



RGAC 60792 ANNO 2020

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI ROMA
SEZIONE TREDICESIMA CIVILE

Il giudice Raffaella Vacca

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado, iscritta al n. **60792** del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno **2020** vertente

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*) e *Parte_2* (c.f. *C.F._2*) in proprio e quali eredi di *Persona_1* elettivamente [REDACTED] [REDACTED] presso lo studio degli avv.ti [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] che li rappresentano e difendono in virtù di procura rilasciata su foglio separato allegato al ricorso;

ATTORI

E

Controparte_1 c.f. *P.IVA_1*) in persona dell'Amministratore Unico p.t., elettivamente [REDACTED] presso lo studio dell'avv. [REDACTED] che la rappresenta e difende in virtù di mandato posto in calce alla comparsa di risposta su foglio separato.

CONVENUTA

Oggetto: *morte*

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO E IN DIRITTO

Con ricorso ex artt. 8 L. 24/17 e 702 bis c.p.c. notificato in data 29.12.20 [REDACTED] [REDACTED] in proprio e quali eredi di *Persona_1* convenivano in giudizio, avanti il Tribunale di Roma, la *Controparte_1* n.q. di gestore della *Organizzazione_1*, per ivi sentir accertare la responsabilità dei sanitari che ebbero in cura il *de cuius* *Persona_1* presso il convenuto nosocomio nella causazione dell'evento [REDACTED] a causa della negligente, carente, inadeguata ed omissiva cura ed assistenza prestata allo stesso in occasione del suo ricovero avvenuto dal 10.10.16 al 12.11.16, con conseguente condanna della stessa al risarcimento di tutti i danni, *iure proprio* e *iure hereditatis*, patrimoniali e non, nella misura ritenuta equa e di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria.

A sostegno della domanda parte attrice esponeva che:

- in data 28.09.16 *Persona_1* a seguito di una caduta accidentale nella propria abitazione, veniva trasportato con autoambulanza del 118 al P.S. dell'Ospedale *Org_2* All'ingresso presentava "(...) *escoriazioni arti superiori, trauma cranico con ferita lacera occipitale, dolore cervicale, dorsale ed emicostato sx, dolore caviglia sx*";

-all'esame obiettivo veniva evidenziata una "*ferita cuoio capelluto a stella che viene suturata...*"; la TC cranico, eseguita senza mdc, riportava "*non si evidenziano aree di alterata densità di significato post traumatico recente. IV ventricolo normale ed in sede... Non dilatati gli spazi liquorali periencefalici... non si rilevano immagini da riferire a rime di frattura a carico delle ossa della volta cranica e del massiccio facciale*". Gli ulteriori accertamenti eseguiti (ECG, ecografia addome completo, RX torace, RX colonna lombosacrale) non evidenziavano lesioni significative a livello traumatico e fratturativo, né lesioni parenchimali a focolaio in atto;

- a seguito di consulenza ortopedica e consulenza neurochirurgica, in data 3.10.16, veniva ricoverato presso il Reparto Medicina *Org_3* del medesimo nosocomio in condizioni generali scadute;

- il diario infermieristico dei giorni successivi descriveva il paziente in condizioni di allettamento e non più autonomo;

- in data 8.10.16 si accertava, per la prima volta, la presenza di una lesione da decubito "*stadio: 2; sede: sacro-coccige*";

- in data 10.10.16 veniva dimesso per essere trasferito presso la Casa di Cura *Org_1* con esame obiettivo all'ingresso "*il paziente proviene dall' ospedale*

Org_2 con la seguente diagnosi: trauma cranico in seguito caduta accidentale con ferita del cuoio capelluto, lieve igroma biemisferico, contusioni multiple a carico della colonna cervico-dorso-lombare e bacino, anemia carenziale, stenosi carotidea destra, ipertensione arteriosa, portatore di protesi del ginocchio bilaterale, ipoacusia...Esame Obiettivo locoregionale: Decubito sacrale III-IV grado cm 8x3x0,2 e 6x3x0,2. Vasto ematoma sovratrocanterico dx. escara postraumatica occipito-parietale sin cm 3x3. Vasto lipoma sovrascapolare sinistro”;

- a partire dal 3.11.16 iniziava a manifestare reiterati episodi di iperpiressia, in risposta ai quali gli veniva somministrata Tachipirina/Paracetamolo. Dal 7.6.2016 gli esami ematochimici evidenziavano un'importante leucocitosi neutrofila, con una VES che il 10.11.16 raggiungeva il valore di 110.;

- dal 5.11.16 veniva somministrata antibioticoterapia empirica, mediante *Pt_3* , al quale dopo due giorni veniva associata Gentamicina;

- in data 8.11.16 venivano, altresì, richiesti esame colturale delle urine ed emocoltura. Tuttavia, nel frattempo, le condizioni del *Per_1* erano peggiorate sensibilmente, tanto che dal 9.11.16 in cartella clinica veniva annotato “non risponde agli stimoli...condizione grave...”;

-in data 12.11.16 accedeva al P.S. dell' *CP_2* *Organizzazione_4* dove veniva ricoverato con diagnosi di “sepsi” con esecuzione immediata di un tampone dell'ulcera sacrale, il quale risultava positivo a numerosi microorganismi (*Candida Albicans*, *Proteus Mirabilis*, *Escherichia Coli* EBLs +, *Acinetobacter Baumannii* cplx MDR) resistenti alla maggior parte degli antibiotici dell'antibiogramma, di chiara origine nosocomiale;

- per questi motivi, veniva impostata terapia mirata con **Org_5** , ma in data 21.11.2016 il **Persona_1** ecedeva;

- con ricorso ex art. 696-bis c.p.c. depositato in data 27.11.2019 avanti al Tribunale di Roma, i ricorrenti, rispettivamente figlio e nipote del *de cuius* **Persona_1** chiedevano disporsi una consulenza medico-legale.

