R.G. 3034/2019

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* e *Parte_3*, c.f. *C.F._3* difesi dall'avv. [redacted] ed elettivamente [redacted] presso lo studio del difensore

ATTORI

e

Controparte_1, c.f. *P.IVA_1*, difeso dall'avv. [redacted] elettivamente [redacted] presso lo studio del difensore

CONVENUTA

Conclusioni: come da udienza di precisazione delle conclusioni.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c., *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3*, rispettivamente figlia, figlio e nipote del defunto *Parte_4*, in proprio e n.q. di eredi di quest'ultimo, hanno adito l'intestato Tribunale al fine di sentire accogliere le seguenti conclusioni: "*Voglia l'Ill.mo Tribunale adìto, ogni contraria istanza disattesa e respinta, previa acquisizione ex art. 696 bis c.p.c. del fascicolo n. 902/2018 R.G. Tribunale di Ravenna*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

e della relazione di C.T.U. ivi depositata: • accertare la responsabilità dell' Controparte_2 *resistente – a titolo contrattuale e/o extracontrattuale, in via diretta e/o indiretta, per i motivi tutti indicati nella narrativa del presente atto e del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. -per il decesso del sig.* Parte_4 *o, in via subordinata, per l'anticipata perdita della sua vita ovvero, in via ulteriormente gradata, per la perduta possibilità di una sua guarigione eventuale; • per l'effetto, condannare l'* Controparte_2 *resistente al risarcimento in favore dei ricorrenti di tutti i danni – patrimoniali e non patrimoniali, iure proprio e iure hereditatis, senza alcuna esclusione – conseguenti al decesso del proprio congiunto sig.* Parte_4 *o, in via subordinata, all'anticipata perdita della sua vita ovvero, in via ulteriormente gradata, alla perdita di chances di sopravvivenza del medesimo, nella misura ritenuta di giustizia, oltre interessi legali ex art. 1284, comma 4, c.c. e rivalutazione monetaria dal giorno dell'evento al saldo.*".

A sostegno della propria domanda, i ricorrenti esponevano:

1) che Parte_4 (affetto dalle seguenti patologie, trattate in modo da non compromettere la qualità della vita del Pt_4 : gammopatia monoclonale IgM, diabete mellito, encefalopatia vascolare cronica con TIA, arterioscleroso e insufficienza valvolare aortica lieve media) in data 30.6.2016, effettuava un accesso al [redacted] di [redacted] per un episodio di parestesie all'arto superiore sinistro, deviazione della rima buccale e disartria, ed ivi ricoverato con diagnosi di "*recidiva di TIA ad altro rischio in paziente con MGUS*";

2) che, effettuati gli opportuni accertamenti (consulenze neurologiche, RX torace, TAC encefalo, visita reumatologica, visita ortopedica e visita diabetologica), Parte_4 veniva poi dimesso in data 13.7.2016, con diagnosi di encefalopatia vascolare cronica con indicazione di proseguire la terapia al domicilio;

3) che, in data 6.8.2016, a seguito di analogo episodio di TIA, Parte_4 veniva nuovamente ricoverato presso [redacted] di [redacted] ove veniva ricoverato con diagnosi di *Recidiva di TIA in pz in tp con doppio antiaggregante, addensamento polmonare, ipokaliemia*";

4) che in occasione dell'ingresso in reparto, veniva effettuato il tampone rettale per KPC, che risultava negativo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

5) che l'addensamento polmonare riscontrato veniva trattato con Ceftriaxone e l'RX del torace del 13.8.2016 mostrava la risoluzione della problematica;

6) che, ciononostante, in data 15.8.2016 il paziente presentava iperpiressia con segnali di importante sindrome infiammatoria sistemica e grave desaturazione, il che induceva i medici a modificare la terapia antibiotica (cefepime e gentamicina), terapia antibiotica ulteriormente modificata (meropenem e vancomicina), a seguito della consulenza infettivologica del 18.8.2016, per l'ipotesi di un'infezione nosocomiale;

7) che, in data 28.8.2016, *Parte_4* veniva dimesso senza che fossero eseguiti accertamenti per verificare l'effettiva risoluzione delle problematiche;

8) che, in data 13.10.2016, *Parte_4* veniva nuovamente ricoverato presso il reparto di geriatria dell' *Org_1* *CP_3* per via del peggioramento del quadro clinico (problemi gastrointestinali, nausea, vomito, vertigini e deperimento organico);

9) che lo screening rettale risultava positivo per KPC (Klebsiella Pneumoniae carbapemenasi produttrice), mentre la TAC encefalo eseguita in ingresso evidenziava: *Non coefficienti ematici intracranici né sicure alterazioni densiometriche di significato ischemico. Quadro diffuso di encefalopatia vascolare cronica con multipli esiti microlacunari di nuclei alla base*";

10) che, in data 14.10.2016 si presentava febbre, e l'RX eseguita rilevava "*disomogeneo e tenue addensamento in sede retro-paracardiaca sinistra come da infiltrato di tipo flogistico*", sicché, in considerazione degli indici relativi a leucocitosi e PCR, veniva somministrato Ceftriaxone, poi sostituito il 15.10.2016 con ampicillina/sulbactam e amikacina;

11) che il giorno successivo il paziente iniziava l'ossigenoterapia a causa dell'insorta insufficienza respiratoria;

