unità) e riempimento volemico con cristalloidi, correzione glicemia con insulina.

In data 7.4.2017, si iniziò a registrare una perdita di piastrine, sicché fu trasfusa un'unità di piastrine.

In data 8.4.2024 fu sospesa la somministrazione del fondaparinux, ripreso l'11.4.2017, data in cui si riscontrò un versamento pleuricolo con addensamenti parenchimali, trattato con posizionamento di un drenaggio pleurico.

Nelle gionata del 12 e del 13 aprile si verificò un ulteriore peggioramento del quadro clinico, poiché la paziente si mostrava neurologicamente sofferente (stato soporoso), con affaticamente per un peggioramento degli scambi respiratori e successivo quadro polmonare e ventilatorio critico per sindrome da distress respiratorio e indici di flogosi.

Persona_2 fu perciò intubata e trattata con ECMO venovenoso.

Il 15.4.2017 si verifcò un ulteriore peggioramento, ed i risultati degli esami effettuati il 13.4.17 evidenziarono un'infezione da *klebsiella pneumoniae* ed *enterococcus faecalis*.

Le condizioni cliniche della paziente peggiorarono ulteriormente, sino al [redacted] (16.4.17: "*condizioni cliniche gravissime, anurica, sempre intubata e sedata, in ECMO, ventilazione assistita (Volume garantito a regime di pressione (VGRP) con FIO2 100%, contro pulsatore aortico, terapia renale sostitutiva"*), con somministrazione di eparina, dobutamina e idrocortisone; 17.4.17: "*condizioni cliniche molto critiche, medicata all'arto inferiore destro, in attesa di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

trasfusione, con frazione di eiezione severamente ridotta (25%) per ipocinesia diffusa"; 19.4.2017: "*ipopiastrinemica, trasfusa con pool e globuli rossi concentrati, rilievo di bilirubina in salita, glicemia 300, dimero 859 ng/ml (v.n.<500), enzimi in calo, ridotta al minimo la terapia antibiotica per tossicità epatica, somministrati idrocortisone ed eritropoietina, acido tranexamico e vitamina K*"; "*il 24 aprile peggiorata emogasanaliticamente, perdite tipo melena, impegno medio apicale destro con falda di pneumotorace, trasfusa con tre sacche; il 25 aprile anurica in ulteriore deterioramento, sottoposta a riempimento massivo con liquidi e sangue, Hb 8,1, acidosi in correzione, emorragie diffuse da siti diversi, INR 1,43, troponina 949 ng/dl, trattata con acido tranexamico , idrocortisone ed antitrombina;* [redacted] *sottoposta a riempimento senza risposta, in asistolia, completa assenza di segni vitali, Hb e PTT non dosabili per emodiluizione da riempimento, emorragie diffuse, INR 3,34, decesso ora 6.35*", pagg. 17 e 18 relazione peritale).

La diagnosi di uscita fu la seguente: "*sostituzione valvolare aortica in toracotomia destra, versamento pleurico bilaterale, revisione chirurgica di toracotomia destra, drenaggio pleurico sinistro, shock settico (Klebsiella, E.fecalis), ossigenazione extracorporea a membrana veno-venosa, convertita in artero-venosa, contropulsatore aortico (IABP), terapia sostitutiva renale continua. (CRRT), politrasfusioni, sindrome da insufficienza multiorgano (o MOF), decesso*" (pag. 18 relazione peritale).

I CCTTUU hanno evidenziato che *Persona_2* fu impropriamente trattata con terapia scoagulante, nonostante il sanguinamento polmonare post – operatorio e l'insufficienza renale cronica (rammentano i CTU che la "*posologia degli anticoagulanti si riferisce sempre a Pazienti con funzione renale conservata, dovendo altresì esser stratificata in relazione allo specifico rischio trombo embolico e comunque ridotta in quelli nefropatici per non dar luogo ad incrementi pericolosi del rischio emorragico*", cfr. pag. 25 della relazione peritale; ancora, condivisibilmente essi evidenziano, citando le pertinenti linee guida in materia, che "*l'impiego dei farmaci a finalità anticoagulante trovi "limitazione nei Pazienti con aumento del rischio emorragico, nei quali un'inibizione dei meccanismi fisiologicamente preposti*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

