IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI ROMA

TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

in persona del dott. Alberto Cisterna ha emesso la seguente

SENTENZA

nel giudizio di primo grado iscritto al n. 9942/2017 del RGAC.

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), *[...]* *Parte_2* (c.f. *C.F._2*, *Parte_3* (c.f. *C.F._3*, *Parte_4* *Parte_5* e *Parte_6* quali eredi della sig.ra *Persona_1* deceduta in corso di causa e *CP_1* (c.f. *C.F._4*), la prima quale coniuge e gli altri in qualità di figli e tutti in qualità di eredi del sig. *Persona_2* [redacted] rappresentati e difesi dall'avvocato [redacted] in virtù di delega allegata all'atto di citazione e all'atto di costituzione in giudizio del 19.5.2020, elettivamente domiciliati presso il suo studio in [redacted] (RM), [redacted]

ATTORI

E

Controparte_2 (c.f. *P.IVA_1* – p. iva *P.IVA_2*) in persona del legale rappresentante pro-tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato [redacted] e dall' avvocato [redacted] elettivamente [redacted] giusta procura alle liti rilasciata a margine della comparsa di costituzione.

CONVENUTA

E

Controparte_3 (c.f. – p. iva *P.IVA_3*), in persona dell'amministratore unico, rappresentata e difesa, in virtù di procura trasmessa in allegato telematico, dall'avvocato [redacted] ed elettivamente domiciliata presso il difensore in ROMA [redacted] presso avvocato [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

E

Controparte_4 (c.f. *P.IVA_4* – p.iva *P.IVA_5*), in persona del legale rappresentante pro-tempore, elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avvocato [redacted] che la rappresenta e difende in forza di procura generale alle liti conferita con atto notarile.

TERZA CHIAMATA

oggetto: responsabilità sanitaria.

conclusioni, come da verbale del 27.5.2020, da intendersi trascritte.

FATTI DI CAUSA E MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione, regolarmente notificato, gli odierni attori deducevano: che in data 6.10.2014 il sig. *Persona_2* era stato ricoverato presso il *Controparte_2* in seguito a dispnea notturna attribuita dal personale medico sanitario ad una disfunzione cardiaca; che gli esami ematologici del paziente avevano evidenziato un costante superamento dei valori di globuli bianchi, PCR, VES, Fibrinogeno; che, malgrado questi valori alterati, il paziente era stato, in data 24.10.2014, sottoposto ad intervento chirurgico per la «*sostituzione valvolare aortica con bioprotesi sorin crown n. 23, anuloplastica riduttiva initralica con anello mcd troriic future band 30 mm e singolo by pass nortocoronarico con vena safena su coronaria dx*»; che, dopo 5 giorni, in data 29.10.2014, pur in presenza dei medesimi valori ematologici alterati, il sig. *Pt_2* era stato trasferito presso la Casa di cura *Controparte_5* per un percorso riabilitativo successivo all'intervento chirurgico affrontato; che il paziente aveva da subito accusato un forte dolore in corrispondenza della ferita chirurgica e nella zona intra-scapolare, come più volte riferito al personale medico ed infermieristico della Casa di cura; che, tuttavia, il medesimo personale medico ed infermieristico, più volte interrogato dai congiunti del sig. *Pt_2* avevano attribuito la natura dei suddetti patimenti ad una scarsa sopportazione del dolore da parte del *Pt_2* e al rifiuto immotivato dello stesso di sottoporsi ai trattamenti fisioterapici; che, dopo circa tre settimane di degenza presso la citata clinica in assenza di trattamenti farmacologici e fisioterapici ed a causa di un progressivo peggioramento delle condizioni psico-fisiche, i figli del sig. *Pt_2* in data 22.11.2014 lo avevano prelevato e riportato presso la propria abitazione; che, tuttavia, persistendo un forte dolore nella zona toracica, il medesimo giorno, e precisamente nella notte tra il 22.11.2014 ed il 23.11.2014 il sig. *Pt_2* era stato portato al Pronto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

Soccorso di [redacted] dove era stata accertata una grave setticemia; che, per tale ragione, era stato immediatamente trasferito a mezzo del 118 presso il *Controparte_2* con codice rosso dove, in data 23.11.2014 era stato eseguito un tampone con antibiogramma che evidenziava la presenza di *Staphylococcus aureus Meticillino* resistente con in corso un'infezione della ferita chirurgica e setticemia; che era stato sottoposto a consulenza infettivologica che aveva prescritto la somministrazione di antibiotici per la cura della diffusa setticemia ormai multi organo; che, in data 24.11.2014, il sig. *Pt_2* era stato sottoposto a intervento chirurgico di riapertura della ferita operatoria e trattamento con VAC; che «*dopo incessanti patimenti fisici e psichici*», in data [redacted] il paziente era deceduto a causa della diffusa setticemia.

2. Tanto premesso gli attori – che avevano proposto ricorso ex art. 696-bis c.p.c. (R.G. 9285/2016) che era stato rigettato con compensazione delle spese – agivano in giudizio per il risarcimento dei danni cagionati dalla malpractice sanitaria del personale sanitario del *Controparte_2* e/o della *Controparte_6* per la mancata e/o ritardata e/o erronea somministrazione di cure al loro congiunto e, accertata l'esistenza di negligenza quale causa del decesso del sig. *Pt_2* e rassegnavano le seguenti conclusioni: «*Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, ogni diversa domanda ed eccezione disattesa – in via principale: accertare e dichiarare la responsabilità di Controparte_2 e/o Controparte_7 [...] per i motivi di cui in narrativa e per l'effetto condannare le convenute al risarcimento dei danni tutti a favore degli attori sia* iure proprio *sia* iure hereditatis *… in ogni caso: condannare le convenute nelle spese tutte del presente giudizio, dell'emananda sentenza, sua registrazione, successive e relative a favore del sottoscritto procuratore che si dichiara antistatario*».

3. Si costituiva in giudizio la *CP_2* la quale deduceva: che il sig. *Pt_2* era giunto al Pronto Soccorso del *Controparte_2*, in data 5.10.2014, proveniente da un'altra struttura sanitaria di Bari dalla quale era stato da poco dimesso; che il paziente, all'esame obiettivo, era risultato iperteso, dispnoico per sforzi lievi, con edemi declivi, stenoinsufficienza valvolare aortica, insufficienza mitralica ed una severa disfunzione sistolica con frazione di eiezione del 30%; che il sig. *Pt_2* inoltre, era affetto da numerose patologie associate quali obesità, diabete insulino dipendente, insufficienza renale cronica con anemia e bronco pneumopatia cronica; che, in data 6.10.2014, era stato ricoverato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

presso il reparto di Cardiologia del [redacted] e, in data 9.10.2014, trasferito presso il reparto di Cardiochirurgia; che, dopo aver effettuato gli esami necessari a conferma del quadro diagnostico di coronaropatia ostruttiva monovasale con stenosi valvolare aortica severa e con insufficienza valvolare mitralica, era stato programmato l'intervento chirurgico per la data del 24.10.2014; che l'intervento si era svolto nel rispetto delle linee guida e veniva eseguito secondo le regole d'arte, nei tempi e con le tecniche consuete e adottando le procedure di sanificazione previste dall' *CP_8* sanitaria convenuta sin dal 2011; che, nel decorso post operatorio, lo stato del paziente e i parametri vitali erano buoni e regolari, così come gli esami ematochimici, e, in data 29.10.2014, era stato dimesso in condizioni di stabilità emodinamiche, metaboliche e respiratorie, sotto copertura antibiotica come da protocollo e nel rispetto delle linee guida; che, al momento dell'ammissione per la degenza riabilitativa presso la Casa di cura *Controparte_5* le condizioni del sig. *Pt_2* erano stabili e i marker di flogosi non presentavano alterazioni; che quando, in data 23.11.2014, il sig. *Pt_2* aveva effettuato un nuovo accesso presso il Pronto Soccorso proveniente dall'Ospedale di [redacted] con diagnosi di deiscenza ferita sternale, erano stati immediatamente predisposti esami ematochimici ed emocolture nonché il ricovero del paziente in terapia intensiva, dove veniva evacuato il materiale formatosi nella cavità mediastinica con toilette chirurgica in anestesia locale con antibioticoterapia endovenosa; che, successivamente, era stato effettuato un nuovo intervento di toilette chirurgica per il posizionamento di una VAC mediastinico ma, nei giorni successivi, il sig. *Pt_2* nonostante le terapie farmacologiche ed antibiotiche approntate, aveva subito una rapido peggioramento delle condizioni cliniche con [redacted]

4. Tanto premesso, escluso che nei fatti sopra descritti potesse configurarsi responsabilità dell' *CP_8* sanitaria convenuta e del personale medico e svolte ulteriori considerazione a contestazione delle voci di danno reclamate, la *CP_2* rassegnava le seguenti conclusioni: «*Voglia l'Ill.mo Giudice adito, per le ragioni sopra esposte, in via principale, rigettare le domande avanzate dai sig.ri* *Parte_1* , *Parte_2* , *Parte_3* *[...]* , *Persona_1* *e* *CP_1* *in qualità di eredi del Sig.* *Persona_2* *in quanto infondate in fatto e diritto e in ogni caso in quanto non provate. Con vittoria delle spese di lite e dei compensi professionali, oltre accessori di legge*».