Nel procedimento di ATP recante r.g. 75912/19 venivano nominati i c.t.u. dott.ssa **Persona_2** e il dott. **Persona_3** (specialista in malattie infettive).

Dalla relazione peritale depositata in data 11.10.20 emergeva:

*a) l'infezione della lesione da decubito ha carattere di I.C.A. (infezione Correlata all'Assistenza) sostenuta dai germi menzionati sopra. Essa si è verificata più probabilmente presso la struttura **Org_1** “ **Org_1** ”.*

b) c) Le strutture convenute non hanno depositato agli atti documenti comprovanti l'adozione di misure di contrasto all'Infezioni Correlate con l'Assistenza (I.C.A.).

*d) Nel ricovero presso il **Organizzazione_6** è stato effettuato uno screening d'ingresso del paziente volto a stabilire la presenza di fattori favorenti l'insorgenza delle infezioni, tuttavia il ritardo nella disponibilità del materasso antidecubito potrebbe aver consentito l'insorgenza dell'ulcera da decubito in regione sacrale.*

*Nel ricovero presso la **Organizzazione_1** , la struttura non ha effettuato uno screening d'ingresso del paziente specificatamente volto a stabilire la presenza di fattori favorenti l'insorgenza delle infezioni, tuttavia ha subito preso in considerazione la presenza della lesione da decubito in regione sacrale, ancorché non menzionata nella relazione di dimissioni e nella proposta di ricovero del **Organizzazione_6** [...] attivando tutte le misure (medicazioni idonee, mobilitazione, materasso antidecubito) volte al corretto trattamento della medesima.*

*e), f) Presso la **Organizzazione_1** non è stato effettuato, se non parzialmente, un iter diagnostico volto a evidenziare la presenza di infezioni (in particolare non sono presenti indagini microbiologiche sulla lesione da decubito e non sono state richieste idonee consulenze specialistiche).*

g), h), i), j) e k) Il trattamento antibiotico prescelto presso la Organizzazione_1 è stato intrapreso su base empirica e non mirata, non essendo state effettuate indagini microbiologiche sul sito di infezione. Il trattamento più corretto rispetto alla specifica condizione poteva richiedere il supporto più competente di una consulenza infettivologica o almeno internistica.

l), m) e n) Dall'infezione nosocomiale, non correttamente diagnostica e tardivamente trattata, sono derivati postumi diversi (morte del paziente) da quelli che ci si sarebbe aspettato in presenza di un trattamento più tempestivo e corretto.

o) L'età del paziente (85 anni), affetto da cardiopatia ipertensiva, traumatizzato, hanno costituito fattori favorenti le infezioni (paziente fragile).

p), q), r), s), t) e u) Non ricorrono in quanto il paziente è deceduto. Pertanto, il danno biologico va valutato al 100%.

Venivano presentate osservazioni critiche all'elaborato peritale da parte dei consulenti di parte convenuta i quali evidenziavano come il paziente, su autonoma decisione del figlio, usciva dalla Casa di Cura Org_1 di sua spontanea volontà in data 12.11.16, interrompendo in tal modo il nesso di causalità tra la carenza diagnostica e l'evento [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

In replica, il collegio peritale chiariva come a pag.6 della relazione tecnica fosse indicato testualmente "12/11/2016: il paziente esce contro il parere dei sanitari accompagnato dal figlio che firma la cartella". Quanto riportato in merito successivamente a pag. 22 è evidentemente errata. La frase: "Tale situazione indusse i Sanitari della struttura a richiedere il trasferimento presso l' [...]

Org_7 " va quindi soppressa." Inoltre, precisava come "n ordine alla terapia empirica instaurata a " Org_1 " ma, come affermano i CCTTP, anche presso il Orga si può rilevare che non si è provveduto a raccogliere dati microbiologici più precisi, almeno fino al momento in cui il paziente è uscito contro il parere dei Sanitari. In ordine alla somministrazione del Ceftriaxone

presso Org_1 (antibiotico non testato nell'esame colturale del 12.11.2016 effettuato presso il ██████ è esperienza comune e consolidata che nessuna delle cefalosporine è efficace nei confronti di *Acinetobacter* spp. In ordine alla lesione da decubito insorta presso il S. ██████ Org_ non menzionata al momento del trasferimento a Org_1 (ed in questo conveniamo con i CCTTP) e trattata in quest'ultima struttura, precisiamo che è pur vero che essa si è ridotta di dimensioni, ma è anche vero che si è approfondita passando da 1-2 mm a 3mm. L'essudato è stato definito fino al 15.10 "scarso" e successivamente "moderato". Pertanto non si può affermare con certezza che la lesione sia da considerare migliorata. In merito all'affermazione dell'interruzione del nesso di causalità in seguito alla dimissione volontaria del sig. Per_1 , si precisa quanto segue: la dimissione del paziente è stata richiesta dal figlio, in quanto, considerato il progressivo aggravarsi delle condizioni di salute del sig. Per_1 , era venuto meno il rapporto di fiduciale con i sanitari della Organizzazione_1 [...]. In conseguenza di tale dimissione, il sig. Per_1 non ha subito alcuna interruzione delle cure, in quanto è stato immediatamente ricoverato presso l' CP_2 Org_8 , ove ha ricevuto tutte le cure del caso. Pertanto, non si ravvisa una interruzione del nesso di causalità, in quanto la sepsi che ha determinato l'exitus del sig. Per_1 , è stata causata dall'iniziale sottovalutazione da parte dei sanitari della Organizzazione_1 del progressivo aggravarsi delle condizioni di salute." Inoltre, in ordine al ricovero presso l' Org_9 [...] nel condividere con la richiesta dei CCTTP disponeva la correzione della frase riportata p. 23: "Presso l' CP_2 Org_8 il quadro infettivo si manifesta in tutta la sua gravità, rendendo vano il trattamento della lesione da decubito" con la seguente: "Presso l' Organizzazione_9 il quadro

