N. R.G. [redacted]

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di [redacted]

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. [redacted]
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. [redacted] promossa da:

[redacted] (C.F. [redacted], [redacted] (C.F. [redacted], [redacted] (C.F. [redacted] tutti rappresentati e difesi dall'avv. Gabriele Chiarini ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in Via Della Rocchetta n. 2 di 61029 Urbino (PU)

Attori

Contro

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA OO.RR. [redacted] DI [redacted] in persona del Direttore Generale p.t., rappresentata, e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dall'Avv. [redacted] e dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliate presso l'Ufficio Avvocatura - Funzione Affari Legali - dell'Azienda Ospedaliera [redacted]

E

[redacted] (c.f. [redacted] e [redacted] (c.f. [redacted]) rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] entrambi elettivamente [redacted]

NONCHE'

[redacted] (c.f. [redacted] rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted]

Convenuti

[redacted] C.F. [redacted] in persona del Presidente del Consiglio di amministrazione legale rappresentante pro tempore dott. [redacted]

TERZA CHIAMATA

CONCLUSIONI: Le parti hanno concluso come da verbale dell'udienza del [redacted]

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

[redacted] e [redacted] con atto di citazione regolarmente notificato, convenivano in giudizio Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] e [redacted] al fine di ottenerne la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente patiti e patendi in relazione al decesso del de cuius [redacted] padre e marito degli attori; decesso ricondotto a negligenza, imprudenza ed imperizia della parte convenuta.

In particolare, gli attori evidenziavano che:

- [redacted] era un uomo di soli [redacted] senza comorbilità di rilievo, con una RCU anamnestica per la quale era stato sottoposto ad intervento di proctocolectomia totale nel [redacted] il quale si recava presso il Pronto Soccorso dell'AOU [redacted] (d'ora in avanti AOU) alle ore [redacted] dell [redacted] e presentava i seguenti parametri: FC=109, PA 110/70, T=38°C;
- il paziente firmava la dimissione alle [redacted] contro il parere dei sanitari (che avevano proposto il ricovero) e veniva dimesso con diagnosi "*idrope della colecisti, dilatazione calico pielica bilaterale, intervento pregresso di dilataz colon e retto*";
- il paziente si ripresentava presso il medesimo Pronto Soccorso dopo due giorni, il [redacted] a causa di "*febbre e vomito, pz con idrope della colecisti, già in trattamento antibiotico, visitato presso il nostro ps il giorno* [redacted] *rifiuta ricovero, rientra per persistere della sintomatologia*":
- il paziente restava quindi ricoverato pressa la Struttura Complessa di Chirurgia Generale e d'Urgenza dal [redacted] al [redacted]
- all'ingresso in Reparto, l'EO evidenziava addome poco trattabile alla palpazione profonda con Murphy positivo;
- il [redacted] il paziente presentava 1000 ml di diuresi e addome trattabile ed iniziava trattamento con Spasmex, che proseguiva fino al [redacted] e veniva eseguito ulteriore studio RX torace, con riscontro di ispessimento pleurico pleuro-basale destro e addensamento parenchimale omolaterale postero mediale del lobo inferiore nonché a sinistra piccolo addensamento del seno costo-pleurico posteriore;

- il [redacted] presentava iperpiressia (38,4°C) e praticava emocolture ed urinocoltura ed eseguiva consulenza infettivologica che evidenziava addensamento bronco-pneumonico destro e idrope della colecisti, leucocitosi;
- il [redacted] presentava ancora 38.1°C e veniva richiesta TAC addome, senza mdc e consulenza chirurgica. Il chirurgo (dott. [redacted] rilevava colorazione gialla sclerale, descriveva un addome trattabile, Murphy negativo e colecisti palpabile a due dita trasverse dall'arco costale; consigliava di proseguire la terapia in atto, dieta leggera e colangio-RM, a sua opinione anche dopo la dimissione;
- il successivo referto anatomo patologico descrisse "*colecisti di cm 12 contenente bile con diffuso ispessimento delle pareti. Diagnosi: colecistite cronica riacutizzata con aree di ulcerazione della mucosa e fenomeni di vasculite nella parete. Diffuso edema e fibrosi della parete con periviscerite"*;
- il [redacted] non presentava febbre; FC=100'; il [redacted] veniva richiesta la TAC addome consigliata due giorni prima dall'infettivologo e alle [redacted] dopo esecuzione della TAC veniva posta indicazione chirurgica urgente ed il paziente veniva portato al tavolo operatorio, per essere sottoposto all'intervento chirurgico;
- facevano parte dell'equipe chirurgica il dott. [redacted] (in qualità di primo operatore) e la dott.ssa [redacted]
- seguiva il ricovero in "Chirurgia d'Urgenza" ed il [redacted] e il [redacted] il decorso postoperatorio appariva regolare;
- veniva dimesso, con diagnosi di "*empiema della colecisti con peritonite e litiasi della VBP*" e consiglio di controllo chirurgico dopo 8 gg con ecografia dell'addome;
- il [redacted] alle ore [redacted] il paziente veniva trasportato da un'autoambulanza del 118 e giungeva al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero [redacted] per "*dolore addominale"* ed eseguivano esami di laboratorio ed una TC addome e torace, senza mezzo di contrasto che evidenziava: "…*fegato di volume normale, dilatate le vie biliari intra epatiche, presenta di stent in v.b.p.; formazione di circa 9 U.H. di 94 mm x 77 mm nel letto colecistico, in contiguità con tale formazione e anche della piccola ala, si segnala disomogena formazione di circa 19 U.H.* …" ;
- dopo un fugace ricovero presso la locale U.O. di Chirurgica Generale (dalle [redacted], veniva trasferito presso l'ospedale [redacted] di [redacted] con diagnosi *"ascesso subfrenico post operatorio, versamento pleurico bilaterale";*
- al Pronto Soccorso del [redacted] segnalavano da circa 48h vomito biliare e febbre, tuttavia mancando il referto della TC eseguita presso l'ospedale [redacted] ripetevano TC toraco/addome, senza e con mezzo di contrasto al torace e segnalavano "*aree fibro-consolidative di entrambi i lobi inferiori.*

Assenza di ulteriori alterazioni focali del restante parenchima polmonare e del rivestimento pleurico … OMISSIS … *Assenza di versamento pleurico*";