al controllo della formazione del trombo, potrebbe innescare un sanguinamento o aggravare un sanguinamento già in atto", pag. 3 della risposta alle osservazioni dei CCTTPP di parte convenuta, ove si pone altresì l'accento sull'errore commesso dai sanitari nel somministrare eparine e fondaparinux in dosi superiori a quelle raccomandate - 1,5 mg a fronte di 2,5 mg – farmaci anticoagulanti eliminati esclusivamente per via renale, ad una paziente con insufficienza renale e con chiari segni di sanguinamento).

Il fatto che la terapia anticoagulante fosse corretta in astratto in quanto profilassi antitrombotica (è questa la principale osservazione critica mossa dai CTP di parte convenuta su tale specifico aspetto) non significa che essa lo fosse anche in concreto, poiché le condizioni specifiche della paziente (insufficienza renale e sanguinamento interno in atto) sconsigliavano la prosecuzione di tale terapia.

Tale terapia si è invece dimostrata, nel caso concreto, non corretta, perché ha portato ad un incessante sanguinamento interno, vera causa scatenante dell'*iter* che ha portato al decesso della *Per_2* di seguito meglio descritto.

Il suindicato errore, inoltre, portò ad un prolungamento della degenza, con la ripetuta esecuzione di manovre cruente (toracotomia, revisione toracotomica, toracentesi, applicazione di drenaggio), che favorirono l'infezione nosocomiale contratta dalla paziente che portò poi allo stato settico terminale.

Altro profilo di criticità, secondario rispetto a quello sopra evidenziato ma comunque rilevante nella catena causale degli eventi che hanno portato all'*exitus*, è stato il trattamento corticosteroideo, che ha reso meno facilmente eradicabile l'infezione contratta dalla paziente (cfr. pag. 32 della relazione peritale e pag. 10 della risposta alle osservazioni dei CCTTPP: "*l'impiego protratto e massiccio dei corticosteroidei ha concausalmente concorso, insieme al sovraccarico ematico ed al sanguinamento, proprio all'insorgenza della sepsi e dell'insufficienza multi-organo*").

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Un terzo elemento di criticità è stato rinvenuto nei continui trattamenti con sangue, emoderivati e cristalloidi, anch'essi causalmente rilevanti nella catena causale sopra descritta.

Va, invero, chiarito, che i suindicati errori dei sanitari hanno tutti concorso, in maniera sinergica, nella catena causale che ha condotto alla morte della paziente.

L'utilizzo improprio dei farmaci anticoagulanti, infatti, ha favorito il sanguinamento interno, che ha indotto i sanitari alle manovre cruente volte a cercarne la causa e a drenare i liquidi in eccesso, manovre che a loro volta hanno favorito l'insorgenza dell'infezione.

Nel frattempo, continuando i sanguinamenti – evidentemente favoriti dell'utilizzo di farmaci anticoagulanti, i sanitari procedevano a rimpiazzo volemico, fino alla provocazione di un anasarca, con conseguente scompenso congestizio, fibrillazione, dispne e congestione addominale e conseguente "*danno polmonare da sovraccarico di liquidi, ipossia, ipoperfusione, alterazione alveolo-capillare, lesione tissutale multifocale, infezione pleuro-parenchimale, shock cardiocircolatorio stress emodinamico cardiaco con ipersollecitazione meccanico-disfunzionale miocardico-valvolare da abnorme somministrazione di liquidi e rapida loro deplezione con diuretici anche drastici → situazione coagulopatica per somministrazione prolungata e relativamente eccessiva di anticoagulanti (ebpm e fondaparinux) e di salicilati in corso di sanguinamento in disfunzione epato-renale, con tardivo fallimentare tentativo di contrasto mediante somministrazione terminale di antiemorragici → insufficienza poliorganica multifattoriale post shock emorragico, settico → exitus*" (tale catena causale è ben descritta dai CCTTUU a pag. 12 della risposta alle osservazioni critiche dei CCTTPP della struttura).