12) che l'elevazione della PCR si manteneva costante ed il 18 ottobre gli Rx di controllo mostravano un'accentuazione diffusa del disegno broncovasale;

13) che in data 20.10.2016 la consulenza infettivologica, preso atto della colonizzazione da KPC, modificava la terapia antibiotica con *Org_2* e *Org_3*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

14) che in data [redacted] *Parte_4* decedeva: il riscontro diagnostico effettuato dal dott. *Per_1* dell'U.O. di Anatomia Patologica e Citologica Diagnostica della stessa *CP_4* *[...]* evidenziava quanto segue: "*edema polmonare acuto massivo con focolai di broncopolmonite con aree di epatizzazione ed emorragiche, in particolare a carico del polmone destro (polmone destro gr. 1100; polmone sinistro gr. 1000) [...]";* con diagnosi di*"Broncopolmonite acuta con bronchiolite ed aree emorragiche alveolari recenti, morfologicamente riconducibili a virus (!) sinciziali [...]*";

15) che, pertanto, il decesso di *Parte_4* era stato cagionato da una polmonite da Klebsiella;

16) che l'operato dei sanitari era stato negligente sotto i seguenti profili: a) con riferimento al ricovero effettuato tra il 5 agosto 2016 e il 28 agosto 2016, il focolaio broncopneumonico avrebbe dovuto essere trattato con polmonite associata a cure mediche (HCAP), sicché "*La terapia antibiotica somministrata dal 6.8.2016 al 15.8.2016 al sig. Pt_4 è stata pertanto del tutto inappropriata e, oltre ad incrementare il rischio di sviluppare un'infezione antibioticoresistente, ha certamente debilitato il sig. Pt_4 , rendendolo più vulnerabile ad una colonizzazione da KPC*" (cfr. pag. 9 del ricorso), non furono eseguiti accertamenti per la ricerca di KPC durante il ricovero e alle dimissioni, e, in particolare, nel corso di tale ricovero fu contratta la KPC; b) in relazione al ricovero dal 13 al [redacted] l'addensamento polmonare riscontrato in ingresso al paziente fu trattato come polmonite acquisita in comunità e non come polmonite associata a ricovero, con un ritardo di sei giorni nell'impostazione di una terapia antibiotica corretta e, inoltre, il paziente fu ricoverato tardivamente, soltanto 15 ore prima del decesso, in un reparto di rianimazione.

17) che la relazione peritale svolta in sede di consulenza tecnica preventiva ha confermato le negligenze dei sanitari, evidenziando, in sintesi: a) che la polmonite causativa del decesso del *Pt_4* era stata causata dalla Klebsiella pneumoniae carbapemenasi produttrice; b) che la Klebsiella era stata contratta presso [redacted] di [redacted] c) che il ricovero presso l' *Org_1* di *CP_3* dell'ottobre 2016 era stato caratterizzato da diversi profili di negligenza, con tardiva impostazione di terapia antibiotica, erronea collocazione nel reparto di geriatria e omissioni diagnostiche che hanno impedito di riconoscere tempestivamente l'agente patogeno causativo della polmonite e, dunque di trattarla correttamente;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

18) che le suindicate negligenze hanno causato la morte di *Parte_4* o, in subordine, gli hanno precluso *chances* di sopravvivenza;

19) che, in conseguenza della morte del proprio congiunto, i ricorrenti hanno subito i seguenti danni: a) danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale con lo stesso, rapporto caratterizzato da forte intensità e da liquidarsi secondo le Tabelle milanesi;

b) danno *iure successionis*, sotto il profilo del danno biologico terminale (invalidità temporanea totale, protrattasi per 12 giorni) e del danno catastrofale, per avere il *Pt_4* vissuto la nitida e lucida percezione della propria morte imminente;

c) danno *iure proprio* patrimoniale, consistito nelle spese funerarie e nella perdita del contributo economico apportato dal *Pt_4*, del quale beneficiava *Parte_2* convivente col padre, e comunque della perdita degli apporti economici che usualmente un padre presta a figli e nipoti.

Si è costituita *CP_4* chiedendo l'accoglimento delle seguenti conclusioni: *in via preliminare e/o pregiudiziale disporre la conversione del rito ex art. 702 ter cpc e la prosecuzione del giudizio con le forme della cognizione ordinaria; In via Principale, accertare che nel caso de quo non vi è stata colpa alcuna, nè dell'* *CP_5* *nè del personale intervenuto a cura del sig.* *Parte_4* *in relazione a quanto lamentato e, pertanto, respingere tutte le domande attoree, a titolo di danno patrimoniale e non , a titolo di iure proprio e iure hereditatis non ritenendo sussistere alcun elemento colposo e/o alcun rilievo causale in relazione al* [redacted] *Parte_4* [redacted] *, né tantomeno per l'anticipata perdita della sua vita e/o per la perduta possibilità di una sua guarigione eventuale e/o in ordine alla sussistenza di perdita di chance di vita del medesimo. In subordine, ridurre la domanda attrice secondo quanto emergente e provato nel corso del procedimento.*".

