TRIBUNALE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE

Il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere – I Sezione Civile, in composizione monocratica ed in persona della dott.ssa Renata Russo, ha pronunciato la seguente

Sentenza

nella causa civile iscritta al n. **6963/2023 R.G.**, avente ad oggetto: ***responsabilità professionale***, vertente

tra

Parte_1 , [redacted] (C.F. *C.F._1*), *Parte_2* [redacted] (C.F. *C.F._2*), *Parte_3* [redacted] (C.F. *C.F._3*), *Parte_4* [redacted] (C.F. *C.F._4*), *Parte_5* [redacted] (C.F. *C.F._5*), *Parte_6* [redacted] (C.F. *C.F._6*), *Parte_7* [redacted] (C.F. *C.F._7* , in proprio e in qualità di eredi del Sig. *Parte_4* [redacted] tutti rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] (C.F. *C.F._8*), ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in Caserta alla [redacted] PEC: *Email_1* ;

Ricorrenti

E

Controparte_1

[...] (di seguito, per brevità, " *CP_2* " e/o " *CP_3* "), in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Caserta alla [redacted] (C.F. *P.IVA_1*), rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] (C.F. *C.F._9*), ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Napoli alla [redacted] (PEC: *Email_2*);

Resistente

Osservatorio ICA Italia

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. PREMESSA *CP_4*

***1.1 La responsabilità medica*.**

Una corretta disamina della fattispecie oggetto di controversia impone un breve *excursus* delle posizioni assunte, nel corso del tempo, dalla giurisprudenza, al fine di individuare il titolo della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria (ed eventualmente ai sanitari) in ipotesi di specie.

Solo all'esito di tale indagine, infatti, è possibile enucleare e comprendere i principi che reggono il sistema della responsabilità medica, ai quali questo Giudice intende uniformarsi.

1.2 L'evoluzione giurisprudenziale

L'elaborazione dottrinale e giurisprudenziale sviluppatasi con riferimento al tema della responsabilità medica impone anzitutto di distinguere tra medico dipendente - ovvero, il che è lo stesso, incardinato nell'organizzazione - di una struttura ospedaliera (intesa, si badi, in senso lato) o meno.

Nel primo caso, infatti, detta responsabilità ha carattere tipicamente contrattuale, trovando pacificamente la propria fonte nel contratto di prestazione d'opera professionale concluso tra il paziente ed il medico.

Nel secondo caso, invece, posto che il rapporto negoziale diretto si perfeziona tra il paziente e la struttura in cui l'intervento viene eseguito, le opzioni ricostruttive della fattispecie sono state diverse:

a) alla stregua di una prima - più antica ed ormai superata - impostazione, mentre la responsabilità dell'ente deve ricondursi nell'alveo della responsabilità contrattuale, quella dell'operatore sanitario è da collocare nell'ambito della responsabilità extracontrattuale, con applicazione analogica e rigidamente letterale delle previsioni contenute nell'art. 2236 cod. civ., secondo cui *Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave*, in quanto "*la ratio di questa norma consiste nella necessità di non mortificare l'iniziativa del professionista nella risoluzione di casi di particolare*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

difficoltà e ricorre, pertanto, indipendentemente dalla qualificazione dell'illecito" (cfr., in tal senso, Cass. SS. UU., 6 maggio 1971, n. 1282).

D'altra parte, si osserva, una simile ricostruzione trova il proprio fondamento nell'art. 1228 cod. civ. per cui chi, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvale di dipendenti o ausiliari, che risponde in via contrattuale nei confronti della controparte, mentre il dipendente (o ausiliario) rimane estraneo al rapporto tra i primi due (cfr. Cass. 24 marzo 1979, n. 1716);

b) secondo una diversa prospettiva, invece, sviluppatasi all'esito della rilettura che dell'art. 2236 cod. civ. fornì la Corte Costituzionale con la nota sentenza 28 novembre 1973, n. 166 (in quel frangente la Consulta fu, infatti, chiamata a pronunziarsi sulla legittimità costituzionale degli artt. 589 e 42 del Codice Penale), nonché della mutata interpretazione fornita all'art. 32 della Costituzione (che da norma di natura programmatica divenne norma di carattere precettivo), la responsabilità del medico deve essere necessariamente ampliata, nel senso che: b1) il limite del dolo e della colpa grave contemplato dalla citata disposizione va confinato alle ipotesi di imperizia, non essendo lo stesso applicabile ai danni cagionati da negligenza e/o imprudenza (cfr. anche, di recente, Cass. 2 febbraio 2005, n. 2042 e Cass. 5 luglio 2004, n. 12273): ed infatti, si osserva, posto che nei casi più complessi (quelli in cui la responsabilità si concretizza in presenza del dolo o della colpa grave) la soglia di prudenza e diligenza, al pari di quella della perizia deve essere necessariamente alta (proprio in considerazione della complessità del caso da affrontare), "*mentre per la perizia l'indulgenza del magistrato è direttamente proporzionale alla difficoltà del compito, per le altre due forme di colpa ogni giudizio non può che essere improntato a criteri di formale severità*"; b2) la soglia della responsabilità deve essere alzata, adottando criteri probabilistici di accertamento causale e ponendo, altresì, la distinzione tra interventi di facile esecuzione (o *routinari*) - in cui, come si è sovente affermato, *res ipsa loquitur* - ed interventi contraddistinti, *a contrario*, da un elevato grado di difficoltà quale *discrimen* tra un'obbligazione (oramai) divenuta (sostanzialmente) di risultato ed una rimasta (quale tradizionalmente è quella del medico) di mezzi (cfr., per il primo intervento Cass. 21 dicembre 1978, n. 4161). Anche con riferimento a tali tipologie di interventi, peraltro, l'art. 2236 cod. civ. subisce una rilettura, nel senso che esso trova applicazione soltanto se il caso affidato al medico sia di particolare complessità, siccome non oggetto di studio, non sperimentato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

ovvero, ancora, perché importi un ampio margine di rischio (cfr., in tal senso, Cass. 11 aprile 1995, n. 4154; Cass. 19 maggio 1999, n. 4852; Cass. 28 maggio 2004, n. 10297); b3) sia la responsabilità del medico che della struttura sanitaria vanno configurate in termini di responsabilità contrattuale, presentando la propria radice comune nel contratto stipulato tra il paziente e la struttura sanitaria medesima (cfr. Cass. 1° marzo 1988, n. 2144): tale radice comune è stata giustificata ora facendo riferimento all'art. 28 Cost. - per ciò che concerne le strutture pubbliche - ora - con riferimento alle strutture private - alla stipulazione di un contratto a favore di terzi ovvero con effetti protettivi del terzo (da individuare nel paziente);

c) alla luce di una terza impostazione, infine - che ha visto il proprio sbocco nella nota sentenza della **Corte di legittimità del 22 gennaio 1999, n. 589**, confermata dal successivo intervento reso a **Sezioni Unite nel corso del 2002** (cfr., in tal senso, Cass. 1° luglio 2002, n. 9556 nonché, di recente, Cass. 19 aprile 2006, n. 9085) e sulla quale ci si soffermerà più a lungo *infra* - ribadito che sia la responsabilità della struttura sanitaria, che quella del medico hanno natura contrattuale, il fondamento precipuo di quest'ultima – con espresso riferimento all'attività del medico - non va ravvisato nella *radice comune* di cui si è sopra detto, ma, piuttosto, in "*un'obbligazione senza prestazione ai confini tra contratto e torto*" che si origina grazie al contatto che si instaura tra medico e paziente. In particolare, la Suprema Corte fonda tale conclusione sulla considerazione per cui "*la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un* non facere *e cioè il puro rispetto della sfera giuridica di colui che gli si rivolge fidando nella sua professionalità, ma giustappunto quel* facere *nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento (l'abilitazione all'attività, rilasciatagli dall'ordinamento, infatti, prescinde dal punto fattuale se detta attività sarà conseguenza di un contratto o meno). In altri termini la prestazione (usando il termine in modo generico) sanitaria del medico nei confronti del paziente non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due. Ciò è dovuto al fatto che, trattandosi dell'esercizio di un servizio di pubblica necessità, che non può svolgersi senza una speciale abilitazione dello Stato, da parte di soggetti di cui il "pubblico è obbligato per legge a valersi" (art. 359 c.p.), e quindi trattandosi di una professione protetta, l'esercizio di detto servizio non può essere diverso a seconda se esista o meno un contratto*". Sicché, come si è correttamente osservato, la professionalità

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

qualifica *ab origine* l'opera del medico e si traduce, a propria volta, in obblighi di comportamento nei confronti di chi su tale professionalità ha fatto affidamento, entrando in contatto con lui.