infettivo, inizialmente non indicativo di sepsi, dopo 4 giorni di ricovero in data 16.11, si manifesta come sepsi". Così concludeva: "In sintesi concludiamo quanto già espresso nella Bozza di Relazione, pur con le suddette precisazioni, e cioè che il paziente è stato vittima di un'infezione nosocomiale verificatasi più probabilmente durante la degenza presso Org_1 , a partenza dalle lesioni da decubito, causata da vari microorganismi (Acinetobacter baumannii, Escherichia coli, Proteus mirabilis e Candida albicans), non validamente contrastata ed evoluta poi dapprima in stato batteriemico e successivamente in sepsi conclamata dall'esito letale."

Alla luce delle risultanze peritali i ricorrenti intentavano l'odierno giudizio.

Con comparsa di risposta si costituiva la Controparte_1 contestando e impugnando l'avverso ricorso e chiedendo il rigetto delle domande ex adverso formulate.

In via preliminare, eccepiva l'improcedibilità del giudizio per decorso del termine di cui all'art.8, co.3 Legge 24/17, essendo spirato alla data di deposito del ricorso ex art.702-bis c.p.c. il termine stabilito dalla citata norma. Sul punto, osservava come il ricorso ex art. 696-bis veniva depositato in data 27/11/19 con conseguente decorso del termine perentorio di sei mesi (compresa la sospensione straordinaria per l'emergenza sanitaria) in data 30.07.20 Di conseguenza il successivo termine di 90 giorni per il deposito del ricorso ex art.702 bis c.p.c. spirava il 28.10.20 e non anche l'11.11.20 come calcolato dalla controparte, non soggiacendo il procedimento ex art. 696-bis c.p.c. alla sospensione feriale. Sempre in via preliminare, eccepiva l'inammissibilità della domanda per difetto di legittimazione attiva dei ricorrenti per carenza probatoria.

Eccepciva, inoltre, l'inammissibilità per inapplicabilità alla fattispecie in esame della Legge 24/17 essendosi svolti i fatti nell'anno 2016. Nel merito, deduceva l'assenza di prova in ordine all'asserito inadempimento degli obblighi gravanti sulla *Org_1* sia con riferimento al nesso di causalità intercorrente tra le omissioni e l'avvenuto decesso del paziente. Infine, contestava il *quantum debeatur*.

All'udienza del 22.07.21 il G.I. disponeva il mutamento del rito, autorizzando le parti al deposito delle memorie di cui all'art.183, co.VI c.p.c.

Successivamente, con Ordinanza del 14.01.22 il Giudice – rilevata la presenza di aporie probatorie -formulava proposta conciliativa ex art.185 *bis* c.p.c. dal seguente tenore:

*“pagamento a carico di parte convenuta della somma complessiva di euro 90.000,00 in favore di *Parte_1* (figlio non convivente) e di euro 40.000,00 in favore di *Parte_2* (nipote non convivente), oltre euro 20.000,00 ed oneri di legge a titolo di contributo spese processuali ed oltre spese di ctu.”*

Parte attrice aderiva alla proposta, mentre parte convenuta manifestava il proprio dissenso alla stessa.

All'udienza del 5.05.22 il Giudice assegnava alle parti un termine per il raggiungimento di un accordo amichevole invitandole a depositare la domanda di cui al secondo comma dell'art.5 D.lgs. 4.3.2010 n.28 presso un organismo di mediazione.

In data 13.07.22 parte attrice depositava il verbale negativo di mediazione.

Pertanto, all'udienza del 15.09.22 il Giudice – ad integrazione della c.t.u. - disponeva il richiamo del collegio peritale affinché lo stesso replicasse ai rilievi di parte convenuta di cui alla memoria ex art. 183 VI comma n.2 c.p.c.

In data 18.10.22 i c.t.u., nel replicare alle osservazioni di parte convenuta, precisavano che *“(...) Nella Relazione di CTU è stata ben descritta l'evoluzione dell'infezione settica come iniziata presso Org_1 almeno una settimana prima del trasferimento ed evoluta in sepsi conclamata alcuni giorni dopo l'ingresso nell'Ospedale Org_8 . E questo non deve stupire in quanto le sepsi iniziano sempre come una semplice infezione ed evolvono come SIRS (Sindrome da Risposta Infiammatoria Sistemica), poi come sepsi conclamata, ed infine, in alcuni casi, come sepsi irreversibile ed Insufficienza MultiOrganica (MOF). Pertanto è evidente che il “primum movens” della sepsi è stata l'infezione occorsa presso la Organizzazione_1 . Testimoni dell'infezione sono lo stato febbrile del paziente iniziato circa dieci giorni prima del trasferimento e dal riscontro ripetuto di una notevole leucocitosi neutrofila e dall'aumento degli indici di flogosi. La Diagnosi di Morte viene sempre certificata sia dalla scheda di Avviso di Morte all'Ufficiale di Stato Civile del Comune e dalla Scheda di Morte ISTAT in cui devono venire evidenziate Causa Iniziale, Causa Intermedia e Causa Terminale di Morte. Tali documenti non sono stati allegati alla cartella depositata in atti. Oltre a ciò le diagnosi cliniche del paziente sono chiaramente elencate nel frontespizio della Cartella Clinica dell'Ospedale Org_8 che elenca testualmente come Diagnosi di Dimissione Principale “Febbre settica” e come Diagnosi di Altre Condizioni Patologiche “Ulcera da pressione sacrale IV stadio infetta; Cachessia terminale; Deplezione di volumi; Insufficienza renale acuta; Squilibrio elettrolitico; Insufficienza cardiaca; Fragilità psicorganica*