La Struttura sanitaria ha contestato l'*an* della responsabilità, evidenziando che la scelta della terapia antibiotica effettuata risultava conforme alle linee guida internazionali, le quali non pongono indicazioni omogenee sul punto e, comunque, la polmonite era stata correttamente inquadrata come CAP (polmonite acquisita in comunità). Inoltre, osserva l' *CP_4* il CTU non ha indicato la "consistenza percentuale" delle *chances* di sopravvivenza del *Pt_4* in ipotesi di esatto adempimento dei sanitari. Ancora, non v'è prova certa che sia stata la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

Klebsiella a causare la polmonite, la quale, anzi era stata causata da virus sinciziale, così come, in generale, non è emersa la prova di un nesso causale tra la condotta dei sanitari e il decesso del *Pt_4* .

L' *CP_4* ha poi contestato il *quantum* richiesto dagli attori, osservando che il danno da perdita da rapporto parentale necessita comunque di prova e che il *Pt_4* , per via delle diverse patologie che lo affliggevano, non poteva essere in grado di essere presente nella vita dei congiunti come indicato dagli stessi; infine, la Struttura sanitaria ha eccepito la non riconoscibilità del danno biologico terminale – poiché il *Pt_4* era già malato al momento del ricovero –, del danno catastrofale – poiché egli non aveva la percezione della morte imminente – ed infine del danno patrimoniale.

Mutato il rito e svoltasi l'istruttoria anche oralmente, la causa veniva trattenuta in decisione all'udienza del 23.6.2023, tenutasi nelle forme di cui all'art. 127 *ter* c.p.c.

La vicenda sanitaria in sintesi

Dall'esame degli atti la vicenda sanitaria oggetto di causa può essere ricostruita e sintetizzata nei seguenti termini:

a) *Parte_4* , di anni 77 al momento del decesso era affetto dalle seguenti patologie preesistenti: ipertensione arteriosa in trattamento; artrite recidivante da cristalli di pirofosfato di calcio diidrato (pseudo gotta); cisti di Baker del ginocchio sin; gammopatia monoclonale IgM tipo MGUS (dal 2010) compensata ed in controllo specialistico Ematologico; encefalopatia cronica su base vascolare (dal 2011); episodi di ischemia cerebrale transitoria (TIA) (dal 2011) senza danni ischemici documentabili alle indagini per immagini cerebrali, ecodoppler dei tronchi sovraortici senza stenosi significative ed in trattamento antiaggregante; diabete mellito tipo II (dal 2011) in terapia antidiabetica orale; diverticolosi del sigma (2014); ernia jatale esofagogastrica (dal 2016);

b) in data 1 luglio 2016, *Parte_4* veniva ricoverato presso [redacted] di [redacted] per *Recidiva di TIA ad alto rischio in paziente con MGUS […]*" con sintomatologia [sezione anamnesi] *"[…] circa 5 ore fa episodio di parestesie arto sup sx, deviazione della rima buccale e disartria della durata di circa 15 min […]*";

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

c) gli accertamenti medici (consulenza neurologica, Rx torace, Tc encefalo), consentivano di porre la seguente diagnosi alle dimissioni, avvenuto il 13.7.2016: "*Encefalopatia vascolare cronica. Artrite acuta recidivante da cristalli di pirofosfato di calcio diidrato (pseudogotta), cisti di baker del ginocchio sin. Diabete mellito II. Ipertensione arteriosa.* *CP_6* *[...]* . *Controparte_7* *...] ETG [...] Presenza di cisti di Baker con diametri di circa 28 xl7 mm [...] Miglioramento della cenestesi dopo l'inizio della terapia reumatologica specifica [...]Parametri emodinamici nei limiti in corso di ricovero. Eseguita in corso di ricovero e prima della dimissione rivalutazione diabetologica, [...] Emocromo e creatinina di controllo tra 1 e 3 mesi [...]*", con terapia al domicilio;

d) a seguito di ulteriore crisi transitoria di ischemia cerebrale, *Parte_4* accedeva nuovamente al [redacted] di [redacted] in data 5.8.2016, presso il quale rimaneva ricoverato sino al 28 agosto 2016;

e) l'Rx al torace eseguita nel corso di tale ricovero evidenziava *"[...] piccola banda di addensamento parenchimale al III medio del campo polmonare dx. Non versamenti pleurici. O.C. nei limiti [...]"*, con aumento dei globuli bianchi e PCR e tampone rettale per ricerca KPC negativo, per cui veniva impostata terapia antibiotica con ceftriaxone, ed iniziata poi, a seguito della comparsa di febbre, terapia con cefepime e gentamicina;

f) la terapia antibiotica veniva modificata con meropenem e vancomicina proseguita sino al 28.8.2016, con miglioramento delle condizioni generali sino alle dimissioni del 28.8.2016 (lettera di dimissioni: *"[...] TIA recidivanti in paziente con encefalopatia multilacunare, piccolo focolaio broncopneumonico dx, diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, vasculopatia carotidea, MGUS IgM/kappa, artropatia da cristalli di pirofosfato (pseudogotta). [...]"*;

g) *Parte_4* veniva poi nuovamente ricoverato in data 13.10.2016 presso il Reparto di Geriatria dell'Ospedale di *CP_3* a seguito di un generale peggioramento delle condizioni cliniche (in anamnesi: *"[...] Da circa 1 settimana vomito e vertigine posizionale [...] non dorme. Peggioramento del tremore e della rigidità dopo inserimento di* *Pt_5* *[...]*, con importanti segni di infezione in ingresso (GB 13.410/mmc N 11.860/mmc; PCR 152.9, iperpiressia continuo remittente; l'Rx torace evidenziava: *"[...] Al controllo odierno si osserva disomogeneo e tenue addensamento polmonare in sede retroparacardiaca sinistra*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

