



**N. R.G. 3887/2021**



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE ORDINARIO di PESCARA**

**RESPONSABILITA' AQUILIANA E ALTRO CIVILE**

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Rossana Villani  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3887/2021** promossa da:

**C.L.** (C.F. ...omissis...), **C.I.** (C.F. ...omissis...), **C.M.** (C.F. ...omissis...), e **C.S.** ( C.F. ...  
omissis...) tutti rappresentati e difesi, dall'**avv. Gabriele Chiarini** del Fòro di Urbino (C.F.  
...omissis... - P.E.C. chiarini@pec.it) ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in Via  
Colonna n. 106 di 66100 Chieti (CH),

**ATTORI**

contro

**AUSL ...OMISSIS...** (C.F. ...omissis...) con il patrocinio dell'**avv. ...omissis...**

( CF. ...omissis...) elettivamente domiciliato in ...omissis... di ...omissis... presso il  
difensore a

**CONVENUTA**

**Oggetto:** risarcimento danni da responsabilità medica



## Conclusioni

All'udienza di precisazione delle conclusioni nelle forme della trattazione scritta del 18 ottobre 2023, le parti hanno fatto pervenire note scritte, con concessione alle stesse dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. con decorrenza dal 20 febbraio 2024

## SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con ricorso ex art 703 cpc facente seguito a procedimento di cui all'art 696 bis cpc, i ricorrenti, tutti prossimi congiunti di P.L., nata a ...omissis... (\_\_\_) il ...omissis... e deceduta presso l'Ospedale di ...omissis... il ...omissis..., all'età di 61 anni, invocavano il risarcimento dei danni subiti in conseguenza dell'asserita inadeguatezza dei trattamenti sanitari ricevuti dall'azienda resistente che la ebbe in cura. In particolare: C.L. è il marito convivente della defunta; C.I., I. e S. sono i tre figli della defunta.

In data 01/10/2019, la sig.ra P., accusando dolori addominali e febbre con brivido, si recava al Pronto Soccorso dell'Ospedale di ...omissis... (\_\_\_), ove accedeva alle ore 17:30, venendo accolta in codice giallo (doc. 05). In anamnesi, veniva segnalato: "addominalgia nei quadranti addominali inferiori e febbre con brivido. Ipertesa. Prelievo difficoltoso ripetute le analisi ematiche perché emocromo emolizzato. Si prelevano esami ematici ore 8.00 (in corso)"; all'esame obiettivo, si segnalava: "addome dolente nei quadranti inferiori e di sin, febbre con brivido, peristalsi presente". La sig.ra P. veniva sottoposta a Rx torace così refertato: "... eseguito nella proiezione frontale, in posizione supina. Non alterazioni parenchimali di natura flogistica in atto. Cavità pleuriche libere da versamento.

Immagine cardiaca nei limiti" (doc. 06). La sig.ra P. veniva sottoposta a TAC dell'addome completo senza mdc che evidenziava: "Non alterazioni volumetriche del fegato, pancreas, milza, surreni e rene sin. Rene dx atrofico con calcificazione a stampo di circa 2,2 x 2 cm. Al rene sin. è presente formazione calcifica di circa 1,8 cm in regione pielica. Diverticolosi diffusa del colon con presenza di falda di versamento addominale in pelvi dove coesiste ispessimento del sigma. Si segnala la presenza di bolle di aria libera endoperitoneale, più evidenti in sede perigastrica anteriore. Piccoli linfonodi mesenterici pelvici" (doc. 07). La



richiesta consulenza chirurgica, per quanto concesso intendere dalla grafia, evidenziava: "... dolore in fossa iliaca a sin e dx e Blumberg +/- [...] Si consiglia ricovero per diverticolite del sigma con verosimile microperforazione" (doc. 08

Gli esami ematochimici eseguiti mostravano: creatinina = 2,77 mg/dl, azotemia 117, glicemia 149, Globuli bianchi = 21.000 /ml, di cui il 93%19.000/ml ) neutrofil; G. Rossi=3,55 M/ml, Hb= 9,6 g/dl; Piastrine 476000/ ml, PT 72% ( 70-130); regolari i parametri di funzionalità epatica, gli elettroliti, enzimi pancreatici, mioglobina, Ck-Mb, troponina. VES, PCR e Procalcitonina non indagate (doc. 09). Durante la permanenza presso il Pronto Soccorso veniva somministrato alla paziente solamente Perfalgan 1gr ev e soluzione fisiologia 250 cc (si veda doc. 05). RICOVERO IN CHIRURGIA DAL 01/10/2019 AL 08/10/2019 La sig.ra P. veniva quindi dimessa dal Pronto Soccorso alle ore 20:01 del giorno 01/10/2019 per essere ricoverata in Chirurgia alle ore 20:30 circa (doc. 10) con diagnosi in ingresso di "diverticolite con microperforazione intestinale". Le prime dosi di antibiotici, accanto alla terapia di supporto, venivano somministrate alla paziente dopo le ore 22.00 e segnatamente piperacillina/tazobactam 4,5 gr ev ogni 8 ore + metronidazolo 500 mg ev ogni 8 ore. Gli esami ematici eseguiti in data 02/10/2019 evidenziavano uno stato di sepsi e di insufficienza renale (PCT 31,3; G. Bianchi 32.400, Neutrofil 92,5%; Piastrine 436000; PT 69%; creatinina 2,77; glicemia 138; nella norma i parametri epatici); la paziente risultava febbrile (TC 37,8). La TAC effettuata alla sig.ra P. in pari data evidenziava: "quadro TAC lievemente peggiorato rispetto al precedente... modesto incremento delle minute immagini aeree in rapporto ad aria extraintestinale, aspetto più evidente al lobo epatico di sinistra, in sede epigastrica e nel contesto del tessuto adiposo mesenteriale in corrispondenza della radice del mesentere. Al controllo odierno si osserva modesta falda di versamento periepatico ed in sede pleurica basale dx. Multipli diverticoli del colon e sigma con pareti ispessite ed irregolari. Rene destro atrofico con litiasi a stampo. Ectasia pielocistica peripeliche a carico del rene sin dove si osserva immagine parzialmente calcifica, di circa 15 mm ..." (doc. 11). Sempre in data 02/10/2019 veniva richiesta una consulenza nefrologica che evidenziava: "riscontro di insufficienza renale. Creatinina stabile. Elettroliti nei limiti. Rene destro atrofico in calcolosi a stampo, rene sinistro con distensione calico-



pielica. Rivalutata con il Dr C. la TC addome senza evidenza di formazioni litiasiche intrauretrali. In corso raccolta urina (circa 400 cc dalle or12). Si consiglia: stop Blopresid; riduce Tazocin 4,5 1 fl x 2/die; aggiunge Lasix 20 1fl/die ore 16; Norvasc 5 mg 1 cpr ore 8; prosegue idratazione 2000 ml/die (in corso) ... NB: verosimile IRC in monorene acquisito in corso di calcolosi a stampo rene ds in pz con ipertensione arteriosa. Domani emocromo-ferritina, PTH-EGA venoso, azot. Cerat. Uric, Na-K-Ca-P. Se necessario procedere con emotrasfusioni (Hb 9,6 scesa a 8,4)” (doc. 12). In data 03/10/2019 si registrava un lieve peggioramento della funzione renale (si veda doc. 12) e gli esami ematici ponevano in evidenza G. Bianchi 29.000, Neutrofili 92,5%, piastrine 440000, creatinina 3,33 mg/dl, mentre PCT, VES e PCR non venivano indagate; in cartella clinica non si rinvenivano i rilievi della temperatura corporea. La TAC addome urgente eseguita il 04/10/2019 evidenziava: “Al controllo odierno ridotte per numero ed estensione appaiono le minute immagini aeree in precedenza segnalate, attualmente si osserva qualche rara bolla aerea a livello del tessuto mesenteriale, rispettivamente anteriormente alla milza, allo stomaco e al lobo epatico di sinistra. Permane l’area ipodensa di circa 5 cm che al controllo odierno mostra contestuale lamella aerea, compatibile con raccolta, localizzata anteriormente e strettamente contigua al sigma ed alla parete laterale sin del corpo uterino. Si associano nel contesto del tessuto adiposo periviscerale multipli piccoli linfonodi. Non versamento libero in addome...” (doc. 13). Si assisteva in pari data ad un peggioramento della funzione renale con oliguria, che induceva al posizionamento del catetere vescicale; gli esami ematici continuavano ad evidenziare uno stato di sepsi tutt’altro che in via di risoluzione: G. Bianchi 36.800, Neutrofili 94,1%, Piastrine 518000; creatinina 4,94; PCR, VES e PCT non venivano indagate ed in cartella clinica non si rinvenivano i rilievi della temperatura corporea. In data 05/10/2019, persistendo l’oligoanuria con aumento progressivo della creatinina, all’esito di consulenza nefrologica (doc. 14), la paziente veniva avviata all’emodialisi; gli esami ematici rilevavano G. Bianchi 30.700, con Neutrofili 91,7%, creatinina 5,88; sodio 135 (vn 136 – 145); piastrine 545000; VES, PCR e PCT non venivano indagate. In cartella clinica non si rinvenivano i rilievi della temperatura corporea.