- veniva contattato il radiologo per drenaggio percutaneo della raccolta stessa ed il [redacted] dopo consulenza anestesiologica che stratificava il rischio anestesiologico ad ASA IV, veniva posizionato drenaggio percutaneo nella raccolta, con drenaggio di 200 ml di materiale a componente biliare e purulenta;
- il [redacted] il drenaggio appare silente; la condizioni sono stazionarie e l'addome viene descritto come globoso, meteorico, non dolente, viene richiesta eco addome di controllo ed il [redacted] l'addome veniva descritto ancora meteorico; rimuoveva SNG e posiziona sonda rettale pertanto si eseguiva emotrasfusione;
- il [redacted] le condizioni risultavano scadute, il drenaggio era vuoto e veniva eseguito un lavaggio e trasfondeva altre 2 sacche di EC e veniva richiesto controllo del radiologo vascolare;
- il decorso rimaneva poi pressoché stazionario, ma con episodi febbrili e stato del sensorio obnubilato e soporoso e condizioni generali scadute, fino al [redacted] allorché veniva trasferito in Chirurgia d'Urgenza per sospetta occlusione intestinale;
- il [redacted] presentava ancora iperpiressia, con puntata massima di 38,3°C alle 16, e numerosi episodi di melena (5 episodi dalle ore 18 del [redacted] alle ore 10 del [redacted]; tachicardico (FC=121); e doveva trasfondere 4 sacche di EC;
- il paziente da questo momento in poi, rimaneva tendenzialmente febbrile e sempre tachicardico, quali segni di sepsi, con successivo impegno multiorgano (MOF) e infine shock settico ed exitus (in data [redacted];

Tanto premesso gli attori chiedevano nel presente giudizio, di accertare la responsabilità dei convenuti A.O.U. [redacted] e [redacted] per il decesso di [redacted] e per l'effetto condannarli, tra loro in solido, al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, iure proprio e iure hereditatis, anche per violazione del consenso informato e per il danno da perdita del reddito del congiunto, senza alcuna esclusione; in via subordinata, riconoscersi il danno da perdita di chances di sopravvivenza del medesimo, 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, con la rifusione delle spese di mediazione, nonché delle eventuali spese di C.T.U. e di C.T.P., da distrarsi in favore del difensore antistatario.

In data [redacted] si costituiva l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] la quale chiedeva di rigettare la domanda, in quanto infondata in fatto ed in diritto. Con vittoria di spese ed onorari di giudizio.

In data [redacted] si costituiva [redacted] il quale chiedeva in via del tutto preliminare, dichiararsi l'incompetenza territoriale del foro adito nonché di autorizzarsi la chiamata dalla [redacted] Nel merito, il medico chiedeva di rigettare la domanda siccome infondata, inaccoglibile e non provata; in via ulteriormente subordinata, il convenuto chiedeva altresì, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda, ritenere che la compagnia [redacted] in forza della polizza n. [redacted] denominato "polizza responsabilità civile del medico", è tenuta a manlevare l'odierno convenuto Dott. [redacted] da qualsiasi rischio e/o conseguenza. Il tutto con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa e diretta attribuzione al difensore antistatario.

In data [redacted] si costituivano altresì [redacted] e [redacted] i quali reiteravano le richieste di [redacted] con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa e diretta attribuzione al difensore antistatario.

Infine, in data [redacted] si costituiva la compagnia [redacted] la quale chiedeva quanto segue:

- in via principale, rigettare l'azione risarcitoria in quanto infondata;
- in via principale alternativa, rigettare la domanda di Garanzia in quanto infondata per la non operatività della copertura assicurativa prestata da [redacted] perché quello relativo ad essa Azione Risarcitoria è un rischio estraneo all'"Oggetto dell'assicurazione"
- in via principale ancora alternativa, rigettare la domanda di garanzia in quanto infondata per la prescrizione ex art. 2952 c.c. del diritto di garanzia assicurativa;
- in via subordinata, rigettare la domanda di garanzia in quanto infondata ai sensi degli artt. 1914, 1° comma, e 1915, 1° comma, c.c.;
- in via estremamente subordinata, accertare i danni effettivamente subiti dagli attori in dipendenza causale diretta e immediata con la condotta illecita dell'Assicurato e con riferimento alla domanda di garanzia proposta dal dott. [redacted] verso [redacted] accertare essere la Compagnia tenuta ad indennizzare l'Assicurato nei seguenti limiti:

1) operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza a secondo rischio, oltre il massimale assicurato dall'altra polizza;
2) per la sola quota di responsabilità personale e diretta dell'Assicurato, con esclusione di ogni responsabilità derivantegli in via solidale (quota di responsabilità personale e diretta dell'Assicurato da accertare e quantificare nella misura massima del 5% dei danni risarcibili);
3) in via specificamente subordinata al rigetto della domanda di garanzia per avere l'Ill.mo Giudice ritenuto che l'inadempimento dell'Assicurato all'obbligo di salvataggio non sia da imputare a dolo,

bensì a colpa, con riduzione dell'indennizzo ex art. 1915, 2° comma, c.c. in misura non inferiore al 50%;

4) con ripartizione proporzionale dell'indennizzo ex art. 1910 c.c. tra la Polizza di [redacted] e la Polizza Successiva e/o la Polizza [redacted]
5) fino a concorrenza del massimale assicurato di € 5.000.000,00.

Il tutto con condanna al pagamento delle spese del presente giudizio, oltre a rimborso spese generali (15%), C.P.A. ed I.V.A., come per legge.

Il giudice all'udienza del [redacted] nominava il collegio peritale composto dai dott.ri [redacted] e [redacted] i quali depositavano il loro elaborato in data [redacted]

All'udienza del [redacted] la causa veniva assegnata a sentenza.

MOTIVI DELLA DECISIONE

In relazione all'eccezione di incompetenza territoriale quale sollevata dai medici e dalla compagnia, sul punto si rinvia a quanto statuito nel verbale del [redacted]

Proseguendo nel merito, la decisione richiede il preventivo inquadramento della natura e dei presupposti della responsabilità medica rispetto alle fattispecie anteriori alla legge n. 24/2017. Infatti, come chiarito dalla Suprema Corte (Cfr. per tutte Cass. 28994/2019), l'applicazione della disciplina di cui alla legge Gelli va confinata alle fattispecie sorte dopo la relativa entrata in vigore. Depongono in tal senso il principio generale di irretroattività della legge (art. 11 disp. prel. cod. civ.), nonché l'esigenza di tutelare l'affidamento ingenerato nei consociati relativamente agli elementi costitutivi della fattispecie, incisi da interventi legislativi ad essa posteriori. La legge n. 24/2017, com'è noto, ha innovato la qualificazione della responsabilità del personale operante nel quadro di una struttura sanitaria, con importanti ricadute in materia di prescrizione e ripartizione degli oneri probatori in punto di responsabilità del sanitario. Ma nel caso in esame, come innanzi osservato la disciplina più favorevole al sanitario non può trovare applicazione dovendo essere richiamati in questa sede i principi espressi in sede di legittimità prima dell'entrata in vigore della disciplina de qua. Per l'effetto, la eccezione di prescrizione pur sollevata dal sanitario deve essere rigettata non essendo decorso alla notifica dell'atto introduttivo.