***1.3. La responsabilità della struttura e dei sanitari alla luce della sentenza delle Sezioni Unite, del 1° luglio 2002, n. 9556*.**

L'evoluzione di cui si è detto e che ha infine trovato sbocco nella **terza tesi innanzi delineata** (responsabilità contrattuale sia del medico che della struttura) rappresenta, invero, il frutto di una mutata sensibilità verso la professione medica: in altre parole, si è passati ad esigere dal medico, al di là delle espressioni di rito, un vero e proprio risultato, che va ben al di là della cura diligente.

E di tale mutata prospettiva ha dimostrato di essere ben consapevole la Suprema Corte con la richiamata sentenza n. 589 del 22 gennaio 1999, laddove è precisato che, riconducendo la responsabilità del medico all'ambito di operatività dell'art. 2043 cod. civ., "*proprio colui che si presenta al paziente come apprestatore di cure all'uopo designato dalla struttura sanitaria, viene considerato come l'autore di un qualsiasi fatto illecito (un quisque). L'esito* - si legge *ivi* - *sembra cozzare contro l'esigenza che la forma giuridica sia il più possibile aderente alla realtà materiale*".

Orbene, tanto osservato e doverosamente premesso, rileva il Tribunale come la Suprema Corte a Sezioni Unite, con sentenza 1° luglio 2002, n. 9556 ha - come innanzi anticipato - confermato l'orientamento alla stregua del quale, in ipotesi di intervento chirurgico non correttamente eseguito, quella della Casa di cura (ovvero dell'ente ospedaliero) è ascrivibile al novero della responsabilità contrattuale per inadempimento dell'obbligazione che la stessa Casa di cura assume, direttamente con i pazienti, di prestare la propria organizzazione aziendale per l'esecuzione dell'intervento richiesto: ed infatti, all'adempimento dell'obbligazione predetta è collegata la rimunerazione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo inteso come rischio dell'esercizio dell'attività di impresa della *Parte_8* .

In particolare, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto *contratto di spedalità*), che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura e da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'assicuratore ovvero del *Controparte_5* **) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo *latu sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze** (cfr., all'uopo, anche Cass. SS.UU.11 gennaio 2008, n. 577; Cass. 14 giugno 2007, n. 13953, Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 8 gennaio 1999, n. 103).

Peraltro, così ricostruita la fattispecie**, la struttura certamente risponde**, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma **anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari** (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 cod. civ.

A tale proposito, peraltro, la Suprema Corte, con la sentenza 8 gennaio 1999, n. 103 (ma cfr. anche, più recentemente, Cass. 22 marzo 2007, n. 6945), applicando in ambito sanitario principi già costantemente esposti nell'ordinario ambito contrattuale, ha ulteriormente chiarito - così sgombrando il campo da qualsivoglia dubbio e/o equivoco - che rispetto al detto inquadramento dogmatico non rileva la circostanza per cui il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass. 14 giugno 2007, n. 13953; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura (ovvero all'ospedale) per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità tra l'opera del suddetto *ausiliario* e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, Cass. 11 maggio 1995, n. 5150).

A quanto precede, infine, va aggiunto che, applicando il principio del concorso o cumulo della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale (pacificamente ammesso nel nostro ordinamento. cfr., in tal senso ed *ex multis*, Cass. SS. UU. 14 maggio 1987, n. 4441; Cass. 10 aprile 1989, n. 1855; Cass. 23 giugno 1994, n. 6064; Cass. 6 ottobre 1997, n. 9705), la struttura può anche essere chiamata a ristorare il danno extracontrattuale subito dal paziente e connesso al proprio *deficit* organizzativo. Posto, infatti, che il ristoro di tale specifica voce di danno

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

è connesso alla violazione del diritto alla salute, di spettanza esclusiva del paziente, costituzionalmente sancito e protetto dall'art. 32 Cost., riflesso del principio del *neminem laedere* a prescindere dall'eventuale sussistenza di un contratto, va da sé che il "*fatto storico*" della inadeguata organizzazione dei servizi necessari per la corretta esecuzione delle prestazioni connesse al contratto di spedalità, oltre ad impedire la corretta esecuzione delle obbligazioni dedotte in contratto è idoneo, di per sé, a menomare la sfera giuridico -personale del paziente e ad integrare una autonoma voce di danno (cfr. Tribunale di Brescia, 28 dicembre 2004).

Naturalmente, i principi appena espressi sono applicabili non solo in caso di intervento chirurgico, ma in ipotesi di qualunque contatto od intervento *latu sensu* inteso del medico in favore del paziente.

Ricapitolando, dunque, in ipotesi di danno verificatosi nell'esercizio della professione medica, la struttura sanitaria risponde:

1) a titolo di responsabilità contrattuale, **per fatto proprio**, *ex* art. 1218 cod. civ., laddove vengano inadempiute obbligazioni connesse al contratto di spedalità e direttamente a carico dell'ente debitore (assistenza post - operatoria; **sicurezza delle attrezzature e degli ambienti**; custodia dei pazienti, tenuta della cartella clinica; vitto ed alloggio);

2) a titolo di responsabilità contrattuale per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, *ex* art. 1228 cod. civ., con riferimento all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta dal sanitario;

3) a titolo di responsabilità extracontrattuale laddove, in conseguenza dei propri *deficit* organizzativi, sia conseguito al paziente un danno alla salute, autonomamente valutabile ex artt. 2059 cod. civ. e 32 Cost. quale violazione del generale principio del *neminem laedere*.

***1.4 Il riparto dell'onere della prova*.**

Quanto *supra* detto incide anche in ordine ad altro aspetto, che è quello dell'onere probatorio, che, come noto, è stato rivisitato alla luce della nota sentenza delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte del 30 ottobre 2001, n. 13533 in tema di riparto dell'onere della prova in ipotesi di inadempimento ovvero inesatto adempimento di un contratto.

E tale rivisitazione è stata definitivamente compiuta da un trittico di sentenze pressoché coeve (cfr. Cass. 19 maggio 2004, n. 9471; Cass. 28 maggio 2004, n.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

10297; Cass. 21 giugno 2004, n. 11488) le quali hanno chiarito che, in applicazione dei criteri di ripartizione dell'onere della prova dettati dalle Sezioni Unite con la suddetta pronuncia, **il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.**

Con la conclusione che ne discende per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario (allegare e) provare che la prestazione era di particolare difficoltà. Con ciò, peraltro, non si pone a carico del medico una prova negativa di assenza di colpa quanto, piuttosto, **si esige dallo stesso la prova positiva della perizia richiesta dall'*ars medica***.

Insomma: **a)** il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dovere sobbarcarsi l'onere di provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale; **b)** il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria - cfr. l'art. 1228 cod. civ. -) deve dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. Cass. 28 maggio 2004, n. 10297 *cit.*).

La suddetta rivisitazione, del resto, non ha mancato, anche di recente, di trovare il conforto delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte di Cassazione, le quali con sentenza dell'11 gennaio 2008, n. 577, hanno prestato sostanziale adesione a tale opzione ermeneutica, con una motivazione che, nella parte relativa alla suddetta adesione, risulta senza dubbio opportuno, con espresso riguardo alle finalità proprie della presente pronuncia, riportare in maniera estensiva: "*Per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, ***senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria*** *(Cass. 25.2.2005, n. 4058).*

Questa Corte ha costantemente inquadrato la responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316).

A sua volta anche l'obbligazione del medico dipendente dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale (Cass. 22 dicembre 1999, n. 589; Cass. 29.9.2004, n. 19564; Cass. 21.6.2004, n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006).