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

5. Si costituiva in giudizio la *Controparte_3* la quale deduceva che nessuna omessa o negligente cura medica fosse attribuibile al personale medico della struttura; che all'ingresso il paziente era in condizioni generali mediocri, con algie sternocostali terebranti, ricorrenti ad andamento capriccioso, scarsamente sensibili ai comuni analgesici, che determinarono una incostante adesione al progetto riabilitativo; che gli esami di laboratorio all'ingresso erano risultati compatibili con un normale post-operatorio che trovava espressione in un valore dei globuli bianchi ai limiti superiori della norma, nell'elevazione delle transaminasi e della PCR, con una troponina superiore alla norma; che l'obiettività all'ingresso era priva di elementi di rilievo, salvo un lieve versamento pleurico basale destro; che le algie intercostali terebranti ad andamento capriccioso erano scarsamente sensibili alla terapia analgesica e si iscrivono in una sindrome clinico-dolorosa ben specifica che si manifesta sovente in pazienti sottoposti ad intervento cardiochirurgico; che propri i sanitari avevano proceduto con diligenza, monitorando costantemente tale sintomo con descrizione in cartella clinica, trattandolo con terapia analgesica specifica; che, nella prima fase del ricovero, questa condizione si era presentata con tutte «*le connotazioni di comune complicanza, nota, prevista e mai del tutto sopprimibile*»; che gli esami ematochimici si erano presentati ben compatibili con un decorso post-operatorio in un paziente gravemente polipatologico in una obiettività negativa; che il versamento pleurico basale destro, complicanza che nella sua estrinsecazione clinica presentava segni dolorosi intercostali come quelli lamentati dal sig. *Pt_2* introduceva un altro elemento di compatibilità lesiva; che il paziente era stato sottoposto a molteplici valutazioni cliniche, monitoraggi ematochimici, esami radiologici e consulenza cardiochirurgica; che il non lineare decorso, particolarmente per la sindrome dolorosa sternocostale, alternata a sindrome dolorosa addominale negli ultimi giorni, aveva indotto il personale medico a un'attenta osservazione del paziente con un frequente monitoraggio dal punto di vista clinico, laboratoristico, radiologico, ecocardiografico, ecografico addominale e con ripetute consulenze cardiochirurgiche; che il complesso di tali esami rivelava 1) una certa oscillazione degli indici di flogosi; 2) una stabilità dei leucociti rispetto all'ingresso; 3) una negatività dal punto di vista radiologico del torace che documentava la completa risoluzione del versamento pleurico; 4) una negatività degli esami ecocardiografici che documentavano una bassa FE all'ingresso e successivamente un discreto recupero della stessa accompagnato dal normofunzionamento della protesi e della plastica mitralica; che dal 3

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

al 19.11.2014 il paziente era stato regolarmente valutato dal cardiochirurgo che non aveva rilevato dall'esame fisico e dei dati strumentali e di laboratorio, elementi di sospetto; che ra copmparsa una profonda astenia che aveva indotto il team riabilitativo a programmare una TAC Total Body, ma che alle ore 11 del 22.11.2014 il paziente si era dimesso contro il parere dei sanitari, che lo avevano informato dei rischi a cui tale decisione lo sottoponeva; che in quel momento i parametri vitali (frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno nel sangue e pressione arteriosa) erano rimasti stabili; che non vi era evidenza di uno stato settico e non si era imposta, pertanto, una terapia antibiotica.

6. Tanto premesso la convenuta deduceva la sussistenza di una garanzia assicurativa in forza della polizza n[redacted] contratta con la *Controparte_9* e rassegnava, quindi, le seguenti conclusioni: «*Voglia il Tribunale in via principale respingere la domanda attrice per insussistenza del fatto costitutivo di essa e conseguente infondatezza. In via subordinata, per il caso di accoglimento totale o parziale della domanda attrice, condannare la Compagnia di Assicurazione chiamata in causa a manlevare la CP_3 da ogni conseguenza dannosa riferita alla fattispecie in oggetto. In ogni caso vittoria di spese*».

7. Autorizzata la chiamata di terzo, si costituiva in giudizio *Controparte_4* la quale deduceva che la polizza stipulata dalla *Controparte_3* prevedeva – fermo il limite del massimale di polizza per persona di euro 1 milione – l'applicazione di una franchigia per sinistro pari a euro 75.000,00; che erano nel merito da considerarsi condivisibili argomentazioni difensive della *Controparte_3* che era evidente l'eccessività della quantificazione del danno proveniente dagli attori peraltro non allineata ai precetti dettati dalla giurisprudenza. Tanto premesso rassegnava le seguenti conclusioni: «*Piaccia all'On. Tribunale,* contrariis rejectis*, rigettare ogni domanda* ex adverso *avanzata nei confronti di* *Controparte_4* *tenuto conto dei limiti, del massimale e dei termini della pretesa garanzia assicurativa, per i motivi di cui sub a) della presente comparsa, comunque in quanto infondata in fatto e in diritto e peraltro sfornita di prova. In ogni caso con vittoria di spese, compensi, rimborso forfetario spese generali, Iva e Cap del presente giudizio*».

8. Ammessi i mezzi di prova, prestavano giuramento i Ctu nominati (dott. *Per_3* e dott. *Per_4* e si procedeva all'acquisizione della prova testimoniale e alla richiesta di chiarimenti ai consulenti ora indicati (v. ordinanza del 29.5.2019). Concessi i termini ex art.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

190 c.p.c. – a seguito di specifica contestazione della *Org_1* circa l'omessa comunicazione del provvedimento di cui al verbale d'udienza a trattazione scritta del 28.5.2020 – gli stessi erano nuovamente concessi dal giudice procedente in forma abbreviata (v. ordinanza 6.10.2020).

9. La domanda è fondata e, pertanto, deve essere accolta nei limiti di cui alla presente motivazione, con il conseguente rigetto dell'eccezione di legittimazione attiva proposta dalle parti convenute e dalla terza chiamata. A prescindere dal rilievo che la relazione di coniugio della sig.ra *Pt_1* emerge dalla stessa cartella clinica rilasciata dalla *Org_1* laddove reca la sottoscrizione dell'odierna attrice al consenso informato per la tracheotomia praticata al marito nel corso del suo secondo ricovero in data 28.11.2014 (cfr. §. 30), si deve considerare che, per i figli del *de cuius*, le scansioni antecedenti al giudizio (procedimento per ATP n. 9285/2016 e la fase di mediazione) hanno reso i convenuti del tutto edotti della disponibilità della detta qualità di eredi del sig. *Pt_2* né le contestazioni proposte sono provviste di quel gradiente di specificità che la giurisprudenza di legittimità esige perché si possa efficacemente contrastare la legittimazione processuale degli eredi. Ragione per cui, anche a prescindere dalla documentazione tardivamente depositata all'udienza del 17.10.2019, deve riconoscersi che la qualità di eredi degli originari attori può ritenersi comunque provata in corso di giudizio e, in ogni caso, non puntualmente contestata (art. 115 c.p.c.).

10. L'evoluzione della patologia che ha determinato il decesso del sig. *Pt_2* appare, a piena evidenza, come riconducibile all'attività dei sanitari delle strutture convenute non fosse altro perché alcuna altra sequenza causale è in grado di giustificare razionalmente e scientificamente l'insorgere della setticemia letale se non quella presa in esame dai Ctu nel proprio elaborato e nei successivi chiarimenti. A questo proposito si deve 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.),*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

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 (rettamente 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 poiché 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. A questo riguardo, quindi, un ruolo del tutto chiaro è svolto dal giudizio controfattuale che opera sulla regola del "*più probabile che non*" intesa come la probabilità, positiva o negativa, che, alla luce degli elementi del caso concreto, l'omissione della condotta umana dedotta come danneggiante (la corretta esecuzione del trattamento sanitario del sig. *Pt_2* presso le due strutture di ricovero) potesse evitare il rischio specifico del danno effettivamente verificatosi (così Cassazione sez. III n. 7760 del 08/04/2020, m. 657597 – 01). Quindi, in materia di rapporto di causalità nella responsabilità civile, in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica sulla quale incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