Ebbene, prima del menzionato intervento legislativo, la giurisprudenza di legittimità riconduceva la responsabilità professionale medica al genus di quella contrattuale, sia per l'ente sanitario, sia per i professionisti inseriti nella relativa organizzazione o, a maggior ragione, operanti privatamente.

Infatti, un primo indirizzo inquadrava l'accettazione del paziente presso un ente sanitario quale conclusione di un contratto di prestazione d'opera, al quale restavano estranei i sanitari che effettuassero la prestazione, i quali, pertanto, potevano essere chiamati a rispondere solo a titolo extracontrattuale (cfr. Cass. 1716/1979). Un secondo orientamento argomentava invece l'estensione al professionista, operante nell'ente sanitario, della responsabilità contrattuale facente capo alla struttura per il caso di inadempimento

della prestazione, sulla base del rapporto di immedesimazione organica e del dettato dell'art. 28, cost. (cfr. Cass. 2144/1988). In tempi più recenti, emerse un filone interpretativo incentrato sugli obblighi di protezione scaturiti dal contatto con il paziente, relativi alla salvaguardia degli interessi emergenti in occasione della prestazione sanitaria. A partire da tali obblighi di protezione, si argomentava la sussistenza di un rapporto contrattuale di fatto, con conseguente attivazione dei presidi di tutela corrispondenti (cfr. Cass. 589/1999). Proprio tale tesi, fondata sulla figura del "contatto sociale", risultò prevalente, con la conseguenza di modulare sia la prescrizione, sia gli oneri probatori gravanti sul danneggiato, secondo il modello della responsabilità contrattuale (cfr. Cass. 1547/2004, Cass. 9085/2006, Cass. 4792/2013). Ancora, ne fu conseguenza l'adozione, quanto alla diligenza e al grado della colpa, dei principi in materia di obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale (Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv.). Per l'effetto al sanitario operante ante Gelli si applicava e si applica lo statuto della responsabilità contrattuale.

Sotto il profilo della responsabilità dell'ente sanitario, non si pongono particolari atteso che ove essa consegua ad una non diligente esecuzione della prestazione medica la natura contrattuale è stata stabilita da giurisprudenza risalente quanto monolitica (tra le prime pronunce in merito cfr. Cass. 1° marzo 1988, n. 2144, in Foro It., 1988, I, 2296, poi confermata da Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv; Cass. 4 marzo 2004, n. 4210; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133). In particolare, era principio già consolidato che l'ente sanitario avesse una responsabilità piena ed autonoma per i danni provocati dai propri dipendenti e più in generale di coloro che operano nella struttura; responsabilità imputabile all'azienda indipendentemente dall'accertamento in concreto della responsabilità individuale dei singoli agenti. Difatti, si è chiarito, in taluni arresti, che la responsabilità dell'ente gestore era di natura diretta per essere riferibile allo stesso, in virtù del principio di immedesimazione organica e della stipula di fatto di un contratto d'opera professionale col paziente, l'operato del medico ovvero del personale infermieristico inserito nell'organizzazione del servizio, che, eseguendo in modo non diligente la prestazione sanitaria, ha causato danni al privato che ha richiesto ed ottenuto la medesima prestazione (così in motivazione Cass., 22 gennaio 1999, n. 589, in Foro It., 1999, I, 3332; in senso diverso, per la configurazione di una responsabilità, sia pure contrattuale, avente però natura indiretta ex art. 1228 c.c.; cfr. Trib. Lucca., 18 gennaio 1992, in Foro It., 1993, I, 264, la quale, appunto, non concorda, così come alcuna dottrina, sulla ricostruzione del rapporto ente – paziente in termini di esecuzione di contratto d'opera professionale). Tale impostazione è stata poi recepita anche dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, le quali, con sentenza n. 577/2008, hanno ricondotto la responsabilità contrattuale in parola nell'ambito dell'inadempimento

dell'atipico "contratto di spedalità", e hanno ritenuto che la stessa potesse conseguire non solo dall'inadempimento delle obbligazioni poste direttamente a suo carico, ex art. 1218 c.c., ma anche dall'inadempimento delle prestazioni svolte dai sanitari operanti all'interno della sua struttura, in qualità di suoi ausiliari necessari, ex art. 1228 c.c. (sul punto v. anche Cass. n. 27286/2013; da ultimo cfr. Cassazione civile sez. III, 08/06/2023, n.16272).

L'orientamento in parola ha poi ricevuto l'avallo del legislatore, il quale ha espressamente stabilito, all'art. 7 c. 1 della c.d. legge Gelli, che "La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.". Inoltre, all'art. 7 c. 2, si prevede che la responsabilità contrattuale della struttura sussista anche con riferimento "alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina".

La qualificazione in termini contrattuali, sia del rapporto ente sanitario – paziente, che del rapporto medico – paziente, genera importanti ricadute in tema di onere probatorio.

In particolare, le conclusioni raggiunte sul punto da parte della giurisprudenza di legittimità derivano dall'applicazione conforme dei principi enunciati in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Con la richiamata pronunzia le Sezioni Unite hanno risolto un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici in tema di onere probatorio in materia contrattuale, che vedeva attestata la giurisprudenza su una distinzione basata sull'oggetto della domanda: si riteneva, cioè, che, nel caso in cui chiedesse l'esecuzione del contratto e l'adempimento delle relative obbligazioni, l'attore dovesse provare soltanto la fonte del rapporto dedotto in giudizio, ossia l'esistenza del negozio e quindi dell'obbligo che assumeva inadempiuto; mentre nel caso in cui avesse domandato la risoluzione del contratto ovvero il risarcimento del danno dovesse provare anche il fatto su cui la domanda era fondata, ossia l'inadempimento, spettando al convenuto di dare la prova della non imputabilità di esso (Cass., 9 gennaio 1997, n. 124; Cass., 24 settembre 1996, n. 8435).