3.2. Per diverso tempo tale legame contrattuale è stato interpretato e disciplinato sulla base dell'applicazione analogica al rapporto paziente-struttura delle norme in materia di contratto di prestazione d'opera intellettuale vigenti nel rapporto medico-paziente, con il conseguente e riduttivo appiattimento della responsabilità della struttura su quella del medico. Da ciò derivava che il presupposto per l'affermazione della responsabilità contrattuale della struttura fosse l'accertamento di un comportamento colposo del medico operante presso la stessa.

Più recentemente, invece, dalla giurisprudenza il suddetto rapporto è stato riconsiderato in termini autonomi dal rapporto paziente-medico, e riqualificato come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di spedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c.

Da ciò consegue l'apertura a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente. Questo percorso interpretativo, anticipato dalla giurisprudenza di merito, ha trovato conferma in una sentenza delle Sezioni Unite (1.7.2002, n. 9556, seguita poi da altre delle sezioni semplici, Cass. n. 571 del 2005; Cass. n. 1698 del 2006) che si è espressa in favore di una lettura del rapporto tra paziente e struttura (anche in quel caso, privata) che valorizzi la complessità e l'atipicità del legame che si instaura, che va ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori.

3.3. Così ricondotta la responsabilità della struttura ad un autonomo contratto (di spedalità), la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 c. c., e, per quanto concerne le obbligazioni mediche che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, ***l'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'inadempimento di obblighi propri della struttura consente quindi di abbandonare il richiamo, alquanto artificioso, alla disciplina del contratto d'opera professionale e di fondare semmai la responsabilità dell'ente per fatto del dipendente sulla base dell'art. 1228 c.c.***

3.4. Questa ricostruzione del rapporto struttura - paziente va condivisa e confermata. Ciò comporta che si può avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche del personale ausiliario, nonché della struttura stessa (insufficiente o inidonea organizzazione).

Dalla ricostruzione in termini autonomi del rapporto struttura-paziente rispetto al rapporto paziente-medico, discendono importanti conseguenze sul piano della affermazione di responsabilità in primo luogo, ed anche sul piano della ripartizione e del contenuto degli oneri probatori. Infatti, sul piano della responsabilità, ove si ritenga sussistente un contratto di spedalità tra clinica e paziente, la responsabilità della clinica prescinde dalla responsabilità o dall'eventuale mancanza di responsabilità del medico in ordine all'esito infausto di un intervento o al sorgere di un danno che non ha connessione diretta con l'esito dell'intervento chirurgico.

Non assume, in particolare, più rilevanza, ai fini della individuazione della natura della responsabilità della struttura sanitaria se il paziente si sia rivolto direttamente ad una struttura sanitaria del SSN, o convenzionata, oppure ad una struttura privata o se, invece, si sia rivolto ad un medico di fiducia che ha effettuato l'intervento presso una struttura privata. In tutti i predetti casi è ipotizzabile la responsabilità contrattuale dell'ente.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

4.1. Inquadrata nell'ambito contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria e del medico, nel rapporto con il paziente, ***il problema del riparto dell'onere probatorio deve seguire i criteri fissati in materia contrattuale, alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite di questa Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento****.*
Le Sezioni Unite, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici, hanno enunciato il principio - condiviso da questo Collegio - secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.
Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.
4.2. La giurisprudenza delle sezioni semplici di questa Corte, applicando questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico ha ritenuto che gravasse sull'attore (paziente danneggiato che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria) oltre alla prova del contratto, anche quella dell'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie nonché la prova del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del debitore e tale evento dannoso, allegando il solo inadempimento del sanitario. Resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento, cioè di aver tenuto un comportamento diligente (Cass. n. 12362 del 2006; Cass. 11.11.2005, n. 22894; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 3.8.2004, n. 14812)".

Quanto, invece, alla dimostrazione del nesso di causalità (di cui pure subito *infra*), la sentenza delle Sezioni Unite Civili di cui si tratta ha ritenuto non condivisibili le conclusioni alle quali erano giunte le tre pronunce dell'anno 2004 già sopra menzionate.

Al riguardo, infatti, il supremo organo di nomofilachia, nel prosieguo delle argomentazioni già sopra riportate per esteso, ha così motivato: *"4.3. Il punto*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

relativo alla prova del nesso di causalità non può essere condiviso, nei termini in cui è stato enunciato, poiché esso risente implicitamente della distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato, che se può avere una funzione descrittiva, è dogmaticamente superata, quanto meno in tema di riparto dell'onere probatorio dalla predetta sentenza delle S.U. n. 13533/2001 (vedasi anche S.U. 28.7.2005, n. 15781).

5.1. La dottrina ha assunto posizioni critiche sull'utilizzo della distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato, la quale, ancorché operante soltanto all'interno della categoria delle obbligazioni di fare (a differenza che in Francia dove rappresenta una summa divisio valida per tutte le obbligazioni), ha originato contrasti sia in ordine all'oggetto o contenuto dell'obbligazione, sia in relazione all'onere della prova e, quindi, in definitiva, allo stesso fondamento della responsabilità del professionista.

Come insegna la definizione tradizionale, ***nelle obbligazioni di mezzi*** *la prestazione dovuta prescinde da un particolare esito positivo dell'attività del debitore, che adempie esattamente ove svolga l'attività richiesta nel modo dovuto.*

In tali obbligazioni è il comportamento del debitore ad essere in obbligazione, nel senso che la diligenza è tendenzialmente considerata quale criterio determinativo del contenuto del vincolo, con l'ulteriore corollario che il risultato è caratterizzato dall'aleatorietà, perchè dipende, oltre che dal comportamento del debitore, da altri fattori esterni oggettivi o soggettivi.

Nelle obbligazioni di risultato*, invece, ciò che importa è il conseguimento del risultato stesso, essendo indifferente il mezzo utilizzato per raggiungerlo. La diligenza opera solo come parametro, ovvero come criterio di controllo e valutazione del comportamento del debitore: in altri termini, è il risultato cui mira il creditore, e non il comportamento, ad essere direttamente in obbligazione.*

5.2. Tale impostazione non è immune da profili problematici, specialmente se applicata proprio alle ipotesi di prestazione d'opera intellettuale, in considerazione della struttura stessa del rapporto obbligatorio e tenendo conto, altresì, che un risultato è dovuto in tutte le obbligazioni.

In realtà, in ogni obbligazione si richiede la compresenza sia del comportamento del debitore che del risultato, anche se in proporzione variabile, sicché molti Autori criticano la distinzione poiché in ciascuna obbligazione assumono rilievo così il risultato pratico da raggiungere attraverso il vincolo, come l'impegno che il debitore deve porre per ottenerlo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

5.3. Dalla casistica giurisprudenziale emergono spunti interessanti in ordine alla dicotomia tra obbligazione di mezzi e di risultato, spesso utilizzata al fine di risolvere problemi di ordine pratico, quali la distribuzione dell'onere della prova e l'individuazione del contenuto dell'obbligo, ai fini del giudizio di responsabilità, operandosi non di rado, per ampliare la responsabilità contrattuale del professionista, una sorta di metamorfosi dell'obbligazione di mezzi in quella di risultato, attraverso l'individuazione di doveri di informazione e di avviso (cfr. segnatamente, per quanto riguarda la responsabilità professionale del medico: Cass. 19.5.2004, n. 9471), definiti accessori ma integrativi rispetto all'obbligo primario della prestazione, ed ancorati a principi di buona fede, quali obblighi di protezione, indispensabili per il corretto adempimento della prestazione professionale in senso proprio.

5.4. ***Sotto il profilo dell'onere della prova****, la distinzione (talvolta costruita con prevalente attenzione alla responsabilità dei professionisti intellettuali e dei medici in particolare) veniva utilizzata per sostenere che mentre nelle obbligazioni di mezzi, essendo aleatorio il risultato, sul creditore incombesse l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da scarsa diligenza, nelle obbligazioni di risultato, invece, sul debitore incombeva l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da causa a lui non imputabile.*

5.5. Ma anche sotto tale profilo la distinzione è stata sottoposta a revisione sia da parte della giurisprudenza che della dottrina.