severa". Si precisa che le ultime quattro voci configurano proprio il quadro della Parte_ Per quanto riguarda la "Scheda di Accompagno Salma" si precisa che la diagnosi in essa contenuta ("shock cardiogeno"), non ha valore clinico ma è allegata alla salma a fini di Polizia Mortuaria e al fine di indicare al personale dell'obitorio le migliori modalità di gestione del cadavere, avvertendo, ad esempio, se si tratta di morte naturale o per cause violente o di natura delittuosa o se avvenuta per malattie infettive diffuse e contagiose. Concludevano ribadendo come "(...) Presso la Organizzazione_1 le lesioni da pressione sono state trattate in modo sufficientemente adeguato, anche se non sono sostanzialmente migliorate a causa dell'infezione subentrata. L'infezione, manifestatasi con stato febbrile e con notevole aumento della leucocitosi neutrofila, appare essere stata sottovalutata e non investigata compiutamente. La terapia è stata conseguentemente inadeguata. Il trasferimento contro il parere dei Sanitari ha complicato l'iter diagnostico terapeutico. L'infezione, iniziata presso la Casa Org_1, è evoluta successivamente presso l Controparte_3 verso la sepsi e lo stato ipotensivo con comparsa dell'Insufficienza multiorganica."

All'udienza del 13.04.23 il Giudice ha trattenuto la causa in decisione assegnando alle parti, ai sensi dell'art.190 c.p.c., termini di giorni 60 per il deposito di comparse conclusionali e di ulteriori giorni 20 per il deposito delle memorie di replica.



Alla disamina del merito è opportuno premettere – soprattutto per meglio comprendere le considerazioni che seguiranno in punto di ripartizione dell'onere probatorio tra le parti in lite - che secondo l'ormai consolidato orientamento

della giurisprudenza, in ipotesi di danni riportati a seguito di intervento chirurgico e, più in generale, di errato trattamento sanitario, il titolo della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria – pubblica o privata - è di natura contrattuale.

Come noto, a partire dalla nota sentenza 1° luglio 2002, n. 9556, la Suprema Corte ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di «spedalità» o di «assistenza sanitaria») che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti — con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13 aprile 2007, n. 8826) — e che ha ad oggetto l'obbligo di quest'ultima di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero, ecc.).

Si tratta di un contratto a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospedalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicché neppure rileva la circostanza che il medico che esegue l'intervento chirurgico sia o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso sia stato scelto dal paziente ovvero sia di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (*rectius*, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, Cass., sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

La responsabilità che dall'esplicazione dell'attività del terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa invero sul principio *cuius commodum et eius incommodum* o, più precisamente, nell'appropriazione o

avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore derivano.

A tale stregua, la struttura sanitaria è direttamente responsabile allorquando l'evento dannoso risulti da ascriversi alla condotta colposa del medico della cui attività essa si è comunque avvalsa per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, pure se questi abbia effettuato (quand'anche a sua insaputa; cfr. Cass. 17.5.2001 n. 6756) un intervento di tipo diverso rispetto a quello originariamente pattuito con il paziente.

Inquadrata nell'ambito contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria e del medico, nel rapporto con il paziente, si è ritenuto che il problema del riparto dell'onere probatorio dovesse seguire i criteri fissati in materia contrattuale, alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, per cui il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria avrebbe dovuto provare il contratto (fondato sul contatto sociale) ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Con la conseguenza per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non avrebbe più rilevato quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma avrebbe dovuto essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario allegare e provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

La questione è stata successivamente affrontata *funditus* dalle Sezioni Unite Civili (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577), che hanno statuito che

l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ne consegue che, nelle cause di responsabilità professionale medica, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza astrattamente efficiente alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno (Cass. civ. sez. un. 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. civ. 26 febbraio 2013, n. 4792; Cass. civ. 21 luglio 2011, n. 1593; 12 dicembre 2013 n. 27875). Più recentemente, la Suprema Corte è tornata ad ulteriormente fissare, in termini precisi e maggiormente rigorosi, condivisi dall'odierno decidente, l'onere assertivo e probatorio gravante sul danneggiato. Si è infatti osservato che la presunzione contenuta nell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non anche dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui si domanda il risarcimento.

Deve infatti considerarsi che la previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nell'opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non

esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'adempimento o della sua esattezza, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla. Tale maggiore vicinanza al debitore non sussiste, tendenzialmente, in relazione al nesso causale tra condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. che onera l'attore della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa. (Cass. 29315/17).

Ciò vale sia in riferimento al nesso causale materiale (derivazione dell'evento lesivo dalla condotta illecita inadempiente), che in relazione al nesso di causalità giuridica (ossia alla individuazione delle singole conseguenze pregiudizievoli dell'evento lesivo) (Cass. 18392/17; 4792/13; 17143/12).