Tale orientamento, tuttavia, è stato sottoposto a rigorosa critica, osservandosi come la distinzione fra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale implichi oneri probatori diversi circa l'individuazione dei fatti costitutivi della pretesa, rimanendo così irragionevole differenziare l'onere probatorio in funzione delle differenti domande che l'attore intendesse proporre in via contrattuale; e ciò anche perché il criterio della cd. vicinanza della prova, secondo cui l'onere della prova di un fatto deve essere posto a carico della parte cui esso si riferisce, impone di ritenere che l'inadempimento, che nasce e si consuma nella sfera di azione

del debitore, non possa essere provato dal creditore, dovendo, viceversa, essere il debitore a provare l'inimputabilità.

Sulla scorta di quanto innanzi il supremo giudice di nomofilachia ha statuito che 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.

Analogamente è stato disposto con riguardo all'inesatto adempimento, rilevandosi 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.

Applicando, allora, questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico ovvero della struttura sanitaria deve ritenersi che il paziente, che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario e/o della struttura, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Più precisamente, consistendo l'obbligazione professionale in un'obbligazione di mezzi, il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto della prestazione sanitaria, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la citata prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (così anche Cass. 4210/04, rel. Segreto, secondo cui la prova della mancanza di colpa deve essere fornita dal debitore della prestazione, per cui dell'incertezza sulla stessa se ne deve giovare il creditore; si tratta, come detto, del principio di vicinanza della prova, inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla e non vi è dubbio che la prova sia vicina a chi ha eseguito la prestazione; così da ultimo Cass., 11 novembre 2005, n. 22894, secondo cui, appunto: in tema di responsabilità civile nell'attività medico chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e/o il contatto e allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato -sia esso il sanitario o la struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile).

A tale quadro ermeneutico deve aggiungersi la sentenza delle Sezioni Unite (11 gennaio 2008, n. 576, Presidente: Carbone, Estensore: Segreto) in tema di nesso causale, che accoglie, quanto alla configurabilità

di quest'ultimo in sede civile, la regola probatoria del "piu` probabile che non", espressamente adottata dalla pronuncia di cui a Cass. 16 ottobre 2007, n. 21619, accantonando definitivamente il criterio dell"oltre il ragionevole dubbio" di cui alla sentenza Franzese delle Sezioni Unite penali.

In effetti, la Cassazione, nella sua più alta composizione, reputa che il danno rilevi sotto due profili diversi: come evento lesivo e come insieme di conseguenze risarcibili, il primo dato va valutato alla stregua del criterio della causalità materiale, mentre il secondo è da vagliarsi secondo il criterio della causalità giuridica.

Orbene, per la teoria della regolarità causale, ciascuno è responsabile soltanto delle conseguenze della sua condotta (attiva o omissiva) che appaiano sufficientemente prevedibili al momento in cui ha agito, escludendosi in tal modo la responsabilità per le conseguenze assolutamente atipiche o imprevedibili.

E tale valutazione della prevedibilità obbiettiva deve compiersi ex ante, e va compiuta in astratto e non in concreto: non in base alla conoscenza dell'uomo medio, ma alle migliori conoscenze scientifiche del momento (poiché "non si tratta di accertare l'elemento soggettivo, ma il nesso causale"), sicché ciò che rileva non è che l'evento sia prevedibile da parte dell'agente, ma (per così dire) da parte delle regole statistiche e/o scientifiche, dalla quale prevedibilità discende da parte delle stesse un giudizio di non improbabilità dell'evento (cfr amplius Cassazione civile , sez. III , 22/08/2024 , n. 23028 per cui : la condotta colposa del medico deve essere verificata ex ante , ossia sulla base di un giudizio prognostico che porta a valutare l'adeguatezza delle condotte (omissive) concretamente tenute, rispetto all'evoluzione della patologia del paziente, senza che sia necessario accertare quale specifica condotta avrebbe evitato l'evento).

Le profonde differenze morfologiche e funzionali tra accertamento dell'illecito civile e accertamento di quello penale si ripercuotono, dunque, sul diverso regime probatorio, che attiene alla fase giudiziale successiva la verificarsi del fatto dannoso: muta sostanzialmente, tra il processo penale e quello civile, la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", nel secondo quella della preponderanza dell'evidenza, ossia del "più probabile che non".

Ora, Cass. n. 975 del 16 gennaio 2009 (Rv. 606129) (Presidente: Vittoria P. Estensore: Finocchiaro M.) ha confermato che in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario per effetto del contratto stipulato o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile; tuttavia, l'insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o, comunque, con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito

civilistico, consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non".

In tempi ancora più recenti il Giudice di legittimità sembra avere mutato nuovamente indirizzo in termini di maggiore garanzia della posizione dei sanitari e di contraltare di maggiore rigore probatorio in capo al paziente.

In particolare, le pronunzie più vicine in termini temporali hanno ribadito i principi enunciati dalle Sezioni Unite civili, ai punti 4.3 e 4.7 della parte motiva della sentenza 11 novembre 2008 n. 26973.

Più precisamente, le sezioni Unite citate hanno precisato che nell'ambito della causalità di contatto sociale, la parte lesa ha l'onere di dare la prova del rapporto sanitario, della esistenza di una prestazione sanitaria negligente e della lesione della salute, secondo un riparto di onere della prova che imputa alla parte asseritamente inadempiente la deduzione di cause giustificative di tale inadempimento, di guisa che il criterio della causalità non è quello proprio della imputazione penale secondo il criterio rigoroso della quasi certezza, ma è quello civilistico e probabilistico, già espresso dalle S.U. civili nella sentenza n. 5777 del 11 gennaio 2008.

Onere di offrire - in termini di allegazione puntuale – prova della esistenza di una prestazione sanitaria negligente ribadito anche da Cass. 26 marzo 2010 n. 7352 e da ultimo da Cass. 15 dicembre 2011 n. 27000 come a carico del paziente.

Inoltre, Cass. 27855/2013 ha chiarito come nelle cause di responsabilità professionale medica, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza, per così dire, vestita, astrattamente efficiente, cioè, alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno.