Non è perciò revocabile indubbio che i suddetti errori abbiano tutti concorso nel determinismo dell'evento morte.

Quanto all'infezione, i CCTTUU hanno condivisibilmente affermato che l'infezione contratta dalla paziente fosse di natura nosocomiale (cfr. pag. 30 della relazione); la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

contraddizione contenuta nell'affermazione per cui le "*infezioni batteriche de quo agitur, verosimilmente già rilevabili ad initio, in occasione dell'intervento cardiochirurgico del 17 marzo 2017*" – cosa che escluderebbe la natura nosocomiale dell'infezione – è in realtà solamente apparente, poiché essi si riferiscono alla prima infezione mostrata dalla paziente nei giorni immediatamente successivi, poi debellata e dunque causalmente irrilevante; al contrario, essi hanno chiarito che l'infezione che ha concorso al determinismo dell'evento – quella riscontrata a seguito dell'esame eseguito il 13.4.2017 – avesse "*inoppugnabilmente*" natura nosocomiale (cfr. pag. 30 relazione).

Deve però rilevarsi che i CCTTUU hanno rappresentato di non aver approfondito l'eziologia dell'infezione, ritenendo che essa non abbia avuto un "ruolo significativo" nel determinismo dell'evento, evidenziandone il ruolo di fattore concausale.

Orbene, in proposito deve soltanto osservarsi che non è rilevante chiarire se l'infezione fosse o meno di natura nosocomiale, alla luce sia della indubbia rilevanza causale degli errori medici sopra indicati, sia del fatto che, con specifico riguardao all'infezione, essa è stata resa più difficilmente eradicabile dall'utilizzo dei farmaci corticosteroidei somministrati a pieno dosaggio, sicché, anche limitando il campo d'indagine alla sola infezione, è evidente il contributo causale apportato dall'errore medico nel determinismo dell'evento.

Deve, perciò, affermarsi la responsabilità della struttura sanitaria convenuta, sia ai sensi dell'art. 1218 c.c., e cioè con riferimento all'azione esercitata dagli eredi di *[...]* *Persona_2* volta ad ottenere il ristoro del danno biologico terminale, sia ai sensi dell'art. 2043 c.c., ossia con riguardo all'azione spiegata dai congiunti della "vittima primaria" tesa ad ottenere il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale.

In ragione di quanto sopra esposto in relazione alle varie criticità emerse nell'ambito della gestione della paziente *Per_2* con riferimento all'azione contrattuale, va infatti affermato l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria da parte della struttura e, relativamente all'azione ex art. 2043 c.c., affermata la colpa della stessa.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

La quantificazione del danno.

Occorre adesso scrutinare la sussistenza dei danni lamentati, principiando dall'azione ex art. 1218 c.c. e verificando dunque la sussistenza del lamentato danno terminale e dei danni patrimoniali subiti dalla paziente e, per essa, *iure hereditatis*, dagli eredi *[...]* *Pt_1* e *Parte_2*

In proposito, va innanzitutto premesso, che – chiarito che il principio di diritto è pacificamente applicabile anche in *subiecta materia*, che – "*In caso di incidente stradale con conseguenze fatali, il pregiudizio della perdita della vita in capo alla vittima non è risarcibile per equivalente. Se tuttavia la vittima rimane in vita per un apprezzabile lasso di tempo dopo l'evento dannoso, quantificato in almeno 24 ore, si riconosce al danneggiato il danno biologico terminale, al quale può aggiungersi il danno morale terminale se si dimostra la lucidità nella consapevolezza della morte imminente."* (Cass. civ. Sez. VI - 3 Ord., 06/10/2020, n. 21508).

La Suprema Corte ha operato una netta distinzione tra "il danno morale terminale e quello biologico terminale, atteso che "*il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofale o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'intensità della sofferenza medesima; mentre il secondo, quale pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste, per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo" (Cass. n. 21837 del 30/08/2019).*

In particolare, la Corte ha, chiarito come il danno biologico terminale dia luogo *"ad una pretesa risarcitoria da commisurare soltanto all'inabilità temporanea, adeguando tuttavia la liquidazione alle circostanze del caso concreto, ossia al fatto che, se pur*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità tanto che la lesione alla salute non è suscettibile di recupero ed esita, anzi, nella morte" (Cass. n. 15491/14).