La sig.ra P. in pari data veniva sottoposta ad RX torace che evidenziava: “sfumata ipodiafania basale destra associata ad obliterazione del seno costofrenico come per modesto versamento. Analogamente, obliterazione del seno costofrenico sin ...” (doc. 15). In data 06/10/2019 si continuava a registrare una diuresi limitata ed un incremento di Globuli bianchi e creatinina (G. bianchi 31.500, con Neutrofili 91,2%, creatinina 6,15, piastrine 647000, PCT non indagata, VES e PCR non indagate). In data 07/10/2019 la sig.ra P. presentava difficoltà respiratoria (PO2 90%) ed evacuava mucose e coaguli di sangue rosso vivo. Veniva sottoposta a TAC addome che evidenziava: “Al controllo odierno non più apprezzabili le bolle aeree endoaddominali segnalate nella precedente indagine del 4.10.19. Sostanzialmente immoificate le dimensioni della formazione del diametro di circa 5 cm localizzata tra il sigma e la parete laterale sin dell’utero; essa attualmente, rispetto alla precedente indagine, mostra ulteriore aumento della componente aerea e mostra stretti rapporti di contiguità anteriormente e a dx con un’ansa ileale. Rispetto alla precedente indagine si osserva imbibizione delle fasce latero-conali e del tessuto adiposo sottocutaneo. Le scansioni passanti per le basi polmonari documentano aumento del versamento pleurico a dx e comparsa di versamento pleurico a sin con atelettasia dei segmenti postero-basali bilateralmente [...]” (doc. 16). Gli esami ematici rilevavano Procalcitonina 25,19, G. Bianchi 36.400, con Neutroflì 94%, piastrine 737000, creatinina 7,08. VES e PCR non idagate. INTERVENTO CHIRURGICO DEL 08/10/2019 E TRASFERIMENTO IN TERAPIA INTENSIVA FINO AL ...omissis... ( EXITUS ) In data ...omissis... i medici della Azienda Sanitaria resistente si risolvevano a sottoporre la sig.ra P. ad intervento chirurgico di drenaggio laparoscopico e washing peritoneale per “ascesso peridiverticolare del sigma IRA”; l’intervento aveva inizio alle ore 13.20 ed veniva così descritto: “incisione paraombelicale ed introduzione del trocar. Pneumoperitoneo. Introduzione di altri 3 trocars sotto visione. Si repertano numerose aderenze viscerò viscerali, viscerò omentali e viscerò parietali in esito a diverticolite del discendente sigma. Durante le manovre di lisi si evidenzia ascesso peridiverticolare del sigma tra mesosigma ed ...omissis... Si esegue washing per citologia e prelievo di pus per batteriologico. Scollamento uterocolico ... ILLEGGIBILE ... Si posizionano drenaggi nel Douglas a livello della doccia parietocolica



Sx ... ILLEGGIBILE ... Sutura” (doc. 17). La sig.ra P., terminato l'intervento, veniva trasferita in Terapia Intensiva Post-Operatoria, ove accedeva alle ore 15:30 dello stesso giorno. Nel diario clinico della Rianimazione la paziente viene descritta: “[...] vigile e cosciente in respiro spontaneo con ventimask 40%... bicarbonato di sodio 4% 100 ml per correggere l'acidosi metabolica. La paziente presenta acrocianosi. E' polipnoica, ipercapnica, ipossica. MV ridotto alle basi in particolare a dx, non rumori umidi, qualche sibilo. Si richiede rx torace ed ecocardio... Buoni i vaM. pressori. Tachicardia. Oligoanurica, apiretica. Si posiziona CVC in giugulare sin...”. Veniva richiesta una Consulenza Cardiologica + ecocardio che rilevava: “IRC in monorene acquisito. Ipert art. EGA: acidosi metabolica compensata, Sepsi. ECG: tachicardia sinusale. PA 110/61 mmHg. EOC: toni parafonici, in successione tachicardica. Ecocardio: assente la finestra parasternale. Vsn di normali dimensioni e ... ILLEGGIBILE ... Funzione sistolica globale Vsn normale. Vdx di normali dimensioni e ... ILLEGGIBILE ... Apparat valv normof. Pericardio indenne. Eco polmonare: vers pleurico bilaterale con edema interstiziale” (doc. 18). L'esame RX torace a letto veniva così refertato: “[...] Non addensamenti parenchimali a sn. Sfumata ipodiafania basale dx. Soffusione pleurica basale bilaterale [...]” (doc. 19) All'esito di consulenza nefrologia, alle ore 18:25 la sig.ra P. iniziava “CVVH con sottrazione di 150 ml/ora” (cfr. doc. 18). Alle ore 22:00 la paziente risultava bradipnoica e si procedeva all'intubazione orotracheale ed a ventilazione in modalità BIPAP. Il giorno seguente, 09/10/2019, alla terapia antibiotica con Piperacillina/Tazobactam, venivano aggiunti Tigeciclina e un antifungino, il Fluconazolo. Nei giorni successivi si assisteva ad un parziale miglioramento del quadro respiratorio che consentiva l'estubazione della paziente in data 12/10/2019; anche i dati di laboratori evidenziavano un parziale graduale calo dei vaM. di globulibianchi, neutrofili, procalcitonina e creatininemia, con un minimo in data 12/10/2019 (Globuli bianchi 25,8 con Neutrofili 87,5%, PCT 16,6, cretininemia 2,47), mentre permanevano elevati, quando indagati, i vaM. di PCR (137,0 il 10/10/2019; 94,5 il 11/10/2019; 56,9 il 14/10/2019).

L'unico dosaggio effettuato dei marcatori cardiaci indicava in data 10/10/2019 Mioglobina 996,86 ng/ml (vn 0,0-110,0). L'esame RX del 12/10/2019, eseguito in clinostatismo,



segnalava “[...] velatura di entrambi gli emidiaframmi per versamento pleurico. Tenue ipodiafania basale bilaterale [...]” (doc. 20). Dal 13/10/2019 si assisteva ad un peggioramento del quadro respiratorio della sig.ra P. che rendeva necessario ricorrere alla NIV (ventilazione meccanica non invasiva). Al contempo, si assisteva ad un nuovo rialzo della leucocitosi neutrofila e creatininemia (PCT, PCR e VES non indagate). In data 14/10/2019 la sig.ra P. presentava un ulteriore peggioramento clinico: gli esami di laboratorio indicavano Globuli bianchi 50,7 con Neutrofili 94,5%, PCT 25,5, cretininemia 3,2, azotemia 225; la paziente veniva sottoposta a trattamento di emodialisi. Alle ore 12:55 del ...omissis... si assisteva ad un rapido peggioramento del quadro clinico della sig.ra P. con comparsa di ipotensione (PA 90/50 mmHg), dispnea e desaturazione. Veniva eseguita l'intubazione orotracheale e si avviava la ventilazione meccanica artificiale. Alle ore 13:05 del ...omissis... la sig.ra P. andava incontro ad una improvvisa bradicardia che conduceva all'arresto cardiaco. Venivano eseguite le manovre rianimatorie senza esito positivo ed alle ore 13:24 del ...omissis... veniva constatato il decesso della sig.ra P.L. In cartella clinica veniva indicata quale causa di morte: “shock settico in pz con ascesso peridiverticolare del sigma, trattato con drenaggio e washing peritoneale, insufficienza renale acuta in trattamento emodialitico”. Solo in data 18/10/2019 veniva refertato l'esame colturale del materiale prelevato nel corso dell'intervento chirurgico dell'8/10/2019, il quale risultava positivo per *Pseudomonas aeruginosa* multisensibile e *Candida albicans* (10.000 UCF/ml).

In conclusione, la paziente decedeva per shock settico irreversibile causato da formazione di ascesso intraddominale complicante una diverticolite perforata. Le attuali linee guida per il trattamento della sepsi sottolineano in maniera chiara due concetti fondamentali: 1. La tempestiva somministrazione di antibiotici (entro un'ora dal riconoscimento clinico della sepsi, ogni ora di ritardo è gravata dall'incremento progressivo della mortalità); 2. L'eliminazione e il controllo della sorgente causa della sepsi. In particolare su questo secondo aspetto parrebbe evidente il rovinoso ritardo dei sanitari che tergiversando per almeno 4/5 giorni hanno compromesso in maniera irreparabile le possibilità di recupero e di guarigione della paziente. Riteniamo che, a fronte di un corretto trattamento, rispettoso di linee guida e comunque della buona prassi medica, il decesso non si sarebbe realizzato e la



signora L.P. avrebbe potuto andare incontro a guarigione con lievi postumi chirurgici, non tali da peggiorare significativamente il suo preesistente stato di salute e più in generale il suo precedente modo di essere, anche, ma non solo, lavorativo.

Richiamavano i ricorrenti le conclusioni della CTU:

*Esaminati gli atti di causa e la documentazione sanitaria allegata, ricostruita la storia clinica in rapporto alla diagnosi, in termini di correttezza e tempestività, al trattamento medico e chirurgico praticati, all'evoluzione e all'esito, nel caso concreto, con riferimento alla miglior scienza ed esperienza, applicando il criterio del "più probabile che non", è presente rapporto causale tra l'operato dei sanitari e il decesso della Sig.ra P. per ritardo temporale nella terapia chirurgica richiesta dal caso in conformità alle linee guida e alle buone pratiche esigibili all'epoca (ottobre 2019). Il decesso non è conseguenza naturale, imprevedibile e/o inevitabile, della patologia sofferta se non in termini di mera possibilità ma non certo di probabilità. L'affermazione del rapporto causale tra comportamento dei sanitari (ritardo nell'intervento) e decesso non rende necessario esprimersi sulla mera perdita di chances. Dai dati ISTAT relativi alla mortalità della popolazione abruzzese si rileva che una donna dell'età della Sig.ra P. aveva una speranza di vita (indicatore statistico che esprime il numero medio di anni della vita di un essere vivente a partire da una certa età) di 27,674.*

In risposta alle osservazioni di parte resistente (tese a sostenere che l'intervento non era stato eseguito per un prudenziale tentativo di riequilibrare la paziente prima di portarla sul tavolo operatorio, anche in ragione della insufficienza renale rilevata all'atto del ricovero), il collegio peritale si è espresso in termini ancor più netti in ordine alla sussistenza di una precisa responsabilità della azienda ospedaliera oggi evocata in giudizio nella causazione del decesso della povera signora P. precisando (cfr. pagg. 15 e 16 della C.T.U., doc. 28): "... *L'insufficienza renale è presente già all'ingresso e, inizialmente, è stata attribuita anche alla calcolosi evidenziata alla TC, ma il peggioramento così rapido nei giorni seguenti, rilevata già il giorno 3.10.2019, tanto da indirizzare verso l'emodialisi (il 5.10.2021), è in rapporto alla sepsi che si è instaurata. La sepsi richiedeva trattamento con copertura antibiotica ma, in senso più impellente, era necessaria la rimozione del focolaio di partenza*