come da infiltrato di tipo flogistico. […]"; tampone rettale positivo per Klebsiella pneumoniae carbapemenasi produttrice);

h) in data 14.10.2016 veniva impostata terapia con ceftriaxone, sostituita con ampicillina/sulbactam e amikacina sino al 20.10.2016;

i) i valori indicativi di un'infezione in atto continuavano ad aumentare (14.10: GB 10.410/mmc N 80.7%; PCR 205.9; 15.10: GB 13.350/mmc N 12.810/mmc; PCR 246.4; 17.10: GB 8.070/mmc N 80.3%: PCR 389.1), e in data 16.10, a causa di un'insufficienza respiratoria con ipossiemia veniva iniziata ossigenoterapia;

l) a seguito di una consulenza infettivologica (la quale evidenziava: *Quadro Clinico - Paziente che presenta febbre, con elevazione della PCR e polmonite, in presenza di vasculopatia cerebrale cronica nota. Colonizzato da* *Contr* *, era stato recentemente ricoverato in ambiente internistico più volte. Non rigor. Consiglio trattamento come da polmonite nosocomiale con clindamicina 1 fiala 3v/die EV + meropenem 1 gr 3 v/die EV per almeno 5 gg - sierologie: Mycoplasma, Treponema, HIVAb, Widal* *Per_2* *Ag urinari* *Per_3* *e Pneumococco […]*" si iniziava terapia con clindamicina e meropenem;

m) in data 24.10.2016, *Parte_4* entrava in stato comatoso e alle [redacted] del [redacted] ne veniva constatato il decesso, avvenuto a causa di "*broncopolmonite bilaterale complicata da edema polmonare acuto ed insufficienza cardiorespiratoria terminale*".

I principi di diritto rilevanti nel caso di specie.

Ai fini dell'esame delle domande proposte, è opportuno riepilogare i principi di diritto strettamente attinenti al caso di specie, con particolare riferimento agli oneri probatori gravanti sulle parti.

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).

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,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

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, le conseguenze 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 (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.

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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

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 esperita avrà natura extracontrattuale; 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).

Di conseguenza, al fine di vedere accolta la domanda di risarcimento del danno patito *iure proprio*, i danneggiati devono provare gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano, tra cui la colpa della struttura sanitaria.

La responsabilità ex art. 1218 c.c. della convenuta

Esaminando la domanda di risarcimento del danno proposta *iure successionis,* occorre dunque verificare se gli attori abbiano o meno provato la natura nosocomiale dell'infezione e se il danno evento (polmonite che ha condotto alla morte del paziente) sia in correlazione causale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

con la stessa. Assolto tale onere probatorio da parte del paziente, andrà esaminato il profilo dell'assolvimento dell'onere probatorio gravante sulla struttura, consistente nella prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, ossia che l'infezione nosocomiale non poteva essere evitata in alcun modo ed è pertanto riconducibile ad una causa non imputabile alla struttura.

Con riguardo alla natura nosocomiale dell'infezione da Klebsiella pneumoniae carbapemenasi produttrice, i CCTTUU hanno concluso, con valutazione non contestata dai CCTTPP della Struttura, che, dato che il test d'ingresso [redacted] di [redacted] del 5/6.8.2016 era negativo per KPC e quello del 13/14.10.2016 era invece positivo, e che la Klebsiella è un caratteristico germe a circolazione ospedaliera, "*la contaminazione è avvenuta durante il ricovero a* [redacted] (pag. 104 della CTU).

I CCTTUU hanno poi affermato che "*…non avendo un riscontro microbiologico dettagliato sulla eziologia dell'affezione polmonare flogistica e dovendo ragione in senso probabilistico, l'insieme dei dati clinici e i dati anatomopatologico appaiono maggiormente a favore di una eziologica batterica dei focolaio di broncopolmonite individuati macroscopicamente all'analisi autoptica…In conclusione si può affermare con sufficiente criterio probabilistico che i focolai broncopolmonari fossero batterici, ma con agente eziologico non identificato in vita, né ulteriormente identificabile sulla base dei riscontri post mortem";* ancora, a pag. 114, essi hanno risposto che "*l'insieme dei dati clinici e e i dati anatomopatologici appaiono propendere maggiormente (più probabile che non) a favore di una eziologia batterica dei focolai di broncopolmonite individuati macroscopicamente all'analisi autoptica"*.

Non si ha riscontro diagnostico microbiologico conclusivo sull'eziologia dell'affezione polmonare flogistica perché tali accertamenti non sono stati effettuati, e tale omissione è stata stigmatizzata dai CTU (cfr. pag. 117 della relazione peritale).

Tale conclusione è stata contestata dai CCTTPP della Struttura, i quali ritengono invece che la causa della polmonite fu virale, e specificamente da virus respiratorio sinciziale (VRS); in questo caso, non sarebbe individuabile alcuna responsabilità dei sanitari, poiché tale virus non avrebbe natura nosocomiale e non esiste una terapia efficace.