Soltanto una volta che il danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie è causalmente riconducibile all'operato dei sanitari sorge, per la struttura sanitaria e/o per il medico, l'onere di provare che l'inadempimento non sussiste o è stato determinato da causa non imputabile.

Il regime giuridico sin qui delineato, che - alla luce della riferita elaborazione giurisprudenziale – accomunava la responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata e quella del medico "strutturato" è stato profondamente inciso, rispetto alla seconda, dalla legge n. 24/2017, c.d. Gelli-Bianco, entrata in vigore l'1.4.2017, che, in controtendenza rispetto alla giurisprudenza, ha inteso creare un doppio binario qualificando espressamente la responsabilità del medico come aquiliana ex art. 2043 c.c., con i noti riflessi in termini di

aggravamento dell'onere probatorio gravante sul danneggiato (onerato della dimostrazione di tutti gli elementi – soggettivi ed oggetti - costitutivi dell'illecito) e di riduzione della durata della prescrizione.

Detto regime, però, non si applica al caso in esame.



Ciò posto, deve preliminarmente rilevarsi l'ammissibilità del ricorso ex art.702-bis c.p.c. avendo i ricorrenti intentato l'odierno giudizio nel rispetto dei termini previsti dalla legge. Invero, la perizia medico-legale svolta nel procedimento ex art.696 bis c.p.c. è stata depositata in data 11.10.20 mentre il presente giudizio di merito è stato iscritto a ruolo il 10.11.2020, dunque nel rispetto del termine di 90 giorni dal deposito dell'elaborato peritale con conseguente infondatezza dell'eccezione di improcedibilità sollevata da parte convenuta. Si osserva, inoltre, che si è verificata la condizione di procedibilità mediante mediazione obbligatoria.

Sempre in via preliminare deve, altresì, rilevarsi l'infondatezza dell'eccezione del difetto di legittimazione passiva di parte attrice, avendo la stessa allegato i certificati di nascita e la dichiarazione di successione. Invero, nonostante quest'ultima rilevi ai soli fini fiscali, nella stessa viene indicata la qualità di "erede" nella persona di Parte_1. In ogni caso, documentata la qualità di chiamato all'eredità, la circostanza che parte attrice abbia agito *jure hereditatis* (oltre che *iure proprio*) costituisce fatto concludente di accettazione dell'eredità. Ad ogni modo, si osserva che, con riguardo alla domanda formulata *jure hereditatis*, non è stata fornita alcuna prova del danno all'integrità psico-fisica del congiunto nel periodo intercorso tra la contrazione dell'infezione e la morte.

È noto che, a seguito delle c.d. sentenze di San Martino delle Sezioni Unite Civili (nn. 26972, 26973, 26974, 26975 dell'11.11.2008), il danno biologico, quale lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.), va ricondotto nell'alveo del danno non patrimoniale di cui all'art. 2059 c.c. ed ha una portata tendenzialmente omnicomprensiva, confermata dalla definizione normativa adottata dal D.Lgs. 209/2005, recante il Codice delle assicurazioni private (il cui art. 139 statuisce che *"per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito"*), suscettibile di essere adottata in via generale, anche in campi diversi da quelli propri delle sedes materiae in cui è stata dettata, avendo il legislatore recepito sul punto i risultati, ormai generalmente acquisiti e condivisi, di una lunga elaborazione dottrinale e giurisprudenziale.

Nella nozione di danno biologico sono quindi ricompresi i pregiudizi attinenti ai profili dinamico-relazionali della vita del soggetto danneggiato nonché ogni aspetto concernente la sofferenza morale, non necessariamente transeunte, conseguente all'evento lesivo, risarcibile – ex art. 185 c.p. – allorché tale evento configuri (come nella specie) un illecito penale (nel caso in esame, il reato di omicidio colposo) e ciò anche nell'ipotesi in cui, in sede civile, la colpa dell'autore del fatto risulti da una presunzione di legge e, ricorrendo la colpa, il fatto sarebbe qualificabile come reato: cfr. Corte Cost. n. 233/2003; Cass. civ. nn. 7281, 7282 e 7283 del 2003.

Ebbene, la giurisprudenza di legittimità ha riconosciuto la risarcibilità della lesione della salute del danneggiato, il quale sia poi deceduto a seguito dei danni subiti in conseguenza dell'evento lesivo, trattandosi in tal caso di danno terminale biologico, purché tra l'evento dannoso e la morte sia intercorso un apprezzabile lasso di tempo necessario al consolidamento del pregiudizio all'integrità psico-fisica e all'insorgenza del diritto della vittima al suo risarcimento, trasmissibile *iure hereditatis* agli eredi (v. Cass. Civ., sez.III, n.870/2008).

Nel caso di specie, non è stata allegata alcuna prova del danno morale terminale, ovvero del danno da percezione concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'*exitus*, che presuppone che nel lasso di tempo intercorrente tra la lesione ed il decesso, la persona si trovi in una condizione di lucidità agonica, in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte.