*della sepsi mediante drenaggio, comunque praticato. Questo non è stato fatto ed è intervenuto peggioramento del quadro con successivo exitus. E non si concorda con l'affermazione che “verosimilmente non avrebbe cambiato le sorti della paziente” perché non si vorrebbe che “il prudente tentativo” divenisse solo dettato dal ritenere che tanto non ci fosse nulla da tentare. Se questo fosse il senso delle affermazioni della parte convenuta, a ogni buon fine, nulla è stato documentato (da dati di letteratura e di esperienza) su una quasi impossibilità di evitare l'exitus. Appare evidente che non seguire delle linee guida e giustificare il tutto con un “prudente tentativo” avrebbe senso se l'esito fosse stato fausto. Non trova invece, probabilmente, giustificazione nell'attesa di un emodialisi alle ore 16 del giorno 5 ottobre. La “prudente attesa” sarebbe verosimile se, oltre ad apposite annotazioni in cartella, fossero stati messi in atto anche altre misure (a solo esempio, un consulto specialistico infettivologico, una diversa terapia antibiotica, la valutazione del trasferimento in altra struttura, la vigilanza costante), la valutazione insomma di altre possibilità terapeutiche e di intervento. Ma la “prudente attesa” si è risolta in una attesa, anche dopo l'emodialisi....In realtà, la parte convenuta non ha proposto alcun dato di letteratura sulla “prudente attesa” chiedendo esclusivamente una accettazione fiduciaria, e rimane indiscusso che il momento fondamentale rimane il mancato intervento chirurgico in una situazione grave e ingravescente in tempi dettati dalle Linee Guida, oltre che dalla esperienza comune.*

Come già accennato, la Tac eseguita il giorno del ricovero aveva rivelato l'esistenza di una problematica renale in capo alla paziente, di cui la stessa non aveva alcuna consapevolezza. Il collegio peritale ha tuttavia escluso che il pregresso quadro clinico della sig.ra P. abbia avuto incidenza sull'evoluzione della sua vicenda, affermando chiaramente che il decesso è dipeso da null'altro che dal “ritardo temporale nella terapia chirurgica richiesta dal caso in conformità alle linee guida e alle buone pratiche” (così, letteralmente, è riportato nelle conclusioni definitive, a pag. 17 della C.T.U., doc. 28). A ciò si aggiunga che, come pure chiaramente rilevato dai CC.TT.UU. a pag. 15 del loro elaborato, il rapido peggioramento dell'insufficienza renale è in rapporto alla sepsi che si era instaurata e che, a causa



dell'atteggiamento ingiustificatamente attendista dei sanitari, non era stata immediatamente trattata in modo adeguato...

I ricorrenti richiamaavano la pronuncia della Suprema Corte, Cass. III, 21/07/2011, n. 15991, dedicata appunto al rilievo da riconoscere alle ipotesi di concomitanza tra la condotta colpevole del sanitario e il fattore naturale, rappresentato dalla pregressa situazione patologica del paziente danneggiato, che rimarca: “[...] il danneggiato, già affetto da uno stato di invalidità potenzialmente non idoneo (di per sé e nell'immediatezza) a produrre esiti mortali, decede in conseguenza dell'intervento medico (commissivo od omissivo): in tal caso lo stato di invalidità pregresso non potrà rilevare quanto ai danni risarcibili iure proprio ai congiunti, mentre potrebbe condurre ad una riduzione del quantum dei pregiudizi risarcibili iure successionis, sempre che il danneggiante fornisca la prova che la conseguenza dannosa dell'evento (nella specie, la morte) sia stata cagionata anche dal pregresso stato di invalidità [...]”. Pertanto, alla luce delle indicazioni della Suprema Corte, acclarato che gli stati patologici pregressi della sig.ra P. non avrebbero assolutamente prodotto (di per sé e tantomeno nell'immediatezza) esiti mortali, si ritiene che non potrà essere operata alcuna decurtazione sui danni risarcibili iure proprio ai ricorrenti, né su quelli risarcibili iure hereditatis (posto che dalla C.T.U. emerge che la morte non è certamente stata cagionata anche dal preesistente stato).

Ed ancora, in punto di riparto dell'onere probatorio, il paziente danneggiato può limitarsi ad allegare il contratto e la condotta inadempiente della struttura sanitaria, rimanendo a carico di quest'ultima l'onere di allegare e dimostrare – ai sensi dell'art. 1218 c.c. – di aver tenuto una condotta irreprensibile sul piano della diligenza (cfr. ad es., da ultimo, Cass. III, 22/04/2021, n. 10592). Nel caso che ci occupa i CC.TT.UU. sarebbero stati espliciti ed esaurienti nel mettere in evidenza la sequenza di errori, omissioni e ritardi che hanno condotto a morte la sig.ra P., evidenziando altresì le relative attribuzioni di responsabilità in capo alla struttura che la ebbe in cura.

Sarebbe dunque indiscutibile, la piena sussistenza del nesso causale tra le numerose condotte inadempienti della struttura sanitaria e l'eventus danni (morte della paziente). Le conclusioni cui pervengono i CC.TT.UU., come già evidenziato, sono in proposito



lapidarie: *“Esaminati gli atti di causa e la documentazione sanitaria allegata, ricostruita la storia clinica in rapporto alla diagnosi, in termini di correttezza e tempestività, al trattamento medico e chirurgico praticati, all’evoluzione e all’esito, nel caso concreto, con riferimento alla miglior scienza ed esperienza, applicando il criterio del “più probabile che non”, è presente rapporto causale tra l’operato dei sanitari e il decesso della Sig.ra P. per ritardo temporale nella terapia chirurgica richiesta dal caso in conformità alle linee guida e alle buone pratiche esigibili all’epoca (ottobre 2019) (cfr. pag. 17, doc. 28)”. Si veda ancora quanto affermato a pag. 12 della C.T.U. (doc. 28):*

*“L’insieme dei dati depone per un intervento da eseguire al massimo in IV-V giornata e non nell’ottava come avvenuto. Il ritardo nel trattamento chirurgico ha portato a un peggioramento con un quadro di sepsi e sindrome da disfunzione multiorgano. Il rapporto tra il ritardo nel trattamento chirurgico e il decesso del paziente, per una sindrome da disfunzione multiorgano, è da esprimere in termini del “più probabile che non” piuttosto che come perdita di chance”.*

I ricorrenti, inoltre, dichiaravano interesse a domandare – in via meramente subordinata e soltanto per doveroso scrupolo difensivo – il risarcimento dei danni conseguenti alla perdita di chances di sopravvivenza della propria congiunta. Rilevavano che, come noto, il concetto di chance va inteso come “concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato”, “entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile d’autonoma valutazione”. Dunque, la relativa perdita – id est: la perdita della possibilità consistente di conseguire il risultato utile – configura un danno concreto ed attuale. Pertanto, per doveroso scrupolo difensivo, pertanto, instavano per il risarcimento dei danni da cd. “perdita di chances di sopravvivenza” della sig.ra P.

Per quanto attiene alla quantificazione del danno non patrimoniale derivato dai profili di responsabilità della Resistente, prioritaria attenzione deve essere naturalmente attribuita al decesso della paziente. In proposito, ciascuno dei ricorrenti avrà quindi diritto al risarcimento del danno iure proprio da perdita del rapporto parentale, per la cui liquidazione richiamavano le vigenti tabelle di liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale elaborate dal Tribunale di Roma (doc.ti 08 e 19), valutate dalla Suprema



Corte come preferibili rispetto a quelle di Milano. Infatti, le tabelle romane, a differenza di quelle milanesi, indicano espressamente i criteri liquidatori da utilizzare (in particolare: l'età della vittima, quella del congiunto avente diritto al risarcimento, la convivenza tra i due, la composizione del nucleo familiare), attribuendo agli stessi una specifica valenza ponderale. Il che consente di individuare con una certa precisione l'importo spettante al superstite per la morte del congiunto, così assicurando omogeneità nel risarcimento e, al contempo, prevedibilità degli importi liquidabili. Si precisa, in proposito, che la morte della compianta sig.ra P.L. (che aveva solo 61 anni) è stata vissuta dal marito C.L. (che nel 2019 aveva 65 anni) e dai figli M. (che all'epoca aveva 33 anni), I. (che ne aveva 36) e S. (che ne aveva 39) come una vera e propria tragedia, che li ha lasciati nel dolore più cupo ed ha sconvolto le loro esistenze, tanto solido e pregnante era il legame affettivo e di condivisione del quotidiano con la congiunta. I coniugi P.-C. erano indissolubilmente legati non solo nella vita familiare, ma anche in quella lavorativa: gestivano infatti insieme, sin da quando si erano sposati, una ...omissis... nel centro di ...omissis..., all'insegna "...omissis...", fondata dalla madre della defunta; • i coniugi P.-C. aiutarono anche i loro figli I. e S. – una volta ultimati gli studi – a trovare un'indipendenza economica, aprendo per loro due attività commerciali a pochi metri di distanza dalla ...omissis...: un negozio di ...omissis... per I. (...omissis...) ed un negozio di ...omissis... per S. (...omissis...); • al momento del decesso della madre, la figlia maggiore M., che aveva sempre vissuto in casa con i genitori, si era appena trasferita a ...omissis... per lavoro, ma continuava ad avere un rapporto intensissimo specie con la madre, tornando a farle visite ad ogni festività e sentendola telefonicamente ogni giorno (anche 4 o 5 telefonate al giorno!); • oltre a lavorare a pochi metri di distanza, I. e S. vivevano anche a pochi metri dalla abitazione dei genitori, con cui avevano una frequentazione giornaliera assidua; • nell'orario di apertura dei negozi, la signora P. si muoveva tra le tre attività commerciali di famiglia, portando il suo aiuto ed il suo supporto, oltre che la sua esperienza, anche ai figli; la signora P. era inoltre una nonna affettuosa e, anche in tale veste, non faceva mai mancare ai figli la sua presenza per affiancarli nell'accudimento dei nipoti, nella preparazione dei pasti e nelle commissioni quotidiane; •