Ciò posto, i CCTTUU hanno argomentato, con percorso logico assolutamente condivisibile, la propria conclusione (pagg. 105 – 106 – 107 della relazione) evidenziando: a) l'assenza di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

fattori di rischio da VRS in capo al Pt_4 (il quale "*non presentava quella profonda immunodepressione dell'immunità cellulo - mediata che condiziona le infezioni polmonari da VRS gravi e fatali*"); b) la presenza di sintomi caratteristici di un'infezione batterica nel corso del ricovero dell'ottobre 2016 (leucocitosi e rialzo PCR); c) aree di epatizzazione parenchimale – indicate nel referto dell'esame autoptico -, anch'esse indicative di infezione batterica e non virale; d) peso aumentato dei polmoni, segno di infezione batterica.

Dovendosi applicare, trattandosi di accertamento di natura causalistica, il criterio del "più probabile che non", ed essendo la scelta tra le possibili cause della polmonite letale limitata a due fattori causali, VRS e KPC, di cui il primo certamente meno probabile del secondo, deve pertanto ritenersi accertato il nesso causale tra l'infezione nosocomiale contratta da *[...]* Pt_4 presso [redacted] di [redacted] nel corso del ricovero dell'agosto 2016 e la polmonite che ha cagionato il decesso del paziente.

A fronte dell'assolvimento dell'onere probatorio gravante sul paziente, la struttura non ha invece fornito la prova liberatoria per come sopra descritta.

Non v'è, infatti, in atti alcuna prova della predisposizione, da parte della struttura, di tutte le precauzioni possibili atte, nel caso concreto, ad evitare l'infezione (ad es.: igiene mani; sorveglianza; prevenzione da contatto; isolamento del paziente; pulizia ambientale).

Deriva l'affermazione della responsabilità della convenuta ex art. 1218 c.c.

CP_4 deve dunque essere condannata a risarcire il danno subito *iure successionis* dagli eredi di Parte_4 .

La responsabilità ex art. 2043 c.c. della struttura coinvolta

Risulta fondata l'azione di risarcimento del danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale nei limiti di seguito indicati.

Va, sul punto, in primo luogo precisato che non è sufficiente a fondarne la responsabilità ex art. 2043 c.c. il mero dato che sia stato accertato che l'infezione da KPC avesse natura nosocomiale; tale accertamento non è, infatti, di per sé solo sufficiente ad affermare che vi sia stata una condotta colposa della CP_9 , poiché l'infezione potrebbe essere stata contratta nonostante il comportamento diligente dei sanitari; ragionare, in caso di infezione nosocomiale, nei medesimi termini indicati con riferimento alla responsabilità contrattuale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

anche in ipotesi di responsabilità extracontrattuale comporterebbe un'inammissibile inversione dell'onere probatorio.

Se, però, ai fini dell'accertamento della colpa della struttura non è sufficiente l'accertamento della natura nosocomiale dell'infezione che ha condotto alla morte del *Pt_4*, deve rilevarsi che l'istruttoria (ossia la CTU espletata) ha fatto emerge profili ulteriori di colpa dei sanitari causalmente rilevanti rispetto al decesso di *Parte_4*, riferibili al ricovero dell'ottobre 2016.

È, infatti, criticabile la scelta dei sanitari di trattare l'infezione in atto, e già nota a seguito degli esami eseguiti in ingresso, come una polmonite acquisita in comunità (CAP), con l'impostazione di una terapia antibiotica a base prima di ceftriaxone e, poi, di ampicillina/sulbactam e amikacina sino al 20.10.2016.

Soltanto in data 20.10.2016 l'infezione da cui era affetto il paziente veniva trattata come una polmonite di origine nosocomiale, con l'impostazione di una terapia antibiotica con clindamicina e meropenem.

La scelta di trattare tale polmonite secondo l'impostazione antibiotica prevista per le polmoniti di origine non – nosocomiale risulta criticabile a fronte dei dati sino a quel punto emersi: era, infatti, noto che il *Pt_4* era stato ricoverato tre mesi prima per un periodo di quasi un mese (5.8. – 28.8.2016; i CCTTUU hanno spiegato che la Klebsiella pneumoniae infetta frequentemente pazienti ospedalizzati per lungo periodo, nonché come tale batterio comporti il rischio di polmonite); era nota la colonizzazione da Klebsiella, tipico batterio di origine nosocomiale, per essere stato riscontrato tale agente patogeno con tampone rettale in ingresso in Ospedale in data 13/14.10; era altresì noto che, nel corso del precedente ricovero dell'agosto 2016, l'infezione contratta dal *Pt_4* era stata trattata, seppur solo in un secondo momento, con associazione antibiotica risultata efficace in quanto orientata a coprire ad ampio spettro un'eventuale antibiotico resistenza.

Sarebbe stato pertanto corretto trattare immediatamente la polmonite come HCAP (polmonite associata all'assistenza sanitaria) ovvero come una CAP a rischio per germi multiresistenti agli antibiotici, e, dunque, con una terapia antibiotica assimilabile a quella suggerita per le polmoniti associate a ricovero. La terapia corretta (meropenem e clindamicina) è stata invece

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

impostata solamente il 20 ottobre, ossia 7 giorni dopo il ricovero e 6 giorni dopo l'impostazione della prima terapia con ceftriaxone.

