



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA
in composizione monocratica
Sezione XIII[^] Civile

Il Giudice della 13[^] sezione civile, dott. Giorgio Egidi, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado, iscritta al n. 50750 del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2017, promossa

da

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), *Parte_2* (C.F. *C.F._2*), *CP_1* (C.F. *C.F._3*), *Controparte_2* (C.F. *C.F._4*), *CP_3* (C.F. *C.F._5*), *Controparte_4* (C.F. *C.F._6*) e *CP_5* (C.F. *C.F._7*), *Per_1* [...] e [...] rappresentati e difesi dagli Avvocati (C.F. *C.F._8*) e (C.F. *C.F._9*), ed elettivamente domiciliati nello e presso lo studio dei difensori sito in Roma,

- Attori -

nei confronti della

Controparte_6 (C.F. e P.I. *P.IVA_1*) con sede in Roma, in persona del legale rappresentante *pro tempore* Commissario Straordinario dott. *Controparte_7* rappresentata e difesa dall'Avvocato (C.F. *C.F._10*), ed elettivamente domiciliata nello e presso lo studio del difensore sito in

Roma, [REDACTED] in virtù di mandato allegato alla comparsa di costituzione e risposta.

- Convenuta -

* * *

Oggetto: risarcimento del danno cagionato da responsabilità professionale medica.

Conclusioni: come da note a trattazione scritta, depositate – ex art. 221, comma IV, L. 77/2020 - per la prevista udienza del 15.06.2022, conclusioni da intendersi qui integralmente trascritte e riportate.

* * *

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione datata 18.07.2017, [REDACTED] *Parte_3* [REDACTED] *Parte_1* [...] *Pt_2*, [REDACTED] *CP_1*, [REDACTED] *CP_3* [REDACTED] *Controparte_4* e [REDACTED] *CP_5* - nelle rispettive qualità di coniuge, figli e germani di [REDACTED] *Per_1* [REDACTED] e [REDACTED] - convenivano in giudizio, davanti a questo Tribunale, l' [REDACTED] *Controparte_8* [...] [REDACTED], per ivi sentire accertare, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., la responsabilità della Struttura ospedaliera nella causazione del decesso del loro prossimo congiunto e, quindi, ottenere il risarcimento di tutti i danni non patrimoniali da loro subiti in conseguenza di tale decesso, sia *iure proprio* (danno per la perdita parentale) sia *iure hereditatis* (danno biologico terminale, danno catastrofico o da lucida agonia).

A sostegno della loro domanda risarcitoria, gli attori [REDACTED] *Parte_3* [REDACTED] *Parte_1* [REDACTED] *Parte_2*, [REDACTED] *CP_1*, [REDACTED] *CP_3* [REDACTED] *Controparte_4* e [REDACTED] *CP_5* deducevano:

- 1) che, in data 22.03.2015, il loro prossimo congiunto [REDACTED] *Per_1* all'epoca del fatto dell'età di 67 anni, al manifestarsi di stato confusionale ed emiplegia dx, era stato trasportato a mezzo del 118 presso il P.S. dell'Ospedale di [REDACTED] ove, all'esito di TC cerebrale, era stata posta la diagnosi di "ictus emorragico";
- 2) che, a fronte di tale diagnosi e delle gravi condizioni cliniche del *de cuius*, era stato disposto l'immediato trasporto (in elicottero) al P.S. del [REDACTED] *Controparte_6* di Roma ove, dopo la somministrazione di trattamento trombolitico, il paziente era stato ricoverato nell' [REDACTED] *Org_1* [REDACTED] del medesimo Policlinico;
- 3) che, a causa delle crisi respiratorie, lo stretto congiunto di essi attori era stato sottoposto, in data 24.03.2015, a IOT (intubazione oro tracheale) e, in data 25.03.2015, a tracheostomia, eseguita però senza controllo endoscopico e senza che, in cartella, venisse specificata la tecnica utilizzata;

- 4) che, fin dal 27.03.2015, a distanza di soli due giorni dalla tracheostomia, veniva richiesta consulenza infettivologica, per la presenza di febbre, associata ad incremento delle secrezioni respiratorie, tanto che – in data 01.04.2015 – si era resa necessaria una FBS (fibrobroncoscopia) di *“pulizia per desaturazione da vie aeree ingombre di secrezioni ematiche”*; la Rx toracica aveva altresì evidenziato ipodiafania polmonare destra, sintomi tali da porre almeno il dubbio di una fistola tracheo-esofagea;
- 5) che, in data 02.04.2015, la consulenza infettivologica aveva rilevato la *“comparsa di addensamento polmonare con complicanza pneumotica”*, mentre la TC torace, eseguita in pari data, aveva evidenziato la *“presenza di bolle aeree in corrispondenza della regione pre-tracheale”*; all’esame obiettivo, era stata constatata *“sito della tracheostomia mostra placca eritematosa”*;
- 6) che, nel diario clinico del 03.04.2015, il consulente rianimatore aveva evidenziato la *“presenza di materiale maleodorante e purulento dalla tracheostomia, regione peristomale calda, rossa ed edematosi bilateralmente con estensione alla regione laterale del collo, da entrambi i lati”*; la successiva TC collo-torace con mdc, richiesta dal consulente rianimatore, aveva riscontrato *“inibizione dei tessuti molli anteriormente e lateralmente alla trachea.....il mediastino risulta nella norma. Dopo la TC nella regione arrossata del collo, si è aperta una minima soluzione di continuo dalla quale è fuoriuscito materiale corpuscolato”*;
- 7) che, in buona sostanza, a partire dal 03.04.2015, la situazione dello stretto congiunto di esso attori aveva iniziato ad essere caratterizzata dalla presenza di bolle aeree della regione pretracheale, enfisema sottocutaneo, secrezioni infette e maleodoranti dalla tracheostomia, da addensamento polmonare di non escludibile genesi *“ab ingestis”*, da raccolta ascessuale fistolizzata peritracheale, ovvero da *“una serie di segni e sintomi che ponevano un alto indice di sospetto per fistola tracheo-esofagea e che avrebbero imposto una diagnostica specifica”* (cfr. pag. nr. 4 della citazione);
- 8) che la TC collo-torace del 10.04.2015 aveva confermato *“la presenza di materiale intorno alla trachea a livello della tracheostomia”*; in data 12.04.2015, il consulente rianimatore aveva segnato altresì la presenza di *“una piccola lesione moderatamente sanguinante della mucosa tracheale da microaspirazioni giornaliere. Si aspirano secrezioni dure, giallastre e colloso”*;
- 9) che il 14.04.2015, il de cuius era stato trasferito dalla Rianimazione allo Org_2 ove la TC collo torace del 15.04.2015 aveva posto indicazione di *“ascenso paratracheale con sospetta estensione al mediastino, enfisema cervicale peritracheostomia.....processi broncopneumonici di possibile natura opportunistica e verosimile origine “ab ingestis”a circa 1 cm profondamente al piano cutaneo di ingresso della cannula, si osserva un tramite fistoloso a contenuto gassoso che si estende per circa 5-6 cm in senso cranio-caudale nel contesto del tessuto sottocutaneo in sede paramediana destra, giungendo nel tessuto adiposo retrosternale”*;

- 10) che, quindi, - a fronte dell'obiettività locale di ascesso paratracheale e di enfisema sottocutaneo, del riscontro strumentale (tramite TC) di focolai broncopneumonici multipli "*ab ingestis*" e di una fistola gassosa che si portava fino al mediastino – esistevano segni clinico-strumentali indubitabilmente suggestivi di fistola tracheo-esofagea, la cui diagnosi però era stata posta tardivamente, solo in data 28.04.2015, a seguito di consulenza ORL;
- 11) che, infatti, in data 26.04.2015, il *de cuius* Per_1 era stato trasferito nuovamente in rianimazione per la comparsa di insufficienza respiratoria da fistola tracheo-esofagea; in particolare, il chirurgo toracico aveva visualizzato la fistola quasi allo stesso livello della tracheostomia, in sede posterolaterale destra, fistola da cui si vedeva il SNG (sondino naso gastrico); all'esito, era stata posta indicazione ad intervento chirurgico;
- 12) che, solo in data 05.06.2015, era stato eseguito l'intervento chirurgico di escissione della fistola, con sutura dell'esofago e della trachea, con interposizione muscolare; in data 09.06.2015, il paziente era stato trasferito dalla Rianimazione al reparto di Chirurgia Toracica;
- 13) che, in data 15.06.2015, era stato richiesto il trasferimento presso una [...] Controparte_9 e, contestualmente, era stata eseguita una TC collo-torace, che aveva rilevato la comparsa di "*multipli addensamenti nodulari confluenti nel lobo inferiore di entrambi i polmoni,....da riferire ad addensamenti flogistici*"; in altri termini, erano stati individuati, ancora una volta, focolai broncopneumonici multipli bilaterali "*ab ingestis*", chiaro segno di recidiva della fistola tracheo-esofagea;
- 14) che, il giorno successivo, era stata annullata la richiesta di trasferimento a causa del peggioramento dello stato clinico del paziente, con stato di coma, ipotensione resistente, con necessità di noradrenalina, oligoanuria, acidosi metabolica, con conseguente necessità di nuovo trasferimento in rianimazione;
- 15) che la TC collo-torace del 19.06.2015 aveva confermato la presenza dei suddetti focolai multipli bilaterali ed, in data 13.07.2015, nel corso di apposita consulenza di chirurgia toracica, era stata rimossa la cannula ed eseguita una fibrobroncoscopia che aveva evidenziato un nuovo tramite fistoloso tracheo-esofageo, più caudale rispetto al precedente di 2,5 cm, asseritamente non aggredibile chirurgicamente per le condizioni del paziente;
- 16) che, purtroppo, le condizioni del Per_1 erano peggiorate progressivamente, sino al [REDACTED] per insufficienza multiorgano (MOF) da shock settico;
- 17) che, in definitiva, a fronte della natura routinaria dell'intervento di tracheostomia, e dell'insorgenza post-operatoria di una complicanza (la fistola tracheoesofagea), per la quale il paziente non presentava particolari fattori di rischio, se non il diabete, l'operato dei sanitari era da censurare per la cattiva esecuzione/gestione della tracheostomia; in particolare, tutti i sintomi clinici

rilevati nel corso della degenza e le complicanze derivate dalla tracheostomia erano presumibilmente dovuti ad una cattiva gestione della cannula, con dislocazione della stessa e lesione secondaria posteriore della trachea ovvero a lesioni da aspirazioni condotte in maniera traumatica e/o ad eccessivo gonfiaggio della cuffia, con una pressione sulla parete superiore alla pressione capillare della trachea e conseguente ischemia, decubito e necrosi della pars membranacea tracheale; inoltre, non potevano neppure escludersi lesioni in corso di esecuzione della tracheostomia, non essendo state usate le necessarie precauzioni intra-operatorie, sempre raccomandate in Letteratura, quali: a) l'esecuzione della tecnica sotto visione e controllo endoscopico; b) l'esecuzione di un esame ecografico di controllo; infine, non emergeva neppure l'adozione di misure di sicurezza e prevenzione, non solo con riferimento alla tecnica operatoria, ma anche in ordine alla gestione della cannula e della cuffia, non essendo stato riportato nulla di specifico al riguardo, mentre in letteratura era raccomandato il monitoraggio chiuso della pressione e del volume della cuffia;