Quanto al danno parentale, definito come danno (conseguenza) non patrimoniale *iure proprio* del congiunto della vittima, secondo la Suprema Corte esso si concreta nello sconvolgimento dell'esistenza rilevato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita conseguenti al decesso del congiunto, rappresentato dal “...vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità nei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratelli, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i

superstiti” (Cass.10107/11). Per converso, resta radicalmente esclusa la configurabilità di tale danno quando dall’evento conseguano meri disagi, fastidi, disappunti, ansie, ovvero la perdita delle abitudini o dei riti propri della quotidianità della vita (Cass. 16992/15; Cass. 2228/12); non potendo, inoltre, considerarsi esistente in re ipsa (ossia per il solo fatto dell’esistenza in sé del vincolo parentale), ma richiedendo, invece, l’allegazione (e la verifica) precisa e circostanziata dello sconvolgimento di vita patito e delle sue specifiche e concrete estrinsecazioni, non potendo invero risolversi in mere enunciazioni di carattere del tutto generico e astratto, eventuale ed ipotetico” (Cass. 22585/13; Cass. 16255/12).

Le pretese risarcitorie proposte iure proprio dai congiunti, che con la struttura e con i medici non sono legati da vincoli contrattuali, devono essere valutate nell’ambito della **responsabilità extracontrattuale**.

I giudici di legittimità, infatti, hanno chiarito che: *“il diritto che i congiunti vantano, autonomamente sebbene in via riflessa, ad essere risarciti dalla medesima struttura dei danni direttamente subiti a causa dell’esito infausto dell’operazione cui è stato sottoposto il danneggiato principale, si colloca nell’ambito della responsabilità extracontrattuale”* (cfr. Cass. civile sezione III n.5590/2015, n.6914/2012, n.2366/2018 e da ultimo Cass. n.14258/20 (*“il risarcimento per la perdita parentale subita dagli eredi ... è inequivocabilmente riconducibile all’art.2043”*)). Né appare configurabile la peculiare figura di incerto fondamento normativo del contratto con effetti protettivi per i terzi, applicato in giurisprudenza con particolare riferimento al nascituro, subordinatamente alla nascita, ed al padre per errori medici relativi alla gestante.

Ricondotta la responsabilità della struttura sanitaria e dei sanitari nei confronti dei terzi nell'alveo degli artt. 2043 e 2049 c.c., occorre verificare se Parte attrice abbia dato prova che il decesso del congiunto sia stato originato da sepsi derivante da tardiva diagnosi, imputabile alla struttura sanitaria, senza che nel caso in esame possano trovare applicazione, quanto alla distribuzione dell'onere probatorio, le regole dettate dall'art. 1218 cod. civ., secondo cui grava sul medico la prova del proprio corretto adempimento ovvero della non imputabilità a sé dell'esito infausto o ancora dell'insussistenza del nesso causale tra la propria prestazione e il danno lamentato.

Il punto di partenza non può che essere rappresentato dalle conclusioni dei c.t.u., secondo cui *“l’infezione della lesione da decubito ha carattere di I.C.A. (Infezione Correlata all’Assistenza) (...) si è verificata più probabilmente presso la struttura [Org_1] “ [Org_1] ”. Nel ricovero presso la [Organizzazione_1] [...], la struttura non ha effettuato uno screening d’ingresso del paziente specificamente volto a stabilire la presenza di fattori favorevoli all’insorgenza delle infezioni (...). Presso la [Organizzazione_1] non è stato effettuato, se non parzialmente, un iter diagnostico volto a evidenziare la presenza di infezioni (in particolare non sono presenti indagini microbiologiche sulla lesione da decubito e non state richieste idonee consulenze specialistiche). In ordine al trattamento adottato, il collegio peritale dopo aver riconosciuto che la struttura *“ha subito preso in considerazione la presenza della lesione da decubito in regione sacrale, ancorché non menzionata nella relazione di dimissioni e nella proposta di ricovero del [Organizzazione_6] attivando tutte le misure (medicazioni idonee, mobilitazione, materasso antidecubito) volte al corretto trattamento della medesima”* ha tuttavia, specificato come *“il trattamento**

antibiotico prescelto presso la Organizzazione_1 è stato intrapreso su base empirica e non mirata, non essendo state effettuate indagini microbiologiche sul sito di infezione. Il trattamento più corretto rispetto alla specifica condizione poteva richiedere il supporto più competente di una consulenza infettivologica o almeno internistica”.

Inoltre, in sede di chiarimenti forniti in replica alle osservazioni mosse da parte convenuta, i c.t.u. hanno evidenziato come “(...) l'evoluzione dell'infezione settica come iniziata presso Org_1 almeno una settimana prima del trasferimento ed evoluta in sepsi conclamata alcuni giorni dopo l'ingresso nell' CP_2 Org_8 . E questo non deve stupire in quanto le sepsi iniziano sempre come una semplice infezione ed evolvono come SIRS (Sindrome da Risposta Infiammatoria Sistemica), poi come sepsi conclamata, ed infine, in alcuni casi, come sepsi irreversibile ed Insufficienza MultiOrganica (MOF). Pertanto è evidente che il “primum movens” della sepsi è stata l'infezione occorsa presso la Organizzazione_1 . Testimoni dell'infezione sono lo stato febbrile del paziente iniziato circa dieci giorni prima del trasferimento e dal riscontro ripetuto di una notevole leucocitosi neutrofila e dall'aumento degli indici di flogosi (...). L'infezione, manifestatasi con stato febbrile e con notevole aumento della leucocitosi neutrofila, appare essere stata sottovalutata e non investigata compiutamente. La terapia è stata conseguentemente inadeguata. Il trasferimento contro il parere dei Sanitari ha complicato l'iter diagnostico terapeutico. L'infezione, iniziata presso la Organizzazione_1 , è evoluta successivamente presso l Controparte_3 verso la sepsi e lo stato ipotensivo con comparsa di insufficienza multiorganica”.