genitori e figli mangiavano assieme più volte alla settimana, spesso andando anche al ristorante; andavano in vacanza assieme e si telefonavano più volte al giorno; • i coniugi P.-C. avevano anche una vita sociale molto attiva, con frequentazione di amici e, soprattutto, una passione per le moto: avevano infatti una ...omissis..., con cui partecipavano spesso a motoraduni e gite in comitiva; • successivamente alla morte della signora P., il negozio di ...omissis... è stato chiuso in quanto il figlio S. si è visto costretto ad affiancare il padre nella gestione della ...omissis...; • il padre ha inoltre cessato ogni forma di frequentazione con amici e conoscenti di un tempo e non è più andato in moto; • il marito ed i figli della povera signora P. hanno affrontato con grave tormento il lutto per la morte della congiunta, colpevolizzandosi per non aver garantito alla propria moglie e madre una assistenza sanitaria adeguata e per aver creduto alle rassicurazioni dei medici sulla bontà delle cure attuate, lasciandola così in balia della negligenza di coloro che avrebbero dovuto assisterla. I ricorrenti, alla stregua di queste premesse svolgevano richieste risarcitorie da pag 30 a 38 dell'atto introduttivo.

Si costituiva la U.S.L. di ...omissis..., che contestava le avverse deduzioni e pretese, segnalando che grava sui ricorrenti l'onere della prova, allo stato non fornita, della sussistenza del nesso causale, sia materiale che giuridico, tra le condotte censurate e l'evento lamentato. Sul punto la Suprema Corte ha affermato il seguente principio di diritto: "In tema di responsabilità dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione Sanitaria, inquadrabile nella responsabilità contrattuale, è a carico del danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei Sanitari, restando a carico di questi ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile ... " (Cass. Civ., Sez. II, 24.5.2006, n. 12362). Deduceva che anche secondo il più recente orientamento della giurisprudenza di legittimità, il preteso danneggiato da responsabilità professionale sanitaria deve provare non solo il danno che



lamenta avere subito ma anche il nesso causale tra lo stesso e la condotta commissiva o omissiva. Dunque, non solo il danno (causalità giuridica) ma anche la sua eziologia (causalità materiale) è parte del fatto costitutivo che l'attore deve provare. Ed invero, se si ascrive un danno ad una condotta, la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta non può non essere provata da colui che allega tale ascrizione (v., inoltre, ex plurimis, Cass. 7.12.2017, n. 29315; Cass. 4.11.2017, n. 26824; Cass. 26.7.2017, n. 18392; Cass. 20.10.2015, n. 21177; Cass. 30.9.2014, n. 20547; Cass. 26.2.2013, n. 4792; Cass. 9.10.2012, n. 17143 ; Cass. 16.1.2009, n. 975). Ancor più di recente la S.C. ha confermato che “Non comporta automaticamente il riconoscimento della responsabilità del medico agente il mancato assolvimento dell'onere di dimostrare l'esattezza della prestazione medica e l'assenza di incidenza causale dell'inadempimento della prestazione sanitaria sulla produzione dei danni subiti da un paziente, poiché è necessario accertare previamente l'ottemperamento dell'onere probatorio attoreo che consiste nel dimostrare la condotta colposa del responsabile, il nesso di causa tra quest'ultima ed il danno sofferto, elementi che pertanto costituiscono accertamenti distinti.” (Cass. Civ., sez. III, 20.11.2018 n. 29853).

Inoltre la responsabilità invocata dagli attori per i danni subiti iure proprio in via mediata per il fatto del terzo, ricadente in via immediata sul loro congiunto, è (al contrario di quello che ritiene parte ricorrente) di natura extracontrattuale in quanto nessun contratto è ripassato tra di essi e l'Azienda Sanitaria convenuta.

Avendo parte avversa sostenuto la sola responsabilità contrattuale della resistente (v. par. 3, pag. 23 -24 ricorso introduttivo), si chiedeva che il Giudicante volesse, anche per economia processuale, rigettare nell'immediato le domande proposte dai ricorrenti iure proprio; ciò in considerazione del fatto che gli stessi non potranno nel corso del giudizio spiegare una domanda nuova, vietata dal codice di rito: “ ... In particolare, incorre nel vizio di ultrapetizione il giudice che qualifichi in termini di responsabilità extracontrattuale una domanda originariamente proposta in termini di responsabilità contrattuale

Alla luce di quanto sopra detto circa gli oneri probatori, parte attrice, dunque dovrà comunque dimostrare: - la sussistenza della condotta oggetto di specifico addebito e del



danno lamentato; - l'esistenza di rapporto di causalità materiale tra il danno-evento lamentato e la condotta della comparente oggetto di specifico addebito secondo gli artt. 40 e 41 c.p.; - l'esistenza di rapporto di causalità giuridica tra il danno-conseguenza lamentato e la condotta della comparente oggetto di specifico addebito secondo l'art. 1223 c.c.; - per quanto attiene alla pretesa a titolo extra contrattuale (per la denegata ipotesi in cui venisse ritenuta tempestivamente formulata la relativa domanda) tutti gli elementi del fatto illecito lamentato, compreso l'elemento soggettivo

La resistente argomentava inoltre sulla mancanza di valenza probatoria delle consulenze di parte, nonché sulla inattendibilità delle risultanze della relazione d'Ufficio a firma del Medico Legale Dott. ...omissis... e dello specialista in Chirurgia Generale Dott. ...omissis..., le cui conclusioni non risulterebbero supportate da motivazioni esaustive, non avendo peraltro questi confutato i rilievi critici mossi dai CC.TT.PP. della resistente né analizzato compiutamente tutti le evidenze processuali al fine di verificare in ogni suo anello la catena causale ed in ogni passaggio la condotta dei medici che ebbero in cura la Sig.ra P. In realtà le conclusioni dei CC.TT.UU. non solo NON sono adeguatamente motivate, ma sono addirittura postulate sulla base di mere congetture, giustificate di fatto esclusivamente con la seguente affermazione: “nulla è stato documentato (da dati di letteratura e di esperienza) su una quasi impossibilità di evitare l'exitus” (v. pag. 15 CTU ex art. 696 -bis definitiva). I CCTTUU si mostrerebbero, quindi, del tutto ignari del principio giuridico più sopra richiamato per cui l'onere della prova del nesso di causa è a carico del paziente. Ulteriormente argomentava sulle asserite lacunosità dell'indagine dei CCTTUU sul nesso di causa.

In ogni caso, nella denegata ipotesi in cui le controparti riuscissero a fornire la prova del nesso causale materiale e della riconducibilità alla condotta dei medici, sempre che presenti profili di colpa, di un evento dannoso effettivo, la responsabilità dell'esponente dovrà essere limitata in ragione del solo apporto causale della condotta antidoverosa dei sanitari suoi dipendenti, escludendo pertanto le sequele attribuibili a concause naturali o comunque ad altri fattori causali.



A tal proposito, rilevava che qualora la produzione di un evento dannoso risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, se da un lato l'autore del fatto illecito o il debitore inadempiente risponde, in base ai criteri della causalità naturale, di tutti i danni che ne sono derivati, a nulla rilevando che gli stessi siano stati concausati anche da eventi naturali, dall'altro questi ultimi rilevano ai fini della stima del danno, ossia sul piano della causalità giuridica, determinando il danno risarcibile sia in ragione della differenza tra lo stato complessivamente presentato dal danneggiato dopo il fatto e lo stato pregresso, sia alla stregua della situazione che si sarebbe determinata se non fosse intervenuto il fatto lesivo imputabile (Cass. Civ., Sez. III, 18.4.2019 n. 10812; Cass. civ., 20.11.2017, n. 27524 ; Cass., 13.11.2014, n. 24204 ; Cass. civ., 21.7.2011, n. 15991).

Sul quantum, evidenziava che, ai fini di una eventuale quantificazione non potrà non tenersi conto dell'intensità del legame affettivo con il de cuius e, soprattutto, del fatto che la Sig.ra P. non aveva certo le aspettative di vita rilevate dai CC.TT.UU., che le controparti hanno opportunamente fatto proprie. Non si potrebbe allora prendere per buono l'ennesimo grave errore commesso dai CC.TT.UU., i quali hanno totalmente omissi di considerare la malattia renale di cui la paziente era portatrice

Sempre in ordine alla prova che controparte avrebbe dovuto offrire, si segnalava quanto statuito dalla Corte di Legittimità: "... Rimangono, in ogni caso, 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 e 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 (Cass. civ., sez. III, n. 21060/2016) ..." (Cass. civ., sez. III, n. 21084/2015).





Quanto ai criteri di liquidazione, si contestava la invocata applicazione delle Tabelle di Roma.

Pertanto, si chiedeva che il Giudice volesse, in subordine ed in denegata ipotesi, liquidare il danno secondo i principi di diritto ed i criteri sopra richiamati, comunque in applicazione delle Tabelle di Milano e di tutti i criteri ivi previsti, attestandosi sul valore più basso della forbice.