Più recentemente, i giudici di legittimità hanno chiarito come sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sè, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c., solleva infatti il paziente della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; è infatti onere dell'attore danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando che la condotta del sanitario è stata,

secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; (in tal senso, v. Cass. n. 18392/2017 e Cass. n. 26824/2017; v. anche Cass. n. 29853/2018), mentre è onere del debitore dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile, da intendersi nel senso oggettivo della sua inimputabilità all'agente (cfr. Cassazione civile sez. III, 27/02/2023, n.5808).

Infine, la giurisprudenza di legittimità ha definitivamente chiarito che, in tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità della struttura sanitaria ovvero quella contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (cfr. Cassazione civile , sez. III , 27/06/2024 , n. 17742 per la quale in materia di responsabilità sanitaria, l'onere della prova è circoscritto ai fatti conosciuti e conoscibili dalla parte, in base alle informazioni accessibili e alle conoscenze tecniche esigibili. Non è necessario specificare dettagli tecnici di responsabilità professionale noti solo agli esperti del settore, ma è sufficiente contestare l'aspetto colposo dell'attività medica secondo le conoscenze ordinarie del momento; conformi Cassazione civile sez. III, 29/03/2022, n.10050; Cass. n. 28991/2019; Cass. n. 26700/2018; Cass. n. 18392/2017; in sede di merito Corte appello, Napoli , sez. VVIII,20/11/2024, n. 4700 che ribadisce come ai fini della responsabilità, grava sull'attore l'onere di allegare e provare la relazione materiale tra la condotta medica e il danno subito, mentre incombe sul sanitario la dimostrazione del nesso eziologico con una causa esterna, imprevedibile e inevitabile. Se il nesso causale non è accertato, le conseguenze ricadono sul creditore della prestazione professionale; in tema cfr anche Cassazione civile , sez. III , 08/04/2024 , n. 9198)

Tanto premesso in diritto, può passarsi al concreto esame della fattispecie rimessa alla delibazione di questo Giudice.

A mente di quanto in epigrafe esposto, è da esaminare l'esito dell'istruttoria e, specificamente, le risultanze della relazione peritale a firma del Collegio composto dott. [redacted] (Specialista in chirurgia generale e toracica) e [redacted] (specialista in Medicina Legale); relazione che, per il carattere di completezza argomentativa e linearità logica, è tale da essere ritenuta attendibile negli esiti da questo Giudice.

In particolare, la perizia ha chiarito quanto segue:

- [redacted] da sempre in buona salute, di [redacted] all'epoca dei fatti, senza

comorbilità di rilievo, con una RCU anamnestica per la quale era stato sottoposto ad intervento di proctocolectomia totale nel [redacted] a causa della comparsa di un dolore addominale imprecisato, giungeva in data [redacted] presso il P.S. dell'A.O.U. [redacted]

- in merito al primo accesso è possibile affermare che non sono ravvisabili condotte censurabili, infatti, in tale circostanza il paziente nelle circa sei ore di osservazione, dalle [redacted] sino alle [redacted] veniva sottoposto agli opportuni accertamenti (RX diretta addome ed ecografia), a seguito dei quali venne posta diagnosi di idrope della colecisti (cfr. pg 13 ctu);
- il paziente decideva di farsi dimettere e pertanto si sottraeva volontariamente ad eventuali ulteriori indagini ed alle relative terapie del caso;
- il [redacted] il de cuius ritornava in P.S., ove poi si ricoverava, con vomito e febbre ed alterazione degli esami ematochimici con evidenza in particolare di leucocitosi (GB 19.96; V.N. 4.00 - 11.00) (cfr. pg 13 ctu);
- veniva pertanto intrapresa una adeguata e robusta terapia antibiotica specifica in tale situazione mediante Tazocin e Ciproxin, ma sino al [redacted] persisteva comunque iperpiressia (38 °C) ed i globuli bianchi risultavano in lieve decremento (soprattutto il [redacted] ;
- il chirurgo che visitava il de cuius il [redacted] oltre al riscontro della discesa dei globuli bianchi, riscontrava la negatività del segno di Murphy e ciò a testimonianza dell'assenza di dolore evocato alla palpazione dell'ipocondrio;
- tuttavia il reperto della TC addome del [redacted] evidenziava: "*Epatomegalia, colecisti idropica con versamento liquido pericolecistico*…" e dalla consulenza chirurgica del [redacted] si rilevava: "*Colorazione gialla sclerale*" e descriveva un addome trattabile, Murphy negativo e colecisti palpabile a due dita trasverse dall'arco costale e pertanto consigliava di proseguire la terapia in atto, dieta leggera e colangio-RM, a sua opinione anche dopo la dimissione in regime ambulatoriale (cfr. pg 13 ctu);
- il [redacted] il de cuius presentava iperpiressia, 38.6 °C, e l'addome veniva riferito trattabile e veniva richiesta quindi una rivalutazione infettivologica e lo specialista evidenziava pneumopatia acuta e colecistite acuta, avanzando quindi il sospetto di empiema e consigliava di richiedere una TAC addome con mezzo di contrasto;
- il [redacted] in cartella clinica il paziente era descritto stabile e con TC 37.3 °C e veniva quindi richiesta una TC dell'addome con mdc, di cui però non si rinviene in cartella clinica la relazione radiologica e di seguito il paziente veniva operato con urgenza;
- in tale fase è possibile ravvisare dei profili di censura, in quanto il paziente risulta seguito in maniera non idonea, infatti, seppur è generalmente opportuno cercare ridurre la flogosi colecistica al fine di arrivare al tavolo operatorio in una condizione di minore infiammazione, nel caso concreto però

dal [redacted] sino al [redacted] si è atteso troppo, vale a dire non si è tenuto conto della mancata regressione della flogosi, stante il perdurare dello stato settico, giustificato dalla febbre continua con puntate anche superiori ai 38 °C, nonché dell'incremento del versamento pericolecistico e dei GB che solo parzialmente rientravano nei limiti della norma e soprattutto con lentezza (cfr pg 14 ctu);