Infatti, come detto, questa Corte (sent. n. 13533/2001) ha affermato che il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto ***dell'onere probatorio*** *alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) è* ***identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, ex art. 1453 c. c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c. c., senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato.***

6.1. Prestata piena adesione al principio espresso dalla pronunzia suddetta, ritengono queste S.U. che ***l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno****.*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno.
Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno".

1.5. La legge Gelli-Bianco

Con la legge dell'8 marzo 2017, n. 24 c.d. **legge "Gelli-Bianco"**, il legislatore è intervenuto sul tema della responsabilità derivante dall'esercizio di attività sanitaria, compiendo un'opera di revisione complessiva e introducendo un sistema a doppio binario.
Invero, l'art. 7 della legge n. 24/2017 ha inquadrato la responsabilità della struttura ospedaliera quale responsabilità contrattuale, in ragione dell'avvenuta stipulazione del contratto atipico di spedalità, mediante l'acquisizione del consenso, anche implico (accettazione) del paziente e, per l'effetto, risponderà ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.; diversamente, si assiste ad una "decontrattualizzazione" della responsabilità del medico, la cui responsabilità diviene di natura extracontrattuale o aquiliana, salvo l'ipotesi della sussistenza di un pregresso contratto d'opera professionale stipulato con il paziente.
In altre parole, la condotta del medico costituisce un fatto illecito produttivo di un danno ingiusto, come tale risarcibile ai sensi dell'art. 2043 c.c.; derivano una serie di conseguenze sul piano sistematico, ricadendo l'onere probatorio in capo al paziente, con una serie di ostilità, poiché l'attore dovrà dimostrare tutti gli elementi costitutivi della fattispecie con termine prescrizionale quinquennale del relativo dritto al risarcimento del danno. La "decontrattualizzazione" della responsabilità del medico operata dalla Legge "Gelli-Bianco" comporta maggiori oneri probatori a carico del paziente e, quindi, un minor rischio di condanna del sanitario.

1.6. Il nesso di causalità.

Quanto, ancora, al nesso di causalità tra condotta (del medico ovvero della struttura sanitaria) ed evento (danno riportato all'esito dell'operazione ovvero del trattamento sanitario), la giurisprudenza appare oscillante, nel senso che, mentre parte di essa opta per l'applicazione, al campo dell'illecito civile, dei

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

principi elaborati da Cass. SS. UU. Penali, 11 settembre 2002, n. 30328 – (onde il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistico probabilistica - si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. Dunque, l'esistenza del nesso di causalità non può essere dedotta automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con *alto o elevato grado di credibilità razionale* o *probabilità logica*), altra parte di essa - più recente e pienamente condivisa da questo Giudicante - ritiene di poter ricorrere, nell'ambito **dell'illecito civile, ad un differente giudizio qualificatorio del nesso eziologico, ravvisandone gli estremi nella regola del "*più probabile che non*"** (cfr., da ultimo, Cass. 16 ottobre 2007, n. 21619).
In ordine ai profili concernenti l'onere della prova relativo al nesso di causalità, valgono, naturalmente, le considerazioni già sopra svolte, particolarmente con riguardo all'evoluzione giurisprudenziale ed alle conclusioni alle quali sono recentemente approdate le Sezioni Unite Civili della Suprema Corte, con la sentenza 11 gennaio 2008, n. 577, già sopra citata.
Il nesso di causalità è un elemento strutturale dell'illecito che rileva sul piano strettamente oggettivo, individuando la relazione esterna tra il comportamento astrattamente considerato e l'evento, il quale non va confuso con la colpa che è, invece, elemento soggettivo della fattispecie illecita. Ebbene, nell'àmbito della responsabilità medica, il paziente- danneggiato che agisce in giudizio dovrà dimostrare la sussistenza di tutti gli elementi costitutivi della fattispecie illecita, ai sensi dell'art 2043 c.c.; quindi, l'attore dovrà provare la sussistenza del nesso eziologico sia sotto il profilo della causalità materiale, ossia la discendenza dell'evento lesivo dalla condotta posta in essere dal sanitario, sia sotto il profilo della causalità giuridica, ossia la individuazione delle singole conseguenze pregiudizievoli derivanti dall'evento,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

precisando che tale prova potrà essere raggiunta anche mediante presunzioni. In altri termini, la violazione delle regole di diligenza professionale non ha una intrinseca attitudine causale alla produzione del danno- evento, che rileva sotto il profilo della causalità materiale, poiché l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie non sono immanenti alla violazione della *leges* dell'*ars medica* e potrebbero avere una diversa eziologia. Pertanto, la mera allegazione della causalità materiale non assorbe ipso iure la causalità giuridica; allegare il solo inadempimento non significa allegare il danno-evento, che ha ad oggetto un interesse ulteriore che corrisponde alla lesione dell'interesse presupposto, in termini di danno alla salute. Sul punto, la Suprema Corte di Cassazione ha affermato il principio del c.d. "doppio ciclo causale", l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle: l'onere di provare la causalità tra condotta e danno-evento e tra questo e il danno-conseguenza grava sul paziente, ossia sul creditore della prestazione; una volta che il creditore abbia provato, anche per il tramite di presunzioni, il nesso eziologico fra condotta del debitore, nella sua materialità e l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del debitore, ossia del medico, il quale dovrà dimostrare l'assenza di colpa, ossia che l'inadempimento o inesatto adempimento sia disceso da cause esterne ad egli non imputabili e come tali imprevedibili ed inevitabili.

2. L'AZIONE PROPOSTA

2.1 Lo svolgimento dei fatti

Con ricorso ex art. 281-decies c.p.c., i ricorrenti, Parte_7 [...] Pt_1 , Parte_4 Parte_3 Parte_5 e Parte_6 in qualità di eredi del *de cuius*. Parte_4 convenivano in giudizio l' [...] Controparte_1 (d'ora in avanti " CP_2 ") per ottenere il risarcimento dei danni subiti iure proprio e iure hereditatis in conseguenza del decesso del loro congiunto.

Secondo quanto dedotto dai ricorrenti, Parte_4 sarebbe [redacted] a causa di una grave infezione nosocomiale contratta durante il ricovero presso l' CP_2 , successivamente aggravatasi fino al decesso. Nel dettaglio, il *de cuius* era stato ricoverato presso la struttura ospedaliera il

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

30.09.2017 per una procedura coronarografica che veniva ripetuta il 02.10.2017, utilizzando la stessa via di accesso radiale destra, senza che venissero adottate idonee misure di profilassi antibiotica. Durante il ricovero, i sanitari avrebbero omesso di garantire le necessarie condizioni di sterilità chirurgica, violando i protocolli di asepsi e non diagnosticando tempestivamente il processo infettivo in corso, che evolveva successivamente in una polmonite necrotizzante bilaterale di origine stafilococcica.

Nonostante le dimissioni volontarie del paziente dall' CP_2 e i successivi ricoveri presso altre strutture [redacted] e [redacted], l'infezione contratta presso l' CP_2 avrebbe mantenuto un ruolo causale predominante nel determinismo del decesso. I ricorrenti richiamavano l'esito della Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU) svolta nell'ambito del procedimento ex art. 696-*bis* c.p.c., la quale attribuiva ai sanitari dell CP_2 gravi profili di responsabilità per omessa adozione di idonee misure di prevenzione dell'infezione e gestione post-operatoria del paziente.

In base a tali premesse, i ricorrenti chiedevano accertarsi e dichiararsi la responsabilità dell CP_2 per il decesso del de cuius e condannare la stessa al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti, nella misura complessiva di euro 1.300.000,00.

Parte resistente, l' CP_2 , si costituiva eccependo, in via preliminare, l'improcedibilità della domanda per tardiva proposizione del ricorso ai sensi dell'art. 8, comma 3, della Legge n. 24/2017, nonché la prescrizione del diritto al risarcimento vantato iure proprio dai ricorrenti, rilevando che il termine quinquennale di cui all'art. 2947 c.c. sarebbe decorso senza atti interruttivi idonei. Contestava inoltre la fondatezza delle pretese avanzate dai ricorrenti sia in punto di an che di quantum, deducendo l'assenza di un nesso causale certo tra la condotta dei sanitari e il decesso, e lamentando plurimi vizi della CTU svolta in sede di accertamento tecnico preventivo. La convenuta formulava altresì domanda di chiamata in causa delle strutture [redacted] e [redacted] ritenendole corresponsabili, e chiedeva in subordine di accertare e quantificare il concorso di eventuali fattori alternativi o concausali, con esplicita richiesta di riduzione del risarcimento.