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 "con-causale" 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). L'applicazione di quest'ultimo principio pretende, quindi, che sia certa la derivazione della morte della paziente dalle condotte colpose sopra ricordate, anche se esse sono risultate concorrenti con le comorbillità naturali che hanno reso ampiamente fragili e precarie le condizioni di salute del sig. Pt_2 («*f.a. parossistica, bpco in ex-tabagista, i.r.c., insufficienza valvolare mitralica, aterosclerosi coronarica, disfunzione ventricolare, dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito, papillomi vescicali*»). Ossia è dato fare applicazione di questi principi solo se - come annota Cassazione sez. III, n. 28986/2019 - «*…la preesistenza della patologia costituisce una concausa naturale dell'evento di danno ed il concorso del fatto dell'uomo con la concausa naturale rende quest'ultima giuridicamente irrilevante in virtù del precetto dell'equivalenza causale dettato dall'art. 41 c.p. come ripetutamente affermato da questa Corte: Sez. 3 -, ordinanza n. 30922 del 22/12/2017, Rv. 647123 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 24204 del 13/11/2014, Rv. 633497 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 9528 del 12/06/2012, Rv. 622956 - 01; oltre che la già ricordata Sez. 3, Sentenza n. 15991 del 21/07/2011, Rv. 618882 - 01)*». Sul secondo profilo, vicario e consequenziale, si deve considerare che è da tempo pacifico il principio secondo cui «*in tema di responsabilità medico-chirurgica, la ricorrenza di un fattore naturale può costituire causa esclusiva dell'evento pregiudizievole ove il danneggiante provi che lo stesso derivi da una circostanza a sé non imputabile*» (Cassazione sez. III n. 12516 del 17/06/2016,m. 640260 - 01), ma occorre ricordare che questo principio ha un complemento nell'ipotesi in cui la causa della lesione resti ignota, in tal caso il *deficit* probatorio grave sull'attore: «*nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente*

Osservatorio ICA Italia
Osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata» (Cassazione, sez. III n. 3704 del 15/02/2018 m. 647948 – 01). In altri termini si tratta di stabilire, secondo il consueto gradiente probabilistico della preponderanza percentuale), se la setticemia del sig. *Pt_2* e, con essa, la condotta degli operatori delle due strutture hanno avuto un'autonoma incidenza causale sulla naturale evoluzione delle patologie che affliggevano il paziente al punto da determinare il sopravvenuto decesso. Per farlo è, ovviamente, indispensabile che la valutazione medico-legale relativa alla comparazione delle condizioni del paziente prima della condotta umana (la caduta colpevole) e dopo di essa (in sede di ricovero ospedaliero) risulti fondata su un'esatta applicazione del criterio di causalità materiale, applicabile ai fenomeni fisici, e sulla concludenza fenomenica tra i fatti come accertati nella loro relazione di causa ed effetto. Se questa sequenza manca o resta ignota, la pretesa risarcitoria risulta infondata, anche nel vicario profilo della cd. perdita di chance, atteso che univocamente la Corte regolatrice ha precisato che, perché possa darsi per esistente una tale apprezzabile *deminutio* non patrimoniale, è essenziale che risultino compiutamente provati gli antecedenti della condotta colpevole del danneggiante e il nesso di causalità, essendo rimasto incerto solo l'evento naturalistico conseguente a quella sequela, ovvero nel caso in esame se sia rimasto incerto che tale evento si profili come il decesso della paziente ovvero con le sue diminuite percentuali di ulteriore sopravvivenza (cfr. Cassazione sez. III, n. 12906 del 26/06/2020, m. 658177 – 01; e in termini più evidenti Sez. III , n. 28993 del 11/11/2019, m. 655791 – 01).

11. Alla luce di questi criteri (che, invero, assorbono in linea di principi le prevalenti osservazioni delle parti convenute) occorre esaminare i contenuti del contributo reso dai CTU.

12. In primo luogo deve assolutamente convenirsi sul rilievo che le condizioni del sig. *Pt_2* al momento dell'ingresso presso il DEA del *Org_2* erano tali da rendere appropriata e giustificata la decisione di sottoporlo al successivo intervento cardiochirurgico; il paziente evidenziava «*uno scompenso cardiaco dovuto ad una stenosi aortica di grado severo (in precedenza presentava una steno-insufficienza aortica di grado lieve) con insufficienza mitralica moderata, una severa disfunzione sistolica con frazione di eiezione al 30%, coronaropatia ostruttiva monovasale*»;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

infatti all'ecocardiogramma presenta un ventricolo sinistro dilatato (DTM = 60 mm), una FSG severamente depressa (F.E. = 30%), una stenosi aortica severa (con gradiente max di 75 mmHg), una insufficienza aortica di grado lieve, insufficienza mitralica lieve-moderata. A queste condizioni non può dubitarsi della correttezza e tempestività dell'approccio interventistico realizzato dai sanitari della struttura ad alta specializzazione ove il sig. *Pt_2* era giunto proveniente dall *Org_3* di Bari, dove era stato eseguito uno studio coronarografico ed era stata data indicazione, viste le comorbillità, a intervento di *Org_4*

13. L'intervento era eseguito in data 24.10.2014 ed era consistito in una plastica della valvola mitralica, in bypass aorto-coronarico su coronaria destra, e nel trattamento con protesi biologica della stenosi valvolare aortica. Il decorso post-operatorio apparso regolare. Dopo appena 5 giorni, essendosi stabilizzate le condizioni cardiocircolatorie, i sanitari del [redacted] avevano deciso di trasferire il paziente presso *Controparte_5* per un periodo di riabilitazione cardiorespiratoria, al termine del quale era già prevista una visita di controllo per il giorno 28.11.2014 presso l'ambulatorio di *Org_5* del [redacted] In dimissione il sig. *Pt_2* presentava: «*Hb: 8,4 g/dl, leucociti: 11.540/mmc, VES 76 mm/h, PCR: 255.03, Troponina: 17,1 ng/ml, GOT: 485 U/l. Alla radiografia del torace presenza di falda di versamento pleurico sinistro*». Annotano i CTU in relazione a questo snodo fondamentale della vicenda sotto osservazione che: «*all'ingresso gli indici di flogosi erano compatibili con un postoperatorio, tra gli esami strumentali erano eseguiti due radiogrammi del torace, un eco cuore ed una ecografia addominale, oltre agli esami ematochimici di routine*» (pag. 5).

14. In secondo luogo, nel corso di questa seconda fase di degenza, il paziente «*in data 21.11.2014 nel recarsi in bagno cadeva accidentalmente, in seguito alla caduta si lamentava di dolore in corrispondenza della ferita chirurgica che all'osservazione dei medici appariva deiscente. Peraltro nei giorni precedenti il paziente era caduto dalla sedia e dal letto in tre occasioni (15, 18 e 19/11). Era presa su iniziativa dei familiari la decisione di trasferire il paziente da* *Controparte_5* *al Pronto Soccorso dell'ospedale di* [redacted] *struttura per acuti in grado di effettuare i necessari accertamenti. Il de cuius arrivava all'ospedale di* [redacted] *con un peggioramento delle condizioni cliniche, in particolare il paziente era dispnoico, in oligo-anuria, aveva G.B. 56.000 e presentava i segni della deiscenza della ferita chirurgica. Alla TC eseguita in urgenza presentava deiscenza*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

sternale e presenza di una raccolta fluida retrosternale extrapericardica e dei tessuti molli pre-sternali senza versamento pericardico. In particolare l'ascesso era di notevoli dimensioni (20 cm x 6,5 cm) e la raccolta si approfondiva fino al sacco pericardico. Il paziente veniva trasportato al P.T.V. ove lo stesso era stato operato» (pag. 6); il peggioramento delle condizioni del paziente appare impressionante alla luce, anche, del tempo relativamente breve intercorso dall'arrivo presso *Controparte_5* (29.10.2014) e il successivo ricovero in [redacted] che consente di avere una descrizione particolarmente precisa del quadro clinico del sig. *Pt_2* Il 23.11.2014 il paziente era ricoverato nuovamente al [redacted] con una diagnosi di ingresso di «*Mediastinite ed infezione della ferita chirurgica*», intendendosi per mediastinite – precisano i CTU – «*un'infiammazione del mediastino (la cavità toracica che contiene cuore, timo, alcuni linfonodi, porzioni di esofago, aorta, tiroide e paratiroidi). Origina spesso da un'infezione. Le due cause più comuni di infezione sono: lacerazione dell'esofago; intervento di chirurgia toracica (mediante sternotomia mediana: complica circa il 2% degli interventi e può insorgere precocemente (entro 7-10 giorni) o tardivamente (in 10-30 giorni) dall'esecuzione dell'intervento). L'infezione dei profondi tessuti del mediastino comporta un'elevata mortalità, la cui incidenza varia tra il 14% e il 47%. I fattori di rischio possono essere pre-operatori (diabete mellito, obesità, fumo e BPCO, età avanzata ed utilizzo di corticosteroidi); intra-operatori: durata dell'intervento, durata della circolazione extracorporea, ipotermia spinta o arresto di circolo che determina una vasocostrizione e quindi un ridotto apporto di ossigeno al sito chirurgico, poliemotrasfusioni, interventi in emergenza…); post-operatori (degenza in Terapia Intensiva per un periodo maggiore di 5 giorni, utilizzo prolungato di inotropi che determinano vasocostrizione e relativa ipoperfusione al sito chirurgico, intubazione per un periodo maggiore alle 24 ore). Diagnosi clinica: presenza di segni clinici e di laboratorio sistemici (febbre, dispnea, tachicardia, leucocitosi neutrofila…) e locali (dolore toracico, instabilità sternale con o senza infezione o deiescenza dei tessuti superficiali)*». Una descrizione che appare al decidente di fondamentale rilievo alla luce delle condizioni del paziente prima dell'intervento, della durata dello stesso (dalle ore 9:40 alle ore 14:00), del manifestarsi univoco e concorrente dei sintomi predittivi della grave ed esiziale complicazione e delle condizioni di re-ingresso ospedaliero del sig. *Pt_2* «*1) insufficienza respiratoria acuta 2) anemia 3) insufficienza renale acuta 4) setticemia*». In sede operatoria, al drenaggio dell'ascesso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