Quanto alla domanda avanzata iure hereditatis, ferma restando la ricorrenza, al più ed in denegata ipotesi, di una mera perdita di chance di sopravvivenza, rilevava che dovranno essere provati, oltre che la qualità di eredi (mediante opportuna documentazione che attesti l'accettazione dell'eredità), i presupposti per la liquidazione del preteso danno terminale. A tal proposito controparte deve fornire prova che la paziente abbia in effetti versato in stato di lucida agonia e, quindi, sia dell'effettiva sussistenza di uno stato agonico prima del decesso sia che questo sia

Per l'eventuale liquidazione del danno, si dovrà, sempre in denegata ipotesi, tenere conto dei seguenti criteri: - "A) Principio di unitarietà ed onnicomprensività: tenendo conto dell'insegnamento delle Sezioni Unite (sentenze gemelle SS.UU. nn. 26972/3/4/5 dell'11.11.2008, oltre alla citata n. 15350/2015) si è ritenuto di proporre una definizione onnicomprensiva del "danno terminale", tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente. Onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio, la categoria del danno terminale deve intendersi dunque comprensiva dei pregiudizi altrove definiti come danno biologico terminale, da lucida agonia o morale catastrofica. Non solo: la liquidazione del danno terminale, proprio in quanto comprensiva di ogni voce di pregiudizio non patrimoniale patita in quel lasso di tempo, esclude la separata liquidazione del danno biologico temporaneo "ordinario", da intendersi quindi assorbita." (v. pag. 77-78 Tabelle di Milano ed. 2021)."; - "[...] C) Coscienza: in nessun caso si tratta di danno in re ipsa, occorrendo la comprovata percezione della fine imminente. La consapevolezza della fine vita da parte della vittima è, dunque, un presupposto necessario affinché possa esservi il risarcimento del



danno terminale, che non potrà dirsi esistente, ad esempio, nel caso in cui nel tempo intercorso prima del decesso la vittima stessa abbia versato in stato di incoscienza.” (v. pag. 78 Tabelle di Milano ed. 2021)“D) Intensità crescente e metodo tabellare [...] Ferma la necessità di rigorosa prova del danno lucidamente patito in stato di coscienza. Nulla impedisce, naturalmente, che a fronte di un decorso particolarmente lungo, la percezione della fine intervenga in un momento successivo, e solo da quel momento, dunque, potrà sorgere il danno terminale ...” (v. pag. 78 Tabelle di Milano ed. 2021) . Controparte non ha certo assolto al proprio onere probatorio in ordine alla causalità giuridica e, nello specifico, alla sussistenza della “percezione della fine imminente”; anzi, i documenti di causa attestano uno stato di incoscienza. In ogni caso, quanto al giorno di decorrenza ai fini dell’applicazione della specifica Tabella milanese, mai potrà farsi risalire, anche laddove controparte raggiungesse la prova della “percezione della fine imminente” a data antecedente a quella in cui si riterrà in effetti dovuta la prestazione omessa; quindi, anche laddove si intendesse aderire alla tesi dei CC.TT.UU., al più ed in denegata ipotesi dalla 4<sup>a</sup> giornata successiva al ricovero. Resta il fatto che sino al ...omissis... la paziente certo non versava in stato di lucida agonia.

Quanto al danno patrimoniale, nulla sarebbe dovuto a tale titolo, non potendosi porre il decesso della Sig.ra P. in nesso di causa con la condotta dei medici che la ebbero in cura nei suoi ultimi giorni di vita.

Peraltro sarebbero insussistenti tutte le circostanze di fatto addotte circa l’assistenza economica, materiale e morale, allo stato rimasta priva di prova. Ancora una volta la stima del danno è basata sull’errato presupposto di una sopravvivenza sino ai 90 anni di età e, per di più, su una capacità di generare reddito sino praticamente all’ultimo giorno di vita. Si ribadiva ancora una volta come la patologia renale che affliggeva la Sig.ra P. fosse irreversibile e come la paziente si sarebbe comunque dovuta sottoporre per sempre a sedute emodialitiche, con un’aspettativa di vita in media tra 5-6 anni.

Al più, si tratterebbe di danno da perdita di chance. Laddove, quindi, all’esito dell’istruttoria, da espletarsi con rinnovazione della C.T.U. a mezzo di altro e diverso



Collegio Peritale, si dovesse individuare un nesso di causa tra la condotta dei medici che ebbero in cura la Sig.ra P. nei suoi ultimi giorni di vita e la eventuale diminuzione delle sue chance di vivere più a lungo, la liquidazione del danno preteso dai ricorrenti a tale titolo non potrà prescindere dalla valutazione: - della idoneità in concreto della condotta omessa a determinare la possibilità di conseguimento del risultato sperato così misurando in astratto ed in termini percentuali la chance perduta; delle concrete aspettative di vita in base alla statistica che verrà individuata per il caso specifico e dunque dello scarto temporale tra la durata della sopravvivenza effettiva e quella della sopravvivenza possibile in caso di condotta corretta .

Dopo l'integrazione del contraddittorio, il giudicante disponeva il mutamento del rito, concedendo alle parti i termini per il deposito delle memorie di cui all'art 183 sesto comma cpc.

All'esito, venivano ammessi, nei limiti di cui all'ordinanza del 18/11/22, le prove orali richieste dalle parti ed era disposta l'acquisizione del procedimento di ATP 4396/20.

Dopo l'espletamento della prova, le parti hanno precisato le conclusioni nelle forme della trattazione scritta, con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. con decorrenza dal 20 febbraio 2024.

### **MOTIVI DELLA DECISIONE**

In sede di decisione si riportano i punti salienti della ricostruzione del caso medico legale svolta dai CTU.

*La Sig.ra P. è accettata al Pronto Soccorso di ...omissis... il ...omissis..., alle 17;30, per "dolore addominale e febbre con brivido". Eseguiti esami di laboratorio, tac addome, rx torace, consulenza chirurgica e posta diagnosi di diverticolite con perforazione intestinale, instaurata terapia con soluzione fisiologica e perfalgan, segue ricovero in chirurgia. Al ricovero in reparto, intorno alle 20;30 instaurata terapia antibiotica con tazocin e metronidazolo. La consulenza nefrologica del giorno successivo, rilevata l'insufficienza*



renale, consiglia la riduzione del dosaggio giornaliero del tazocin (da 3 a 2 somministrazioni giornaliere) e modifica della terapia per ipertensione. Eseguita TC addome di controllo (refertata con quadro lievemente peggiorato ...). Nei giorni seguenti si assiste a un peggioramento del quadro nefrologico per cui dal 05.10.2019 si posiziona catetere venoso centrale per emodialisi, iniziata alle 19;30 dello stesso giorno. L'indagine TAC il 05 ottobre referta "permane l'area ipodensa di circa 5 cm .... compatibile con raccolta, localizzata anteriormente e strettamente contigua al sigma ... e la radiografia del torace evidenzia versamento pleurico. Il quadro laboratoristico e strumentale depone per un peggioramento del quadro addominale e il giorno 08 ottobre, la Sig.ra P. è sottoposta a intervento chirurgico di drenaggio laparoscopico e washing peritoneale per ascesso peridiverticolare del sigma. Al termine dell'intervento trasferita in terapia intensiva post-operatoria. Alle ore 22;00 si rende necessaria intubazione oro-tracheale che sarà tenuta fino al 12.10. Successiva ventilazione con ventimask e ventilazione non invasiva, fino al 14.10 quando era necessaria nuova intubazione. Continua emodialisi. Gli indici di flogosi restano sempre elevati, la situazione clinica appare alternante fino al peggioramento del 14 ottobre con exitus.

*DISCUSSIONE MEDICO-LEGALE* Si tratta di un soggetto di sesso femminile dell'età, all'epoca, di 61 anni, che accede al Pronto Soccorso di ...omissis... per dolore addominale e febbre con brivido. **All'anamnesi, sia in cartella clinica e sia in quella raccolta da una erede, si evidenzia esclusivamente trattamento per ipertensione, riferita non nota la patologia renale calcolotica con rene grinzoso a destra.** Eseguiti gli accertamenti, è posta diagnosi di diverticolite con perforazione intestinale è ricoverata in ambiente chirurgico.

La malattia diverticolare è rappresentata nell'80% dei casi da diverticolosi asintomatica (riscontro strumentale occasionale in soggetto asintomatico), nei restanti casi è sintomatica. La sintomatica può essere solo tale (con sintomatologia ricorrente) e, in circa il 4% dei casi, si manifesta come diverticolite acuta (episodio acuto con dolore, iperpiressia, leucocitosi) che può limitarsi a un singolo episodio o recidivare o complicarsi (tra gli altri, Bruno Annibale La malattia diverticolare in Italia: i dati REMAD). **Nel caso in esame siamo di fronte proprio di fronte a un caso di diverticolite acuta complicata da**



*perforazione intestinale. Non risultano, preliminarmente, contestazioni sui consensi richiesti e forniti riguardo i trattamenti. **La diagnosi posta, almeno nella fase iniziale, è tempestiva e accurata. Il trattamento della diverticolite acuta complicata richiedeva ricovero ospedaliero e trattamento medico e chirurgico.** Il ricovero ospedaliero è stato predisposto, la terapia antibiotica a largo spettro (nella previsione di germi gram negativi e anaerobi) è stata introdotta nel rispetto delle linee guida (EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence based recommendations for clinical practice pubblicato su Surgical Endoscopy il 27 giugno 2019). La TAC è ritenuta esame “gold standard” per la patologia in esame (sensibilità pari al 95% e specificità pari al 96%) e ha portato a una classificazione allargata, su sei stadi, della iniziale classificazione di Hinchey, basata su 4 stadi, come da tabella che segue..*

...

***limite** di grandezza dell'ascesso (inferiore a 4 cm) è ritenuto elemento per classificare il caso come Ib. In questo caso si ritiene che la terapia antibiotica possa avere oltre il 70% di successo. Ne discende che una dimensione maggiore dell'ascesso o il mancato successo della terapia antibiotica (sulla base degli indici di flogosi), comunque prevista, indirizza verso il trattamento chirurgico (dallo studio citato nella tabella). Analoga indicazione, anche più interventistica, si ritrova in altri studi come riportano Deirdre M. Nally e Dara O. Kavanagh in Current Controversies in the Management of Diverticulitis: A Review Dig Surg 2019;36:195–205 203 DOI: 10.1159/000488216...*

...