Il danno biologico terminale è, dunque, un danno biologico che va liquidato in base alle tabelle milanesi sull'invalidità temporanea, con adeguata personalizzazione in ragione della peculiarità che lo caratterizza e che risiede in ciò: mentre il danno biologico temporaneo esita, normalmente, in una guarigione – o comunque in una stabilizzazione in danno biologico permanente – il danno biologico terminale culmina, invece, nella morte.

Soltanto in presenza di una rigorosa prova della consapevolezza, da parte della vittima, della propria fine imminente è possibile riconoscere il c.d. danno terminale, locuzione che racchiude e ricomprende in sé, in base alle tabelle milanesi ("*Onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio, la categoria del danno terminale deve intendersi dunque comprensiva dei pregiudizi altrove definiti come danno biologico terminale, da lucida agonia o morale catastrofale.*", cfr. pag. 77 delle richiamate tabelle), tutti i possibili pregiudizi collegati all'imminenza dell'evento morte.

Nel caso di specie, ritiene il giudicante che tale prova debba ritenersi raggiunta.

Dalla vicenda sanitaria in atti emerge, infatti, come gli errori medici sopra evidenziati abbiano costretto la paziente ad un vero e proprio andirivieni dal reparto di Terapia intensiva – chiaro segnale, questo, certamente percepibile dalla paziente, di una difficoltà del quadro clinico che i sanitari non riuscivano a risolvere e certamente diverso da quello che le era stato prospettato come il normale decorso post-intervento – in cui fu portata subito dopo l'intervento chirurgico, subendo svariati interventi e trattamenti sopra descritti.

Ritiene pertanto il Tribunale che la *Per_2* abbia avuto la lucida percezione della propria fine imminente, e ciò almeno sino a quando essa non entrò in uno stato soporoso, dovuto al progressivo aggravarsi delle condizioni cliniche, ossia il 13.4.2017.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Va perciò riconosciuto il danno terminale dal 20.3.2017 – data in cui sono iniziati gli errori medici sopra descritti, con l'errata profilassi anticoagulante – sino al 13.4.2017, data in cui la paziente è entrata in stato soporoso e non ha più avuto la lucidità di percepire la propria fine imminente.

Dal 13.4.2017 va invece riconosciuto un danno biologico terminale secondo le tabelle relative all'invalidità temporanea totale, con personalizzazione massima.

La prima voce di danno (danno terminale) va liquidata, in base ai parametri individuati dalle tabelle milanesi, in € 18.000,00 per i primi tre giorni (6.000 € al giorno), ed in € 15.722 per i giorni successivi (pari a 20 giorni, dal 24.3.2024 al 13.4.2024), per un totale di € 33.722,00.

Va poi riconosciuto il danno biologico terminale per i giorni trascorsi tra lo stato di incoscienza e l'exitus, pari a giorni 12, con massima personalizzazione, per un totale di € 3.288,00.

Antecedentemente alla data in cui sono iniziati gli errori medici, invece, non può essere riconosciuto alcun danno, poiché l'inabilità che in quel momento affliggeva la paziente non era riconducibile all'operato dei sanitari.

Vanno anche riconosciute, a titolo di danno patrimoniale subito *iure successionis* dagli eredi *Parte_1* e *Parte_2* le spese, pari a € 5.400, sostenute da *[...] Persona_2* per la degenza, poiché tale degenza, secondo le condivisibili considerazioni dei CCTTUU, non si sarebbe protratta senza gli errori medici evidenziati (cfr. doc. 14 di parte attrice).

Il totale del danno spettante agli eredi di *Persona_2* è perciò pari a € 5.400,00 + € 33.722,00 + 3.288,00.