- in merito all'intervento chirurgico del [redacted] la sua descrizione, nell'ambito del registro operatorio, è così striminzita che impedisce di interpretare cosa è stato effettivamente eseguito e non si riesce quindi a comprendere come e cosa sia successo nel realizzarsi il leek biliare;
- pertanto, considerato che nell'ambito in cui si verte l'onus probandi è a carico della struttura sanitaria, deve considerarsi censurabile anche la gestione dell'atto operatorio, in quanto non è possibile dimostrare che furono messi in atto tutti i mezzi a propria disposizione al fine di prevenire il realizzarsi di quanto poi accaduto (cfr. pg 14 ctu);
- altro punto meritevole di disamina è rappresentato dalla precoce dimissione del paziente dopo l'ERCP, di cui agli atti mancano le immagini e dall'iniziale drenaggio ecoguidato della raccolta in loggia colecistica, infatti, nonostante ben due ecografie di controllo post drenaggio sottoepatico evidenziassero la persistenza di una raccolta e soprattutto la febbre serotina il de cuius il [redacted] veniva dimesso (cfr. pg 15 ctu);
- le dimissioni hanno quindi contribuito a determinare il peggioramento del quadro clinico di [redacted] il quale, infatti, il [redacted] veniva condotto presso il P.S. del P.O. di [redacted] ove veniva posta diagnosi di ascesso subfrenico con l'innesco quindi di una catena causale che, considerato l'ormai compromesso stato generale in un paziente già diabetico, comportava tutte le sequele successive fino a giungere all'exitus del giorno [redacted]
- in definitiva si ritiene sussistente il nesso di causa tra le censurabili condotte professionale precedentemente evidenziate ed il decesso del sig. [redacted] (cfr. Pg. 15 ctu);

In conclusione, in base alla perizia di ufficio - che per il carattere completo ed esaustivo e per la sua chiarezza argomentativa è fatta propria da questo Giudice - si riscontrano condotte colpose di danno da addebitare ai dottori [redacted] e [redacted] nonché alla struttura Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] Inoltre, del tutto esaustiva è la relazione peritale anche con riguardo alla risposta alle controdeduzioni formulate; ad esse, pertanto, integralmente si rinvia (cfr. pg. 16 e ss CTU).

Ciò posto, lette le conclusioni peritali ed osservato che la incompletezza della cartella clinica che non consente in questa sede di accertare la effettiva dinamica ed il nesso tra la condotta ed il danno ricade sulla struttura (cfr. Cass. n.1538/2010, Cass. n.10060/2010, conforme già in precedenza Cass.11316/2003 e quindi Cass. n.12686/2011, Cass. n.12218/2015) si ritiene sussistente la responsabilità da malpractice.

Ciò posto, in punto di titolarità, l'onere di dimostrare il rapporto di parentela deve ritenersi adeguatamente assolto mediante la produzione degli atti dello stato civile (cfr. certificato di stato di famiglia all. atto di cit.), dai quali è possibile desumere in modo coerente l'esistenza del rapporto di parentela con il *de cuius* (cfr., da ultimo, Cass., Sez. II, n. 22730 dell'11.08.2021).

Tutto quanto innanzi posto, l'azione esperita è volta a ristorare il familiare dal pregiudizio subito sotto il duplice profilo morale, consistente nella sofferenza psichica che questi è costretto a sopportare a causa dell'impossibilità di proseguire il proprio rapporto di comunanza familiare, e dinamico-relazionale, quale sconvolgimento di vita destinato ad accompagnare l'intera esistenza del soggetto che l'ha subita (Cass. civ. sez. III n. 28989 dell'11 novembre 2019). Quanto alla prova del danno, non v'è dubbio che, in linea generale, spetti alla vittima dell'illecito altrui dimostrare i fatti costitutivi della propria pretesa e, dunque, l'esistenza del pregiudizio subito: onere di allegazione che in alcuni casi potrà essere soddisfatto anche ricorrendo a presunzioni semplici e massime di comune esperienza. La Giurisprudenza di legittimità ha specificato in merito che la facoltà di provare per presunzioni non esonera chi lamenta un danno e ne chiede il risarcimento da darne concreta allegazione e prova", in tema di perdita del rapporto parentale, il danno non deve essere considerato in re ipsa; bensì deve essere compiutamente descritto nonché allegato, provato e documentato facendo ricorso alla prova testimoniale, documentale e presuntiva (cfr Cass. 21230/2016 Cass. n. 21939/2017, Cass. n. 21939/17, Cass. n. 12470 del 2017 e Cass. n. 907/2018 Cass 21230/2016n. 21939/2017, Cass. n. 21939/17, Cass. n. 12470 del 2017 e Cass. n. 907/2018.).

Quanto invece ai i più recenti orientamenti giurisprudenziali di legittimità (cfr. da ultimo Cassazione civile sez. III, 16/02/2023, n.4998) hanno chiarito come a) il "danno biologico terminale" è un pregiudizio alla salute, da invalidità temporanea sebbene massimo nella sua entità ed intensità, da accertarsi con criteri medico-legali e da liquidarsi comunque, avuto riguardo alla specificità del caso concreto, se tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo; b) il "danno catastrofale" (o anche detto: "danno morale terminale", "danno da lucida agonia"), consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando, ai fini della liquidazione in via equitativa in base alle specificità del caso concreto, soltanto l'intensità della sofferenza medesima. Tuttavia, sul punto, la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che il danno terminale non richiede necessariamente la prova di una componente morale soggettiva, consistente nella consapevolezza della morte imminente. In particolare, la Corte di Cassazione, con la recente pronuncia Cass. civ. n. 6981/2025, ha ribadito che il danno biologico terminale consiste nella lesione dell'integrità psico-fisica patita dalla vittima nel periodo di sopravvivenza successivo all'evento lesivo, anche se di durata limitata, e può essere riconosciuto a prescindere dall'accertamento di uno stato di lucida percezione dell'imminenza della morte. Ne consegue che, qualora la vittima abbia conservato per un

apprezzabile lasso temporale la vita biologica, pur in presenza di un progressivo aggravamento delle condizioni cliniche, il danno alla salute subito in tale fase deve essere autonomamente valutato e risarcito, indipendentemente dalla dimostrazione di una specifica sofferenza morale connessa alla consapevolezza dell'esito letale.

Ebbene, in base ai rilievi peritali ed alle risultanze delle cartelle cliniche presenti in atti, si ritiene cagionato al de cuius un danno terminale nonostante l'assenza dello stato di coscienza durante il periodo di riferimento (ultimo mese di vita); infatti, dalla documentazione si evince:

- *nell'ultimo mese compariva uno stato anemico e piastrinopenico, con riscontro di GB > 40000/mmc, con elevati indici flogistici. In data* [redacted] *nonostante le cure rianimatorie, il de cuius decedeva per MOF e severo stato settico (cfr. pg 12 ctu);*

Dalla cartella clinica non risulta indicazione, nel periodo esaminato dal [redacted] (comparsa dello stato anemico) e l[redacted] (giorno del decesso), circa la lucidità del paziente.