mediastinico mediante sternotomia e revisione della ferita chirurgica, «*la raccolta (risulta) di notevoli dimensioni (20cm x 6,5cm) si approfondisce fino al ridosso del sacco pericardico. La raccolta viene svuotata e viene fatta revisione della ferita chirurgica, il paziente in condizioni gravi viene tracheostomizzato e ventilato meccanicamente. La ferita viene in seguito trattata con* Org_6 *il prelievo per la coltura effettuato sulla raccolta risulterà positivo per Staphilococcus Aureus meticillino-resistente (MRSA)*» (pag. 7-8).

15. Del tutto correttamente i sanitari del [redacted] stilavano un certificato di morte che individuava la causa iniziale del decesso in una mediastinite settica, complicatasi con shock settico, e la causa terminale del decesso in uno Shock cardiogeno.

16. Ciò posto le conclusioni dei CTU si sono articolate in considerazioni e osservazioni che il decidente stima del tutto congrue rispetto alle conclamate evidenze cliniche di cui si è detto e che riportano la morte del sig. Pt_2 in un circuito esclusivamente riconducibile, sia pure secondo gradienti diversi di responsabilità, alla condotta dei sanitari delle strutture convenute. Il dato di partenza, ossia da un punto di vista eziologico l'innescarsi della sequenza causale infausta, è da individuarsi nel troppo breve lasso temporale con cui il paziente (anni 73) venne mantenuto in osservazione presso il [redacted] Le dimissioni dopo appena 5 giorni dall'esecuzione di un complesso intervento cardiochirurgico su un soggetto fragile ed esposto a quelle comorbilità avrebbe necessariamente indurre a maggiore prudenza e attenzione. L'intervento di cardiochirurgia era stato eseguito in data 24.10.2014 con successo, «*ma il delicato e fragile paziente nonostante le numerose comorbilità da cui era affetto, non appena le condizioni cardiocircolatorie si erano stabilizzate, era trasferito in V giornata (29/10/14) presso* CP_5 *[...] , struttura senz'altro adatta per una riabilitazione cardiorespiratoria, ma non per cure intensive o sub intensive*» (pag. 8). Risulta impossibile condividere la prospettazione di parte convenuta circa l'asserita "consegna" del paziente a CP_5 *[...]* in condizioni stabili e sostanzialmente accettabili, posto che – lo si è detto – la complicanza post-operatoria che si è verificata (mediastinite settica) rappresentava un evento né imprevedibile né inevitabile alle condizioni date del sig. Pt_2 e avendo riguardo alla descrizione della patologia addotta dai CTU e non contestata (v. sopra).

17. La ricostruzione dei CTU, a questo punto, è univoca: «*Qui infatti il de cuius era sottoposto al programma concordato ed era*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

monitorato attraverso l'esecuzione di esami ematochimici e strumentali: radiografie del torace, ecocuore, eco addome. Tuttavia nei giorni precedenti il manifestarsi della mediastinite settica nonostante le difficoltà respiratorie non risulta adeguatamente monitorata la temperatura corporea, né si dava peso ai risultati dei prelievi di controllo, né risultano praticate emoculture. Ma circostanziamo queste affermazioni riportando i dati estrapolati dalla cartella clinica: già in data 30/10/14 all'emocromo sono presenti i seguenti tangibili indici di flogosi: G.B. 12.800 (riaumentati rispetto al post-operatorio del [redacted] *ove erano 11.540) , PCR 167,7 (in discesa rispetto al* [redacted] *ma sempre con valore molto alto), in data 13/11 abbiamo ancora all'emocromo 12.400 GB e PCR 14,7 (era stata iniziata terapia steroidea), il 17/11 sempre all'emocromo sono presenti 12.900 GB e PCR 292,4, in data 22/11 abbiamo 25.300 Gb con il 78% di granulociti neutrofili e PCR 271,3. Dal punto di vista clinico già in data 13/11 è scritto in diaria che il paziente non ha riposato per la presenza di dolori in regione sternale, il 14/11 il paziente riferisce dolore sternale che si accentua con la digitopressione, viene prescritto un esame radiografico dello sterno, inutile, anziché una TAC del torace in considerazione degli indici di flogosi e del concreto sospetto di una complicanza in atto. In data 17/11 viene descritta persistente dispnea e fatica molto severa (i GB, come detto erano 12.900), il 19/11 la ferita sternale viene medicata e descritta come in ordine ma il paziente continua a lamentare dolore in tale sede. Erano effettuate Radiografie del torace in data 4, 14 e 19/11 e due ecocardiogrammi (il 4 e 19/11). Infine sarà la caduta accidentale a slatentizzare la deiscenza della sutura mediastinica con la condizione di sepsi dovuta alla presenza di una raccolta ascessuale, il de cuius arriva all'ospedale di* [redacted] *con 54.400 GB, dispnea e oligo-anuria in una condizione di setticemia. Al rientro presso il* [redacted] *viene confermata la grave leucocitosi neutrofila (GB 53.600, N 95%), PCR 465,8, il paziente presenta una tumefazione eritematosa lungo la cicatrice sternotomica (infezione della ferita chirurgica) ed una raccolta di dimensioni notevoli lungo il decorso dell'accesso chirurgico (20 cm x 6,5cm) da mediastinite con impronta sul sacco pericardico; la raccolta viene svuotata, ma già le sue condizioni appaiono gravi nel post-operatorio con necessità di eseguire una tracheotomia e di sottoporlo a ventilazione meccanica. La terapia antibiotica maggiore non riuscirà ad avere ragione dello shock settico in un soggetto ormai defedato che arriverà all'exitus in data* [redacted] *alle* [redacted] . Ora, evidentemente, il perimetro delle deduzioni che i convenuti avrebbero dovuto addure non poteva che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

essere delimitato a) dall'imprevedibilità della complicanza che ha cagionato la morte del paziente; b) dalla sua evitabilità; c) dall'adozione di protocolli di trattamento appropriati alle condizioni dello stesso e in grado di identificare e contrastare tempestivamente la patologia letale secondo la scansione controfattuale.

18. A questo riguardo occorre evidenziare che i sanitari del [redacted] hanno correttamente diagnosticato le patologie cardiologiche del paziente e hanno optato per una tecnica d'intervento tradizionale che ha inevitabilmente sottoposto il paziente a un stress operatorio eccessivo; scrivono i CTU che tale indicazione interventistica era obbligata per la sostituzione della valvola aortica stenotica alla luce del quadro cardiaco compromesso anche da una coronaropatia monovasale, dall'insufficienza valvolare mitralica moderata, dalla dilatazione del ventricolo sinistro con grave riduzione della funzione sistolica. Aver eliso un giudizio negativo circa l'approccio interventistico non esclude (v. anche le risposte al CT di parte attrice pag. 17/18), ma se si vuole, enfatizza il dato della negligenza consumata con le dimissioni " anticipate" del sig. *Pt_2* Proprio la scelta di un percorso cardiochirurgico complesso e molto invasivo, giustificato dal citato quadro cardiaco compromesso, non poteva non agire da controspinta al rilascio del paziente in direzione di una struttura come *Controparte_5* , necessariamente a più bassa specializzazione, anche se di ottimo livello nelle cure riabilitative del caso (pag. 13).