Le linee guida citate dai CCTTUU evidenziano una ridotta mortalità in caso di impostazione di una corretta terapia antibiotica all'ingresso in nosocomio, sicché si tratta di un errore medico causalmente rilevante – sebbene in termini di incertezza e, dunque, di perdita di *chance* – rispetto al danno evento.

Evidenziano ancora i CCTTUU che la terapia antibiotica con ceftriaxone – comunque, come detto, non corretta – fu impostata soltanto il giorno dopo il ricovero.

Sul punto, i CCTTPP di parte convenuta osservano che le indicazioni delle linee guida non sono univoche in ordine alla necessità di impostare la terapia antibiotica indicata dai CCTTUU; appare del tutto logica la risposta dei CCTTUU su tale aspetto, i quali hanno affermato che tanto un criterio di prudenza – che senz'altro deve ritenersi un criterio orientativo dell'attività medica integrativo rispetto alla linee guida – quanto il dato anamnestico della pregressa risoluzione di un'infezione simile con terapia antibiotica per HAP doveva indurre ad adottare un approccio terapeutico diverso da quello concretamente adottato.

Ulteriore profilo di criticità evidenziato dai CCTTUU è il seguente: il paziente fu ricoverato presso il reparto di geriatria, mentre le evidenze cliniche suggerivano un immediato ricovero in un reparto di terapia intensiva, ricovero che sarebbe stato ancor più opportuno a fronte del peggioramento della funzionalità respiratoria avvenuto registratosi il 16.10.2016. Al contrario, si procedette in tal senso solamente in data 24.10.2016, e precisamente [redacted]

I CCTTUU hanno poi chiarito che le omissioni e le negligenze suindicate hanno determinato una perdita di *chances* della cura dell'affezione polmonare che ha condotto al decesso.

Essi concludono infatti affermando, all'esito di un percorso argomentativo del tutto logico e condivisibile e tenendo conto delle osservazioni dei CCTTPP di parte convenuta, che "*qualora il Sig.* *Pt_4* *fosse stato prontamente sottoposto alla corretta terapia antibiotica in un Reparto di Terapia intensiva, lo stesso, avrebbe avuto maggiori chances nella cura dell'affezione polmonare che, invece, ne ha determinato il decesso*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

Non risultano invece causalmente rilevanti le ulteriori criticità riscontrate dai CCTTUU.

Non può, infatti, considerarsi tale né l'erroneo approccio terapeutico adottato nel corso del ricovero dell'agosto 2016 – posto che l'infezione occorsa in quella sede fu risolta – né le omesse ulteriori indagini diagnostiche omesse nel corso del ricovero dell'ottobre 2016, poiché, *ex post*, si è accertato quale sia stata la causa della morte (polmonite da Klebsiella contratta in Ospedale) ed era noto quale fosse la terapia corretta non tempestivamente adottata.

Né, evidentemente, risulta causalmente rilevante rispetto al decesso la negligenza dei sanitari *post mortem* riscontrata dai CCTTUU nell'omissione degli esami microbiologici volti all'individuazione del germe responsabile della polmonite.

Ciò posto, va rilevato che i CCTTUU non hanno potuto chiarire se il comportamento alternativo lecito avrebbe con certezza scongiurato l'evento morte. L'incertezza sull'efficacia salvifica della condotta doverosa omessa appare, in effetti, ineliminabile, anche in base al criterio del più probabile che non.

Ciò che i congiunti del *Pt_4* hanno perso, dunque, è la *chance* che il proprio congiunto potesse guarire, da liquidarsi in una percentuale equitativamente determinata in base al valore della *chance*; più seria è la possibilità perduta in conseguenza della condotta del danneggiante, più è alto il valore di tale possibilità; fermo restando che: laddove la consistenza della *chance* sia tale da ritenersi superiore al 50% + 1 (da intendersi quale "più probabile che non"), non si parlerà di *chance* ma di accertata causalità tra colpa e danno evento; qualora, invece, tale consistenza non sia seria ed effettiva – contrariamente a quanto accade nel caso di specie, ove la possibilità di guarigione perduta dal *Pt_4* riveste invece tali caratteristiche – non potrà dirsi sussistente alcuna concreta possibilità di ottenere il risultato sperato, con conseguente rigetto della domanda risarcitoria.

Va chiarito che non va risarcita, nel caso di specie, la perdita della *chance* di sopravvivenza di *Parte_4* quale danno *iure successionis.*

Tale risarcimento è, infatti, incompatibile con il riconoscimento della piena responsabilità della convenuta in relazione alla domanda ex art. 1218 c.c. spiegata dagli attori *iure successionis*. Sul punto, la giurisprudenza di legittimità ha recentemente chiarito che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