18) che, inoltre, era ravvisabile un'inerzia dei sanitari nel trattamento della suppurazione del collo, non adeguatamente trattata e detersa anche chirurgicamente, essendosi i medici accontentati della fistolizzazione spontanea della raccolta ascessuale e di continui atti ripetuti di aspirazione, non sufficienti però ad un adeguato trattamento dell'ascesso e che, invece, potrebbero avere ulteriormente danneggiato i tessuti resi fragili dall'infezione in atto;

19) che, ancora, vi era stata una tardiva diagnosi della fistola tracheo-esofagea (TEF), nonostante tutti i numerosi segni e sintomi suggestivi per la presenza di tale fistola, già presente presumibilmente in data 03.04.2015, ma diagnosticata solo in data 28.04.2015, dal consulente ORL, con nr. 25 giorni di ritardo;

20) che, oltre alla tardiva diagnosi, vi era stato anche un *inadeguato management* della fistola tracheo-esofagea che prevedeva la sostituzione del tubo tracheale, il gonfiaggio del palloncino al di là dell'orifizio fistoloso, la rimozione del SNG, con esecuzione a scopo decompressivo di gastrostomia, misure queste non attuate; al contrario, i sanitari avevano lasciato in sito il SNG che aveva giocato sicuramente un ruolo importante nella recidiva della fistola;

21) che, infine, era mancato anche il re-intervento per far fronte alla recidiva post-operatoria della fistola tracheo-esofagea;

22) che, in definitiva, il decesso del *de cuius* Per_1 era stato causato da una sepsi generalizzata, con insufficienza multiorgano, originatasi dalla fistola tracheo-esofagea, di natura iatrogena ricollegabile all'operato dei sanitari (nel corso ovvero post-tracheostomia) e, comunque, tardivamente diagnosticata e/o non adeguatamente trattata, con conseguente diritto di essi attori ad

ottenere il risarcimento di tutti i danni subiti, sia *iure hereditatis* (danno biologico terminale per i 125 giorni di degenza; danno catastrofale) sia *iure proprio*, per la perdita parentale.

Con comparsa di costituzione e risposta del 3.01.2018, si costituiva l' [...] [...]

Controparte_8, contestando l'avversa domanda, in quanto infondata in fatto e diritto ed, in particolare, deducendo:

1) la correttezza ed adeguatezza - nonché conformità alle Linee Guida ed ai Protocolli internazionali - delle prestazioni svolte ad opera dei sanitari di essa CP_9 convenuta, tanto sotto il profilo delle tecniche e dei trattamenti medici e chirurgici adottati, quanto sotto il profilo della prevenzione e profilassi delle c.d. infezioni nosocomiali; al riguardo, gli attori non avevano neppure allegato quale sarebbe stato il presunto inadempimento qualificato in relazione di efficienza causale con i pretesi danni; invero, l'esito infausto era da ricondursi in maniera determinante alle condizioni preesistenti del paziente (affetto da diabete, colpito da ictus emorragico) il quale, al momento dell'ingresso presso esso nosocomio convenuto, presentava già una grave compromissione del quadro clinico (GC6, emiplegia destra, anisocoria dx>sx, segni TC di aumento dell'area ischemica fronto-temporo-insulare sinistra, con compressione del ventricolo laterale e lieve shift della linea mediana);

2) l'inammissibilità della domanda risarcitoria per difetto di legittimazione attiva, non avendo provato gli attori la loro qualità di eredi;

3) l'infondatezza della domanda in punto di *quantum*; ed infatti, la richiesta congiunta sia del danno biologico terminale sia del danno catastrofale costituiva una duplicazione risarcitoria; in ogni caso, il "danno da lucida agonia" non era stato dimostrato dagli attori, ed era comunque da escludersi stante la condizione di totale assenza di coscienza del paziente dal suo ingresso presso essa Struttura convenuta, fino al decesso; gli attori non avevano dimostrato neppure le sofferenze da loro patite in concreto, ai fini del riconoscimento del danno morale; né poteva riconoscersi la congiunta attribuzione del danno morale e del danno esistenziale da sconvolgimento delle abitudini di vita, in quanto sottocategorie, aventi valenza meramente descrittiva, della unitaria categoria del danno non patrimoniale; con riferimento alla richiesta del danno da perdita di *chance*, era onere degli attori fornire la prova del nesso causale tra la pretesa condotta inadempiente dei sanitari e la perdita dell'opportunità favorevole del paziente, secondo il criterio del "più probabile che non"; risultava, infine, infondata la richiesta di cumulo tra interessi moratori e rivalutazione monetaria.

Alla prima udienza di comparizione del 24.01.2018, le Parti si riportavano ai rispettivi atti introduttivi, chiedendo concordemente concedersi i termini ex art. 183, comma VI, c.p.c.

Depositare le memorie istruttorie, si procedeva all'espletamento della CTU medico-legale ad opera del Dott. *Persona_2* (specialista in medicina legale nonché in anestesia e rianimazione).

Con ordinanza del 26.01.2021, su consenso delle Parti, veniva formulata apposita proposta conciliativa ai sensi dell'art. 185 bis c.p.c., proposta accettata dagli attori ma rifiutata dalla Struttura sanitaria.

Disposti alcuni rinvii per la verifica di un possibile accordo conciliativo tra le parti, nonché per l'aggravio del ruolo istruttorio, la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni.

All'ultima udienza del 15.06.2022, - svoltasi a trattazione scritta ex art. 221, comma IV, L. 77/2020 - le Parti depositavano regolarmente le note a trattazione scritta, precisando le rispettive conclusioni, da intendersi qui integralmente trascritte e riportate.

All'esito, la causa veniva trattenuta in decisione ex art. 281 *quinquies* c.p.c., con la concessione dei termini di legge di cui all'art. 190 c.p.c. (decorrenti dalla data di comunicazione della relativa ordinanza) per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di repliche.

* * *

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda risarcitoria proposta dagli attori *Parte_3* *Parte_1* [...] *Pt_2* , *CP_1* , *CP_3* *Controparte_4* e *CP_5* risulta fondata e, pertanto, merita accoglimento nei limiti di seguito precisati.

Nel presente giudizio, *Parte_3* *Parte_1* *Parte_2* [...] *CP_1* , *CP_3* *Controparte_4* e *CP_5* - nelle rispettive qualità di coniuge, figli e germani di *Per_1* [redacted] e [redacted] – hanno chiesto accertarsi, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., la responsabilità della Struttura ospedaliera nella causazione del decesso del loro prossimo congiunto e, per l'effetto, hanno chiesto la condanna della Struttura convenuta al risarcimento di tutti i danni non patrimoniali da loro subiti in conseguenza di tale decesso, sia *iure proprio* (danno per la perdita parentale) sia *iure hereditatis* (danno biologico terminale, danno catastrofico o da lucida agonia).

A sostegno della loro domanda risarcitoria, gli attori *Parte_3* *Parte_1* *Parte_2* , *CP_1* , *CP_3* *Controparte_4* e *CP_5* hanno dedotto:
1) che, in data 22.03.2015, il loro prossimo congiunto *Per_1* all'epoca del fatto dell'età di 67 anni, al manifestarsi di stato confusionale ed emiplegia dx, era stato trasportato a mezzo del 118 presso il P.S. dell'Ospedale di [redacted] ove, all'esito di TC cerebrale, era stata posta la diagnosi di "ictus emorragico";

- 2) che, a fronte di tale diagnosi e delle gravi condizioni cliniche del *de cuius*, era stato disposto l'immediato trasporto (in elicottero) al P.S. del Controparte_6 di Roma ove, dopo la somministrazione di trattamento trombolitico, il paziente era stato ricoverato nell'U.O.C. Anestesia e Rianimazione del medesimo Policlinico;
- 3) che, a causa delle crisi respiratorie, lo stretto congiunto di essi attori era stato sottoposto, in data 24.03.2015, a IOT (intubazione oro tracheale) e, in data 25.03.2015, a tracheostomia, eseguita però senza controllo endoscopico e senza che, in cartella, venisse specificata la tecnica utilizzata;
- 4) che, fin dal 27.03.2015, a distanza di soli due giorni dalla tracheostomia, veniva richiesta consulenza infettivologica, per la presenza di febbre, associata ad incremento delle secrezioni respiratorie, tanto che – in data 01.04.2015 – si era resa necessaria una FBS (fibrobroncoscopia) di *“pulizia per desaturazione da vie aeree ingombre di secrezioni ematiche”*; la Rx toracica aveva altresì evidenziato ipodiarfania polmonare destra, sintomi tali da porre almeno il dubbio di una fistola tracheo-esofagea;
- 5) che, in data 02.04.2015, la consulenza infettivologica aveva rilevato la *“comparsa di addensamento polmonare con complicanza pneumotica”*, mentre la TC torace, eseguita in pari data, aveva evidenziato la *“presenza di bolle aeree in corrispondenza della regione pre-tracheale”*; all'esame obiettivo, era stato constatato *“sito della tracheostomia mostra placca eritematosa”*;
- 6) che, nel diario clinico del 03.04.2015, il consulente rianimatore aveva evidenziato la *“presenza di materiale maleodorante e purulento dalla tracheostomia, regione peristomale calda, rossa ed edematosi bilateralmente con estensione alla regione laterale del collo, da entrambi i lati”*; la successiva TC collo-torace con mdc, richiesta dal consulente rianimatore, aveva riscontrato *“inibizione dei tessuti molli anteriormente e lateralmente alla trachea.....il mediastino risulta nella norma. Dopo la TC nella regione arrossata del collo, si è aperta una minima soluzione di continuo dalla quale è fuoriuscito materiale corpuscolato”*;
- 7) che, in buona sostanza, a partire dal 03.04.2015, la situazione dello stretto congiunto di esso attori aveva iniziato ad essere caratterizzata dalla presenza di bolle aeree della regione pretracheale, enfisema sottocutaneo, secrezioni infette e maleodoranti dalla tracheostomia, da addensamento polmonare di non escludibile genesi *“ab ingestis”*, da raccolta ascessuale fistolizzata peritracheale, ovvero da *“una serie di segni e sintomi che ponevano un alto indice di sospetto per fistola tracheo-esofagea e che avrebbero imposto una diagnostica specifica”* (cfr. pag. nr. 4 della citazione);
- 8) che la TC collo-torace del 10.04.2015 aveva confermato *“la presenza di materiale intorno alla trachea a livello della tracheostomia”*; in data 12.04.2015, il consulente rianimatore aveva segnato altresì la presenza di *“una piccola lesione moderatamente sanguinante della mucosa tracheale da microaspirazioni giornaliere. Si aspirano secrezioni dure, giallastre e colloso”*;

9) che il 14.04.2015, il *de cuius* era stato trasferito dalla Rianimazione allo **Org_2** ove la TC collo torace del 15.04.2015 aveva posto indicazione di *“ascesso paratracheale con sospetta estensione al mediastino, enfisema cervicale peritracheostomia.....processi broncopneumonici di possibile natura opportunistica e verosimile origine “ab ingestis”a circa 1 cm profondamente al piano cutaneo di ingresso della cannula, si osserva un tramite fistoloso a contenuto gassoso che si estende per circa 5-6 cm in senso cranio-caudale nel contesto del tessuto sottocutaneo in sede paramediana destra, giungendo nel tessuto adiposo retrosternale”*;