*Nel caso in esame, l'insieme dei dati laboratoristici e strumentali, con indici di flogosi sempre elevati, nonostante terapia antibiotica, e il riscontro di un ascesso di 5 cm (la TAC del 05.10.2021 è refertata indicando permane l'area ipodensa di circa 5 cm .... compatibile con raccolta), oltre probabilmente anche ad altri segni evidenziati dalla TAC, con peggioramento delle condizioni generali, **pur in presenza di un quadro obiettivo riportato come scarsamente significativo, richiedeva un drenaggio tempestivo dell'ascesso, per via percutanea, se presente radiologia interventistica, o per via laparoscopica.** Il trattamento era necessario proprio per eliminare o ridurre sostanzialmente la fonte infettiva. **L'insieme***



*dei dati depone per un intervento da eseguire al massimo in IV-V giornata e non nell'ottava come avvenuto. Il ritardo nel trattamento chirurgico ha portato a un peggioramento con un quadro di sepsi e sindrome da disfunzione multiorgano. Il rapporto tra il ritardo nel trattamento chirurgico e il decesso del paziente, per una sindrome da disfunzione multiorgano, è da esprimere in termini del "più probabile che non" piuttosto che come perdita di chance. Si riporta, infine, che uno studio del 2016 (Jason M Haas, Maharaj Singh and Nimish Vakil Mortality and complications following surgery for diverticulitis: Systematic review and meta-analysis - United European Gastroenterology Journal 2016, Vol. 4(5) 706–713) da cui risulta che la mortalità negli interventi in urgenza, di tipo open o laparoscopico, che complessivamente ha comunque un rischio molto minore, è di circa il 10,64% (tra 7,95 e 14,11). Dai dati ISTAT relativi alla mortalità della popolazione abruzzese si rileva che una donna dell'età della Sig.ra P. aveva una speranza di vita (indicatore statistico che esprime il numero medio di anni della vita di un essere vivente a partire da una certa età) di 27,674 anni. Sulla base delle considerazioni che precedono, si possono formulare le conclusioni preliminari che seguono da sottoporre alle parti in risposta ai quesiti formulati dalle parti.*

*C O N C L U S I O N I ...è presente rapporto causale tra l'operato dei sanitari e il decesso della Sig.ra P. per ritardo temporale nella terapia chirurgica richiesta dal caso in conformità alle linee guida e alle buone pratiche esigibili all'epoca (ottobre 2019). Il decesso non è conseguenza naturale, imprevedibile e/o inevitabile, della patologia sofferta se non in termini di mera possibilità ma non certo di probabilità. L'affermazione del rapporto causale tra comportamento dei sanitari (ritardo nell'intervento) e decesso non rende necessario esprimersi sulla mera perdita di chances. Dai dati ISTAT relativi alla mortalità della popolazione abruzzese si rileva che una donna dell'età della Sig.ra P. aveva una speranza di vita (indicatore statistico che esprime il numero medio di anni della vita di un essere vivente a partire da una certa età) di 27,674.*

*NOTE ALLA RELAZIONE DEFINITIVA.... La parte convenuta, sempre sinteticamente, ribadisce che l'intervento non era stato eseguito per un prudenziale tentativo di riequilibrare la paziente prima di portarla al tavolo operatorio e che la "speranza di vita"*



*indicata nella relazione preliminare non andava indicata e nel caso fosse possibile solo esprimersi in termini di chance. Si prende atto che anche la parte convenuta concorda sulla presenza di linee guida nel caso ('non certo per scarsa conoscenza delle Linee Guida') che non sono state seguite per 'prudenziale tentativo di riequilibrare la paziente prima di portarla al tavolo operatorio'. Si segnala perché il primo quesito specifico della stessa parte convenuta (ASL) è "valuti la conformità della prestazione medica in esame alle linee guida ed alle leges artis taempo vigenti (2019) in ordine agli specifici addebiti di responsabilità allegati da parte ricorrente". Assodato concordemente la presenza di Linee Guida e la loro mancata adozione nel caso, si puntualizza brevemente l'evoluzione del quadro clinico anche rispetto alla insufficienza renale presente. L'insufficienza renale è presente già all'ingresso e, inizialmente, è stata attribuita anche alla calcolosi evidenziata alla TC, ma il peggioramento così rapido nei giorni seguenti, rilevata già il giorno 3.10.2019, tanto da indirizzare verso l'emodialisi (il 5.10.2021), è in rapporto alla sepsi che si è instaurata. La sepsi richiedeva trattamento con copertura antibiotica ma, in senso più impellente, era necessaria la rimozione del focolaio di partenza della sepsi mediante drenaggio, comunque praticato. Questo non è stato fatto ed è intervenuto peggioramento del quadro con successivo exitus. E non si concorda con l'affermazione che "verosimilmente non avrebbe cambiato le sorti della paziente" perché non si vorrebbe che "il prudenziale tentativo" divenisse solo dettato dal ritenere che tanto non ci fosse nulla da tentare. Se questo fosse il senso delle affermazioni della parte convenuta, a ogni buon fine, nulla è stato documentato (da dati di letteratura e di esperienza) su una quasi impossibilità di evitare l'exitus. Appare evidente che non seguire delle linee guida e di giustificare il tutto con un "prudenziale tentativo" avrebbe senso se l'esito fosse stato fausto. Non trova invece, probabilmente, giustificazione nell'attesa di un emodialisi alle ore 16 del giorno 5 ottobre. La "prudente attesa" sarebbe verosimile se, oltre ad apposite annotazioni in cartella, fossero stati messi in atto anche altre misure (a solo esempio, un consulto specialistico infettivologico, una diversa terapia antibiotica, la valutazione del trasferimento in altra struttura, la vigilanza costante), la valutazione insomma di altre possibilità terapeutiche e di intervento. Ma la "prudente attesa" si è risolta in una attesa,*



*anche dopo l'emodialisi. Il dare credito alla "prudente attesa" farebbe anche propendere verso il dubbio sulla possibilità di maggior opportunità offerte da una diversa terapia antibiotica, sempre nell'ambito del ritardo nell'esecuzione del drenaggio, espressa dalla parte attrice nelle osservazioni. In realtà, la parte convenuta non ha proposto alcun dato di letteratura sulla "prudente attesa" chiedendo esclusivamente una accettazione fiduciaria, e rimane indiscusso che il momento fondamentale rimane il mancato intervento chirurgico in una situazione grave e ingravescente in tempi dettati dalle Linee Guida, oltre che dalla esperienza comune. Riguardo alla indicazione dei dati ISTAT, non come elemento causale della morte (come se si volesse intendere che ci si aspettava una morte a una data età e invece è avvenuta prima) ma come momento dell'evento morte rispetto alla vita attesa. E' vero che non è stato richiesto esplicitamente, ma come prassi si è indicata per fornire un dato di riferimento per la valutazione del danno, non delle cause. Nelle considerazioni mediche è stato anche riportato un dato, del 2016, sulla mortalità operatoria. Se le parti intendono utilizzare dati diversi non hanno altro da fare che indicarli e documentarli in maniera esplicita. D'altra parte, è notorio che il criterio guida nella consulenza è l'assenza di potere di supplenza, dei consulenti, rispetto al mancato espletamento da parte dei contendenti del rispettivo onere probatorio. Non sembrerebbe, pertanto, possibile richiedere ai consulenti dei dati in maniera generica evitando di indicare a quali ci si riferisca. Forniti i chiarimenti, si confermano, integralmente, le conclusioni preliminari che si riportano come definitive.*

Tanto premesso sul piano della ricostruzione medica del caso, si reputa di dover richiamare i principi regolatori della materia onde verificare anzitutto se-come sostenuto da parte attrice-sia possibile stabilire un nesso teleologico tra condotta dei sanitari, ovvero una parte di essa, ed il decesso della paziente.

Non può non considerarsi che, secondo quanto in particolare evidenziato dalla suprema Corte con ordinanza 6 luglio 2020 n 13872, l'accertamento del nesso eziologico avviene combinando la regola del "più probabile che non" con la regola della "prevalenza relativa della probabilità". In base alla regola del più probabile che non, il giudice deve scegliere





l'ipotesi che, sulla base delle prove allegare, è dotata di un "grado di conferma logica superiore all'altra"; secondo la regola della prevalenza relativa, il giudice deve scegliere come "vero" l'enunciato che ha ricevuto il grado relativamente maggiore di conferma sulla base delle prove disponibili. Ed ancora, va tenuto presente che la Cassazione ricorda che nei giudizi risarcitori da responsabilità medica si presenta un "doppio ciclo causale" (Cass. 18392/2017) così strutturato: il creditore-danneggiato deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza o l'aggravamento della patologia o la morte e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto); il debitore-danneggiante deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto). Il debitore (l'ospedale nel nostro caso) è tenuto a provare che l'inadempimento sia derivato da causa a lui non imputabile solo dopo che il creditore-danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della patologia o la morte sia eziologicamente riconducibile alla condotta del danneggiante (Cass. 18392/2017 già richiamata; Cass. 2017/26824; Cass. 29315/2017; Cass. 3704/2018; Cass. 26700/2018, Cass. 28991/2019). Secondo le pronunce del giudice di legittimità, nella responsabilità contrattuale lato sensu intesa, la causalità materiale in teoria, si distingue dall'inadempimento per la differenza fra eziologia ed imputazione, in pratica, non è separabile dall'inadempimento, perché quest'ultimo corrisponde alla lesione dell'interesse tutelato dal contratto e, dunque, al danno evento. Viceversa, nella responsabilità sanitaria, la causalità materiale «torna a confluire nella dimensione del necessario accertamento della riconducibilità dell'evento alla condotta». In questo settore invero l'interesse primario del creditore corrisponde alla guarigione, l'oggetto della prestazione sanitaria consiste nel diligente svolgimento della prestazione professionale, ossia nel rispetto delle *leges artis*. Quindi, «il danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie attinge non l'interesse affidato all'adempimento della prestazione professionale, ma quello presupposto corrispondente al diritto alla salute». L'eventuale aggravamento del malato o il suo decesso non derivano automaticamente dalla violazione delle *leges artis*. Infatti, l'evento infausto può avere anche una diversa eziologia. Per questa ragione, il creditore-danneggiato ha l'onere: di allegare la connessione naturalistica fra la lesione della salute e la condotta del medico, di



provare la suddetta connessione (Cass. 28991/2019). In altre parole, in ambito medico, non c'è coincidenza tra inadempimento (inteso come violazione delle regole di diligenza professionale) e danno; pertanto, occorre dimostrare la connessione tra l'inadempimento del sanitario e l'esito infausto. Quindi, l'onere di provare il nesso causale grava sull'attore, e solo una volta assolto tale onere, scatta in capo al danneggiante (l'ospedale) l'onere di dimostrare che l'inadempimento, fonte del pregiudizio, sia stato determinato da causa non imputabile.