19. Condivisa è, quindi, l'opinione dei CTU secondo cui «*si ritiene peraltro che imprudentemente il paziente sia stato dimesso in V giornata postoperatoria, essendo un uomo di anni 73 con difficoltà respiratorie da BPCO, anemico e con IRC (2.500.00 GR, Creatinina 2,00), senza una adeguata copertura antibiotica in un paziente sottoposto ad un intervento durato 4 ore e 20 minuti in circolazione extracorporea, trasferendolo in una struttura non idonea per una terapia sub intensiva quale era quella di cui necessitava l'anziano che non riusciva nemmeno a stare in piedi, come descritto dai fisioterapisti in cartella. Inoltre, come risaputo, la mediastinite, grave complicanza che si manifesta nel 2% degli operati in sternotomia, può insorgere o precocemente (7-10 giorni) o tardivamente (10-30 giorni), pertanto era quanto mai opportuno trattenere il paziente, defedato, almeno fino alla decima giornata monitorando gli indici di flogosi e il versamento pleurico, prima del trasferimento*» (pag. 11). Le condizioni del sig. *Pt_2* erano tali, in sede pre-operatoria, da dove imporre una particolare e appropriata cautela al momento delle

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

dimissioni (broncopneumopatia cronica ostruttiva in ex tabagista, insufficienza renale cronica, diabete mellito, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale), cautela senza dubbio smentita dalla data di dimissioni e dall'insufficienza delle obiettività del paziente all'atto del diverso ricovero riabilitativo. Tant'è che «*la mediastinite ebbe come fattore favorente il suo istaurarsi senz'altro il diabete mellito e lo scompenso di cuore era sicuramente aggravato dalla BPCO*» (pag.18). A seguito dei rilievi del [redacted] il decidente ha richiesto chiarimenti ai CTU soprattutto per quanto concerne l'idoneità della copertura antibiotica somministrata al paziente prima delle dimissioni del 29.10.2014. Annotano sul punto i CTU: «*Al de cuius sig.* Pt_2 *quale profilassi per impedire le infezioni del sito chirurgico fu applicata una terapia di copertura con* CP_10 *; Si tratta, come è noto agli addetti ai lavori, di una associazione di Sultamicillina Tosilato (Sulbactam) con Ampicillina. Tale antibiotico protegge dalle infezioni di germi grampositivi e gram-negativi divenuti ampicillino-resistenti attraverso la produzione di Betalattamasi. Le fonti dei microrganismi patogeni sono rappresentate nella maggior parte dei casi dalla flora endogena colonizzante la cute del paziente, le membrane mucose e gli organi cavi. Si tratta solitamente di cocchi grampositivi aerobi (ad es.* Persona_5 *, ma anche di flora fecale (batteri aerobi e gram-negativi aerobi), soprattutto quando l'incisione viene effettuata vicino al perineo e all'inguine. Le società scientifiche hanno ampiamente studiato e protocollato la scelta degli antibiotici non solo in base al rischio del singolo paziente ma anche in base al tipo di chirurgia (Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, Chirurgia intestinale etc.). Per la Cardiochirurgia l'antibiotico raccomandato è la* Org_7 *. Qualora sia elevata la presenza di stafilococchi meticillino-resistenti gli antibiotici consigliati sono la Teicoplanina e la Vancomicina. Nel caso del* Pt_2 *trattandosi di un soggetto particolarmente a rischio infezione del sito chirurgico in quanto diabetico, anemico, con degenza ospedaliera preoperatoria, con trasfusioni peri-operatorie e con esiti di chirurgia protesica era necessario attenersi scrupolosamente alle raccomandazioni delle linee guida, L'ampicillina/sulbactam ha dimostrato nei lavori scientifici un'efficacia notevolmente inferiore nel ridurre le infezioni nel sito chirurgico rispetto ai farmaci sopra citati e possiamo affermare che l'uso di tale associazione si basi su un razionale teorico non suffragato da alcuna evidenza scientifica. Per concludere: come già detto nella stesura iniziale della perizia, non è che la copertura antibiotica non fosse stata praticata sul de cuius, ma che non fosse adeguata al caso specifico*». Quanto alla prosecuzione della terapia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

antibiotica annotano le osservazioni supplementari: «*fermo restando che la copertura antibiotica praticata al* Pt_2 *non era adeguata essa, anche continuando ad utilizzare il farmaco* CP_10 *andava come raccomandato persino dal foglietto illustrativo, somministrata per giorni 14, vieppiù in considerazione delle comorbilità del de cuius e del tipo di chirurgia protesica a cui era stato sottoposto. Risulta che all'atto del trasferimento a* Controparte_5 *l'antibiotico in questione non era somministrato, né fu consigliata nella lettera di trasferimento la ulteriore prosecuzione della terapia, ed infatti durante la riabilitazione a* Controparte_5 *non fu praticata alcuna antibioticoterapia. In definitiva si scelse un farmaco non raccomandato dalle linee guida e lo si utilizzò per un lasso di tempo troppo breve*» (v. elaborato depositato il 1.10.2019)

20. L'approfondimento, com'è dato a tutta prima rilevare, ha ulteriormente precisato e, se si vuole, enfatizzato le responsabilità dei sanitari della Org_1 i quali non solo hanno precocemente dimesso il paziente, ma hanno anche fornito un supporto di copertura antibiotica inadeguato e insufficiente, non fornendo indicazioni precise anche ai colleghi di Controparte_5 . Né, per come deduce il [redacted] in sede di comparsa conclusionale, le negligenze complessivamente evidenziate possono trovare elisione e finanche attenuazione nel livello di specializzazione della casa di cura [...] CP_5 sia perché dato ininfluente sui protocolli che governano la responsabilità sanitaria (e semmai incidente sul gradiente di regresso interno) sia perché circostanza smentita in concreto dalla gravità della condotta omissiva posta in essere dai sanitari della citata casa di cura.

21. Quanto alla posizione di costoro mette conto considerare che del tutto ragionevolmente e fondatamente i medesimi CTU hanno rilevato che «*la formulazione della diagnosi di mediastinite settica (complicanza) non venne … posta dai sanitari di* Controparte_5 *per incompletezza delle indagini cliniche strumentali. Infatti nonostante la presenza di chiari indici di flogosi e dei sintomi lamentati dal paziente non venne richiesto la TC torace, l'unico esame strumentale che avrebbe adeguatamente documentato la complicanza in essere (formazione di una raccolta ascessuale mediastinica), permettendo di trattare precocemente l'anziano con idonea terapia*» (pag. 12). Inoltre i medesimi sanitari della CP_5 [...] «*nonostante gli indici di flogosi indicassero chiaramente una complicanza infettiva in atto, nonostante le reiterate lamentele del paziente per dolore sul sito chirurgico in corrispondenza della*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

sternotomia, non sottoposero lo stesso ad idonei accertamenti, in primis una TAC del torace, che avrebbe consentito di riscontrare la complicanza che si stava manifestando, ossia la formazione di una raccolta ascessuale in sede mediastinica. La prevenzione di tale complicanza avrebbe, secondo il criterio del più probabile che non, evitato o permesso di curare al meglio la mediastinite consentendo al paziente di aumentare le chances di sopravvivenza. Esiste pertanto un preciso nesso causale tra il comportamento omissivo dei sanitari delle convenute strutture e il decesso del paziente» (pag. 14). E ancora più precise e convincenti appaiono i rilievi dei CTU alle osservazioni dei CT di parte convenuta secondo cui «*nel complesso non sono stati correttamente interpretati tutta una serie di campanelli di allarme che sono ben documentati nella cartella clinica e che avrebbero dovuto indurre con sollecitudine i Sanitari in team di* [...] CP_5 *a prescrivere una Tac Torace anziché delle banali radiografie che mai avrebbero permesso la diagnosi della complicanza più temibile: la mediastinite. Veniamo nello specifico a rispondere in maniera più circostanziata: già in data 30 aprile i globuli bianchi erano 12.800, essi erano aumentati nuovamente rispetto al controllo post-operatorio fatto presso il* [redacted] *ove erano 11.540, vuole la consuetudine clinica che i valori dei* Co *tranne che il paziente non abbia una mielodisplasia, scendano costantemente e rapidamente dopo un intervento chirurgico andato a buon fine. Ancora in data 13 novembre troviamo 12.400 globuli bianchi che non avrebbero ragione di esistere, se non con la formazione di una raccolta flogistica o comunque una complicanza infettiva. Per quanto riguarda i valori della PCR questa dapprima discesa a 167,7 rispetto ai valori trovati presso i* [redacted] *quindi in data 13/11 la PCR era 14,7 in concomitanza di una terapia steroidea iniziata dal de cuius, era poi risalita, tant'è vero che il 17/11 era arrivata all'enorme valore di 292,4. Parliamo ora della situazione clinica descritta in diaria, già dal 13/11 il paziente dichiara che non è riuscito a riposare per la presenza di importanti dolori in regione sternale, il 14/11 lo stesso* Pt_2 *riferisce un dolore sternale che si esacerba alla digito-pressione, il 17/11 lamenta dispnea e fatica severa, dolore alla ferita, il 19/11 la ferita sternale viene medicata, descritta come in ordine ma il paziente, ancora una volta continua a lamentare dolore in tale sede. Quale la complicanza più prevedibile se non una mediastinite? La ferita poteva benissimo essere ancora in ordine se la raccolta ascessuale non si era fatta strada attraverso di essa come empiema necessitatis (ossia per effetto dell dissezione, operata dal pus, attraverso i tessuti molli della gabbia toracica con possibile*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

coinvolgimento cutaneo e formazione di tragitto fistoloso n.d.e.) ma non si poteva non tener conto del quadro di insieme. Avrebbe potuto la sola radiografia del torace consentire la giusta diagnosi ? certamente no, l'unico esame era una Tac torace con contrasto ed era da eseguire con sollecitudine. Tutti i campanelli di allarme vennero invece sottovalutati, non si pensò alla complicanza più probabile omettendo di richiede l'unico esame che avrebbe permesso tempestivamente di fare la diagnosi corretta». (pag. 16-17).