Ed allora, alla luce delle conclusioni cui è giunto il Collegio peritale - la cui coerenza argomentativa, accuratezza delle indagini svolte e delle repliche alle osservazioni delle Parti, ne rendono condivisibili le conclusioni - e in considerazione dell'avvenuta dimostrazione di parte attrice, anche in via presuntiva, della negligenza e la colpa della convenuta-danneggiante, si ritiene provata l'effettiva esistenza di un comportamento negligente e carente della struttura sanitaria nell'attività diagnostica, di prevenzione e riduzione al minimo del rischio infettivo con conseguente terapia erronea.

Invero, emerge dalla relazione di consulenza medico-legale e dalla documentazione in atti la negligenza della struttura nella diagnosi e nel trattamento dell'infezione poi evolutasi in sepsi e in successivo shock settico. Sul punto, si condividono le osservazioni dei c.t.u. secondo le quali *“l'evoluzione dell'infezione è stata favorita dall'iniziale approccio superficiale dell'insorgenza del rialzo febbrile sin dal 3 novembre 2016 e trattata solo con antipiretici per i primi due giorni, e successivamente con terapia antibiotica empirica. Il primo emocromo è stato eseguito il 7 novembre cioè 4 giorni dopo l'insorgenza dello stato febbrile e a distanza di dodici giorni dal precedente e documentava una gravissima leucocitosi neutrofila. Sono state richieste ed eseguite una urinocoltura risultata negativa (era già in corso terapia antibiotica) ed una emocoltura della quale non esistono in cartella i risultati (...). Dalla documentazione esaminata si evince inoltre che i sanitari non hanno neppure preso in considerazione l'eventualità che all'origine del rialzo febbrile vi potesse essere l'infezione della lesione da decubito dalla quale era affetto il sig. Per_1 . Pertanto, se durante il ricovero non fosse avvenuta la liberazione di costituenti*

batterici, progredita da semplice infezione in sepsi e probabilmente esitata in shock settico terminale, la sopravvivenza del paziente agli esiti della caduta accidentale sarebbe stata “più probabile che non”.

Ne discende la responsabilità della struttura convenuta per omessa diagnosi ed errato trattamento. Invero, nonostante la struttura abbia preso in considerazione la presenza della lesione da decubito in regione sacrale con il trattamento della stessa (medicazione idonea e materasso antidecubito), al manifestarsi dei segni di infezione (febbre e notevole leucocitosi) non eseguiva indagini microbiologiche e colturali volte a tipizzarne origine e natura con conseguente somministrazione di terapia antibiotica basata su criteri empirici e non mirati, non essendo stati svolti ulteriori accertamenti diagnostico strumentali al fine di poter implementare un corretto trattamento terapeutico. Tale condotta omissiva ha inciso sul processo di sepsi esitato in shock settico che ha condotto alla morte di Persona_1

Si rileva, infine, l'infondatezza dell'istanza di rinnovo della c.t.u. ex art. 196 c.p.c. proposta da parte convenuta, non potendosi ritenere il comportamento dei c.t.u. offensivo per l'espressione impiegata, volta solo ad evidenziare come le osservazioni mosse risultassero prive di pregio scientifico.

La domanda, pertanto, va accolta.

Nella determinazione del risarcimento dei danni spettante ai congiunti, tuttavia, dovrà necessariamente tenersi conto, da un lato, della sussistenza di comorbilità così come accertate dai c.t.u., trattandosi di un paziente fragile di 85 anni affetto da cardiopatia ipertensiva e dall'altro, della dimissione dalla [...]

Org_1 intervenuta in data 12/11/2016 su volontà del figlio del *de cuius* contro il parere dei sanitari. A tale ultimo riguardo, si osserva come tale evento

non costituisca elemento interruttivo del nesso di causalità, così come chiarito dai c.t.u., quanto piuttosto come fattore che ha ritardato/reso più complesso il processo diagnostico infettivologico, escludendosi che la tempestiva diagnosi, in considerazione delle condizioni irrimediabilmente scadute del paziente, avrebbe potuto modificare il decorso fatale.

Si deve, in proposito, registrare l'ormai pacifico principio secondo cui «*in tema di responsabilità civile, qualora la produzione di un evento dannoso possa apparire riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla pregressa situazione patologica del danneggiato (la quale non sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale), il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, primo comma, c.c.), l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi) onde ascrivere all'autore della condotta, responsabile "tout court" sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì*

determinate dal fortuito, come tale da reputarsi la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario» (così, da ultimo, in motivazione Cassazione sez. III, 4.11.2020 n. 24471; Sez. III n. 15991 del 21.7.2011; Sez. III n. 30521 del 22.11.2019).

In applicazione di questa regola non è rilevante il gradiente di incidenza della condotta umana rispetto alle concause naturali; anche una percentuale di incidenza minima è sufficiente per ritenere la responsabilità del danneggiante alla condizione che – probabilisticamente – si possa individuare un nesso causale con l'evento di cui si discute. Ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, poiché una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile. Ne consegue che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo "concausale" di un fattore naturale (quale che esso sia), non è ammesso, sul piano giuridico, affidarsi ad un ragionamento probatorio "semplificato", tale da condurre "ipso facto" ad un frazionamento delle responsabilità in via equitativa, con relativo ridimensionamento del "**quantum**" risarcitorio» (Cassazione sez. III n. 30521 del 22/11/2019, m. 655971 - 02).

Tali fattori concomitanti comportano una decurtazione del risarcimento dei danni valutata congrua nella misura del 40%.