2.2. La dedotta responsabilità delle strutture ospedaliere

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

La domanda giudiziale proposta dalle parti ricorrenti è fondata e va accolta nei termini che seguono. Partendo dal presupposto che parte ricorrente ha agito sia *iure proprio* che *iure hereditatis*, attivando, pertanto (come hanno affermato parti ricorrenti nel proprio atto introduttivo) il doppio rimedio del risarcimento sia per responsabilità aquiliana che da inadempimento, deve darsi atto che, come si percepisce dalla consulenza svolta, può dirsi dimostrato lo schema strutturale sia della responsabilità contrattuale che extracontrattuale.

Con riferimento alla condotta tenuta dai sanitari i consulenti, nello specifico, premettono che: *"l decesso deriva, con altissima probabilità, dall'evoluzione del processo infettivo necrotizzante polmonare diffuso bilateralmente, ad eziologia batterica (da Staphylococcus aureus MRSA e MDR)."*

Essi rilevano che "*In occasione degli esami coronarografici del 30.09.2017 e 02.10.2017, i sanitari hanno posto in essere comportamenti censurabili in rapporto alle regole della buona pratica medica e delle linee guida, quali: l'utilizzo della via radiale destra; la mancata profilassi antibiotica.*" (Pag.63 della consulenza).

Dalla consulenza, inoltre, emerge che "*Non vi è prova che, all'atto dei due esami coronarografici, la struttura sanitaria resistente abbia garantito la doverosa sterilità chirurgica.*"

I consulenti hanno altresì accertato che "*relativamente all'accesso ospedaliero del 12.10.2017, si rileva che, il problema infettivo veniva completamente trascurato dai sanitari intervenuti."*

I consulenti, inoltre, hanno evidenziato che *"L'infezione nosocomiale trova sostanzialmente tre responsabilità: 1) quella relativa alla mancata sterilità; 2) la doppia utilizzazione della via radiale (coronarografia del 30.9.17 e 2.10.17); 3) la mancata preventiva profilassi pre-coronarografia.*

Alla luce di quanto riportato dall'analisi della documentazione sanitaria in atti e da quanto riportato in Letteratura Medica i consulenti, dunque, chiariscono in maniera puntuale che***"Dalla documentazione e dalle risultanze delle relazione del consulente tecnico di parte allegate, si evince un comportamento imperito ed imprudente posto in essere dai sanitari del*** Controparte_1 ***, che non hanno rispettato le procedure in merito alla sanificazione e disinfezione dei luoghi di intervento e degli strumenti utilizzati oltre a non aver correttamente seguito le procedure di asepsi intraprocedurali che hanno***

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

causato l'infezione nosocomiale che ne ha poi causato il decesso." (pag.54 CTU).

2.3 Il nesso di causalità nel caso in esame

Alla luce di quanto in precedenza riportato e come già segnalato, i consuelneti hanno riconosciuto che la ritardata diagnosi da parte dei sanitari del [redacted] di Caserta non costituì motivo di esclusione di responsabilità da parte dei sanitari che ebbero in cura il sig. Pt_4 Infatti, dalla consulenza emerge che *"vi è la ragionevole probabilità (ancorché percentualmente non quantificabile) che* ***un più tempestivo intervento diagnostico-terapeutico avrebbe potuto modificare il decorso della malattia*** *legato alla sepsi presentata dal paziente.*

In definitiva, pur assai difficilmente raggiungibile anche in altri casi esaminati, la certezza assoluta della dipendenza causale tra lo shock settico e la reale causa dell'infezione, ***si ha motivo di ritenere altamente probabile l'esistenza del nesso causale tra i due termini considerati,*** *praticamente corrispondente alla "certezza medico-legale" sufficiente ai fini di giustizia.*

A tal fine si rammenta che nella valutazione del nesso eziologico la Suprema Corte ha elaborato nuovi criteri : *"in tema di accertamento del nesso causale in ambito civile, cioè la Suprema Corte ritiene che i principi ricavabili dagli articoli 40 e 41 del codice penale non possono essere ritenuti fondanti per la determinazione del concetto di causalità in ambito civilistico: "è lo stesso principio della coincidenza tra concetto di causalità in sede penale e di causalità in sede civile che non può dirsi condivisibile****", in quanto si afferma che in ambito civilistico "la causalità giuridica, in definitiva, obbedisce alla logica del più probabile che non"*** (cfr. Cass. Civile, III Sezione Civile, n. 21619 del 16/10/2007).

I ctu, nell'applicare le suddette coordinate eremenutiche, hanno affermato che ***"Nel caso specifico il principio del "più probabile che non" è ampiamente soddisfatto*** *visto che il nesso causale tra lo shock settico e la mancata verifica dell'applicazione delle linee guida è altamente probabile.*

Si comprende dalla lettura di quanto riportato nel caso de quo, la responsabilità attribuita è "anche di tipo assistenziale" non avendo dimostrato la struttura ospedaliera di aver adottato tutti i presidi per ridurre al minimo la percentuale di possibilita di infezione intraospedaliera".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

In definitiva, dunque, in virtù della precisa e puntuale esposizione di cui alla consulenza agli atti deve ritenersi pienamente dimostrato non solo, da un lato, l'inadempimento della resistente e, dall'altro, la condotta colposa dei sanitari, ma anche il nesso causale con l'evento nefasto subito dal *de cuius*.

2.4 Le eccezioni sollevate da parte resistente

§ Parte resistente ha sollevato, in via preliminare, l'**eccezione di improcedibilità della domanda**, deducendo la tardività del deposito del ricorso introduttivo ex art. 281-*undecies* c.p.c., rispetto ai termini indicati dall'art. 8, comma 3, della Legge n. 24/2017 (cd. "Legge Gelli-Bianco"), come modificata dall'art. 15, comma 2, D.lgs. 149/2022 (c.d. "Riforma Cartabia").
Secondo la tesi della parte resistente, non essendo intervenuto il deposito della consulenza tecnica nel termine di sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 696-bis c.p.c., i 90 giorni per la proposizione del giudizio di merito avrebbero dovuto decorrere dalla scadenza del termine semestrale (avvenuta in data 28.02.2023), con conseguente scadenza al 29.05.2023. Il successivo deposito del ricorso ex art. 281-*undecies* c.p.c., avvenuto il 16.10.2023, sarebbe pertanto tardivo, con conseguente improcedibilità della domanda e perdita degli effetti sostanziali e processuali del ricorso per accertamento tecnico preventivo.
Tale eccezione non può essere accolta, risultando infondata alla luce della corretta interpretazione del quadro normativo e degli atti interruttivi idonei a conservare gli effetti della domanda.
La disposizione richiamata (art. 8, comma 3, L. 24/2017) prevede che: "Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 281-undecies del codice di procedura civile".
La norma individua, dunque, **due *dies a quo* alternativi** per la decorrenza del termine di novanta giorni entro il quale la parte è tenuta ad incardinare il giudizio di merito con ricorso ex art. 281-undecies c.p.c.: 1. Il deposito della relazione del consulente tecnico d'ufficio, ove avvenuto entro sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 696-*bis* c.p.c.; 2. La scadenza del predetto termine

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

semestrale, nei casi in cui la relazione venga depositata oltre tale termine ovvero non venga affatto depositata.

Ne consegue che, contrariamente a quanto sostenuto dalla difesa convenuta, non è preclusa la procedibilità dell'azione nel caso in cui la consulenza tecnica venga depositata oltre il termine di sei mesi, purché il ricorso ex art. 281-*undecies* c.p.c. venga depositato entro i novanta giorni successivi al deposito della relazione medica.