22. Restano in considerazione due profili: quello della ripartizione interna della responsabilità tra le strutture convenute che i CTU hanno ravvisato nella misura di 1/3 e di 2/3 e quello delle ridotte aspettative di vita del sig. *Pt_2* che, probabilmente, andava incontro a morte in un periodo oscillante sui 24 mesi a causa della gravità delle polipatologie che lo affliggevano.

23. Sul primo punto occorre considerare che un'indicazione circa la percentuale interna di responsabilità da ripartirsi tra i convenuti nei rapporti interni di regresso deriva dalla sola, tardiva domanda spiegata nel foglio di precisazione delle conclusioni da *Controparte_3* («*Subordinatamente, per il caso di ritenuta corresponsabilità con altra struttura medica convenuta, statuirne la minore consistenza partecipativa*»); domanda cui nulla hanno opposto gli attori (ovviamente) e verso la quale alcuna obiezione o contestazione è giunta dalla *Org_1* e dalla terza chiamata che pur avrebbero interesse a una tale indicazione stante il differenziale di responsabilità individuato dai CTU. Ora, come noto, la giurisprudenza di legittimità si è orientata nel senso che «*La domanda proposta all'udienza di precisazione delle conclusioni deve ritenersi ritualmente introdotta in giudizio, per accettazione implicita del contraddittorio, qualora la parte verso la quale essa è rivolta non ne abbia eccepito, nella stessa udienza, la preclusione, non essendo utile allo scopo l'opposizione fatta in comparsa conclusionale*» (Cassazione sez. II n. 30699 del 27/11/2018, m. 651595 - 01); tuttavia la forma a trattazione scritta dell'udienza di precisazione di conclusioni non impediva alla *Org_1* di prendere posizione su tale punto, soprattutto se si tiene conto della restituzione in termini che ha conseguito proprio per effetto della pretesa, mancata comunicazione di quel verbale d'udienza; ragione per cui la domanda subordinata della Casa di cura di regresso deve essere accolta.

24. Sul secondo punto, si deve considerare che l'azione negligente dei convenuti, cagionando il decesso anticipato del paziente pur affetto da gravi patologie [redacted] sez. III, n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

20996 del 27/11/2012, m. 624412 – 01), ha comunque privato il sig. Pt_2 di una possibilità di sopravvivenza a due anni per come correttamente evidenziato dalla consulenza tecnica (pag. 14). Questo comporta l'acquisizione da parte del de cuius – e la successiva trasmissione agli odierni attori *iure hereditatis* – di una pretesa risarcitoria che deve necessariamente valutata per via equitativa ai sensi dell'art.1226 c.c.; si pone, tuttavia, il problema della qualificazione giuridica di tale voce di danno che non appare riconducibile alla definizione di perdita di chance nella formulazione da ultimo consegnata dalla Corte regolatrice e che presuppone un'incertezza in ordine all'evento lesivo causalmente riconducibile alla malpractice [redacted] sez. III n. 12906 del 26/06/2020, m. 658177 – 01: «*… l'identificazione dell'evento di danno, la cui riconducibilità al concetto di "chance" postula una incertezza del risultato sperato, e non già il mancato risultato stesso, in presenza del quale non è lecito discorrere di una "chance" perduta, ma di un altro e diverso danno; ne consegue che, provato il nesso causale rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze dannose risarcibili, il risarcimento di quel danno sarà dovuto integralmente*»). Nel caso del sig. Pt_2 i Ctu hanno concluso nel senso che il paziente è stato in concreto privato della possibilità di vita a 2 anni con ciò identificando una precisa e autonoma voce di danno non patrimoniale che si deve accertare se vada distinta o mano dalla perdita di chance. Annota la Corte di cassazione: «*Le stesse pretese (risarcitorie n.d.e.) si tramutano, di converso, in domanda di risarcimento* tout court *del danno da perdita anticipata del rapporto parentale, ove sia certo e dimostrabile, sul piano eventistico, che la condotta illecita abbia cagionato l'anticipazione dell'evento fatale, costituendo, in tale ipotesi, un evidente paralogismo l'evocazione della fattispecie della chance – fondato sull'equivoco lessicale indotto dalla locuzione "perdita della possibilità di vivere meglio e più a lungo", mentre l'evento di danno è specularmente costituito dalla perdita anticipata della vita e dall'impedimento a vivere il tempo residuo in condizioni migliori e consapevoli … Pertanto, nei casi in cui l'evento di danno sia costituito non da una possibilità – sinonimo di incertezza del risultato sperato – ma dal (mancato) risultato stesso, non di chance perduta par lecito discorrere, bensì di altro e diverso evento di danno (in ambito sanitario, la perdita anticipata della vita, rigorosamente accertata come conseguenza dell'omissione sul piano causale)*» (Cassazione sez. III, 11.11.2019 , n.28993), L'argomentazione, indirizzata – a tutta evidenza – sul diverso profilo del danno da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

perdita anticipata del rapporto parentale (e, quindi, azionato *iure proprio*) non deve creare confusioni con il tema del danno biologico patito dal sig. *Pt_2* e consistente nella morte anticipata di cui si è detto. La medesima sentenza però precisa: «*La condotta (commissiva o più spesso omissiva) colpevolmente tenuta dal sanitario ha cagionato la morte del paziente, mentre una diversa condotta (diagnosi corretta e tempestiva) ne avrebbe consentito la guarigione, alla luce dell'accertamento della disposta CTU. In tal caso l'evento (conseguenza del concorso di due cause, la malattia e la condotta colpevole) sarà attribuibile interamente al sanitario, chiamato a rispondere del danno biologico cagionato al paziente e del danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari*». E' evidente che, avendo da tempo la Corte di legittimità escluso la sussistenza del danno tanatologico ossia da morte in capo al *de cuius*, l'unica componente di danno che può venire in emergenza sarebbe rappresentata dalla perdita della possibilità di sopravvivenza a due anni, atteso che – in teoria – ogni morte provocata da terzi può considerarsi "anticipata" rispetto a un tempo naturale, ignoto con precisione.

25. Applicato questo canone al caso di specie, la tesi della sentenza di cui sopra deve essere necessariamente adattata posto che si potrebbe conseguire l'indebito e l'irragionevole risultato di negare come sempre il risarcimento del danno *iure hereditatis* in caso di morte cd. anticipata del paziente e di riconoscerlo in caso di perdita di chance che rappresenta chiaramente un *minus.*

26. L'*obiter dictum* «*danno biologico cagionato al paziente*» per il caso di morte non può allora riferirsi alla perdita della vita, ma ai diversi danni biologici (ITA, ITP) che sono derivati dalla condotta colposa del sanitario. La circostanza che il sig. *Pt_2* sarebbe comunque andato incontro a morte per le sue patologie ha un'incidenza, esclusiva, sul piano della determinazione del danno da lesione del rapporto parentale e del contenimento del risarcimento in ragione della prevedibile, inevitabile perdita del marito e del padre da parte degli odierni attori entro 24 mesi. Laddove, invece, l'evento letale non si ponesse quale certa conseguenza dell'azione colpevole (come in questo caso), ma fosse incerto nella sua configurabilità atteggiandosi quale "evento incerto" causalmente collegato alla malpractice verrebbe in rilievo una perdita di chance sia in capo al paziente, trasmissibile *iure hereditatis*, sia in capo agli attori *iure proprio* quanto al rapporto parentale; perdita che, ovviamente, comporterebbe l'applicazione di parametri liquidatori equitativi di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

gran lunga inferiori a quelli invece connessi all'evento morte provocato in termini di ragionevole probabilità.

27. In definitiva l'accertamento peritale non ha altra incidenza che sul piano del risarcimento del danno extracontrattuale da lesione del rapporto parentale che deve essere delimitato in ragione del profilarsi di un orizzonte temporale particolarmente circoscritto quanto alla sopravvivenza del sig. *Pt_2* anche in caso di corretta esecuzione dell'intervento (cfr. §. 31).