"*nell'ipotesi di un paziente che, al momento dell'introduzione della lite, sia già deceduto, sono, di regola, alternativamente concepibili e risarcibili jure hereditario, se allegati e provati, i danni conseguenti: a) alla condotta del medico che abbia causato la perdita anticipata della vita del paziente (determinata nell'an e nel quantum), come danno biologico differenziale (peggiore qualità della vita effettivamente vissuta), considerato nella sua oggettività, e come danno morale da lucida consapevolezza della anticipazione della propria morte, eventualmente predicabile soltanto a far data dall'altrettanto eventuale acquisizione di tale consapevolezza in vita; b) alla condotta del medico che abbia causato la perdita della possibilità di vivere più a lungo (non determinata nè nell'an nè nel quantum), come danno da perdita di chances di sopravvivenza. In nessun caso sarà risarcibile iure haereditario, e tanto meno cumulabile con i pregiudizi di cui sopra, un danno da "perdita anticipata della vita" con riferimento al periodo di vita non vissuta dal paziente.*" (Cass. civ. Sez. III, Sent., (ud. 03/07/2023) 19-09-2023, n. 26851; nel senso della risarcibilità in via equitativa della possibilità perduta (*i.e.* la *chance*) soltanto quando la condotta colpevole del sanitario abbia come conseguenza un evento di danno incerto quanto alla possibilità di ottenere la situazione favorevole, cfr. anche Cass. n. 5641/2018). La perdita di "*chance*", ovvero di una concreta possibilità di conseguire un determinato bene della vita, integrante la lesione di un'entità patrimoniale attuale suscettibile di autonoma valutazione economica, non può quindi coesistere con il danno alla salute (e con il correlato danno morale), il quale presuppone l'accertamento che l'illecito si sia concretizzato in una menomazione dell'integrità psicofisica, e che, di conseguenza, l'inadempimento del sanitario abbia non soltanto privato il paziente di una possibilità di cura ma concretamente inciso sul suo stato di salute (cfr. Cass. n. 3691/2018).

Deve invece – è bene ribadirlo – essere risarcita la perdita della *chance* di mantenere il rapporto parentale con il proprio congiunto, perdita prodottasi direttamente nella sfera giuridica degli attori prossimi congiunti del *Pt_4* (domanda da ritenersi certamente ricompresa nelle conclusioni formulate dagli attori).

Sul risarcimento del danno

Occorre esaminare separatamente le diverse voci di danno richieste.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

Quanto alla legittimazione attiva degli attori con riferimento alle voci di danno richieste *iure successionis*, che discende dalla loro qualità di eredi di *Parte_4*, non risulta esservi alcuna contestazione da parte della struttura convenuta.

Ciò chiarito, e sempre in relazione al danno *iure successionis*, va premesso che, in tema di danno non patrimoniale risarcibile in caso di morte causata da un illecito, 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 che il danno biologico terminale dà 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 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. 15491/2014).

Nel caso di specie, vanno senz'altro riconosciuti i 12 giorni di ITA, *sub specie* di danno biologico terminale, richiesti dagli attori (pari alla durata del ricovero dell'ottobre 2016), senza che rilevi quanto eccepito dalla convenuta, per cui il *Pt_4* era già, prima dell'ingresso in Ospedale, in condizioni cliniche scadute; lo scadimento delle condizioni cliniche del paziente era, infatti, ragionevolmente da attribuirsi proprio all'infezione da Klebsiella che causò la polmonite che ne cagionò il decesso. Tale danno va quantificato, sulla base delle Tabelle milanesi, in uso presso questo Tribunale, in un totale di € 23.662,00 (€ 15.000,00 equitativamente determinati per i primi tre giorni + i giorni successivi fino al dodicesimo).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

Non va, invece, riconosciuto il c.d. danno catastrofale, non essendo emersa la prova della consapevolezza della morte imminente in capo al paziente.

Quanto al danno da perdita del rapporto parentale – *recte* da perdita della *chance* di mantenere il rapporto parentale – si tratta di un danno liquidabile in via equitativa in base alla serietà della *chance* perduta, tenendo conto di quanto emerso dall'istruttoria in punto di rapporti tra gli attori e *Parte_4* .

Tale danno, ex art. 1226 c.c., va liquidato:

a) in € 50.000,00 per *Parte_2* , di anni 49 al momento del decesso del padre, convivente con quest'ultimo e che riceveva l'aiuto del padre a causa delle patologie da cui è affetto (cfr teste *Testimone_1* , verb. ud. 22.6.2021, la quale ha riferito che *Parte_4* : "*si prendeva cura del figlio Pt_2 , che ha una patologia psichiatrica - è bipolare - ed ha la miastenia che è quella patologia per cui non si controllano i muscoli del corpo. [...] Pt_4 conviveva con il figlio Pt_2 fino al ricovero di agosto 2016 e si occupava di tutte le necessità del figlio, per la somministrazione dei farmaci e per tutte le altre sue esigenze*"; circostanza confermata dal teste *Testimone_2* , cfr. verb. ud. del 5.10.2021);

b) € 35.000,00 per la figlia *Parte_1* , non convivente con il padre, di anni 51 alla data del decesso del padre; l'istruttoria ha acclarato l'esistenza di un intenso rapporto affettivo (cfr. dichiarazioni del teste *Pt_3* , il quale ha dichiarato che *Parte_1* "*frequentava il padre quasi tutti i giorni, in quanto abitavamo a qualche centinaio di metri di distanza. Durante le festività eravamo quasi sempre insieme. Negli ultimi anni, inoltre, pranzavamo insieme il sabato o la domenica o anche tutti e due i giorni.*", cfr. verb. ud 5.10.2021);