Ciò posto, si riconoscono 30 giorni di danno terminale senza la componente morale (cfr 6981/2025). Pertanto, il risarcimento è pari ad € 5.175,00 (calcolati sulla base del valore della ITT di € 115,00 per 30 giorni), somma aumentata del 50% a titolo di personalizzazione vista la dimensione tragicamente irreversibile del danno.

In ordine alla domanda *iure proprio* per il risarcimento della perdita del rapporto parentale, spiegata dal marito e dalle figlie del *de cuius,* essa è fondata e deve essere accolta con i limiti di seguito indicati in applicazione delle indicazioni delle Tabelle del 2024 quali elaborate dal Tribunale di Milano, precisando quanto segue.

In relazione al parametro della convivenza vi è prova della convivenza degli istanti con il de cuius; per l'effetto si attribuiscono 16 punti (cfr. certificato di stato di famiglia con indicazione della residenza e pg. 37 atto introduttivo).

In relazione al parametro della residualità affettiva: dalla documentazione prodotte residuano due membri superstiti oltre il richiedente nel nucleo familiare; per l'effetto si attribuiscono 12 punti (cfr. certificati all. atto di citazione indicante la presenza dei tre attori nel nucleo familiare originario del de cuius).

In relazione al criterio valutativo della "qualità ed intensità della relazione affettiva": (- punto E delle tabelle milanesi e per il quale è prevista la attribuibilità di un massimo di 30 punti); ciò posto 2) le istanze istruttorie formulate avevano tutte carattere generico (cfr. ex multis Cass., Sez. 1 - , Sentenza n. 1874 del 23/01/2019) e valutativo (cfr. da ultimo Cassazione civile sez. I, 11/12/2023, n. 34455; principio già affermato da Cass. 9.5.1996, n. 4370, da Cass., Sez. 3, Sentenza n. 9526 del 22/04/2009 e da Cass., Sez. 3, Sentenza n. 13693 del 31/07/2012), sicché le stesse erano inammissibili.

3) la foto depositate non sono databili e, comunque, sono idonee soltanto a provare la presenza di sporadici contatti, per lo più in occasioni di ricorrenze (ad es., compleanni), non risultando, invece, dimostrative della sussistenza di un profondo, continuo e pregnante legame parentale esse peraltro non consentono di identificare i soggetti ivi ritratti. Non può dunque attribuirsi ulteriore punteggio a tale titolo.

In base agli elementi valutativi innanzi esplicitati ed in applicazione dei richiamati criteri tabellari, si attribuiscono:

- per [redacted] (C.F. [redacted] sono configurabili 62 punti di cui: 16 per l'età della vittima primaria [redacted], 18 punti per l'età dell'istante vittima secondaria [redacted]; 16 per la convivenza; 12 per la presenza di tre superstiti del nucleo familiare originario; 0 per la qualità ed intensità della relazione affettiva, considerato il valore punto (€ 3911,00), il risarcimento spettante è pari ad € 242,482,00.
- per [redacted] (C.F. [redacted] sono configurabili 66 punti di cui: 16 per l'età della vittima primaria [redacted], 22 punti per l'età dell'istante vittima secondaria [redacted]; 16 per la convivenza; 12 per la presenza di due superstiti del nucleo familiare originario; 0 per la qualità ed intensità della relazione affettiva, considerato il valore punto (€ 3911,00), il risarcimento spettante è pari ad € 258.126,00;
- per [redacted] (C.F. [redacted] sono configurabili 68 punti di cui: 16 per l'età della vittima primaria [redacted], 24 punti per l'età dell'istante vittima secondaria [redacted]; 16 per la convivenza; 12 per la presenza di tre superstiti del nucleo familiare originario; 5 per la qualità ed intensità della relazione affettiva, considerato il valore punto (€ 3911,00), il risarcimento spettante è pari ad € 265.948,00;

Quanto, invece, alla ripartizione della responsabilità tra [redacted] e l'Azienda Ospedaliera OO.RR- [redacted] di [redacted] nel caso di specie, va chiarito che si configura una responsabilità solidale tra gli stessi ex art. 2055 c.c. trattandosi di un danno unico ed eziologicamente ricollegabile a più persone, anche se non scaturito da una condotta comune o previamente concordata tra i danneggianti (cfr. da ultimo Cassazione civile sez. III, 15/10/2024, n. 26736). Peraltro, è principio consolidato quello secondo il quale l'art. 2055 c.c. detta una norma sulla causalità materiale - integrata alla luce dei principi di cui all'art. 41 c.p. - per la cui applicazione è sufficiente l'accertamento circa la riconducibilità causale del medesimo fatto dannoso ad una pluralità di condotte. In particolare, la configurabilità di una forma di responsabilità solidale nel caso in cui più condotte abbiano concorso alla produzione del medesimo evento di danno rinviene la propria ratio nell'esigenza di tutelare la posizione del danneggiato, che potrà avanzare richiesta di risarcimento dell'intero danno patito a ciascuno dei condebitori solidali. La ratio sottesa alla disposizione in esame consente quindi di affermare come, ai fini della sua applicazione, sia sufficiente accertare il nesso di causalità materiale tra la pluralità di condotte colpose e

l'unico fatto dannoso; irrilevante risulta, viceversa, che l'evento di danno sia stato determinato da condotte illecite sulla base di un differente titolo (contrattuale e/o extracontrattuale) ovvero da condotte distinte e autonome sul piano fattuale (cfr. Cassazione civile sez. III, 06/09/2023, n.25970). In particolare, proprio l'art 2055 c.c. , quale letto alla luce della consolidata giurisprudenza di legittimità, in tema di responsabilità per malpractice medica statuisce che la responsabilità del danno cagionato al paziente si ripartisce tra la struttura ed il medico di cui la struttura stessa si avvale in ossequio agli articoli 1298 comma 2 e 2055 comma 3 c.c.; per l'effetto la struttura sanitaria deve assumere su di sé il rischio d'impresa e non può esercitare il regresso oltre il 50% dell'importo versato. E tanto vale a meno che l'ente dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, imprevedibile ed improbabile devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute; ipotesi non ricorrente nel caso in esame (cfr amplius Cassazione civile sez. III, 7/11/2024, n. 28642 e perizia di ufficio). Del pari, la manleva integrale a carico della struttura come richiasta dai sanitari [redacted] e [redacted] non è configurabile.