28. Ciò posto, si deve innanzitutto considerare che la condotta colposa dei sanitari delle strutture convenute ha comportato un periodo di inabilità temporanea assoluta del sig. *Pt_2* quanto meno a decorrere dal 23.11.2014 (data del trasferimento presso l'Ospedale di [redacted] sino alla data del [redacted] A conferma obiettiva di tale condizione del paziente valgano le annotazioni sulla cartella clinica (allegata 4) dell'Ospedale di [redacted] presso cui il paziente registra una diagnosi di ingresso di insufficienza respiratoria acuta e di setticemia e viene sottoposto a ventilazione meccanica. Si tratta di 21 giorni vissuti in una condizione bio-attitudinale deteriore rispetto a quella che si sarebbe determinata in caso di adeguata esecuzione dell'intero trattamento sanitario.

29. L'importo tabellare per la liquidazione del danno biologico da ITA per l'anno 2019 è pari a euro 110.60 *pro die*. Tuttavia occorre considerare che «*in tema di danno non patrimoniale risarcibile in caso di morte causata da un illecito, il danno morale terminale e quello biologico terminale si distinguono, in quanto il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofale o catastrofico) consiste nel pregiudizio subìto 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. Dai pregiudizi risarcibili "iure hereditatis" si differenzia radicalmente il danno da perdita del rapporto parentale che spetta "iure proprio" ai congiunti per la lesione della relazione parentale che li legava al*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

defunto e che è risarcibile se sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione, ma non anche il rapporto di convivenza, non assurgendo quest'ultimo a connotato minimo di relativa esistenza» (Cassazione sez. III n. 21837 del 30/08/2019, m. 655085 – 01; sez. III, 26 giugno 2020 n. 12913; sez. III, n. 22228 del 20/10/2014, m. 633123 –01). In applicazione di queste categorie occorre, quindi, procedere alla liquidazione del danno biologico terminale – inteso come danno del massimo grado d'intensità fisica – mediante un adeguato "appesantimento" dell'entità del ristoro previsto per via tabellare per l'ITA da poter raddoppiare nel suo ammontare; si consegue per questa voce l'importo di euro 4.645,20 (110.60 * 2 * 21).

30. L'aver reso il sig. *Pt_2* moduli di consenso informato al secondo intervento presso il [redacted] in data 23 e 24.11.2014 induce a ritenere che costui si trovasse in condizioni di lucidità in quella fase (v. allegato 4); mentre già in data 27.11.2014 il consenso alla tracheotomia venne reso dalla moglie *Parte_1* (ivi); la nota per la somministrazione della terapia nutrizionale del 5.12.2014 lo descrive come «*vigile, febbrile fino a questa mattina, tracheotomizzato in ossigeno laterale*»; la nota dell'11.12.2014 si limita a registrare una ripresa dello stato febbrile. In questo scenario ritiene il decidente che, a decorrere dal 28.11.2014 (ossia dal momento in cui il sig. *Pt_2* venne intubato), il paziente abbia progressivamente acquisito precisa consapevolezza dell'irreversibile peggioramento delle proprie condizioni di salute, malgrado la continua, inevitabile sedazione (v. cartella terapia intensiva) in una situazione protrattasi sino al [redacted] senza che risultino annotate perdite di coscienza o sedazioni profonde. In questo stato deve riconoscersi il diritto al risarcimento del danno catastrofale in ragione della condizione di lucida agonia che ha contrassegnato lo stato di infermità del sig. *Pt_2* dal citato 28.11.2014 al [redacted] Le Tabelle approntate dal Tribunale di Roma e regolarmente approvate (edite sul sito istituzionale dell'Ufficio) prevedono, in questa ipotesi, un importo pari ad € 10.000 per ogni giorno di sopravvivenza dopo la acquisizione della consapevolezza della concreta probabilità del decesso fino a 5; un ulteriore importo di € 5.000 giornalieri per i successivi 10; un ulteriore importo di € 2.000 per i successivi 15; un ulteriore importo di € 1.000 per tutti i giorni eccedenti i trenta. Tenuto in considerazione che i giorni complessivamente presi in considerazione sono 15 (escluso il giorno del decesso in cui lo stato di incoscienza risulta conclamato) si

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

consegue l'importo di euro 100.000,00 [(euro 10.000 * 5) + (euro 5.000 * 10)].

31. Come anticipato (cfr. §. 27) le comorbillità che affliggevano il sig. *Pt_2* e la circostanza che costui avesse comunque aspettative di vita circoscritte in un range temporale tutto sommato limitato (due anni) anche in caso di corretta esecuzione trattamentale non può non avere un diretta incidenza sulla determinazione del danno da perdita del rapporto parentale. E' evidente che la piena consapevolezza degli odierni attori (v. anche prova testimoniale) circa la preesistenti condizioni di salute del proprio congiunto e la circostanza che costui sarebbe andato, comunque, incontro a un decesso più o meno ravvicinato in ragione delle gravi e plurime patologie che lo affliggevano non può non incidere sulla valutazione della nesso causale giuridico, ossia di quello volto (ex artt. 1223 e 1227 c.c.) a perimetrare l'entità del risarcimento. A questo fine –richiamate sempre le Tabelle di liquidazione del danno non patrimoniale approvate dal Tribunale di Roma per l'anno 2019 e tuttora vigenti – mette conto considerare la scomparsa del sig. *Pt_2* è certamente avvenuta in circostanze (v. prova testimoniale) che hanno, presuntivamente, aveva acuito la sofferenza dei suoi più stretti parenti, provocando maggior angoscia, a fronte di un quadro clinico pregresso della paziente che aveva mostrato segni di confortante miglioramento al momento delle dimissioni dal [redacted] sez. III, 13 maggio 2020, n.8887). Merita, questo primo parametro, di essere preso in considerazione laddove si debbano individuare i presupposti della liquidazione del danno morale soggettivo di cui si discute che – in ossequio ai più recenti arresti della Corte di legittimità (Cassazione n. 901/2018, n. 7513/2018, n. 2788/2019, n. 25988/2019) – può essere allegato e poi provato anche solo a mezzo di presunzioni semplici e che costituisce assai frequentemente l'aspetto più significativo della perdita del rapporto parentale. Accanto a questo primo criterio di orientamento nella liquidazione del danno occorre, poi, soggiungere il rilievo che compete alla circostanza che il danno non patrimoniale da lesione del rapporto parentale (nella specie, per la morte del genitore e del marito) va valutato e liquidato in via equitativa, con prudente discrezionalità, contemperando in maniera equilibrata «*il grado di gravità del fatto illecito, nonché l'intensità e la durata degli effetti del danno ingiusto, dovendosi tener conto dell'irreparabilità della perdita della comunione di vita e di affetti e della integrità della famiglia*» (cfr. Cassazione sez. III n. 26505 del 17/12/2009; n. 10107 del 09/05/2011

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

e, da ultimo, Cassazione sez. III, 25/08/2020, n.17682). Nel caso di specie deve senz'altro riconoscersi la tutela risarcitoria in favore della sig.ra *Parte_1* e dei figli *Parte_2* , *[...]* *Parte_3* , *Persona_1* (deceduta in corso di causa e per lei in favore di *Parte_4* , *Parte_5* e *Parte_6*) e *CP_1* . Facendo applicazione, come detto, dei criteri elaborati dal Tribunale di Roma per la liquidazione del danno non patrimoniale per l'anno 2019 (Cassazione sez. III n. 22330 del 26/09/2017, m. 645825 – 01) secondo cui per la perdita del rapporto parentale occorre tenere in considerazione «*cinque fattori di influenza del risarcimento – una volta ritenuta provata la esistenza di una seria relazione affettiva –, vale a dire: a. il rapporto di parentela esistente tra la vittima ed il congiunto avente diritto al risarcimento, potendosi presumere che il danno sia maggiore quanto più stretto il rapporto; b. l'età del congiunto: il danno è tanto maggiore quanto minore è l'età del congiunto superstite; c. l'età della vittima: anche in questo caso è ragionevole ritenere che il danno sia inversamente proporzionale all'età della vittima, in considerazione del progressivo avvicinarsi al naturale termine del ciclo della vita; d. la convivenza tra la vittima ed il congiunto superstite, dovendosi presumere che il danno sarà tanto maggiore quanto più costante e assidua è stata la frequentazione tra la vittima ed il superstite; e. presenza all'interno del nucleo familiare di altri conviventi o di altri familiari non conviventi); (fino al 4°, inclusi, quindi, i cugini): infatti il danno derivante dalla perdita è sicuramente maggiore se il congiunto superstite rimane solo, privo di quell'assistenza morale e materiale che gli derivano dal convivere con un'altra persona o dalla presenza di altri familiari, anche se non conviventi*» (cfr. sito ufficiale Tribunale Roma [redacted] sez. III-6, 10 gennaio 2018, n.392) con un valore punto per il 2019 pari a euro 9.806,70.