Orbene, nel caso di specie: 1. Il ricorso per ATP ex art. 696-bis c.p.c. è stato depositato in data 23.08.2022; 2. Il termine di sei mesi per la conclusione del procedimento è scaduto in data 28.02.2023; 3. La CTU è stata depositata in data 31.07.2023; 4. il ricorso ex art. 281-*undecies* c.p.c. è stato depositato in data 16.10.2023.

Ne consegue che il ricorso di merito è stato proposto entro il termine di 90 giorni decorrente dal deposito della CTU, scadente in data 29.10.2023 (non computandosi la sospensione feriale, ai sensi dell'art. 1 della L. 742/1969). Il deposito del ricorso in data 16.10.2023 è dunque tempestivo.

La tesi della parte resistente, secondo cui l'unico termine utile sarebbe quello decorrente *ex lege* dalla scadenza del semestre, è in contrasto sia con la lettera che con la *ratio* della norma.

È vero, infatti, che la disposizione fa salva la possibilità di proporre il ricorso entro novanta giorni "*dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio*": l'uso della congiunzione "o" denota un'alternatività che non può essere disattesa senza stravolgere l'intenzione del legislatore, il quale ha evidentemente voluto tener conto della frequente evenienza – ben nota nella prassi giudiziaria – del tardivo deposito della CTU.

Sostenere che il termine dei 90 giorni debba decorrere sempre e comunque dalla scadenza del semestre, anche in presenza di un successivo deposito della relazione peritale, implicherebbe l'inutilizzabilità della CTU ai fini del merito e renderebbe sistematicamente vano l'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo, vanificando proprio quella funzione deflattiva e conciliativa che la Legge Gelli-Bianco ha inteso promuovere.

Al contrario, l'interpretazione qui accolta, già sostenuta da una parte consistente della giurisprudenza di merito (cfr. Trib. Roma, sez. XIII, ord. 30.11.2023; Trib. Napoli, sez. VI, 03.01.2024), consente di salvaguardare sia la procedibilità dell'azione, sia gli effetti sostanziali e processuali derivanti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dall'ATP, nei limiti rigorosi e certi del termine di 90 giorni, decorrente alternativamente secondo quanto previsto dalla norma.

Pertanto, l'eccezione di improcedibilità sollevata da parte resistente deve essere rigettata, in quanto infondata in fatto e in diritto.

§ Ancora, deve essere esaminata l'eccezione di parte resistente con cui si deduce **l'intervenuta prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento *iure proprio* vantato dai ricorrenti**, ai sensi dell'art. 2947, comma 1, c.c., essendo il [redacted] *Parte_4* [redacted] e ritenendosi, ad avviso della resistente, tardivamente instaurato il procedimento di accertamento tecnico preventivo (ATP) promosso nel 2022.

Tale eccezione, sebbene astrattamente fondata sul corretto inquadramento giuridico del diritto azionato *iure proprio* dai congiunti — il quale effettivamente ricade nella responsabilità extracontrattuale con prescrizione quinquennale ex art. 2947, comma 1, c.c. — non può tuttavia essere accolta nel caso concreto, alla luce degli atti interruttivi della prescrizione tempestivamente posti in essere da parte ricorrente.

In particolare, risulta pacificamente depositata una prima diffida in data agosto 2021, seguita dalla richiesta di risarcimento protocollata presso la *[...]* *Controparte_6* in data 26.11.2021. Si tratta di atti univocamente volti a costituire formale messa in mora del presunto debitore ai sensi dell'art. 2943, comma 4, c.c., e dunque idonei a interrompere la prescrizione.

La successiva proposizione del procedimento di accertamento tecnico preventivo ex art. 696-bis c.p.c., avviato nel 2022, si colloca temporalmente entro il nuovo termine quinquennale decorrente dalla predetta interruzione e non può quindi considerarsi tardiva. Inoltre, va precisato che, in tema di responsabilità da fatto illecito, è sufficiente che l'atto interruttivo (diffida scritta o richiesta risarcitoria) sia volto a far valere una pretesa risarcitoria fondata su una base fattuale riconducibile al medesimo fatto dannoso, ancorché alcuni elementi di dettaglio possano essere meglio specificati successivamente.

Sul punto, la giurisprudenza di legittimità è ferma nel ritenere che "*l'efficacia interruttiva della prescrizione può riconoscersi anche ad atti stragiudiziali nei quali non sia compiutamente descritta la condotta dannosa, purché sia identificabile il nucleo essenziale della pretesa*" (cfr. Cass. civ., sez. III, 19.11.2019, n. 29926). Ed ancora, è stato affermato che "non si ha proposizione di domanda nuova — con conseguente inefficacia interruttiva rispetto alla prescrizione — quando, pur

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

mutando i profili tecnici dell'inadempimento, il fatto storico fonte di danno e la relazione causale tra condotta e evento lesivo restano sostanzialmente immutati" (cfr. Cass. civ., sez. III, 10.10.2018, n. 25038).

Nel caso di specie, la richiesta risarcitoria del 26.11.2021 contiene una esposizione compiuta del fatto dannoso (ossia la condotta sanitaria tenuta nei confronti del sig. *Parte_4* nei giorni immediatamente precedenti il decesso), e ben può ritenersi estesa anche ai successivi approfondimenti tecnici emersi in sede di CTU, atteso che questi ultimi non introducono un autonomo fatto costitutivo della responsabilità, ma si innestano su quello già descritto.

Pertanto, deve concludersi che la prescrizione quinquennale è stata tempestivamente interrotta dalla diffida e dalla successiva richiesta risarcitoria del 2021, e che la proposizione dell'ATP nel 2022, così come l'odierno giudizio, sono stati instaurati entro il termine di legge. L'eccezione di prescrizione deve pertanto essere rigettata.

§ Parte resistente, inoltre, ha eccpieto la nullità della CTU depositata il 31 Luglio 2023 per due ragioni: 1. I periti avrebbero indagato profili di inadempimento mai allegati dagli attori, violando i principi della domanda e del contraddittorio; 2. Gli stessi avrebbero ecceduto i propri poteri formulando valutazioni giuridiche – in specie una proposta transattiva con quantificazione dei danni.

È noto che l'eccezione di nullità, avente natura relativa salvo che concerna vizi strutturali del processo, deve essere proposta nella "prima difesa o istanza successiva all'atto viziato" (art. 157 co. 2 c.p.c.).

Nel caso in esame 1. Il deposito della CTU risale al 31 luglio 2023; 2. Parte resistente si è costituita nel giudizio di merito solo con la comparsa del 12 gennaio 2024 (prima difesa utile).

L'eccezione è dunque tempestiva; nondimeno, essa non coglie vizi tali da travolgere l'elaborato peritale per le ragioni che seguono.

Le Sezioni Unite (Cass. 1° febbraio 2022, n. 3086) hanno chiarito che è nullo l'accertamento da parte dei CCTTUU di "*fatti principali diversi da quelli dedotti dalle parti*", non anche l'esame di circostanze secondarie funzionalmente collegate ai fatti allegati.

In materia di responsabilità sanitaria, il fatto principale è la condotta causalmente rilevante (omissione o errore) che si assume contraria alle *leges*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

artis; rientra invece tra i fatti secondari la ricostruzione tecnico-scientifica dei meccanismi patogenetici, purché interna al medesimo nesso causale dedotto.

Ebbene, gli attori hanno imputato alla struttura la violazione delle norme di asepsi e carente gestione dell'accesso radiale e l'errata gestione del *de cuius* in pronto soccorso il 12.10.2017.

Il Collegio Peritale, verificando tali condotte, ha ritenuto clinicamente rilevante la doppia puntura radiale ritenuta non conforme alle linee-guida e l'omessa profilassi antibiotica prima della coronarografia.

Tali circostanze non introducono un diverso fatto illecito: esse costituiscono specificazioni tecniche dell'unica censura prospettata (difetto di asepsi/procedura invasiva non corretta) e si collocano all'interno del medesimo decorso causale già allegato dagli attori.

Al riguardo, la giurisprudenza di legittimità riconosce che l'approfondimento peritale può ampliare i profili tecnici dell'inadempimento "*senza integrare mutatio libelli*" quando il nucleo storico dell'addebito sia il medesimo (cfr. Cass. 10 ottobre 2018, n. 25038; Cass. 2 marzo 2021, n. 5686).