10) che, quindi, - a fronte dell’obiettività locale di ascesso paratracheale e di enfisema sottocutaneo, del riscontro strumentale (tramite TC) di focolai broncopneumonici multipli *“ab ingestis”* e di una fistola gassosa che si portava fino al mediastino – esistevano segni clinico-strumentali indubitabilmente suggestivi di fistola tracheo-esofagea, la cui diagnosi però era stata posta tardivamente, solo in data 28.04.2015, a seguito di consulenza ORL;

11) che, infatti, in data 26.04.2015, il *de cuius* **Per_1** era stato trasferito nuovamente in rianimazione per la comparsa di insufficienza respiratoria da fistola tracheo-esofagea; in particolare, il chirurgo toracico aveva visualizzato la fistola quasi allo stesso livello della tracheostomia, in sede posterolaterale destra, fistola da cui si vedeva il SNG (sondino naso gastrico); all’esito, era stata posta indicazione ad intervento chirurgico;

12) che, solo in data 05.06.2015, era stato eseguito l’intervento chirurgico di escissione della fistola, con sutura dell’esofago e della trachea, con interposizione muscolare; in data 09.06.2015, il paziente era stato trasferito dalla Rianimazione al reparto di Chirurgia Toracica;

13) che, in data 15.06.2015, era stato richiesto il trasferimento presso una **[...]**
Controparte_9 e, contestualmente, era stata eseguita una TC collo-torace, che aveva rilevato la comparsa di *“multipli addensamenti nodulari confluenti nel lobo inferiore di entrambi i polmoni,....da riferire ad addensamenti flogistici”*; in altri termini, erano stati individuati, ancora una volta, focolai broncopneumonici multipli bilaterali *“ab ingestis”*, chiaro segno di recidiva della fistola tracheo-esofagea;

14) che, il giorno successivo, era stata annullata la richiesta di trasferimento a causa del peggioramento dello stato clinico del paziente, con stato di coma, ipotensione resistente, con necessità di noradrenalina, oligoanuria, acidosi metabolica, con conseguente necessità di nuovo trasferimento in rianimazione;

15) che la TC collo-torace del 19.06.2015 aveva confermato la presenza dei suddetti focolai multipli bilaterali ed, in data 13.07.2015, nel corso di apposita consulenza di chirurgia toracica, era stata rimossa la cannula ed eseguita una fibrobroncoscopia che aveva evidenziato un nuovo tramite

fistoloso tracheo-esofagero, più caudale rispetto al precedente di 2,5 cm, asseritamente non aggredibile chirurgicamente per le condizioni del paziente;

16) che, purtroppo, le condizioni del **Per_1** erano peggiorate progressivamente, sino al **[REDACTED]** per insufficienza multiorgano (MOF) da shock settico;

17) che, in definitiva, a fronte della natura routinaria dell'intervento di tracheostomia, e dell'insorgenza post-operatoria di una complicanza (la fistola tracheoesofagea), per la quale il paziente non presentava particolari fattori di rischio, se non il diabete, l'operato dei sanitari era da censurare per la cattiva esecuzione/gestione della tracheostomia; in particolare, tutti i sintomi clinici rilevati nel corso della degenza e le complicanze derivate dalla tracheostomia erano presumibilmente dovuti ad una cattiva gestione della cannula, con dislocazione della stessa e lesione secondaria posteriore della trachea ovvero a lesioni da aspirazioni condotte in maniera traumatica e/o ad eccessivo gonfiaggio della cuffia, con una pressione sulla parete superiore alla pressione capillare della trachea e conseguente ischemia, decubito e necrosi della pars membranacea tracheale; inoltre, non potevano neppure escludersi lesioni in corso di esecuzione della tracheostomia, non essendo state usate le necessarie precauzioni intra-operatorie, sempre raccomandate in Letteratura, quali: a) l'esecuzione della tecnica sotto visione e controllo endoscopico; b) l'esecuzione di un esame ecografico di controllo; infine, non emergeva neppure l'adozione di misure di sicurezza e prevenzione, non solo con riferimento alla tecnica operatoria, ma anche in ordine alla gestione della cannula e della cuffia, non essendo stato riportato nulla di specifico al riguardo, mentre in letteratura era raccomandato il monitoraggio chiuso della pressione e del volume della cuffia;

18) che, inoltre, era ravvisabile un'inerzia dei sanitari nel trattamento della suppurazione del collo, non adeguatamente trattata e detersa anche chirurgicamente, essendosi i medici accontentati della fistolizzazione spontanea della raccolta ascessuale e di continui atti ripetuti di aspirazione, non sufficienti però ad un adeguato trattamento dell'ascesso e che, invece, potrebbero avere ulteriormente danneggiato i tessuti resi fragili dall'infezione in atto;

19) che, ancora, vi era stata una tardiva diagnosi della fistola tracheo-esofagea (TEF), nonostante tutti i numerosi segni e sintomi suggestivi per la presenza di tale fistola, già presente presumibilmente in data 03.04.2015, ma diagnosticata solo in data 28.04.2015, dal consulente ORL, con nr. 25 giorni di ritardo;

20) che, oltre alla tardiva diagnosi, vi era stato anche un *inadeguato management* della fistola tracheo-esofagea che prevedeva la sostituzione del tubo tracheale, il gonfiaggio del palloncino al di là dell'orifizio fistoloso, la rimozione del SNG, con esecuzione a scopo decompressivo di

gastrostomia, misure queste non attuate; al contrario, i sanitari avevano lasciato in sito il SNG che aveva giocato sicuramente un ruolo importante nella recidiva della fistola;

21) che, infine, era mancato anche il re-intervento per far fronte alla recidiva post-operatoria della fistola tracheo-esofagea;

22) che, in definitiva, il decesso del *de cuius* **Per_1** era stato causato da una sepsi generalizzata, con insufficienza multiorgano, originatasi dalla fistola tracheo-esofagea, di natura iatrogena ricollegabile all'operato dei sanitari (nel corso ovvero post-tracheostomia) e, comunque, tardivamente diagnosticata e/o non adeguatamente trattata, con conseguente diritto di essi attori ad ottenere il risarcimento di tutti i danni subiti, sia *iure hereditatis* (danno biologico terminale per i 125 giorni di degenza; danno catastrofale) sia *iure proprio*, per la perdita parentale.

* * *

1. **La causa petendi**

Dunque, secondo la tesi di Parte attrice, il decesso del loro stretto congiunto era stato causato da una sepsi generalizzata, con insufficienza multiorgano, originatasi dalla fistola tracheo-esofagea, di natura iatrogena ricollegabile all'operato dei sanitari (nel corso ovvero post-tracheostomia) e, comunque, tardivamente diagnosticata e/o non adeguatamente trattata, con conseguente diritto di essi attori ad ottenere il risarcimento di tutti i danni subiti, sia *iure hereditatis* (danno biologico terminale per i 125 giorni di degenza; danno catastrofale) sia *iure proprio*, per la perdita parentale.

Venendo ad esaminare tale domanda risarcitoria, deve – in primo luogo – rilevarsi come risulti incontestata fra le Parti (e, comunque, sia pienamente dimostrata dalla documentazione sanitaria in atti) la causa del decesso del *de cuius* **Per_1**, individuata in shock settico e MODS (insufficienza multiorgano), conseguenza delle ripetute infezioni da microrganismi multi-antibiotico resistenti contratte dal paziente nel corso del ricovero presso il **Controparte_6** di Roma.

Invero, il *de cuius* **Per_1** (all'epoca del fatto, dell'età di 67 anni), in data 22.03.2015, giungeva (trasferito in elicottero) al P.S. del **Controparte_6** in gravi condizioni (in stato confusionale, con afasia ed emiplegia dx, difficoltà respiratorie), a seguito del manifestarsi di un ictus emorragico ischemico cerebrale; in particolare, all'arrivo in PS, risultava “*GCS al momento non valutabile; pz. intubato; anisocoria pupillare dx maggiormente che a sn*”; il quadro clinico neurologico peggiorava ulteriormente, tanto da richiedere un tentativo di trombolisi e la necessità di ricovero in anestesia e rianimazione dove giungeva in insufficienza respiratoria acuta e coma.

All'atto del ricovero in rianimazione, il paziente non presentava però alcuna infezione, né era portatore di germi patogeni antibiotico-resistenti, come comprovato dall'anamnesi, dalle annotazioni cliniche e degli esami di laboratorio, compresi quelli colturali per la verifica dell'eventuale stato di “*carrier*” (portatore di germi patogeni senza infezioni in atto), che

mostravano la presenza di scarse colonie di “S. Aureus” oxacillina-sensibile e l'assenza, in particolare, nel tampone rettale, di enterobatteri produttori di carbapenemasi, cioè antibiotico-resistenti.

Trascorsi due giorni dal ricovero in rianimazione, in data 25.03.2015, a fronte delle persistenti difficoltà respiratorie e della grave patologia in atto (con tempi di un eventuale recupero certamente non immediati), i sanitari decidevano di eseguire una tracheostomia, con apposizione di cannula.

Eseguita la tracheostomia, iniziavano però a manifestarsi progressivamente molteplici e convergenti segni (clinici e strumentali, via via sempre più rilevanti) chiaramente suggestivi della formazione di un'infezione del sito ed, in particolare, dell'insorgenza di una fistola tracheo-esofagea, fistola che, secondo le conclusioni del CTU (sul punto non oggetto di alcuna seria confutazione ad opera della Struttura sanitaria), ha costituito la fonte della contaminazione delle vie respiratorie, con materiale settico (contenente microrganismi), causa dell'ascesso paratracheale (con raccolta estesa fino allo sterno) e dell'insorgenza di infezioni polmonari, divenute sempre più gravi e sistemiche, fino a condurre il paziente al decesso; ed, infatti, *“se fino ad un certo punto del decorso clinico, grazie ad una terapia anti-infettiva condotta correttamente e con particolare attenzione, sulla base dei numerosissimi esami colturali e delle risultanze degli esami di laboratorio, fu possibile debellare le varie infezioni che via via si presentavano (polmoniti, infezione della tracheostomia, ascesso paratracheale, sepsi), non vi fu verso di impedire che ne insorgessero di nuove, fino a che queste assunsero un carattere sempre più grave, con microrganismi sempre meno sensibili alle terapie antibiotiche, fino al decesso”*.

2. La condotta colposa dei sanitari.

Con riferimento alla condotta colposa tenuta dai sanitari, occorre rilevare premettere che la scelta di eseguire la tracheostomia non è oggetto di censura, anche se la tecnica utilizzata nella specie non è descritta nella cartella clinica, non essendo precisato neppure se si sia trattato di una tracheostomia percutanea (dilatativa) ovvero chirurgica.

Al riguardo, il CTU ha chiarito però che, nel caso di specie, si era praticata una tracheostomia percutanea dilatativa, come desumibile dal fatto che l'annotazione della procedura era stata fatta da sanitario della Rianimazione e non risultava, invece, l'intervento di uno specialista ORL (le tracheotomie chirurgiche, non percutanee, in elezione, sono di regola confezionate da otorinolaringoiatri), dalla mancanza di un verbale operatorio nonché da alcune successive annotazioni in cartella clinica.

Nel merito, la condotta censurabile dei sanitari, secondo le conclusioni del CTU (esperto in medicina legale e rianimazione), ha riguardato:

- 1) l'esecuzione con tecnica difettosa della tracheostomia percutanea;
- 2) il tardivo trattamento chirurgico della fistola tracheo-esofagea;
- 3) la mancata prevenzione dell'insorgenza di gravi infezioni correlate all'assistenza, condotte tutte da porsi in nesso di causa con il decesso del paziente.