32. Quindi per la relazione di parentela con il *de cuius* (di anni 73) a *Parte_1* (classe 1941) competono 20 punti; a *[...]* *Parte_2* (classe 1963), a *Parte_3* (classe 1966), a *Persona_1* (classe 1965) e a *CP_1* (classe 1973) competono 18 punti cadauno; per l'età del sig. *Pt_2* al momento del decesso, competono a ciascuno degli attori punti 2; per l'età del danneggiato riflesso competono alla sig.ra *Pt_1* punti 2, a *[...]* *Parte_2* (classe 1963), a *Parte_3* (classe 1966), a *Persona_1* (classe 1965) e a *CP_1* (classe 1973) punti 3 cadauno; alla sig.ra *Pt_1* in ragione della convivenza con il *de*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

cuius punti 4 (nessuna allegazione è provenuta dagli altri attori circa un'eventuale convivenza).

33. Si conseguono, così, i seguenti importi: sig.ra *Pt_1* punti 28 * euro 9.806,70 = euro 274. 587,60; per ciascuno dei figli del *de cuius* punti 23 = euro 225.554,10. Tali importi devono essere ridotti equitativamente del 50% a cagione della detta, ridotta probabilità di sopravvivenza del sig. *Pt_2* a due anni e della relativa contrazione dell'entità del danno morale soggettivo che è derivata dalla perdita anticipata della vita in questo quadro già seriamente compromesso.

34. Gli importi complessivi finali sono, quindi, i seguenti: *iure hereditatis* complessivamente euro 104.645,20; *iure proprio* euro 137.293,80 in favore della sig.ra *Parte_1* ed euro 112.777,05 in favore di ciascuno degli altri attori.

35. Trattandosi di valori determinati alla data attale sulla scorta delle rivalutazioni tabellari periodiche è necessario individuare il valore di riferimento per il calcolo del lucro cessante e l'individuazione del valore di applicazione dei coefficienti di rivalutazione anno per anno per ritardato pagamento, liquidati in conformità all'orientamento assunto sul punto dalla Corte di cassazione con la sentenza n. 1712 del 1995. Tale sentenza, infatti, da un lato, riconosce la risarcibilità del lucro cessante derivato al danneggiato per la perdita dei frutti che avrebbe potuto trarre dalla somma dovuta se questa fosse stata tempestivamente corrisposta, danno liquidabile anche con l'attribuzione di interessi, e, dall'altro, esclude che si possa assumere a base del calcolo di tale danno la somma liquidata come capitale nella misura rivalutata definitivamente al momento della pronuncia. Quanto al danno da lucro cessante, la Corte ha affermato che tale danno deve essere provato (anche con il ricorso a criteri presuntivi) e può essere liquidato, in via equitativa, anche mediante l'attribuzione di interessi, la cui misura va determinata secondo le circostanze obiettive e soggettive inerenti al pregiudizio sofferto. Quanto poi agli effetti negativi della svalutazione monetaria, la Corte ha, altresì, affermato che, nell'ambito della valutazione equitativa compiuta ai fini del ristoro del danno da lucro cessante e nei casi in cui vi sia un intervallo di tempo consistente tra l'illecito e il suo risarcimento, «*può tenersi conto (...) del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, calcolando gli interessi (per esempio, anno per anno) sul valore della somma via via rivalutata nell'arco del suddetto ritardo, oppure calcolando indici medi di svalutazione*». A tale orientamento questo giudice ritiene di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

doversi allo stato adeguare, assumendo a base del calcolo degli interessi il capitale nel suo valore medio tra la data iniziale [redacted] e quella finale (28.12.2020), tenendo conto degli indici medi di svalutazione del periodo, pubblicati dall' *Org_8* , oppure, stante la sostanziale equivalenza del risultato, prendendo a base la semisomma dei due valori considerati (valore iniziale alla data del fatto e valore finale alla data della presente pronuncia). Quanto alla prova e alla liquidazione di tale danno, ritiene questo giudice che si possa far riferimento, in via presuntiva, alle usuali modalità di impiego del risparmio da parte delle famiglie italiane, e cioè ai rendimenti medi derivanti da investimenti in titoli di Stato – BOT, CCT, *Orga* depositi vincolati a termine (v. per riferimenti SS.UU. 5/4/1986 n. 2368).

36. Gli importi complessivi, quindi, di euro 104.645,20 (ai sensi dell'art. 581 c.c. = euro 34.950,00 per il coniuge superstite ed 17.550,00 per ciascuno dei figli) e di 137.293,80 in favore della sig.ra *Parte_1* ed euro 112.777,05 in favore di ciascuno degli altri attori, devono essere devalutati alla data del fatto [redacted] e sulla semisomma decorrono, quindi, gli interessi nella misura accordata per i depositi vincolati a termine al 30.9.2020 (v. per riferimenti: SS.UU. 5/4/1986 n. 2368) secondo il seguente criterio di calcolo: tasso medio annuo 0,70%.

37. In definitiva gli importi di euro 172.243,80 (34.950,00 + 137.293,80) e di 130.327,05 (17.550,00 + 112.777,05) devalutati alla data del [redacted] consegnano gli importi di euro 168.701,08 e di euro 127.646,47; la semisomma è pari a euro 170.472,44 (172.243,80 + 168.701,08 : 2) e a euro 128.986,76 (130.327,05 + 127.646,47 : 2); applicando su tali semisomme il tasso medio annuo di rendimento sopra menzionato (0,70%) si ottengono i seguenti importi finali: in favore di *Parte_1* euro 177.687,90; per gli altri attori euro 134.446,30.

38. Tali somme sono dovute nella misura di 1/3 dalla *Controparte_2* e di 2/3 dalla *Controparte_3* per la Casa *Controparte_7* .

39. In accoglimento della domanda di manleva proposta dalla citata *CP_3* nei confronti di *Controparte_4* la Struttura convenuta deve essere tenuta esente dalle somme versate agli attori in ragione della presente pronuncia, ferma restando l'applicazione di una franchigia per sinistro pari ad € 75.000,00 prevista dalla polizza n. [redacted] (vigente al tempo dell'evento assicurato)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

40. Le spese di lite seguono la soccombenza sulle singole domande e, avuto riguardo ai criteri di cui all'art.4 DM 55/2014 (caratteristiche, pregio dell'attività prestata, importanza, natura, difficoltà e valore dell'affare, condizioni soggettive del cliente, risultati conseguiti, numero e complessità delle questioni giuridiche e di fatto trattate, numero delle parti attrici con aumento del 30% per la presenza di più parti aventi la medesima posizione processuale ex art. 4, comma 2) possono essere liquidate in favore delle parti attrici e come da dispositivo attestandosi in direzione del parametro medio dei valori tabellari. Le spese per la chiamata in garanzia di *[...] CP_4* possono essere compensate in ragione della mancata resistenza in giudizio alla pretesa di manleva spiegata dall'assicurata.

P.T.M.

il Tribunale di Roma – definitivamente decidendo sulla domanda proposta da *Parte_1* , *Parte_2* , *[...] Parte_3* , *CP_1* e da *Parte_4* *Parte_5* e *Parte_6* quali eredi della sig.ra *Persona_1* deceduta in corso di causa, nei confronti di *Controparte_2* e di *Controparte_3* nonché sulla chiamata in garanzia da questa convenuta spiegata nei confronti di *Controparte_4* – rigettata ogni ulteriore deduzione ed eccezione – così provvede:

a) accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna in solido in convenuti al pagamento in favore 1) di *Parte_1* della somma di euro 177.687,90 oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo; 2) al pagamento in favore di *[...] Parte_2* , *Parte_3* e *CP_1* della somma di euro 134.446,30, cadauno oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo; 3) al pagamento in favore di *Parte_4* *Parte_5* e *Parte_6* della somma di euro 44.815,00 cadauno oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;

b) condanna in solido i medesimi convenuti al pagamento delle spese di lite, incluse quelle relative alla registrazione della presente sentenza, che liquida in euro 36.145,20, oltre Iva (se dovuta), Cpa e contributo spese generali al 15% per compensi ed euro 545,00 per esborsi con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario;

c) pone le spese dell'attività di consulenza tecnica d'ufficio in solido a carico dei medesimi convenuti;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-353

d) in accoglimento della domanda di regresso dichiara che le somme di cui ai capi precedenti sono dovute dai coobbligati solidali quanto ai soli rapporti interni nella misura di un terzo dalla *[...]* *Controparte_2* e di due terzi da di *Controparte_3*

e) in accoglimento della domanda di manleva assicurativa condanna *Controparte_4* a mantenere indenne la *Controparte_3* dagli importi dovuti agli attori dalla detta società in ragione della presente sentenza, previa detrazione della franchigia di euro 75.000,00;

f) compensa le spese di lite quanto al capo precedente.

Così deciso in Roma il 28/12/2020.

Alberto Cisterna

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it