Proseguendo nella liquidazione del danno patrimoniale, stavolta subito *iure proprio* e dunque dovuto ex art. 2043 c.c., il danno patrimoniale da lucro cessante, richiesto dal solo *Parte_1* consistente nella mancata percezione della pensione sociale della paziente, non può essere riconosciuto poiché non è stata raggiunta la prova che la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

"vittima primaria" riservasse, in via continuativa, una parte della propria pensione alle esigenze familiari.

In proposito, nulla prova il doc. 4 allegato alla memoria II da parte attrice, la quale si è limitata a produrre il citato documento – estratto conto del peridoo 30.6.2015 – 31.12.2016 del c/c intestato a *Parte_1* e *Persona_2* – peraltro sostanzialmente illeggibile, senza in alcun modo evidenziare da quali movimenti del conto dovrebbe evidenziarsi la suddetta contribuzione (questa la laconica allegazione della parte attrice, contenuta nella seconda memoria istruttoria: "*A dimostrazione della rilevanza del contributo economico che Persona_2 dava alla propria famiglia si produce (All. 4) saldo e movimenti del conto corrente alla stessa intestato in relazione al periodo precedente 30.06.2015-31.12.2016) il ricovero al [...] Controparte_1* ").

L'allegazione del suddetto fatto avventizio (o secondario) risulta quindi del tutto generica, risolvendosi in un mero richiamo al documento (in tema di irrilevanza della semplice produzione documentale non accompagnata da puntuali allegazioni, si vd. Cass. civ. Sez. lavoro Ord., 24/03/2022, n. 9646).

Parte_1 ha poi chiesto il danno patrimoniale – trattasi di danno emergente – consistente nelle spese sostenute per la sepoltura della coniuge defunta e per la valutazione medico legale. Tali voci di danno vanno riconosciute nella misura richiesta di € 10.800 (cfr. doc. 12 e 13 di parte attrice).

Parte_2 ha invece sostenuto le spese di CTP, che parimenti vanno riconosciute nella misura indicata di € 6.100 ("*Le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, la quale ha natura di allegazione difensiva tecnica, rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, a meno che il giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92 c.p.c., comma 1, della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue*" (Cass. civ. Sez. II, Sent., 08-09-2021, n. 24188).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Occorre a questo punto occuparsi del danno da perdita del rapporto parentale subito dagli attori, utilizzando il sistema a punti ormai previsto anche dalle tabelle milanesi, a seguito dell'aggiornamento del 2022.

Quanto a *Parte_1* marito di *Persona_2* la forbice di riferimento va da € 168.250,00 a € 336.500,00 (valore del punto € 3.365,00, massimo di punti attribuibili 118).

I punti attribuibili sono: 18 per l'età della vittima primaria; 18 per l'età della vittima secondaria; 16 punti per la convivenza (convivenza che non risulta provata ma che deve presumersi in forza del rapporto di coniugio, tanto più in difetto di prova o persino di allegazione contraria); 14 punti per l'esistenza di un superstite nel nucleo familiare di riferimento; 5 punti per l'intensità del legame affettivo, poiché, pur non essendo state offerte prove inerenti all'intensità dello specifico rapporto parentale in esame, occorre considerare che il teste *Testimone_1* marito di *Parte_2* ha confermato che la famiglia di *Persona_2* insieme al marito *Parte_1* si trovavano quasi tutti weekend per pranzare insieme, il che è, presuntivamente, indice di intensità anche dello specifico rapporto in esame. Va dunque riconosciuta la somma di € 238.915,00 (18+18+16+14+5=71x3.365).

Quanto alla figlia *Parte_2* figlia di *Persona_2* la forbice di riferimento va da € 168.250,00 a € 336.500,00 (valore del punto € 3.365,00, massimo di punti attribuibili 118).