Conseguentemente vige in ambito civile il principio del più probabile che non, anziché il principio dell'oltre ogni ragionevole dubbio, che vige in quello penale. La Suprema Corte ricorda che la regola probatoria della preponderanza dell'evidenza è caratterizzata dalla combinazioni di due regole: la regola del più probabile che non, e la regola della prevalenza relativa della probabilità. La regola del più probabile che non postula che, per uno stesso fatto, possano esservi un'ipotesi positiva ed una negativa. Il giudice deve scegliere quella che, sulla base delle prove allegate, è dotata di un "grado di conferma logica superiore all'altra". In buona sostanza, devono essere preponderanti le prove a sostegno dell'ipotesi scelta dal giudice. La regola della prevalenza relativa si applica quando sullo stesso fatto vi siano diverse ipotesi che lo raccontano in modo diverso (la cosiddetta multifattorialità nella produzione dell'evento di danno) e alcune tra le molteplici ipotesi abbiano avuto conferma dalle prove allegate. In tal caso, ossia se vi sono più enunciati sullo stesso fatto che hanno ricevuto conferma probatoria, «la regola della prevalenza relativa implica che il giudice scelga come "vero" l'enunciato che ha ricevuto il grado relativamente maggiore di conferma sulla base delle prove disponibili. In tal modo, si delinea il modello di certezza probabilistica, in cui per ricostruire il nesso causale, occorre che l'ipotesi formulata vada verificata sulla base degli elementi disponibili nel caso concreto. La ragionevole probabilità non va intesa in senso statistico ma logico ossia considerando tutte le circostanze del caso concreto (Cass. 3390/2015; Cass. 4024/2018).

Tenuto presente quanto sopra non può non rilevarsi come, dalla lettura della ricostruzione dei Ctu, di cui si sono evidenziati i punti salienti, e dalla quale non è motivo di discostarsi, risulta provata la responsabilità della struttura convenuta secondo i principi appena riportati.



Occorre poi rilevare, in punto di invocata ( da parte convenuta ) applicabilità della responsabilità extracontrattuale ai familiari del paziente, da distinguersi rispetto a quella contrattuale che il paziente può invocare nei confronti della struttura che lo abbia avuto in cura, che la giurisprudenza di merito in diverse pronunce ha congruamente postulato l'efficacia protettiva del contratto verso i congiunti della vittima, in quanto strutturalmente connessa a quanto oggetto di obbligazione tra le parti del contratto, ovvero qualora l'interesse, del quale i terzi siano portatori, risulti anch'esso strettamente connesso a quello già regolato sul piano della programmazione negoziale, tra il *de cuius* e la struttura. Nel caso di specie peraltro queste riflessioni rilevano esclusivamente sul piano astratto in quanto risulta comunque provato dagli atti di causa, con segnato riferimento alle risultanze degli accertamenti medico legali, la sussistenza di tutte le condizioni che valgono a rendere configurabile anche la dedotta responsabilità extracontrattuale della struttura verso gli aventi causa della P., ovvero il fatto illecito, il danno, l'elemento soggettivo della colpa in capo al danneggiante ed il nesso causale.

Ed ancora, sempre laddove il danno dei congiunti si ritenga necessariamente ed esclusivamente correlabile ad un'ipotesi di responsabilità extracontrattuale, occorre rimarcare l'inconferenza dei rilievi di tardività della relativa domanda di parte attrice, in quanto palesemente contraddetti dall'ampiezza delle conclusioni avanzate fin dal ricorso introduttivo. Infatti, nelle conclusioni dell'atto introduttivo, poi richiamate nella prima memoria ex art 183 cpc, i ricorrenti chiedevano : 1)accertare la responsabilità della resistente – a titolo contrattuale e/o extracontrattuale, in via diretta e/o indiretta, per i motivi tutti indicati nella narrativa dell'atto e del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. – per il decesso della sig.ra P.L. o, in via subordinata, per l'anticipata perdita della sua vita ovvero, in via ulteriormente gradata, per la perduta possibilità di una sua guarigione eventuale; 2. per l'effetto, condannare la resistente al risarcimento in favore dei ricorrenti di tutti i danni – patrimoniali e non patrimoniali, iure proprio e iure hereditatis, senza alcuna esclusione – conseguenti al decesso della propria congiunta o, in via subordinata, all'anticipata perdita della sua vita ovvero, in via ulteriormente gradata, alla perdita di chances di sopravvivenza della medesima, nella misura ritenuta di giustizia, oltre interessi legali ex art. 1284, comma



4, c.c. e rivalutazione monetaria dal giorno dell'evento al saldo. Con vittoria di spese e compensi di lite, anche per la pregressa fase di A.T.P., da distrarsi in favore del difensore antistatario.

Circa la quantificazione dei danni e le varie voci di danno si osserva quanto segue. Gli attori hanno invocato anzitutto il risarcimento del danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale, consistente nel mutamento esistenziale e nella sofferenza provocati dalla morte della propria congiunta, come sarebbe emerso dall'istruttoria documentale e testimoniale; danno che sarebbe da ritenersi sussistente peraltro in via presuntiva in base a massime di comune esperienza e al fatto notorio, considerato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela farebbe presumere la sofferenza del familiare (cfr. Cass. III, 14/02/2023, n. 4571). In proposito è stata sollecitata una quantificazione secondo un sistema a punti, sulla premessa che la vittima principale (nata il ...omissis...) aveva solo 61 anni al momento del decesso (...omissis...) e poteva contare, secondo i CC.TT.UU., su una aspettativa di vita residua di oltre 27 anni; mentre i congiunti superstiti avevano, rispettivamente: • 65 anni il marito L.C. (nato il ...omissis...); • 33 anni la figlia M. (nata il ...omissis...); • 35 anni la figlia I. (nata il ...omissis...); • 37 anni il figlio S. (nato il ...omissis...) i quali hanno subito una modifica dei loro comportamenti, in quanto ogni momento significativo della loro vita (sia personale che familiare) era legato alla figura della defunta. Rileverebbero, in particolare, le modalità di accadimento degli eventi e la gravità dei molteplici profili di colpa ascrivibili alla struttura resistente, adeguatamente stigmatizzate anche dai CC.TT.UU., sul presupposto che la drammaticità di quanto avvenuto – unita alla consapevolezza della sicura evitabilità della morte – hanno reso assai più acuto il dolore provato dai familiari della vittima ed indicibilmente straziante l'accettazione del lutto: il marito ed i figli della sig.ra P. ancora oggi non si capacitano di averla perduta all'esito di una diverticolite trascurata dai sanitari che l'avevano in cura. Quando, il 01/10/2019, la sig.ra P. venne portata al Pronto Soccorso per dolori addominali, i ricorrenti vennero rassicurati circa il fatto che le conseguenze sarebbero state affrontate e risolte in tempi rapidi, con minimi esiti. Ed invece, a causa della negligenza della azienda avversaria, la paziente – e con lei le persone che gli



volevano bene – hanno vissuto un calvario, culminato nella morte dolorosa ed ingiusta della donna.

Ebbene, vi è da dire che la prova orale svolta ha dato contezza di quanto rappresentato da parte attrice in termini di stretto legame esistente tra la compianta ed il marito nonché con i figli. Gli amici di famiglia hanno invero confermato che la signora P. collaborava con il marito nella ...omissis...; che i figli I. e S. avevano due distinte attività commerciali nei pressi di quella dei genitori e avevano una relazione e frequentazione assidua e pressoché giornaliera con la madre (abitando peraltro vicino alla casa dei genitori) che non mancava di dare loro una mano anche nella cura dei nipoti e perfino in negozio; che la figlia M., pur trasferitasi a ...omissis... per lavoro dal ...omissis..., era anch'essa molto legata alla madre ed infatti non solo tornava per le festività a casa ma si sentiva quotidianamente al telefono con la madre, anche più volte al giorno.

Il quadro che emerge è quello di un legame intenso tra madre e figli. Anche tra marito e moglie il rapporto era stretto e peraltro caratterizzato dalla condivisione del tempo libero. Per completezza va anche rappresentato che è stata documentata sia la posizione di eredi dei richiedenti sia la convivenza tra la P. ed il coniuge alla data del decesso.

Alla luce di quanto sopra va senza dubbio riconosciuta la voce di danno richiesto in quanto da ritenersi ampiamente provato. La liquidazione va peraltro svolta tenendo conto della intensità delle relazioni familiari qual emersa dall'istruttoria svolta.