Tali concorrenti profili di responsabilità, invero, non risultano in alcun modo confutati dai CT della Struttura sanitaria i quali non hanno svolto alcuna contestazione in merito alla condotta dei sanitari, bensì hanno incentrato le loro osservazioni in ordine al nesso di causa con il decesso, tenuto conto della rilevanza della patologia preesistente (ictus emorragico cerebrale) e delle gravissime condizioni cliniche presentate dal paziente all'arrivo in ospedale (in coma, emiplegia dx, afasia, in crisi respiratoria acuta, diabete) che lo esponevano naturalmente al rischio di contrarre infezioni, ragione per cui ben difficilmente il *de cuius* sarebbe sopravvissuto, pur nell'ipotesi in cui non si fosse determinata la fistola tracheo-esofagea.

Venendo ad esaminare il primo profilo di responsabilità, si deve rilevare come, dalla documentazione medica in atti, risultino le seguenti circostanze.

Eseguita la tracheostomia, già il giorno successivo (26.03.2015), il paziente si presentava “*sub febbrile (e con) secrezioni tracheali dense*”, circostanza confermata il 27.03.2015 dal consulente infettivologo; tale situazione si manteneva stazionaria fino al 31.03.2015, allorquando (in serata) veniva eseguita FBS (fibrobroncoscopia) perché le vie aeree erano “*ingombre di secrezioni ematiche*” (il sangue proveniva molto verosimilmente dalla lesione della parete tracheale); nei giorni successivi, tali secrezioni assumevano colore giallastro, erano maleodoranti e avevano carattere purulento; nel contempo, comparivano (il 02.04) anche di segni di infiammazione della regione circostante il tracheostoma, tanto da far temere all'infettivologo la evoluzione in cellulite del collo (fascite necrotizzante cranio-cervicale) con mediastinite necrotizzante anteriore; la TC collo-torace del 10.04.2015 confermava “*la presenza di materiale intorno alla trachea a livello della tracheostomia*”; in data 12.04.2015, il consulente rianimatore segnalava altresì la presenza di “*una piccola lesione moderatamente sanguinante della mucosa tracheale da microaspirazioni giornaliere. Si aspirano secrezioni dure, giallastre e colloso*”; l'ulteriore TC collo torace del 15.04.2015 rilevava un “*ascenso paratracheale con sospetta estensione al mediastino, enfisema cervicale peritracheostomia.....processi broncopneumonici di possibile natura opportunistica e verosimile origine “ab ingestis”a circa 1 cm profondamente al piano cutaneo di ingresso della cannula, si osserva un tramite fistoloso a contenuto gassoso che si estende per circa 5-6 cm in senso cranio-caudale nel contesto del tessuto sottocutaneo in sede paramediana destra, giungendo nel tessuto adiposo retrosternale*”; quindi, in data 26.04.2015, il *de cuius* Per_1 [...] veniva trasferito nuovamente in rianimazione per la comparsa di insufficienza respiratoria ed

il chirurgo toracico poteva visualizzare la presenza di fistola quasi allo stesso livello della tracheostomia, in sede posterolaterale destra, da cui si vedeva il SNG (sondino naso gastrico); in data 28.04.2015, un consulenza ORL, a seguito della rimozione della cannula, confermava l'evidenza della fistola tracheo-esofagea.

Orbene, sulla base di tali dati clinici e strumentali (manifestatisi fin nell'immediatezza) rilevatori di chiari ed univoci sintomi e segni d'infezione locale e poi polmonare, il CTU ha ritenuto che, nel corso della tracheostomia, sia stata prodotta una lesione della parete tracheale posteriore e contestualmente della parete anteriore dell'esofago, che anatomicamente è in stretta contiguità con la precedente - eventualmente sul momento passata inosservata e quindi non menzionata (*"...eseguita tracheostomia in maniera agevole e senza complicanze..."*); in alternativa, al fine di spiegare l'eziologia della riscontrata lesione tracheo-esofagea, il CTU ha prospettato l'ipotesi (meno probabile) della lesione dell'esofago provocata accidentalmente (*"falsa strada"*), a seguito dell'erroneo inserimento della guida o del dilatatore lateralmente tra i piani anatomici del collo, *a lato* della trachea, invece che *nella* trachea stessa.

La presenza di tale lesione di natura iatrogena determinava:

- a) sia la raccolta ascessuale locale, verosimilmente formatasi per il ristagno di materiale infetto proveniente dalla lesione dell'esofago e della trachea, in quanto la fistola si trovava al di sopra della cuffia della cannula endotracheale, per cui l'unica via di drenaggio del materiale proveniente dall'esofago era costituito dal foro tracheostomico, che però era ostruito dalla presenza della cannula, per cui le "secrezioni" solo a fatica trovavano la loro strada verso l'esterno, infiltrandosi anche tra i piani anatomici paratracheali, donde la raccolta;
- b) sia l'insorgenza delle infezioni polmonari (*"ab ingestis"*), in quanto, pur essendo impedito dalla cuffia lo scolo continuo verso il basso del materiale proveniente dalla fistola tracheo-esofagea, le quotidiane medicazioni della tracheostomia e magari anche i tentativi di favorire la ripresa della ventilazione spontanea del soggetto, comportavano lo sgonfiaggio periodico della cuffia, con conseguente discesa verso il basso di materiale di provenienza esofagea contenente microrganismi.

Dunque, il primo profilo di responsabilità dei sanitari ravvisato dal CTU è costituito dal mancato impiego, nel corso di esecuzione della tracheostomia percutanea dilatativa, del fibrobroncoscopio e, cioè, di un apposito strumento con cui assicurare la visione diretta dei vari passaggi della procedura; in altri termini, secondo il CTU, ove si fosse utilizzato correttamente il fibrobroncoscopio (secondo *"buona pratica clinica"*), si sarebbe verosimilmente evitata la lesione accidentale della parte posteriore della trachea e della parete anteriore dell'esofago ovvero l'erroneo inserimento della guida o del dilatatore; in ogni caso, grazie allo strumento in questione, i sanitari avrebbero potuto accorgersi immediatamente dell'eventuale presenza della lesione in questione.

In altri termini, qualunque sia stata la concreta eziologia della lesione in questione (danno accidentale ricollegabile alla creazione della tracheostomia ovvero erroneo inserimento della guida o del dilatatore), in ogni caso, secondo le conclusioni della CTU, l'utilizzo corretto del fibrobroncoscopio avrebbe potuto verosimilmente evitarne l'insorgenza o, comunque, ne avrebbe consentito l'immediato riscontro (ed, infatti, la mancata diagnosi di fistola tracheo-esofagea prima del 28.04.2015 *“è da ritenere conseguenza della omissione consistita nel verosimile mancato impiego del fibrobroncoscopio. Ovviamente la tardiva diagnosi di fistola e la conseguente tardività del suo trattamento provocarono la persistente contaminazione settica delle vie respiratorie e la insorgenza delle infezioni”*; cfr. pag. nr. 36-37 della relazione tecnica in atti).

Un secondo concorrente profilo di responsabilità dei sanitari deve essere individuato nella tardiva scelta di procedere al necessario intervento chirurgico di riparazione della fistola tracheo-esofagea solo in data 05.06.2015 e, cioè, a distanza di ben nr. 38 giorni dalla diagnosi della fistola, avvenuta, in data 28.04.2015, a seguito di apposita consulenza ORL e della rimozione della cannula.

Sul punto, il CTU ha precisato che l'idoneità del paziente ad essere sottoposto all'intervento chirurgico in questione era da valutare con molta attenzione, dato l'elevato rischio "anestesiologico" (per la patologia neurologica e quella infettiva), *“ma è pur vero che le fistole tracheo-esofagee da sole non guariscono, per cui l'intervento avrebbe dovuto essere eseguito in ogni caso e rimandarlo continuava ad esporre il paziente alla continua contaminazione delle vie aeree e alla permanenza di uno stato che continuava a permanere critico (lo stato settico non favorisce certo il miglioramento delle condizioni neurologiche)*; che, nel decorso clinico, era individuabile una "finestra" dopo la diagnosi della fistola (finestra compresa, all'incirca, fra il 28.04.2015 ed il 10.05.2015), *durante la quale il paziente avrebbe potuto essere operato (nonostante il rischio elevato), mentre l'attesa non poteva essere giustificata dalla fondata aspettativa di una guarigione spontanea, che come detto non si verifica mai, anche per la persistenza di fattori locali che la ostacolano (ventilazione meccanica, presenza della cannula tracheostomica e del sondino nasogastrico in situ).*

In definitiva, secondo le precise conclusioni del CTU (sul punto, in alcun modo, confutate dai CTP di Parte convenuta), risulta ravvisabile un ritardo nel trattamento chirurgico che causò l'ingrandimento della fistola e la insorgenza di nuove infezioni respiratorie, le quali probabilmente si sarebbero potute prevenire o alleviare, in caso di tempestivo intervento.

Con riferimento al terzo profilo di responsabilità, riguardante la mancata concreta attuazione di tutte le misure di prevenzione volte a scongiurare la contrazione delle infezioni nosocomiali, si deve evidenziare che si tratta di una contestazione mai sollevata dagli attori né in citazione né nella

memoria ex art. 183 nr. 1, comma VI, c.p.c., essendo stata invece prospettata, autonomamente, dal CTU nel corso delle operazioni peritali.

Orbene, tale specifica contestazione, in quanto mai sollevata dagli attori, non può costituire oggetto di valutazione, avendo le S.U. della Corte di Cassazione (con la sentenza nr. 3086/2022) definitivamente chiarito come sia ravvisabile la nullità assoluta della CTU, nel caso in cui (così come avvenuto nella specie) il consulente accerti fatti principali diversi da quelli dedotti dalle parti a fondamento della domanda o delle eccezioni, per violazione del principio della domanda e del principio dispositivo.

Da ultimo, può essere ravvisato anche un ulteriore profilo di responsabilità, pur individuato dal CTU, ma non chiaramente esplicitato.

Invero, tenuto conto dei convergenti sintomi e segni clinici e strumentali (via via sempre più rilevanti, presentati progressivamente dal paziente), deve ritenersi che la diagnosi della fistola tracheo-esofagea (come detto posta in data 28.04.2015) sia avvenuta tardivamente, *“in quanto la si sarebbe dovuta sospettare già almeno due settimane prima”* (cfr. conclusioni di cui a pag. nr. 40 della relazione tecnica in atti).

Nello specifico, infatti, il paziente, come sopra osservato, immediatamente dopo l'esecuzione della trachestomia (in data 25.03.2015), iniziava a manifestare febbre, rialzo degli indici di flogosi, ingombro delle vie aeree causato da secrezioni divenute purulente e maleodoranti; cute arrossata e calda intorno nonché ulteriori segni d'infiammazione intorno al tracheostoma; in data 12.04.2015, veniva poi riscontrata una piccola lesione *“moderatamente sanguinante della mucosa tracheale”*; la successiva TC collo-torace del 15.04.2015 evidenziava *“un ascesso paratracheale con sospetta estensione al mediastino, con tramite fistoloso di ben 5-6 cm (TC collo torace del 15.04.2015), segni questi (strumentali e clinici) che, nel loro complesso, pur a fronte della difficoltà d'interpretazione (dovuti all'ostacolo rappresentato dalla cannula che impediva la diretta visione della lesione, cannula rimossa solo in data 28.04.2014, a fronte del rischio di chiusura della stomia), avrebbero dovuto comunque indurre i sanitari a sospettare, quantomeno due settimane prima del 28.04.2015, della possibile presenza della lesione tracheo-esofagea.*

In definitiva, sulla base di tutte le considerazioni fin qui espresse, deve essere certamente ravvisata una condotta colposa dei sanitari della Struttura sanitaria per la non corretta esecuzione della tracheostomia percutanea dilatativa, per la tardiva diagnosi della lesione tracheo-esofagea e per la tardiva riparazione della stessa, avvenuta solo in data 05.06.2015.