Né risulta violato il principio del contraddittorio: la bozza preliminare è stata ritualemnte trasmessa alle parti; parte resistente ha depositato osservazioni scritte e partecipato alle operazioni peritali.

Con riferimento alla pretesa illegittimità della proposta conciliativa è bene precisare che l'art. 696-bis c.p.c. impone al consulente di "*tentare, ove possibile, la conciliazione delle parti*", espressamente valorizzando la funzione conciliativa dell'ausiliario. Nulla vieta — né testualmente né sistematicamente — che il tentativo si traduca nella formulazione di una ipotesi transattiva, purché sotto forma di proposta tecnica e non di vincolante determinazione.

È, infine, principio acquisito che il CTU non possa pronunciarsi su questioni di diritto (Cass. 22 novembre 2019, n. 30543); tuttavia può illustrare il *quantum* tecnico-equo dei danni se richiesto o se ciò agevoli il componimento della lite (Cass. 16 maggio 2019, n. 13218).

Nel caso che occupa, il Collegio si è limitato a quantificare le singole poste di danno secondo i criteri tabellari vigenti e a prospettare alle parti un range transattivo "non vincolante". Tale attività non si sovrappone al potere decisorio del giudice, il quale resta libero di disattendere le indicazioni peritali. La proposta riveste carattere meramente facoltativo e non influisce sul giudizio di responsabilità né sulle future determinazioni risarcitorie.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Pertanto l'eccezione di nullità della CTU va rigettata; l'elaborato peritale rimane pienamente utilizzabile ai fini istruttori e valutativi del presente giudizio.

§ Con istanza contenuta nella comparsa di costituzione e risposta, parte resistente *Controparte_6*), infine, ha avanzato richiesta di chiamata in causa di terzi, individuati nelle strutture sanitarie *CP_7* *[...]* e *Controparte_8* ai sensi dell'art. 106 c.p.c., ritenendo che le stesse abbiano avuto un ruolo causale, esclusivo o concorrente, nella produzione del decesso del sig. *Parte_4* e formulando nei loro confronti anche una domanda subordinata di regresso.

Tale richiesta non può essere accolta, alla luce delle seguenti considerazioni di diritto e di merito.

Va premesso che la chiamata in causa del terzo non è atto processuale doveroso né per il giudice né per le parti, ma rientra nella disponibilità della parte, la quale può esercitare detta facoltà nei limiti e secondo le forme previste dagli artt. 106 e 269 c.p.c. Nel caso di specie, la chiamata in causa non risponde a criteri di necessaria integrazione del contraddittorio ai sensi dell'art. 102 c.p.c., atteso che il giudizio verte sulla domanda risarcitoria proposta iure proprio dai ricorrenti nei confronti dell' *CP_9* quale unico soggetto convenuto e direttamente responsabile in via principale.

In base al consolidato orientamento giurisprudenziale, la chiamata in causa del terzo ai sensi dell'art. 106 c.p.c. è atto discrezionale, la cui ammissione presuppone un vaglio del giudice in ordine alla pertinenza e rilevanza della pretesa introdotta, anche alla luce delle esigenze di economia processuale e concentrazione della tutela. Tuttavia, il mancato accoglimento dell'istanza non comporta alcuna lesione al diritto di difesa della parte istante, potendo quest'ultima, in caso di condanna, agire separatamente per il regresso nei confronti dei soggetti ritenuti corresponsabili, in un giudizio autonomo e specificamente diretto a tale fine.

Non può condividersi, sul punto, la tesi della resistente secondo cui l'esclusione della chiamata determinerebbe un danno sistemico alla funzione giurisdizionale per effetto della "proliferazione dei giudizi". La scelta legislativa di non imporre l'obbligo di litisconsorzio necessario in simili ipotesi, ma solo la facoltà di chiamata del terzo (art. 106 c.p.c.), va letta proprio nella prospettiva di **evitare indebite dilatazioni del *thema decidendum* nei**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

giudizi risarcitori, dove l'accertamento della responsabilità può e deve avvenire nei confronti del convenuto principale.

Inoltre, l'eventuale esigenza di evitare decisioni contrastanti nei giudizi risarcitori e regressivi non costituisce ragione sufficiente per forzare l'unità del contraddittorio, in assenza di effettivi profili di litisconsorzio necessario, che nel caso in esame non sussistono. Come ribadito dalla Corte di Cassazione, "*la chiamata in causa del terzo da parte del convenuto non è obbligatoria e la sua mancata autorizzazione non lede in alcun modo il diritto di difesa della parte, potendo la stessa proporre in separato giudizio l'azione di regresso*" (Cass. civ., sez. III, 3.10.2018, n. 24082).

Deve altresì rilevarsi che nel presente giudizio la questione di responsabilità dedotta riguarda fatti e condotte sanitarie riferibili, secondo quanto allegato dagli attori, all' *CP_9* quale struttura nella quale si sarebbe consumata, in via principale, la sequenza causale determinante il decesso. Gli elementi probatori eventualmente emersi nel corso del procedimento, pur potenzialmente idonei a coinvolgere ulteriori soggetti, non impongono l'automatica estensione del contraddittorio, potendo formare oggetto di diversa e autonoma valutazione nelle sedi opportune.

Per tutte le ragioni esposte, l'istanza di chiamata in causa dei terzi *[...]* *CP_7* e [redacted] deve essere rigettata, non ricorrendo alcun presupposto di necessità ai sensi dell'art. 102 c.p.c., né apparendo opportuna ai sensi dell'art. 106 c.p.c. alla luce dei principi di economia processuale, concentrazione e ragionevole durata del processo.

3. IL *QUANTUM* DEL RISARCIMENTO

In definitiva, dunque, in virtù della precisa e puntuale esposizione di cui alla consulenza agli atti deve ritenersi provato il danno-conseguenza, suscettibile, dunque, di risarcimento.

Più nel dettaglio, per quanto concerne la richiesta di risarcimento del danno da lesione del rapporto parentale giova precisare che la morte di una persona in conseguenza di un fatto illecito, determina uno svantaggio giuridicamente rilevante, non solo per colui che è direttamente offeso dalla condotta antigiuridica ma anche per altri soggetti prossimi al danneggiato, capace di ingenerare profonde sofferenze e alterazioni delle proprie abitudini quotidiane.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Nel corso degli ultimi anni la dottrina e la giurisprudenza, valorizzando il legame esistente tra il defunto e determinati soggetti a lui più o meno "vicini", hanno elaborato il concetto di danno non patrimoniale cd. **da perdita del rapporto parentale**, dando la possibilità a queste "vittime secondarie" di agire per far valere un proprio diritto nei confronti del civilmente responsabile per chiedere il risarcimento del danno.

Il danno da perdita del rapporto parentale, come chiarito dalla Corte di Cassazione, consiste in "*quel danno che va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono, concretandosi esso nel vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti" (Cass. civ., ord., n. 9196/2018)*".

In altre parole, il danno da perdita del rapporto parentale viene a configurarsi come un danno di natura non patrimoniale che un soggetto subisce, in conseguenza dell'attività illecita posta in essere da un terzo ai danni di altra persona legata alla prima da un rapporto di natura familiare e/o affettiva.

Il pregiudizio che il soggetto subisce si sostanza nello stravolgimento di un sistema di vita che trovava le sue fondamenta nell'affetto e nella quotidianità di tale rapporto con la persona deceduta; dunque il danno da perdita del rapporto parentale, si concreta nel non potere più godere della presenza di chi è venuto meno e del rapporto che si aveva con lui.

Una volta acclarato il danno, occorre procedere alla sua liquidazione.

La Corte di Cassazione, con la sentenza del 10 novembre 2021 n. 33005 ha evidenziato che tale pregiudizio non può essere liquidato in base alle tabelle di Milano, le quali non rispondono ai requisiti già indicati dalla giurisprudenza (Cass. 10579/2021; Cass. 26300/2021).

La Suprema Corte rileva che: «*Al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto variabile, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

modularità e l'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, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella».