Le richieste così sono state esplicate in comparsa conclusionale : Tabella di riferimento

ROMA 2023 - Valore del Punto Base € 11.356,15 AVENTE DIRITTO PARENTELA  
PUNTI RISARCIMENTO C.L. (anni 65) (marito convivente) € 352.040,65 C.I. (anni 33)  
(figlia) € 266.869,52 C.I. (anni 35) (figlia) € 266.869,52 C.S. (anni 37) (figlio) €  
266.869,52. Viene rappresentato che a risultati non dissimili si perverrebbe, peraltro, anche  
con l'applicazione dei parametri per la liquidazione del danno previsti dalla Tabella Integrata  
a Punti di Milano del 2022 . I 31 punti attribuiti al sig. C.L. derivano dall'applicazione dei  
seguenti parametri: 20 punti in quanto coniuge; 2 punti per l'età della vittima (61 anni); 2  
punti per l'età del marito superstite (65 anni), 4 punti per la situazione di convivenza, 3 punti  
per l'assenza di altri familiari conviventi. E quindi:  $20 + 2 + 2 + 4 + 3 = 31$  punti. I 23,5



punti attribuiti alla sig.ra C.I. derivano dall'applicazione dei seguenti parametri: 18 punti in quanto figlia; 2 punti per l'età della vittima (61 anni); 3,5 punti per l'età della figlia superstite (33 anni). E quindi:  $18 + 2 + 3,5 = 23,5$  punti. I 23,5 punti attribuiti alla sig.ra C.M. derivano dall'applicazione dei seguenti parametri: 18 punti in quanto figlia; 2 punti per l'età della vittima (61 anni); 3,5 punti per l'età della figlia superstite (35 anni). E quindi:  $18 + 2 + 3,5 = 23,5$  punti. I 23,5 punti attribuiti al sig. C.S. derivano dall'applicazione dei seguenti parametri: 18 punti in quanto figlio; 2 punti per l'età della vittima (61 anni); 3,5 punti per l'età del figlio superstite (37 anni). E quindi:  $18 + 2 + 3,5 = 23,5$  punti. 5.

Ritiene questo giudicante più congruo e rispondente all'esigenza di una valutazione equitativa del danno proporzionata al caso concreto, una determinazione dello stesso con ricorso alle tabelle milanesi, anch'esse richiamate anche se in via subordinata da parte attrice, laddove è prevista la quantificazione del danno da perdita parentale patito *iure proprio* dal congiunto stretto secondo una forbice, prevedente un importo che va da un minimo di euro 168.250,00 ad un massimo di 336.500,00 euro.

Nella specie valutando tutte le circostanze del caso risulta congrua la liquidazione di euro 260.000,00 per il coniuge ed euro 210.000,00 per ciascun figlio.

In secondo luogo è fondata la richiesta di risarcimento( *iure hereditatis* ) relativa al danno da invalidità temporanea patito dalla vittima prima del decesso. Infatti, essendo il decesso etiologicamente collegato alla condotta incongrua dei sanitari dell'Ospedale Civile di ...omissis..., la *de cuius* ha acquistato e trasmesso agli eredi il diritto al risarcimento del danno biologico da invalidità temporanea, come da giurisprudenza consolidata, che esclude invece la trasmissibilità di eventuale danno da invalidità permanente: ed infatti, quando la patologia causata dall'inadempimento del danneggiante non guarisce, ma conduce la vittima alla morte, non è concepibile lo stabilizzarsi dei postumi, e di conseguenza non è configurabile alcun danno da invalidità permanente.

Il danno da invalidità temporanea assoluta al 100% viene richiesto con riferimento ad un periodo di 14 giorni corrispondente all'intervallo di tempo intercorso fra l'ingresso in



ospedale del 01/10/2019 e la morte avvenuta il 14/10/2019 quindi per tutto il periodo che va dalle lesioni e sino alla morte.

La richiesta è dunque fondata e va riconosciuto-alla stregua dell'orientamento congruamente richiamato da parte attrice- il diritto, spettante *iure hereditario* degli attori al risarcimento del danno che il danneggiato patì, in conseguenza dei fatti di causa, per l'indicato periodo di invalidità temporanea assoluta. Il danno biologico correlato all'invalidità assoluta viene quantificato in un importo che si apprezza equo di euro 145 ( in termini di attualità ) al giorno (importo vicino al massimo previsto dalle note tabelle Milanesi) per un totale di euro 2.030,00.

Vi è poi da precisare che questo periodo vissuto dalla vittima rileva ai fini risarcitori anche sotto il profilo dell'ulteriore componente del danno non patrimoniale rappresentato dalla sofferenza morale in senso stretto. In proposito, va rimarcato che-per quanto acclarato- la vittima ebbe a trovarsi in condizioni tali da poter percepire tutta la gravità della propria condizione. Si rammenta in proposito che si trasmette agli eredi, infatti anche il danno di carattere morale spettante alla vittima, a condizione che il decesso non sia immediato ma avvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni stesse, fattispecie sussistente senza dubbio nel nostro in cui la danneggiata si è trovata per alcuni giorni in uno stato di sofferenza spirituale nell'assistere al progressivo svolgimento della propria condizione esistenziale verso l'ineluttabile fine vita. Ai fini della quantificazione va premesso che la giurisprudenza rileva che la massima sofferenza è percepita nel periodo immediatamente successivo all'evento lesivo per poi scemare nella fase successiva (lasciando spazio ad una sorta di "adattamento" se non, addirittura, alla speranza di sopravvivere), per cui spesso viene assegnato per il primo periodo- di norma tre giorni- un risarcimento entro il tetto massimo di circa 30.000 euro.

Nel caso che ci occupa i richiedenti hanno invocato il danno terminale e catastrofico con riferimento alla componente di sofferenza psichica patita dalla persona sopravvissuta laddove avvertito per un lasso di tempo anche minimo, purché apprezzabile.



Nel caso che ci occupa la danneggiata è stata certamente in condizioni di lucidità tali da consentirle di percepire la gravità della propria condizione e l'imminente esito infausto. Tale percezione ha riguardato un periodo presumibilmente limitato, da collocare nella fase in cui la situazione andava sempre più aggravandosi e la donna poteva dunque rendersi conto del precipitare degli eventi, e prima che venisse intubata.

Questa fase di sofferenza soggettiva e di dolorosa frustrazione può congruamente rapportarsi ad un lasso di tre/quattro/cinque giorni . La voce di danno, da liquidare in favore dei ricorrenti secondo la rispettiva quota ereditaria, tenendo presente che il marito e i tre figli, quali eredi legittimi della sig.ra P., sono subentrati *iure successionis* nel relativo credito, può congruamente quantificarsi secondo le precisazioni di cui sopra, nella somma di euro 35.000,00.

Deve inoltre trovare accoglimento la richiesta di risarcimento relativa al danno patrimoniale cd emergente, rappresentato da spese funerarie e di tumulazione, per complessivi Euro 2.750,00, come documentate.

Quanto al danno da lucro cessante, a parte il rilievo che certamente non risulta accoglibile una richiesta rapportata ad una capacità di generare reddito con riferimento all'intero periodo di potenziale vita residua, sul punto la domanda è rimasta sfornita di adeguata prospettazione e -tanto meno- dimostrazione, in quanto fondata su dati del tutto generici rimettendo al giudicante ogni valutazione sulla dedotta e non meglio precisata rilevanza ed incidenza della morte della congiunta in termini di contrazione dei redditi familiari.

D'altra parte il venire meno dell'assistenza morale della P. ai propri cari è stata già presa in considerazione sotto altro profilo.

In conclusione, la parte convenuta va condannata al pagamento a titolo di risarcimento del danno in termini di attualità, della somma di euro 260.000,00 in favore di C.L. e della somma di 210.000,00 per ciascun ulteriore congiunto, a titolo di danno *iure proprio* subito dai medesimi a causa del decesso della congiunta, oltre che al pagamento delle somme diversamente spettanti ai ricorrenti nella qualità di eredi- di euro 2.030,00 per invalidità temporanea patita dalla congiunta ed euro 30.500 per danno terminale .





Data la liquidazione all'attualità si riconoscono gli interessi dalla data della pronuncia al saldo.

La struttura convenuta deve anche il rimborso delle spese mediche come sopra indicate.

Quanto alla domanda di pagamento delle spese di consulenza di parte, va rilevato che la parte ha prodotto una 'richiesta di onorario'( documento sub 31 ). Ebbene, sul punto può aderirsi alla giurisprudenza che ammette non solo la possibilità per la parte vittoriosa di chiedere il rimborso di ciò che è già stato pagato al suo ctp, ma anche di chiedere il pagamento di ciò che il ctp ha richiesto come onorario e non ha ancora riscosso, perché in un caso e nell'altro non muta la natura delle spese di ctp quali spese latu sensu processuali, che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsare in applicazione del principio di soccombenza, a meno che il giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92 c.p.c., comma 1, della facoltà di escluderle dalla ripetizione perché le ritiene eccessive o superflue. Nella specie la complessiva somma di euro 9760,00 francamente appare eccessiva e viene ridotta ad euro 5.000,00.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza; con spese di Ctu svolta in sede di atp da porsi definitivamente a carico della convenuta

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone: accerta e dichiara la responsabilità dell'ente convenuto in relazione alla condotta tenuta in danno della congiunta degli attori P.L. e per l'effetto, condanna l'Azienda Sanitaria Locale di ...omissis..., in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento dei danni in favore degli attori quantificati nella somma di 260.000,00 in favore di C.L. e della somma di 210.000,00 per ciascun ulteriore congiunto, a titolo di danno *iure proprio* subito dai medesimi a causa del decesso della congiunta, oltre ad euro 2.030,00 per danni da invalidità temporanea patita dalla congiunta ed euro 30.500 per danno terminale, oltre interessi dalla pronuncia al saldo, nonché al rimborso dell'importo di euro 2.750,00 per spese funerarie, ed al pagamento della somma di euro 5.000,00 per spese di



consulente di parte, oltre interessi su tali somme dalla domanda al saldo, nonché al pagamento delle spese di giudizio, liquidate in euro 10.860,00 oltre accessori per compensi, ed euro 286,00 per esborsi-con distrazione in favore del procuratore antistatario- nonché tenuta in via definitiva al pagamento delle spese di ctu.

Sentenza immediatamente esecutiva come per legge.

Pescara, 4 giugno 2024

Il Giudice  
dott. Rossana Villani