I punti attribuibili sono: 18 per l'età della vittima primaria; 22 punti per l'età della vittima secondaria; 0 punti per la convivenza, poiché la stessa parte attrice *Parte_2* *[...]* ha allegato di avere ormai abbandonato, com'è nella fisiologia della vita di una persona, l'abitazione dei genitori; 14 punti per la sopravvivenza di un superstite nel medesimo nucleo familiare; 17 punti per la particolare intensità del rapporto parentale perduto, desumibile dal fatto che *Parte_2* abbia convissuto con la madre sino a oltre trent'anni con la madre, nonché dalla testimonianza di *[...]* *Tes_2* della cui attendibilità non vi è ragione di dubitare, titolare di un negozio in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

cui spesso si recavano *Parte_2* con la madre, che ha raccontato un episodio emblematico della sofferenza provocata dalla scomparsa della madre ("*dopo la morte della mamma* *Parte_2* *non è venuta subito, la prima volta è venuta dopo tanti mesi, e la prima volta che è venuta è entrata in negozio, mi ha abbracciata ed è scoppiata a piangere, scusandosi e dicendo che non era più venuta in negozio perché le veniva da piangere perché veniva sempre con la mamma*"). Va dunque riconosciuta la somma di € 238.915,00 (18+18+16+14+5=71x3365).

Quanto a *Parte_3* madre di *Per_2* - *Persona_2* - la forbice di riferimento va da € 168.250,00 a € 336.500,00 (valore del punto € 3.365,00, massimo di punti attribuibili 118).

I punti da attribuire sono: 18 punti per l'età della vittima primaria; 8 punti per l'età della vittima secondaria; 0 punti per la convivenza; 9 punti per la presenza di almeno 3 superstiti nel nucleo familiare (sono in vita almeno tre figli dell'attrice *Parte_3* odierni attori); 5 punti per l'intensità del rapporto parentale, in ragione di quanto indicato dal teste *Tes_1* e delle fotografie in atti, e dell'assenza di ulteriori elementi di prova idonei a dimostrare un'intensità particolare, superiore alla norma, del rapporto in questione. Va dunque riconosciuta la somma di € 137.965 (18+9+9+5=41x3.365).

Quanto a *Persona_1* padre di *Persona_2* la forbice di riferimento va da € 168.250,00 a € 336.500,00 (valore del punto € 3.365,00, massimo di punti attribuibili 118).

I punti da attribuire sono: 18 punti per l'età della vittima primaria; 4 punti per l'età della vittima secondaria *Persona_1* nel 2017 aveva 91 anni); 0 punti per la convivenza; 9 punti per la presenza di almeno 3 superstiti nel nucleo familiare (sono in vita almeno tre figli, odierni attori); 5 punti per l'intensità del rapporto parentale, in ragione di quanto indicato dal teste *Tes_1* e delle fotografie in atti, e dell'assenza di ulteriori elementi di prova idonei a dimostrare un'intensità particolare, superiore alla norma, del rapporto in questione. Il risarcimento spettante dall'attribuzione dei punti va ridotto in considerazione del fatto che *Persona_1* è sopravvissuto solamente due

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

anni al tragico evento della morte della figlia, dovendosi in proposito rammentare che il risarcimento del danno deve sempre avere riguardo alle conseguenze pregiudizevoli del danno evento (perdita del rapporto) sulla sfera giuridica del soggetto, conseguenze pregiudizevoli che, nel caso di specie, si sono protratte per soli due anni. Il risarcimento risultante dall'attribuzione dei punti, pari a € 124.505,00 (*CodiceFiscale_7*), va perciò ridotto del 30%, in considerazione di quanto sopra, giungendosi all'importo di € 87.153,00.

Relativamente al risarcimento del danno parentale richiesto dai fratelli di *[...]* *Persona_2* deve darsi atto dell'assenza di un certificato di famiglia attestante la prova del rapporto, tuttavia non necessario a fronte dell'assenza di ogni contestazione sul punto da parte della struttura sanitaria convenuta.

Ciò premesso, per quanto riguarda i fratelli, la forbice di riferimento va da € 24.350,00 a € 146.120,00, con un massimo di punti attribuibili di 116. Il valore del punto è pari a € 1.461,20.

A tutti i fratelli, la cui posizione è del tutto assimilabile per età, superstiti, convivenza e intensità del rapporto, vanno attribuiti i seguenti punti: 12 per l'età della vittima primaria; 12 per l'età della vittima secondaria; 0 per la convivenza; 9 per la sopravvivenza di almeno 3 superstiti; 5 per l'intensità dello specifico rapporto, in base a quanto già argomentato. Va perciò riconosciuto a ciascuno l'importo di € 55.525,60.