3 Il nesso eziologico.

Una volta accertato l'inadempimento dei sanitari, occorre verificarne il nesso di causa, secondo il noto criterio del più probabile che non, con il decesso dello stretto congiunto degli attori.

Al riguardo, come chiarito dal CTU, si deve osservare che la presenza della fistola tracheo-esofagea ha messo in comunicazione l'esofago con la trachea; l'esofago, parte iniziale del tubo digerente, è in comunicazione ad un estremo col faringe e all'altro con lo stomaco ed è soggetto a contaminazione da parte di microrganismi, mentre la trachea e i bronchi sono normalmente sterili: la comunicazione tra i due condotti anatomici provoca la contaminazione batterica della trachea, e quindi la insorgenza di infezioni respiratorie; in particolare, *“una volta pervenuto il materiale settico nella trachea (muco, saliva, piccole quantità di secrezioni gastriche) attraverso la fistola, la continua esposizione della stessa e dei bronchi alla contaminazione da microrganismi patogeni sopravanzava facilmente i fisiologici meccanismi di difesa anti-infettivi locali, già alterati per varie cause (tra le quali va annoverata la stessa presenza della cannula endotracheale), causando facilmente infezioni respiratorie. E' logico dunque che in presenza di una contaminazione della trachea ad opera di una abnorme comunicazione tra la stessa e l'esofago (fistola), nella prima si verifici continuamente la penetrazione di piccole quantità di secrezioni contaminate. Ciò si verificò nel caso in esame, essendo inoltre prodotto successivamente l'ampliamento della fistola (dalla trachea era visibile il sondino-naso-gastrico, che probabilmente decubitava sulla parete interna anteriore dell'esofago). Se ne deve concludere la esistenza di un rapporto di consequenzialità tra la fistola tracheo-esofagea e le ripetute infezioni dapprima della tracheostomia e dell'apparato respiratorio sviluppate dal paziente nel corso del ricovero presso il*

Controparte_6 di Roma. Tali infezioni, furono dapprima causate dallo *Staphylococcus aureus* oxacillina-sensibile, che come detto era presente (con scarse colonie) già all'ingresso del paziente in reparto, e che per tale motivo non può essere considerato infezione. Tuttavia a partire dal 3/4/2015 dai prelievi eseguiti furono isolati quasi sempre microrganismi patogeni antibiotico resistenti, da ritenere di sicura origine “nosocomiale”: il 3/4 furono isolati dal tracheobroncoaspirato *Acinetobacter baumannii* cplx e *Stenotrophomonas maltophilia*; il 7/4/2015 isolamento nel tampone rettale e nelle urine rispettivamente di *Klebsiella pneumoniae* ssp e di A.

Per_3 e successivamente *Enterococco*, tutti microrganismi antibiotico-resistenti. Le infezioni sicuramente più gravi, anche perché poco suscettibili agli antibiotici, furono ovviamente quelle causate da *Klebsiella*, *Enterococco*, *Stenotrophomonas maltophilia*, A. *Per_3*. E proprio ad uno shock settico da *Klebsiella pneumoniae* è da ascrivere la infezione che fu causa terminale del decesso” (cfr. relazione in atti).

Invero, le contestazioni dei CT di Parte convenuta non hanno riguardato tanto le censure mosse all'operato dei sanitari, bensì sono rivolte ad evidenziare le gravissime condizioni cliniche, in particolare neurologiche, in cui versava il paziente il quale, defedato e più fragile, ricoverato per lungo tempo nel reparto di rianimazione, era maggiormente esposto ad agenti microbici esterni (di

natura nosocomiale e non), pur se correttamente trattato con adeguata terapia antibiotica, così come avvenuto nel caso di specie; in particolare, secondo i CT della Struttura sanitaria, le condizioni neurologiche del paziente, fin dal suo ingresso e nonostante i trattamenti clinici specifici correttamente adeguati, *“apparivano e sono risultati così gravi ed altamente invalidanti tali da dubitare che il soggetto avrebbe avuto chances di sopravvivenza e quand’anche fosse sopravvissuto, sarebbe derivata una gravissima invalidità permanente tale da renderlo non più autonomo nelle attività della vita quotidiana e non si può escludere (contrariamente a quanto da Lei affermato) che dette lesioni non avrebbero potuto condurre comunque a morte”* (cfr. pag. nr. 2 della CTP).

Orbene, le predette osservazioni critiche dei CT della Struttura sanitaria risultano del tutto prive di pregio e rilevanza, in quanto non è contestato né contestabile:

- a)** che la via di trasmissione delle infezioni respiratorie sia stata la fistola tracheo-esofagea, di origine iatrogena;
- b)** che le ripetute infezioni respiratorie – unitamente alle gravi condizioni neurologiche preesistenti – abbiano condotto al decesso il paziente;
- c)** che, dal punto di vista giuridico, il concorso fra fattori umani (la lesione tracheo-esofagea di natura iatrogena, con le conseguenti ripetute ed ingravescenti infezioni respiratorie; la tardiva diagnosi e riparazione della lesione in questione) e quelli naturali (le gravi e preesistenti condizioni neurologiche), non esclude che il responsabile dell’illecito (i sanitari) debba rispondere per intero del danno causato. Ed, infatti, secondo l’orientamento costante della Corte di cassazione, in caso di concorso tra causalità umana e concausa naturale, il responsabile dell’illecito risponde per l’intero, *“poiché una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli...”*. *“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, 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, poichè 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” (cfr., per tutte, Cass. Civ., sez. III, sentenza nr. 13694/2020);

d) che, nel caso di specie, così come rilevato dal CTU, nel periodo intercorrente fra il 14.04.2015 ed il 09.06.2015, le gravi iniziali condizioni neurologiche del paziente avevano avuto un miglioramento, non erano *“gravissime”* o *“critiche”*, in quanto non erano compromesse le funzioni vitali. Invero, proprio per le migliorate condizioni cliniche, in questo periodo, il paziente veniva ricoverato presso reparti a minore intensità di cure (la Stroke Unit e il Reparto Chirurgia Toracica), programmandosi anche, in data 15.06.2015, il trasferimento presso una Struttura di Neuroriabilitazione ad Alta Specialità; che, invece, a partire dal 09.06.2015 (con nuovo ingresso nel reparto di rianimazione), il peggioramento delle condizioni generali del paziente era avvenuto prevalentemente a causa delle ripetute infezioni; che tale peggioramento aveva riguardato *anche* lo stato neurologico, *“ma non si può disconoscere il ruolo preminente svolto dalle ripetute e gravi infezioni, per via della tossicosi e dello shock settico, della febbre, della insufficienza respiratoria, renale e metabolica”*; che, pertanto, *“pur non potendosi escludere con certezza che la patologia neurologica avrebbe potuto evolvere verso il decesso anche indipendentemente dalle patologie infettive e dalle complicanze ad esse riconducibili, è senz’altro più probabile che, in assenza di infezioni, pur se con rilevanti deficit neurologici, il sig. ^{Pers} sarebbe sopravvissuto”* (cfr. pag. 45-46 della relazione tecnica in atti). In definitiva, secondo le conclusioni del CTU (fondate su un dato oggettivo, rappresentato dal miglioramento delle condizioni preesistenti neurologiche e dal successivo nuovo peggioramento in concomitanza con le ripetute infezioni respiratorie), deve ritenersi (in base al noto criterio del più probabile che non) che la rilevante patologia preesistente (ictus emorragico cerebrale) e le gravi condizioni cliniche presentate inizialmente del paziente, per come stavano successivamente evolvendo e migliorando, non sarebbero state da sole sufficienti a determinare l’evento di danno (il decesso del paziente), indipendentemente dal comportamento dei sanitari i quali – producendo la fistola tracheo-esofagea (ovvero tardivamente diagnosticandola e/o riparandola) - hanno determinato la contaminazione delle vie respiratorie e le ripetute infezioni del paziente, via via divenute progressivamente sempre più rilevanti e sistemiche, fino a portare al decesso.

In conclusione, sulla base di tutte le ragioni fin qui espresse, deve ritenersi pienamente dimostrato che la condotta censurabile dei sanitari (sopra descritta) - in base al criterio del più probabile che non - abbia concorso a determinare il decesso dello stretto congiunto degli attori il quale, in assenza dell’errore medico, sarebbe verosimilmente sopravvissuto, sia pure, probabilmente, riportando rilevanti deficit di natura neurologica.

Ne consegue che può affermarsi la responsabilità autonoma della convenuta [...] *Controparte_8* per fatto dell'ausiliario a norma degli artt. 1228 e 2049 cod. civ; ed, infatti, il danno subito dal paziente costituisce un rischio tipico dell'attività d'impresa svolta dalla struttura sanitaria la quale compie scelte ed organizza autonomamente le risorse materiali ed umane di cui deve necessariamente dotarsi per poter adempiere le prestazioni oggetto dei contratti di ospedalità che conclude con i pazienti; che, nel caso di danno alla salute dipeso dalla colpa dei sanitari di cui la struttura si avvale, la concorrente responsabilità di quest'ultima deriva - quale soggetto tenuto alla complessiva gestione ed organizzazione dell'impresa sanitaria - anche dal non avere esercitato un adeguato e preventivo controllo sulla preparazione professionale dei medici che lavorano (a qualsiasi titolo) come suoi ausiliari.

* * *

4. Il danno non patrimoniale

Venendo alla valutazione (e liquidazione) del danno preteso dagli attori *Parte_3* [...], *Parte_1*, *Parte_2*, *CP_1*, *CP_3*, *Controparte_4* e [...] *CP_5* (nella loro qualità di stretti congiunti e/o di coeredi della vittima), si deve innanzitutto rilevare che gli stessi lamentano l'esistenza di danni non patrimoniali da loro subiti in conseguenza del decesso del loro prossimo congiunto, sia *iure proprio* (danno per la perdita parentale) sia *iure hereditatis* (danno biologico terminale e danno catastrofale o da lucida agonia).

Innanzitutto, si deve premettere che la legittimazione attiva degli attori è pienamente dimostrata dalla documentazione prodotta e, precisamente, il certificato di morte, certificati di nascita, certificato di matrimonio, certificato storico di famiglia (al momento del decesso) e l'atto sostitutivo di notorietà in atti.

Iniziando ad esaminare i danni invocati *iure hereditatis*, si deve premettere che la Suprema Corte di Cassazione – anche di recente (nr. 6691/2018 e nr. 2187/2019) - ha distinto, da una parte, il cd. danno tanatologico, indicato in termini di danno morale terminale o da lucida agonia o catastrofale o catastrofico, quale danno subito dalla vittima per la sofferenza provata nell'avvertire coscientemente l'ineluttabile approssimarsi della propria fine e per il quale assume rilievo il criterio dell'intensità della sofferenza provata, a prescindere dall'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso della vittima.