Con riguardo alla posizione di *Parte_2* , nipote del *de cuius* [...] *Per_1* si osserva che non ci sono elementi pregnanti per ritenere che vi sia stato un rapporto eccedente la fisiologica intensità delle relazioni con il nonno, anche in ragione dell'età del nipote e della distanza (400 km) delle rispettive abitazioni, risultando a tal fine ininfluenti le prove testimoniali non ammesse poiché genericamente formulate.

Purtuttavia, per ottenere il risarcimento iure proprio del danno non patrimoniale, è sufficiente che il nipote fornisca la prova di un rapporto di reciproco affetto e solidarietà con il defunto, documentato, nel caso in esame, dal compendio fotografico allegato (Cass. n.5258/2021).

Passando alla quantificazione del danno, in applicazione dei criteri equitativi introdotti dalla Tabella di questo Tribunale – ritenuti più congrui e rispondenti alle esigenze del caso concreto rispetto alle Tabelle di Milano, come statuito dalla Cassazione con ordinanza 23.6.2022 n.20292 – ed in considerazione della qualità dei congiunti e della non convivenza con il *de cuius*, andrà riconosciuto – detratta la percentuale nella misura del 40% - l'importo di €147.100,50 (245.167,50 -40%) a *Parte_1* (figlio) e l'importo di €88.260,30 (147.100,50-40%) al nipote *Parte_2* .

Gli importi sopra determinati a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, espressi in valori attuali, non comprendono tuttavia l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro nel tempo intercorso tra la lesione e la sua liquidazione per equivalente monetario, danno derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente monetario del bene leso. Pertanto, nei debiti di valore, come quelli da risarcimento da fatto

illecito, vanno corrisposti interessi (ad un tasso che, in mancanza di puntuali allegazioni circa gli impieghi maggiormente remunerativi nei quali la somma sarebbe stata impiegata, ove conseguita tempestivamente, può essere indicato in quello legale tempo per tempo vigente), in modo da rimpiazzare il mancato godimento del denaro dovuto.

Secondo un indirizzo ormai consolidato, tali interessi, cosiddetti compensativi, vanno calcolati non sulla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, ma sulla somma capitale (determinata nel giorno dell'insorgenza del credito) via via rivalutata, conformemente all'insegnamento espresso nella nota pronuncia a sezioni unite della Suprema Corte n. 1712/95 (conformi, tra le tante, Cass. 3666/96, 8459/96, 2745/97, 492/01; 18445/05). Nell'effettuare il relativo calcolo, bisogna tener presente che è necessaria una devalutazione nominale delle voci di danno liquidate in valuta attuale sì da rapportarle all'equivalente alla data di insorgenza del danno medesimo e procedere poi alla successiva rivalutazione delle stesse e delle voci espresse in valuta del tempo di insorgenza; gli interessi vanno applicati sulle somme che progressivamente si incrementano per effetto della rivalutazione, con cadenza mensile alla stregua della variazione mensile degli indici ISTAT; gli interessi così ottenuti vanno accantonati e cumulati tra loro senza rivalutazione.

Applicando i suddetti criteri, la somma dovuta ascende per quanto riguarda il figlio *Parte_1* ad **€154.201,52** e con riferimento al nipote *Pt_2* [...] ad **€92.520,90**, oltre spese di ATP, da liquidarsi in euro 3.000,00, ed oltre spese di c.t.u.

Non può, inoltre, accogliersi la domanda di risarcimento per lite temeraria formulata da parte attrice perché sfornita di prova in ordine ai suoi elementi costitutivi.

Ed infatti, pur essendo la liquidazione del danno di cui all'art. 96, c. 1, c.p.c. effettuabile di ufficio - in ossequio al principio "*onus probandi incubit ei qui dicit*" di cui all'art. 2697 c.c., nonché in ossequio al principio secondo cui colui che intende ottenere il risarcimento del danno deve fornire prova dell'*an* e del *quantum debeatur* - è onere della parte richiedente il risarcimento del danno dimostrare la concreta ed effettiva esistenza del danno causato dal comportamento processuale della controparte, non coincidente con gli oneri economici derivanti dal processo, oggetto della condanna alle spese.

Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano nel dispositivo in conformità ai parametri introdotti dal D.M. 55/2014, applicando i valori massimi dello scaglione di riferimento, tenuto conto della complessità della causa e della mancata accettazione di parte convenuta della proposta ex art.185**bis** c.p.c.

P.Q.M.

Il Tribunale di Roma definitivamente decidendo sulla domanda proposta da **Parte_1** e **Parte_2**, disattesa ogni contraria domanda, eccezione ed allegazione, così provvede:

- condanna **Controparte_1** in persona del suo legale rappresentante pro tempore, a corrispondere a **Parte_1** la somma di €154.201,52 e a **Parte_2** la somma di €92.520,90 oltre interessi legali dalla decisione all'effettivo pagamento;

- condanna *Controparte_1* alla refusione delle spese di lite del presente giudizio in favore di parte attrice che si liquidano in complessivi € 21.155,00 oltre C.U., IVA, CPA e rimborso spese ex art. 2 D.M. 55/2014, nella misura del 15%, dei compensi, ed oltre spese di ATP, pari ad euro 3.000,00, da distrarsi in favore dei procuratori di parte attrice dichiaratisi antistatari;
- pone definitivamente a carico di parte convenuta le spese di c.t.u.

Così deciso in Roma il 19 luglio 2023

IL GIUDICE

Raffaella Vacca

La presente sentenza è stata redatta con la collaborazione della d.ssa