Pare infine opportuno ricapitolare i risarcimenti spettanti a ciascuna parte.

A *Parte_1* spetta, *iure proprio*, l'importo di € 238.915,00 a titolo di danno da perdita del rapporto parentale, e di € 10.800, a titolo di danno patrimoniale, per un totale di € 249.715,00.

A *Parte_2* spetta, , *iure proprio*, l'importo di € 238.915,00 a titolo di danno da perdita del rapporto parentale, e di € 6.100, a titolo di danno patrimoniale, per un totale di € 245.015,00.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

A *Parte_1* e *Parte_2* spetta, *iure successionis*, l'importo di € 5.400,00 (a titolo di danno patrimoniale) + € 33.722,00 (a titolo di danno terminale) + 3.288,00 (a titolo di danno biologico terminale, per un totale di € 42.410,00.

Agli **eredi di** *Persona_1* ossia a *Parte_3* *Parte_2* *[...]* *Parte_5* *Parte_6* e *Parte_4* va riconosciuto l'importo di € 87.153,00 a titolo di danno da perdita del rapporto parentale.

A *Parte_3* va riconosciuto l'importo di € 137.965 a titolo di danno da perdita del rapporto parentale.

A *Pt_4* *Parte_5* **e** *Pt_6* *Parte_6* va riconosciuto l'importo di € 55.525,60 ciascuno a titolo di danno da perdita del rapporto parentale.

I menzionati importi devono essere devalutati alla data del sinistro e rivalutati con interessi legali secondo i noti principi affermati da Cass. civ. Sez. Unite, 17/02/1995, n. 1712 sino alla data della presente sentenza, data a partire dalla quale saranno dovuti gli interessi legali sino al saldo.

Le spese legali seguono la soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo in base al *decisum* (scaglione compreso tra 520.000 e 1.000.000,00), con la precisazione che non può farsi luogo alla compensazione delle spese in ragione della sola differenza, sebbene rilevante, tra *petitum* e *decisum*, alla luce di quanto affermato dalla giurisprudenza di legittimità, per cui "*In tema di spese processuali, l'accoglimento in misura ridotta, anche sensibile, di una domanda articolata in un unico capo non dà luogo a reciproca soccombenza, configurabile esclusivamente in presenza di una pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo tra le stesse parti o in caso di parziale accoglimento di un'unica domanda articolata in più capi, e non consente quindi la condanna della parte vittoriosa al pagamento delle spese processuali in favore della parte soccombente, ma può giustificarne soltanto la compensazione totale o parziale, in presenza degli altri presupposti previsti dall'art. 92, comma 2, c.p.c.*" (Cass. Sez. Un. del 31.10.2022 n. 32061).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Le spese di CTU, liquidate con separato decreto, vanno poste a carico della parte soccombente.

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 convenuta per i fatti di cui in motivazione, condanna *Controparte_1* al pagamento, per le causali ed i titoli di cui in motivazione:

1. in favore di *Parte_1* dell'importo di € 249.715,00;
2. in favore di *Parte_2* dell'importo di 245.015,00;
3. in favore di *Pt_1* e *Parte_2* quali eredi di *Persona_2* dell'importo di € € 42.410,00;
4. in favore degli eredi di *Persona_1* individuati in motivazione, dell'importo di € 87.153,00;
5. in favore di *Parte_3* dell'importo di € 137.965;
6. in favore di *Pt_4* , *Parte_5* e *Parte_6* dell'importo di € 55.525,60 ciascuno;

somme da devalutarsi e rivalutarsi con interessi come in motivazione sino alla data della presente sentenza, ed oltre interessi dalla data della presente sentenza;

b) condanna *Controparte_1* alla refusione delle spese di lite sostenute dagli attori, liquidate in complessivi € 29.193,00, oltre 15%, iva e cpa se dovuti e come per legge, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo.

c) pone le spese di CTU, liquidate con separato decreto, definitivamente a carico di parte convenuta.

Si comunichi.

24.5.2024

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Il Giudice

Gianluca Mulà

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-738