Dall'altra, nella diversa ipotesi di morte cagionata dalla lesione, quando tra le lesioni colpose e la morte intercorra un "apprezzabile lasso di tempo", la Corte di Cassazione ha ritenuto risarcibile il [danno biologico](#) terminale "per il tempo di permanenza in vita" in quanto "sempre esistente", per effetto della "percezione", "anche - non cosciente", della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della sua vita ed il diritto di credito al relativo risarcimento viene

ritenuto quindi trasmissibile *iure hereditatis*; in particolare, il [danno biologico](#) terminale, quale pregiudizio della salute, anche se temporaneo è massimo nella sua entità ed intensità, in quanto conduce a morte un soggetto in un sia pure limitato ma apprezzabile lasso di tempo.

Ed, ancora, la Suprema Corte di Cassazione (sez III^a civile, sentenza nr. 2118/2019) ha ribadito come la persona che, ferita, sopravviva *quodam tempore*, e poi muoia a causa delle lesioni sofferte, può patire un danno non patrimoniale. Questo danno può teoricamente manifestarsi in due modi. “Il primo è il pregiudizio derivante dalla lesione della salute; il secondo è costituito dal turbamento dell'animo e dalla sofferenza derivanti dalla consapevolezza della morte imminente. Ambedue questi pregiudizi hanno natura non patrimoniale, come non patrimoniali sono tutti i pregiudizi che investono la persona in sé e non il suo patrimonio. Quel che li differenzia non è la natura giuridica, ma la consistenza reale: infatti il primo (lesione della salute):

- ha fondamento medico legale;
- consiste nella forzata rinuncia alle attività quotidiane durante il periodo della invalidità;
- sussiste anche quando la vittima sia stata incosciente.

Il secondo, invece:

- non ha fondamento medico legale;
- consiste in un moto dell'animo;
- sussiste solo quando la vittima sia stata cosciente e consapevole.

Il danno alla salute che può patire la vittima di lesioni personali, la quale sopravviva quodam tempore e poi deceda a causa della gravità delle lesioni, dal punto di vista medico-legale può consistere solo in una invalidità temporanea. Il danno biologico causato dalla invalidità temporanea consiste nella forzata rinuncia, durante il periodo di malattia, alle ordinarie attività non spiacevoli cui la vittima si sarebbe altrimenti dedicata, se fosse rimasta sana.

Per secolare convenzione medico-legale, il danno alla salute da invalidità temporanea si apprezza in giorni, mai in frazioni di giorni: sarebbe, infatti, un esercizio meramente teorico pretendere di dare un peso monetario alle attività di cui la vittima è stata privata, durante una sopravvivenza di poche ore o pochi minuti.....Naturalmente, una volta accertata la sussistenza di un danno biologico temporaneo provocato da una lesione mortale, esso sarà risarcibile a prescindere dalla consapevolezza che la vittima ne abbia avuto, dal momento che quel pregiudizio consiste nella oggettiva perdita delle attività quotidiane”. (Sez. 3 -, Sentenza n. 21060 del 19/10/2016, Rv. 642934 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 2564 del 22/02/2012, Rv. 621706 01).....La vittima di lesioni che, a causa di esse, deceda dopo una sopravvivenza quodam tempore, può poi patire, come accennato, un pregiudizio non

patrimoniale di tipo diverso: la sofferenza provocata dalla consapevolezza di dovere morire. Questa sofferenza potrà essere multiforme: potrà consistere nel provare la paura della morte; nell'agonia provocata dalle lesioni; nel dispiacere di lasciar sole le persone care; nella disperazione per dover abbandonare le gioie della vita; nel tormento di non sapere chi si prenderà cura dei propri familiari, e così via, secondo le purtroppo infinite combinazioni di dolore che il destino può riservare agli uomini. E' dunque evidente che la concepibilità stessa d'un simile pregiudizio presuppone che la vittima sia cosciente. Se la vittima non fosse consapevole della fine imminente, infatti, non sarebbe nemmeno concepibile che possa prefigurarsela, e addolorarsi per essa. In questa seconda ipotesi, poiché il danno risarcibile è rappresentato non dalla perdita delle attività cui la vittima si sarebbe dedicata, se fosse rimasta sana, ma da una sensazione dolorosa, la durata della sopravvivenza non è un elemento costitutivo del danno, né incide necessariamente sulla sua gravità. Anche una sopravvivenza di pochi minuti, infatti, può consentire alla vittima di percepire la propria fine imminente, mentre - al contrario una lunga sopravvivenza in totale stato di incoscienza non consentirebbe di affermare che la vittima abbia avuto consapevolezza della propria morte (Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008, Rv. 605494 - 01) ”.

In definitiva, il c.d. danno terminale ricomprende, al suo interno, sia gli aspetti biologici (c.d. danno biologico terminale) che di sofferenza connessi alla percezione della morte imminente (c.d. danno morale terminale o danno da lucida agonia o catastrofe).

Venendo, quindi, ad esaminare la domanda risarcitoria avanzata dagli eredi (figli e coniuge), si deve evidenziare, quanto al danno morale terminale (e, cioè, la sofferenza subita dal *de cuius* per la percezione della fine imminente), come si tratti di una domanda neppure concretamente esplicitata dagli attori, in quanto - né nella citazione né nella memoria ex art. 183 nr.1, comma VI, c.p.c. – gli stessi hanno mai allegato in quale momento e per quali concrete ragioni il loro stretto congiunto si sarebbe potuto rendere conto ed avere cosciente percezione della fine imminente; in particolare, al riguardo, gli attori si sono limitati a rappresentare che “*appariva del tutto immaginale che il sig. ^{Pers} abbia patito tale sofferenza o prostrazione nella consapevolezza dell’aggravarsi irrimediabile delle proprie condizioni di salute*”, senza però neppure indicare alcuna circostanza od elemento concreto; al contrario, deve evidenziarsi che, nel caso in esame, a causa delle gravi condizioni neurologiche, il *de cuius* risulta essere, più volte, caduto in coma ovvero in uno stato soporifero di non coscienza (cfr. ad esempio, il nuovo peggioramento del 15.06.2015 a distanza di oltre un mese dal decesso, con nuovo ricovero in rianimazione, in stato di coma), ragione per cui, in tali condizioni, non si sarebbe potuto rendere consapevolmente conto della fine imminente.

In secondo luogo, non risulta neppure riconoscibile il danno biologico terminale (corrispondente alla sola invalidità temporanea totale, normalmente corrispondente ad € 110,00 al giorno e, cioè, il periodo in cui la vittima, a causa dell'errore medico, è stata forzosamente costretta a rimanere ricoverata presso la struttura), in quanto, nel caso in esame, come indicato dal CTU, pur ipotizzandosi l'assenza dell'errore medico (la formazione della lesione tracheo-esofagea), il *de cuius* sarebbe comunque rimasto ricoverato in ospedale a seguito delle gravi pregresse condizioni di salute (ictus cerebrale emorragico).

Quanto, infine, alla domanda risarcitoria proposta, *iure proprio*, da tutti gli attori, nella loro qualità di stretti congiunti della vittima, si deve premettere che il danno per la perdita parentale *“consiste nella privazione di un valore non economico, ma personale, costituito dalla irreversibile perdita del godimento del congiunto, dalla definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare; perdita, privazione e preclusione che costituiscono conseguenza della lesione dell'interesse protetto”* (cfr. Cass. Civ. nr. 907/2018); ed, ancora, tale danno si concreta nel non potere più godere della presenza di chi è venuto meno e del rapporto che si aveva con lui. Di conseguenza, esso attiene allo stravolgimento di un sistema di vita che trovava le sue fondamenta nell'affetto e nella quotidianità del rapporto.

Dunque, il pregiudizio da perdita del rapporto parentale rappresenta un peculiare aspetto del danno non patrimoniale e consiste (non già nella mera perdita delle abitudini e dei riti propri della quotidianità, bensì) nello sconvolgimento dell'esistenza, rivelato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, nonché nella sofferenza interiore derivante dal venir meno del rapporto: in breve, *“il danno da perdita parentale si traduce nel “non poter più fare ciò che per anni si è fatto”* (cfr. Cass. civ., Sez. III, n. 9196/2018).

In particolare, l'orientamento più recente della Corte di Cassazione si è consolidato nel senso di riconoscere il danno per la perdita parentale anche a prescindere dalla sussistenza del rapporto di convivenza con la vittima, il quale *“non assume a connotato minimo di esistenza, ma può costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità”* (cfr. Cass. Civ., sez. III nr. 29332/2017); ancora, *“il rapporto affettivo deve essere riconosciuto come legame presunto che legittima il risarcimento per la perdita familiare, a prescindere dal rapporto di convivenza, non essendo condivisibile limitare la “società naturale”, cui fa riferimento l'art. 29 Cost., all'ambito ristretto della sola cd. “famiglia nucleare”.*” (Cass. Civ. sez. III, nr. 21230/2016).

Il danno per la perdita parentale è afferente sia alla sfera dinamico-relazionale del soggetto interessato sia a quella interiore, per il danno morale, inteso come sofferenza intima del superstite; in particolare, ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale da perdita di persona cara,

costituisce indebita duplicazione di risarcimento la congiunta attribuzione del danno-morale – non altrimenti specificato – e del danno da perdita del rapporto parentale, poiché *“la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita e quella che accompagna l’esistenza del soggetto che l’ha subita altro non sono che componenti del complesso pregiudizio, che va integralmente ma unitariamente risarcito”* (cfr. Cass. Civ., sez. III, nr. 25351/2015 e, conforme, Cass. Sez. III, nr. 28989/2019).

Dunque, non può essere riconosciuto, oltre al danno per la perdita parentale, anche quello morale, trattandosi di un’indebita duplicazione.

Con specifico riferimento alla prova di tale danno, si deve osservare, da un punto di vista generale, che il semplice legame di sangue, di regola, non può ritenersi idoneo a generare automaticamente il diritto al risarcimento del danno parentale, in quanto spetta al familiare superstite l’onere di fornire la prova dell’esistenza di un legame forte e stabile con la vittima.

Invero, la Corte di Cassazione ha più volte ribadito (anche recentemente) che, in materia risarcitoria, la liquidazione del danno non patrimoniale subito dai congiunti in conseguenza dell’uccisione del familiare non integra un danno *“in re ipsa”*, ma deve essere provato in concreto dal danneggiato e la liquidazione deve avvenire in base a valutazione equitativa, vertendosi in tema di lesione di valori inerenti alla persona, in quanto tali privi di contenuto economico, e deve tener conto dell’intensità del vincolo familiare, della situazione di convivenza e di ogni ulteriore utile circostanza, quali la consistenza più o meno ampia del nucleo familiare, le abitudini di vita, l’età della vittima e dei singoli superstiti, la composizione del restante nucleo familiare, in grado di prestare assistenza morale e materiale, la loro capacità di reazione e sopportazione del trauma e ad ogni altra circostanza del caso concreto, da allegare e dimostrare (anche presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza) da parte di chi agisce in giudizio, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l’unità, la continuità e l’intensità del rapporto familiare (cfr. Cass. Civ., sez. III, nr. 28989/2019, nr. 24220/2019, nr. 11200/2019, nr. 5807/2019, nr. 907/2018, nr. 14655/2017 e nr. 21230/2016).