c) per quanto concerne la nipote *Parte_3* , va premesso che, in linea di principio, i nipoti rientrano nella cerchia dei soggetti che possono chiedere il risarcimento da lesione/perdita del congiunto in caso di macrolesione/morte dello stesso. Si tratta di una conclusione che si impone in ragione delle numerosissime disposizioni presenti nell'ordinamento inerenti al rapporto tra nonni e nipoti (a titolo meramente esemplificativo: artt. 316 *bis* – 317 *bis* - 433 – 803 c.c.). Non può essere considerata ostativa al riconoscimento del risarcimento del danno la circostanza per cui il nipote e il nonno non convivessero. A diverse conclusioni non può condurre il fatto che nelle Tabelle milanesi non sia previsto il risarcimento del danno in favore del nipote in caso di morte del nonno, poiché la previsione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

nelle Tabelle della risarcibilità di un certo rapporto parentale dipende dalla presunzione di intensità che assiste quel rapporto, senza che nulla impedisca di risarcire un rapporto, pur non ricompreso delle Tabelle, della cui intensità sia fornita adeguata prova in corso di giudizio; la giurisprudenza di legittimità ha infatti ormai chiarito che "*Il nipote ex filio ha diritto al risarcimento del danno non patrimoniale per l'uccisione del nonno, ove deduca e dimostri l'esistenza d'un rapporto affettivo con la vittima.*" (Cass. civ. Sez. III, 20/10/2016, n. 21230; Cassazione Civile, sentenza n. 7743/2020; a diverse conclusioni potrebbe giungersi soltanto per la perdita del nonno da parte del nipote in tenera età, trattandosi di un rapporto futuro e non eventuale: cfr. Cass. civ. Sez. III Sent., 26/04/2022, n. 12987 (rv. 664635-01). Ciò posto, considerata l'intensità del rapporto parentale che legava la nipote al nonno (la quale risulta residente con i genitori nello stesso Comune in cui viveva il *Pt_4* , con un'intensa frequentazione tra nipote e nonno, cfr. verb. ud. del 5.10.2021), va liquidata in via equitativa la somma di € 15.000,00.

Non va poi risarcito il danno patrimoniale per le spese funerarie, essendo stata prodotta unicamente la fattura, che non costituisce prova del pagamento.

Non può poi essere risarcito il richiesto danno patrimoniale da lucro cessante per gli apporti che *Parte_4* avrebbe, nella prospettazione attorea, elargito ai figli. Si tratta, in realtà, di contributi economici del tutto eventuali; va, inoltre, considerato che non risponde all'*id quod plerumque accidit* che un anziano di 77 anni – anziano che, nel caso di specie, percepiva un reddito annuo non certo elevato, pari a € 15.835,00 (cfr doc. 38 di parte ricorrente) – contribuisca economicamente alle esigenze dei figli.

Tutte le somme liquidate vanno devalutate alla data del sinistro e rivalutate con interessi legali – ex art. 1284, comma 1, c.c. trattandosi di debito di valore e non di valuta sino alla liquidazione – alla data dell'ultimo aggiornamento ISTAT disponibile.

Le spese di lite seguono la soccombenza e vanno liquidate secondo i valori medi in base allo scaglione di riferimento, sia per il presente giudizio sia per la fase della consulenza tecnica preventiva, con spese di CTU e di CTP documentate (€ 2.440,00, cfr. doc. 40, di cui la seconda pagina risulta illeggibile) a carico della convenuta.

P.Q.M.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

Il Tribunale di Ravenna, definitivamente pronunciando sulle domande svolta da *Pt_1 [...]*, *Parte_2* e *Parte_3* nei confronti di *CP_4* ogni diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa e respinta, così provvede:

a) accerta la responsabilità della convenuta nei termini indicati in motivazione;

b) in accoglimento della domanda proposta *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3 [...]* n.q. di eredi di *Parte_4*, condanna *CP_4* al pagamento della somma di € 23.662,00, oltre devalutazione, rivalutazione ed interessi sino alla data della presente sentenza come indicato in motivazione, a titolo di risarcimento del danno *iure successionis*, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo;

c) in accoglimento della domanda proposta *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3 [...]* *iure proprio*, condanna *CP_4*

1) al pagamento in favore di *Parte_2* della somma di € 50.000,00 oltre devalutazione, rivalutazione ed interessi sino alla data della presente sentenza come indicato in motivazione, a titolo di risarcimento del danno *iure proprio*, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo;

2) al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 35.000,00 oltre devalutazione, rivalutazione ed interessi sino alla data della presente sentenza come indicato in motivazione, a titolo di risarcimento del danno *iure proprio*, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo;

3) al pagamento in favore di *Parte_3* della somma di € 15.000,00, oltre devalutazione, rivalutazione ed interessi sino alla data della presente sentenza come indicato in motivazione, a titolo di risarcimento del danno *iure proprio*, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo;

d) rigetta per il resto;

e) condanna la convenuta al pagamento delle spese legali in favore degli attori, liquidate in € 14.103,00 oltre contributo, marca, 15%, iva e cpa se dovute e come per legge, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112

f) condanna la convenuta al pagamento delle spese legali della fase ex art. 696 *bis* c.p.c. in favore degli attori, liquidate in € 3.827,00 oltre contributo, marca, 15%, iva e cpa se dovute e come per legge, oltre interessi dalla data della presente sentenza al soddisfo, oltre spese di CTU e di CTP documentate (€ 2.440,00).

Si comunichi.

13.10.2023

Il Giudice

Gianluca Mulà

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-112