Pertanto, l'osservatorio sulla Giustizia civile di Milano ha integrato le tabelle meneghine: in particolare, sono stati previsti nuovi criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale in ossequio a quanto stabilito dalla Corte di Cassazione (*Cass. 33005/2021; Cass. 10579/2021; Cass. 26300/2021*).

Infatti, per la liquidazione del danno in oggetto, le Tabelle di Milano nella loro versione precedente, non seguivano la tecnica del punto ma individuavano un tetto minimo ed un tetto massimo, fra i quali ricorreva una significativa differenza.

La giurisprudenza di legittimità ha evidenziato come, sotto questo profilo, le tabelle risultassero non conformi a diritto e non potessero essere impiegate nella liquidazione di tale tipo di danno.

Le tabelle 2022 contengono un adeguamento ai principi di diritto affermati dalla Corte di Cassazione e introducono il valore punto e cinque parametri di riferimento per la distribuzione dei punti.

Dunque, l'integrazione delle tabelle con la previsione di una graduazione della liquidazione in base ad un sistema a punti persegue l'obiettivo di «*aumentare la predittività della liquidazione per casi simili, senza tuttavia azzerare l'ineludibile necessità di un margine di discrezionalità del giudice nell'apprezzare il risarcimento congruo del singolo caso concreto, in conformità a quanto sancito in più occasioni dalla Corte di Cassazione*». Alla luce di quanto specificato, il risarcimento del danno non patrimoniale per perdita del rapporto parentale, va determinato applicando le tabelle integrate a punti per la liquidazione, elaborate dall'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano anno 2022.

In relazione a quest'ultimo deve osservarsi come il Collegio peritale ha proposto una liquidazione del danno non patrimoniale da perdita parentale, basandosi sulle Tabelle dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano e applicando una decurtazione conciliativa del 30%. Tale proposta è stata accolta dai ricorrenti, ma la parte resistente non ha aderito.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Pertanto, in ordine ad una valutazione "a punti", tenuto conto dell'età della vittima primaria e di quella delle vittime secondarie al momento del decesso, del grado di parentela, si ritiene di dover determinare, in via equitativa e in termini monetari attuali, il risarcimento spettante a titolo di danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale, il cui pagamento va posto a carico della convenuta struttura sanitaria secondo tali modalità:

- *CP_10* moglie del *de cuius*, con lo stesso convivente, all'epoca del sinistro di anni 69, ha diritto alla liquidazione a titolo di danno da perdita del rapporto parentale di euro 230.000,00;

Parte_1, figlio del *de cuius*, non convivente, all'epoca del sinistro di anni 48, ha diritto alla liquidazione a titolo di danno da perdita del rapporto parentale di euro 183.817,00;

Parte_6 figlio del *de cuius*, con lo stesso convivente, all'epoca del sinistro di anni 37, ha diritto alla liquidazione a titolo di danno da perdita del rapporto parentale di euro 254.215,00;

Parte_5 figlia del *de cuius*, non convivente, all'epoca del sinistro di anni 46, ha diritto alla liquidazione a titolo di danno da perdita del rapporto parentale di euro 183.817,00;

Parte_3 nipote del *de cuius*, non convivente, all'epoca del sinistro di anni 12, ha diritto alla liquidazione a titolo di danno da perdita del rapporto parentale di euro 73.014,00;

Parte_4 nipote del *de cuius*, non convivente, all'epoca del sinistro di anni 20, ha diritto alla liquidazione a titolo di danno da perdita del rapporto parentale di euro 73.014,00.

10.- Nella liquidazione del danno cagionato da illecito civile (anche di tipo contrattuale, come nel caso di specie), in caso di ritardo nell'adempimento deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno, ovvero in base ad un indice di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

rivalutazione medio (cfr., in tal senso, ex multis, Cass. civ., sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. civ., sez. III, 10 marzo 2000, n. 2796).

Per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma originaria progressivamente rivalutata anno per anno, gli importi sopra indicati, determinati all'attualità, vanno rideterminati con riferimento alla data dell'evento lesivo [redacted] devalutandolo secondo il tasso di svalutazione relativo al periodo (da [redacted] fino alla data di pubblicazione del presente provvedimento) e, quindi, sulla somma così ottenuta e di volta in volta rivalutata a partire dal [redacted] in base all'indice ISTAT delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (cosiddetto indice FOI) ex art. 150 disp. att cpc, con decorrenza dal [redacted] vanno applicati, anno per anno, gli interessi al tasso legale previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., con divieto di anatocismo.

Dal momento della pubblicazione della presente sentenza e fino all'effettiva corresponsione, infine, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale liquidata a titolo risarcitorio (comprensiva di capitale, rivalutazione e interessi), gli ulteriori interessi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 cod. civ., posto che, al momento della pubblicazione della decisione, l'obbligazione risarcitoria, che ha natura di debito di valore, si trasforma in debito di valuta, con conseguente applicabilità degli istituti tipici delle obbligazioni pecuniarie in senso stretto, sulla somma globale composta da capitale, rivalutazione e coacervo degli interessi maturati fino alla data predetta (pubblicazione della decisione: cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, 3 dicembre 1999, n. 13470; Cass. civ., sez. III, 21 aprile 1998, n. 4030).

11.- Le spese di CTU medico legale, già liquidate con separato decreto, vanno poste definitivamente a carico dell' *Controparte_6* , che va condannata a rivalere gli attori delle eventuali somme a tale titolo corrisposte ai CTU.

Quanto all'attrice *Parte_2* nuora del *de cuius* in quanto coniugata con *Parte_1* , non è possibile procedersi alla liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale. Trattandosi infatti di una relazione di parentale meno intesa rispetto a quella degli altri attori, non è possibile ricorrere a presunzioni, ma deve essere fornita piena prova del pregiudizio subito in conseguenza del decesso della vittima, tuttavia su questo aspetto non sono state articolate richieste istruttorie.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il metodo adottato rispetta i criteri equitativi sanciti dalla giurisprudenza della Suprema Corte (Cass. n. 22585/2013 e n. 3290/2013), che privilegiano una liquidazione personalizzata e proporzionata alla gravità del fatto.

4. LE SPESE

Le spese del presente giudizio seguono la soccombenza.

Parte resistente va condannata anche alle spese del giudizio per ATP; in base al medesimo principio, le spese occorse per la stesura della CTU in sede di ATP vanno poste a carico di parte resistente.

P.Q.M.

Il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, Prima Sezione Civile, definitivamente pronunciando, così provvede:

- Accerta e dichiara la responsabilità dell *Controparte_6* *[...]* per il decesso di *Parte_4* e per l'effetto condanna l' *CP_2* al risarcimento dei danni in favore dei ricorrenti nella misura di euro 997.887,00 così suddivisi: in favore di *Parte_7* euro 230.000,00; in favore di *Parte_1* : euro 183.817,00; in favore di *Parte_4* euro 73.014,00; in favore di *Parte_3* euro 73.014,00; in favore di *Parte_5* euro 183.817,00; in favore di *Parte_6* euro 254.215,00; il tutto oltre interessi al tasso previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., calcolati come in motivazione e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, e agli interessi al tasso previsto dall'art. 1284 comma primo cod. civ., sul totale delle somme così liquidate, dalla pubblicazione della presente sentenza al soddisfo;
- Rigetta la domanda di risarcimento avanzata dall'attrice *Pt_2* *[...]*
- Condanna la parte resistente al pagamento delle spese del presente giudizio, liquidate in euro 10.180,00 per onorari ed euro 1703,00 per spese, oltre ai rimborsi forfettari iva e cpa se dovute come per legge;
- Condanna la *Controparte_6* al pagamento, in favore dei ricorrenti, delle spese del giudizio ex art. 696-bis c.p.c., che si liquidano in € 286,00 per spese ed € 1.5280 per onorari, oltre rimborso forfettario IVA, CPA e spese generali, come per legge;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

- pone definitivamente le spese di CTU di cui al giudizio ex art. 696-bis c.p.c. su parte resistente Controparte_6 .

Così deciso in Santa Maria Capua Vetere, il 6 maggio 2025

Il giudice
Dott.ssa Renata Russo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it