In particolare, costituisce oramai approdo consolidato quello per cui sono ravvisabili due diversi aspetti nel danno non patrimoniale per la perdita parentale:

- a) quello relativo alla sofferenza (eventualmente) patita, sul piano morale soggettivo, nel momento in cui la perdita del congiunto è percepita nel proprio vissuto interiore;
- b) quello che si è (eventualmente) riflesso, in termini dinamico-relazionali, sul percorso della vita quotidiana attiva del soggetto che l’ha subita.

In ogni caso, devono rimanere *“fermi i principi che presiedono all’identificazione delle condizioni di apprezzabilità minima del danno, nel senso di una rigorosa dimostrazione (come*

detto, anche in via presuntiva) della gravità e della serietà del pregiudizio e della sofferenza patita dal danneggiato, tanto sul piano morale-soggettivo, quanto su quello dinamico-relazionale, sì che, ad esempio, nel caso di morte di un prossimo congiunto, un danno non patrimoniale diverso ed ulteriore rispetto alla sofferenza morale (rigorosamente comprovata) non può ritenersi sussistente per il solo fatto che il superstite lamenti la perdita delle abitudini quotidiane, ma esige la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell'attore allegare e provare; tale onere di allegazione, peraltro, va adempiuto in modo circostanziato, non potendo risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche” (cfr. Cass. Civ., Sez. III, nr. 28989/2019).

Pur ritenuto che la mera relazione di consanguineità, da un punto di vista generale, non sia da sola sufficiente ad integrare il danno risarcibile, occorre però considerare, quantomeno con riferimento ai parenti più stretti (certamente i figli, i genitori e/o il coniuge della vittima), che la sofferenza morale patita dal prossimo congiunto può essere dimostrata anche “*con ricorso alla prova presuntiva ed in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza ed alla gravità delle ricadute della condotta*”(cfr. Cass. Civ., sez. 3, nr. 11212/2019, nr. 2788/2019, 17058/2017); che, infatti, non appare conforme a diritto addossare ad una madre ovvero ai figli l'onere di provare di avere sofferto per la morte del loro stretto congiunto; che la prova dell'esistenza di tale danno non patrimoniale “*può essere fornita anche attraverso presunzioni semplici, ovvero invocando massime di esperienza e l'id quod plerumque accidit. Naturalmente si tratterà pur sempre di una praesumptio hominis, con la conseguente possibilità per il convenuto di dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra la vittima ed il superstite....Nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), l'esistenza stessa del rapporto di parentela deve far presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza, per comune esperienza, è, di norma, connaturale all'essere umano L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del quantum debeatur). Nei casi suddetti è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo” (cfr. Cass. Civ., sez. III, nr. 3767/2018; e, conformi, Cass. Civ. sez. L., nr. 29784/2018, Cass. Civ., sez. III, nr. 12146/2016 e nr. 4253/2012).*

E' in tale quadro che emergerà, con intuitiva evidenza, *“il significato e il valore dimostrativo dei meccanismi presuntivi che, al fine di apprezzare la gravità o l'entità effettiva del danno, richiamano il dato della maggiore o minore prossimità formale del legame parentale (coniuge, convivente, figlio, genitore, sorella, fratello, nipote, ascendente, zio, cugino) secondo una progressione che, se da un lato, trova un limite ragionevole (sul piano presuntivo e salva la prova contraria) nell'ambito delle tradizionali figure parentali nominate, dall'altro non può che rimanere aperta alla libera dimostrazione della qualità di rapporti e legami parentali che, benché di più lontana configurazione formale (o financo di assente configurazione formale: si pensi, a mero titolo di esempio, all'eventuale intenso rapporto affettivo che abbia a consolidarsi nel tempo con i figli del coniuge o del convivente), si qualifichino (ove rigorosamente dimostrati) per la loro consistente e apprezzabile dimensione affettiva e/o esistenziale”*. (cfr. Cass. Civ., sez. III, nr. 28989/2019).

In definitiva, la perdita o la lesione della persona cara può provocare nei congiunti sia una sofferenza d'animo sia una perdita vera e propria di salute, come una incidenza sulle abitudini di vita.

Non v'è motivo di ritenere questi pregiudizi soggetti ad una prova più rigorosa degli altri, e dunque insuscettibili di essere dimostrati per presunzioni. E tra le presunzioni assume ovviamente rilievo il rapporto di stretta parentela tra la vittima in primis, per così dire, ed i suoi congiunti. Il rapporto di stretta parentela esistente fa presumere, secondo un criterio di normalità sociale (ossia ciò che solitamente accade), che il coniuge e figli ed i familiari più stretti soffrano per le gravissime permanenti lesioni riportate dal congiunto prossimo. Non v'è bisogno che queste sofferenze si traducano in uno "sconvolgimento delle abitudini di vita", in quanto si tratta di conseguenze estranee al danno morale, che è piuttosto la soggettiva perturbazione dello stato d'animo, il patema, la sofferenza interiore della vittima, a prescindere dalla circostanza che influisca o meno sulle abitudini di vita (cfr. Cass. Civ., sez. III, ordinanza nr. 7748/2020).

Ciò detto, occorre evidenziare che, nel caso di specie, gli attori non hanno offerto il benché minimo elemento di prova in relazione alla qualità ed intensità del rapporto con il *de cuius* ovvero in ordine allo stravolgimento delle abitudini quotidiane e di vita, conseguente al tragico decesso; che, inoltre, a fronte delle gravi condizioni neurologiche di partenza, il *de cuius*, ove sopravvissuto, avrebbe verosimilmente riportato un grave deficit neurologico (ed, infatti, al momento del ricovero, veniva già evidenziata afasia ed emiplegia dx).

Invero, oltre alla documentazione sopra indicata (certificazione anagrafiche, quella relativa al matrimonio, allo stato di famiglia e di residenza), gli attori non offerto elementi precisi e circostanziati idonei a definire la qualità ed intensità del rapporto con il *de cuius*.

Tuttavia non può certamente essere trascurato il profondo legame che normalmente unisce un marito alla propria moglie, i figli al proprio padre nonché i germani che consente di presumere che la perdita del congiunto abbia prodotto una profonda sofferenza negli attori. Né vi sono ragioni, peraltro neppure allegate, per dubitare che gli attori abbiano sofferto per la perdita rispettivamente del coniuge e del padre e del germano e che questo dolore costituisca una duratura e tragica privazione del venir meno della persona cara, peraltro convivente.

Per la liquidazione equitativa del danno in questione, appare opportuno ricorrere alle Tabelle in uso presso questo Tribunale, in quanto tali Tabelle (a differenza di quelle in uso presso il Tribunale di Milano, ove è previsto uno spazio molto rilevante della liquidazione rimesso alla valutazione libera del Giudice), - oltre a consentire sia la personalizzazione del danno sia la possibilità di diminuirlo fino alla metà in relazione alla situazione concreta, correlata all'effettiva esistenza di un serio rapporto affettivo (ovvero anche di annullarlo, in caso di prova di assenza di un vincolo effettivo) - individuano, preventivamente, la valenza di diversi aspetti che devono essere tenuti in considerazione dal giudice (età del danneggiato, convivenza o meno, presenza di altri eredi, etc..), in modo da consentire alle parti una valutazione omogenea in presenza di condizioni simili.

La liquidazione del danno in questione, non avendo la funzione di reintegrazione patrimoniale mediante la corresponsione di un equivalente pecuniario del bene perduto, non può essere effettuata che con valutazione equitativa, rimessa al prudente apprezzamento del giudice. Essa però deve ispirarsi alla considerazione di tutte le concrete circostanze individuali, in modo da adeguare l'indennizzo al caso particolare e da renderlo il più possibile rispondente a criteri di equità e deve, comunque, rispettare l'esigenza di una ragionevole correlazione tra gravità effettiva del danno ed ammontare dell'indennizzo.

La stessa Corte di Cassazione ha, di recente, ribadito la correttezza dei criteri stabiliti nella Tabella in uso presso Tribunale, evidenziando come *“garantisce invece uniformità e prevedibilità una tabella per la liquidazione del danno parentale basata sul sistema a punti, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione. In particolare, i requisiti che una tabella siffatta dovrebbe contenere sono i seguenti: 1) adozione del criterio “a punto variabile”; 2) estrazione del valore medio del punto dai precedenti; 3) modularità; 4) elencazione delle circostanze di fatto rilevanti (tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza) e dei relativi punteggi”* (cfr. Cass. Civ., sez. III, nr. 10579/2021).

In particolare, secondo quanto stabilito dalle stesse Tabelle di Roma, il risarcimento del danno da perdita parentale “può essere ridotto fino alla metà o annullato in situazioni in cui ciò non si

desuma (si pensi ad una separazione con addebito al coniuge superstite, o una mancata frequentazione pluriannuale con un familiare trasferitosi altrove etc.)”.

Ebbene, la circostanza che, nel caso di specie, gli attori non abbiano fornito alcuna concreta prova circa l'irripetibile singolarità del legame familiare con il loro congiunto, ovvero a proposito delle specifiche dinamiche relazionali e di vita che intercorrevano con esso, costituisce motivo per operare tale “*personalizzazione*” in riduzione del danno da perdita del congiunto.

Dunque, nel caso in esame, sulla base dei principi sopra indicati (oramai consolidati), si deve evidenziare come, a fronte della natura e dello stretto legame di parentela esistente con la vittima (coniuge, figli, germani) – pur in mancanza dell'allegazione, da parte degli attori medesimi, di qualsivoglia utile circostanza, volta a dimostrare la qualità ed intensità di tale rapporto – si possa comunque (sulla base del criterio del *quod plerumque accidit* ed in mancanza di elementi di segno contrario, non dedotti dalla CP_9 convenuta) fondatamente presumere che gli attori suddetti abbiano subito un pregiudizio non patrimoniale di natura morale in conseguenza della morte del *de cuius*, per la irreversibile perdita del godimento del congiunto e della definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, stante l'innegabile dolore e sofferenza provati in conseguenza della tragica scomparsa del caro a loro legato da vincoli di affetto.

Non può, invece, in mancanza di qualsiasi allegazione da parte degli attori, ritenersi dimostrata l'esistenza di un danno non patrimoniale diverso ed ulteriore rispetto alla sofferenza morale e riguardante la c.d. componente dinamico-relazionale, aspetto quest'ultimo che richiede, infatti, la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell'attore allegare e provare.

Dunque, nel caso in esame, - sulla base dei criteri indicati dalla Tabelle (aggiornate al 2019) in uso presso questo Tribunale e tenuto conto, in particolare,: a) della rilevante patologia preesistente (ictus ischemico cerebrale emorragico) e delle gravi condizioni neurologiche presentate al momento del ricovero, tali da poter incidere *quoad valitudinem* (con verosimile deficit di natura neurologico) ed anche sulla stessa aspettativa di vita del *de cuius*; b) dell'assenza di prova in relazione alla componente dinamico-relazionale di tale tipo di danno, (aspetto quest'ultimo che richiede, infatti, la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell'attore allegare e provare; cfr. Cass. Civ., Sez. III, nr. 28989/2019); c) dell'età della vittima (68 anni) e di quella dei congiunti; d) della qualità ed intensità del rapporto parentale – il danno non patrimoniale per la perdita parentale, nel caso di specie, può essere liquidato nei seguenti termini, tenendo conto che il punto base del 2019 è pari ad € 9.806,70:

a) in favore dell'attrice Parte_3 **, nella sua qualità di coniuge:**

- rapporto di parentela con il *de cuius* (coniuge): punti nr. 20. Invero, alla luce di tutte le circostanze concrete del caso in esame sopra indicate, appare equo (così come indicato anche nelle Tabelle in uso presso questo Tribunale) procedere ad una riduzione equitativa di 1/2 di tale punteggio e ridurlo fino a nr. 10 punti, tenuto conto della mancanza di prova in ordine all'effettiva qualità ed intensità del rapporto affettivo, nonché in ordine alla concreta incidenza della perdita parentale sul percorso di vita quotidiana del familiare (in altri termini, nel caso di specie, vi è la sola prova presuntiva della sofferenza sul piano morale soggettivo, mancando invece una concreta dimostrazione della qualità ed intensità del rapporto e di come la perdita dello stretto congiunto si sia riflessa, in termini dinamico-relazionali, sul percorso della vita quotidiana attiva della figlia);

- età della vittima (anni 68) = punti 2;

- età del danneggiato (tra 61-65) = punti nr. 2

- convivenza (desumibile dal certificato di famiglia al momento del decesso): 4, per un totale complessivo di punti: 18, corrispondenti ad € 176.520,60,

b) in favore di ciascuno dei attori *Parte_1* *Parte_2* **e** *CP_1* **nella loro qualità di figli del de cuius:**

- rapporto di parentela con il *de cuius* (figli): punti nr. 18. Invero, alla luce di tutte le circostanze concrete del caso in esame, appare equo (così come indicato anche nelle Tabelle in uso presso questo Tribunale) procedere ad una riduzione equitativa di 1/2 di tale punteggio e ridurlo fino a nr. 9 punti, tenuto conto della mancanza di prova in ordine all'effettiva qualità ed intensità del rapporto affettivo, nonché in ordine alla concreta incidenza della perdita parentale sul percorso di vita quotidiana del familiare (in altri termini, nel caso di specie, vi è la sola prova presuntiva della sofferenza sul piano morale soggettivo, mancando invece una concreta dimostrazione della qualità ed intensità del rapporto e di come la perdita dello stretto congiunto si sia riflessa, in termini dinamico-relazionali, sul percorso della vita quotidiana attiva dei figli);

- età della vittima (anni 68) = punti 2;

- età del danneggiato (tra 21-40 anni) = punti nr. 4

- convivenza: 4 (desumibile dal certificato di famiglia al momento del decesso), per un totale complessivo di punti: 19, corrispondenti ad € 186.327,30;

c) in favore di ciascuno degli attori *CP_3* *Controparte_4* **e** *CP_5* **nella loro qualità di germani del de cuius:**

- rapporto di parentela con il *de cuius* (germani): punti nr. 7. Invero, alla luce di tutte le circostanze concrete del caso in esame, appare equo (così come indicato anche nelle Tabelle in uso presso questo Tribunale) procedere ad una riduzione equitativa di 1/2 di tale punteggio e ridurlo fino a nr. 3,5 punti, tenuto conto della mancanza di prova in ordine all'effettiva qualità ed intensità del

rapporto affettivo, nonché in ordine alla concreta incidenza della perdita parentale sul percorso di vita quotidiana del familiare (in altri termini, nel caso di specie, vi è la sola prova presuntiva della sofferenza sul piano morale soggettivo, mancando invece una concreta dimostrazione della qualità ed intensità del rapporto e di come la perdita dello stretto congiunto si sia riflessa, in termini dinamico-relazionali, sul percorso della vita quotidiana attiva della figlia);

- età della vittima (anni 68) = punti 2;
- età del danneggiato (tra 61-80 anni) = punti nr. 2
- convivenza: assente, per un totale complessivo di punti: 7,5, corrispondenti ad € 73.550,25.

Con riferimento al danno per il ritardato pagamento, occorre evidenziare che sulle somme liquidate agli attori - liquidate sulla scorta delle tabelle vigenti (aggiornate al giugno 2019)-, trattandosi di debito di valore, vanno riconosciuti anche gli interessi e rivalutazione monetaria per ritardato pagamento, liquidati in conformità all'orientamento assunto sul punto dalla Corte di Cassazione con la sentenza n. 1712 del 1995.

Invero, la rivalutazione ha la funzione di reintegrare il danneggiato nella stessa situazione patrimoniale nella quale si sarebbe trovato se il danno non si fosse verificato, adeguando l'importo della somma in valori monetari correnti alla data in cui è compiuta la liquidazione giudiziale. Inoltre, sulla somma così determinata (il danno sommato alla rivalutazione annua) andranno calcolati gli interessi, che hanno la *funzione di coprire il ritardo*.

In ordine al tasso di interesse da applicare, considerando che il danno in questione può essere liquidato in base al criterio equitativo, la sua determinazione è rimessa alla discrezionalità del giudice, il quale potrà considerare congruo il tasso d'interesse legale, ovvero una misura maggiore o minore a seconda della fattispecie concreta.

L'operazione dev'essere eseguita secondo quanto sancito dalla Sent. Cass., SS..UU., n. 1712/1995: *“gli interessi, determinati nel loro ammontare dal giudice, vanno calcolati dalla data del fatto non sulla somma complessiva rivalutata alla data della liquidazione, bensì sulla somma originaria rivalutata anno dopo anno, cioè con riferimento ai singoli momenti con riguardo ai quali la predetta somma si incrementa nominalmente in base agli indici di rivalutazione monetaria”*.

Nel caso di specie,:

A) in favore l'attrice Parte_3 **:**, il totale delle somme riconosciute, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, ammonta a complessivi € 176.520,60; devalutando – (sulla base degli indici Org_3 sul costo della vita) - la suddetta somma di € 176.520,60 dalla data di elaborazione delle Tabelle (giugno 2019) alla data del fatto [REDACTED], si arriva ad un importo di € 172.047,37, applicando gli interessi legali su tale

somma, rivalutata anno per anno, dal [REDACTED] (data del fatto) fino al 31.01.2023 (ultimo aggiornamento ISTAT disponibile), si arriva all'importo finale di € **209.625,98**; su tale somma devono poi essere computati gli interessi legali dalla data della presente sentenza fino all'effettivo pagamento;

B) in favore degli attori [Parte_1] [Parte_2] e [CP_1] il totale delle somme riconosciute, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, ammonta a complessivi € 186.327,30; devalutando – (sulla base degli indici [Org_3] sul costo della vita) - la suddetta somma di 186.327,30 dalla data di elaborazione delle Tabelle alla data del fatto [REDACTED], si arriva ad un importo di € 181.605,56; applicando gli interessi legali su tale somma, rivalutata anno per anno, dal [REDACTED] (data del fatto) fino al 31.01.2023 (ultimo aggiornamento ISTAT disponibile), si arriva all'importo finale di € **221.271,87**; su tale somma devono poi essere computati gli interessi legali dalla data della presente sentenza all'effettivo pagamento;

C) in favore degli attori [CP_3] [Controparte_4] e [CP_5] il totale delle somme riconosciute, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale per la perdita parentale, è pari ad € 73.550,25; devalutando – (sulla base degli indici [Org_3] sul costo della vita) - la suddetta somma di 73.550,25, dalla data di elaborazione delle Tabelle (giugno 2019) alla data del fatto [REDACTED], si arriva ad un importo di € 71.686,40; applicando gli interessi legali su tale somma, rivalutata anno per anno dal [REDACTED] (data del fatto) fino al 31.01.2023 (ultimo aggiornamento ISTAT disponibile), si arriva all'importo finale di € **87.344,17**; su tale somma devono poi essere computati gli interessi legali dalla data della presente sentenza fino all'effettivo pagamento.

Da ultimo, quanto alla regolamentazione delle spese di lite, queste seguono la soccombenza e vanno liquidate sulla base del valore del *decisum* e non del *disputatum*, tenuto conto dello scaglione di riferimento per le cause comprese fra € 1.000.001,00 ed € 2.000.000,00, in base ai criteri medi di cui al D.M. 55/2014, vigenti *ratione temporis*; inoltre, a fronte dell'ingiustificato rifiuto della proposta conciliativa ex art. 185 bis c.p.c. (non motivato in alcun modo), proposta confermata con la presente sentenza (salvo il computo esatto del danno per il ritardato pagamento), appare corretto disporre che, per la fase decisoria (unica fase maturata dopo il rifiuto incongruo della proposta), la liquidazione delle spese avvenga sulla base dei criteri massimi di cui al D.M. in questione.

Va disposto il pagamento, ex art. 93 c.p.c., in favore dei difensori di Parte attrice, dichiaratisi procuratori antistatari (cfr. conclusioni).

Le spese della CTU, liquidate come in atti, stante la soccombenza, vengono definitivamente poste a carico della convenuta [Controparte_8].

Da ultimo, l' Controparte_8 convenuta deve essere condannata anche al rimborso delle spese sostenute dalle controparti a titolo di contributo unificato.

Essendo astrattamente configurabile un'ipotesi di reato (quello di omicidio colposo), risulta applicabile l'art. 59 TUR.

P.Q.M.

Il Tribunale di Roma, - definitivamente decidendo sulla domanda proposta dagli attori [...]

Parte_3 , Parte_1 Parte_2 , CP_1 , CP_3 Controparte_4 e CP_5 (nelle rispettive qualità di coniuge, figlie e germani di Per_1 [...] e [...] nei confronti dell' Controparte_8

[...] - rigettata ogni contraria domanda ed eccezione, così decide:

1) accerta e dichiara la responsabilità sanitaria della convenuta Controparte_8 nella causazione del decesso di Per_1

2) condanna, per l'effetto, la convenuta Controparte_8 al pagamento:

a) in favore dell'attrice Parte_3 , a titolo di risarcimento complessivo del danno non patrimoniale per la perdita parentale, della somma di € **209.625,98**, con gli interessi legali dalla data della presente sentenza fino all'effettivo pagamento;

b) in favore degli attori Parte_1 Parte_2 e CP_1 a titolo di risarcimento complessivo del danno non patrimoniale per la perdita parentale, della somma di € **221.271,87 ciascuno**, con gli interessi legali dalla data della presente sentenza all'effettivo pagamento;

c) in favore degli attori CP_3 Controparte_4 e CP_5 a titolo di risarcimento complessivo del danno non patrimoniale per la perdita parentale, della somma di € **87.344,17 ciascuno**, con gli interessi legali dalla data della presente sentenza fino all'effettivo pagamento.

3) rigetta, per il resto, la domanda di risarcimento del danno avanzata dagli attori;

4) condanna la convenuta Controparte_8 alla rifusione, in favore degli attori

Parte_3 Parte_1 Parte_2 , CP_1 , CP_3 CP_4 [...] e CP_5 , delle spese del giudizio che si liquidano nell'importo complessivo di € 43.160,00, oltre spese generali (15%), IVA e CPA, ponendone il pagamento, ex art. 93 c.p.c., oltre al rimborso di quanto versato a titolo di contributo unificato, in favore degli avvocati [...] e [...] dichiaratisi procuratori antistatari.

5) pone le spese della CTU, liquidata come in atti, definitivamente a carico della convenuta [...] Controparte_8 ;

6) dichiara che sussistono le condizioni per l'applicabilità dell'art. 59 TUR.

Così deciso in Roma il 27 febbraio 2023.

Il Giudice
dott. Giorgio Egidi