Le somme dovute sono, pertanto, nei rapporti interni distribuite per il 50% a carico dell'ente e per la residua quota a carico dei sanitari in solido e nei rapporti ulteriormente interni tra i medici in quote uguali tra loro (16,66% ciascuno).

In ordine alle ulteriori domande risarcitorie proposte dagli attori si osserva quanto segue.

In merito al danno da lesione del diritto di autodeterminazione si osserva che nel caso di specie, dalla consulenza tecnica d'ufficio non si evince alcuna criticità legata al consenso informato (cfr. pg 20 CTU). Per l'effetto, ne deriva il rigetto della domanda di risarcimento di tale voce di danno.

In ordine al danno da perdita del reddito del congiunto quale richiesto dalla moglie in virtù del reddito percepito dal de cuius (in tesi [redacted] Euro annui) rispetto ad ella (circa [redacted] Euro annui) e che inoltre una quota non inferiore ai 2/3 di detto reddito veniva abitualmente destinato alle esigenze familiari si osserva quanto segue. Non ignora la scrivente che la perdita del reddito che il congiunto deceduto apportava stabilmente al nucleo familiare costituisce una voce autonoma di danno patrimoniale risarcibile, ai sensi degli artt. 2043 e 1223 c.c. Tale danno non si configura tuttavia come conseguenza automatica del decesso, ma deve essere dimostrato, anche in via presuntiva, sulla base della prova della percezione del reddito, dell'effettivo contributo economico che il defunto forniva alla famiglia e della verosimile durata futura di tale contribuzione (cfr. Cass. *Sez.* 3, *Sentenza n.* 29830 *del* 20/11/2018)

In particolare, esso deriva al congiunto dalla perdita della fonte di reddito collegata all'attività lavorativa della vittima ed assume natura di danno emergente con riguardo al periodo intercorrente tra la data del decesso e quella della liquidazione giudiziale mentre si configura come danno futuro e, dunque, come lucro cessante, con riguardo al periodo successivo alla liquidazione medesima. Orbene, ai fini della liquidazione, il giudice del merito può utilizzare il criterio di capitalizzazione in ordine al danno successivo alla decisione, avuto riguardo al presumibile periodo di protrazione della capacità della vittima di produrre il reddito di cui

trattasi, mentre, con riguardo al pregiudizio verificatosi sino al momento della decisione, deve operarsi il cumulo di rivalutazione ed interessi compensativi (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 10321 del 30/04/2018)

Tuttavia, il risarcimento de quo richiede la prova dell'effettivo contributo economico che il defunto forniva stabilmente al nucleo familiare e della verosimile continuità di tale apporto nel tempo nonché della concreta perdita economica.

Ebbene, nel caso in esame, parte attrice non ha fornito adeguata dimostrazione né dell'entità del reddito percepito dal defunto né della misura in cui tale reddito veniva effettivamente destinato al mantenimento dei familiari.

infatti, le prove fornite dagli attori si limitano a quanto segue:

- dichiarazione 730 del [redacted] di entrambe i coniugi dal quale si evince reddito di [redacted] pari ad € [redacted] e della moglie pari ad € [redacted]
- dichiarazione 730 del [redacted] di entrambi i coniugi dal quale si evince reddito di [redacted] pari ad € [redacted] e della moglie pari ad € [redacted]
- dichiarazioni Persone fisiche [redacted] relativa al periodo di imposta del [redacted] del de cuius dal quale si evince un reddito complessivo di € [redacted] (cfr. all. 49 atto di citazione);

Da un lato lo spazio temporale coperto dalla documentazione fiscale è decisamente limitato (solo due anni precedenti e dell'anno dei fatti senza alcun documento relativo alle annualità successive) dall'altro è mancata la prova che il defunto contribuisse in modo stabile e significativo al bilancio familiare nonché che , né che la perdita del suo reddito abbia inciso in modo concreto sulla situazione economica degli attori. Infatti, la documentazione allegata appare carente e non idonea a dimostrare la reale perdita economica subita dopo la morte del de cuius; per fronteggiare tale limite allegatorio gli attori provavano a fornire dette prove mediante i capi della prova testimoniale (cfr. memorie Cartabia II termine capi 16-17-18 aventi ad oggetto lo [redacted]. Tuttavia, le istanze istruttorie formulate avevano carattere generico (cfr. ex multis Cass., Sez. 1 - , Sentenza n. 1874 del 23/01/2019) e valutativo (cfr. da ultimo Cassazione civile sez. I, 11/12/2023, n. 34455) e comunque non inerivano alla contribuzione del paziente deceduto al bilancio familiare ed alla eventuale quantificazione. Né è presente il contratto di lavoro del [redacted] da cui desumere la potenziale stabilità del reddito.

Chiarito ciò, tale voce di domanda risarcitoria deve essere rigettata.

In ordine al danno da perdita di chance di sopravvivenza, tale domanda risulta assorbita visto il riconoscimento pieno del nesso di causalità e la conseguente liquidazione dei danni già quantificati.

Per quanto concerne la domanda di riconoscimento delle spese di CTP sostenute si osserva che le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, hanno natura di allegazione difensiva tecnica e rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, a meno che il Giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92, comma 1, c.p.c. della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue

(cfr. Cass. Sez. 2, 03/01/2013, n. 84; Cass. Sez. 3, 20/02/2015, n. 3380). Inoltre, la Corte ha ritenuto sufficiente la produzione della notula del CTP per giustificare il rimborso, salvo il controllo sull'eccessività (Cass. n. 26729 del 15 ottobre 2024). Tuttavia, in questa sede l'attrice pur proponendo domanda di rimborso di dette somma, non fornisce allegazione di alcuna fattura o notula idonea a giustificarne la liquidazione; per l'effetto detta doglianza non può che essere rigettata.

In ordine alla richiesta di risarcimento del danno patrimoniale subito a causa delle spese funerarie sostenute si riconoscono € 4700,00 (cfr. documentazione spese funerarie all. alla memoria 171 ter 2 termine).

Sulle somme riconosciute decorrono interessi compensativi ad un tasso medio del 0.5 % annuo da calcolarsi dalla data del fatto [redacted] alla pronunzia della presente sentenza sulla somma dapprima originariamente devalutata alla data dell'illecito e poi incrementata anno per anno nominalmente fino all'importo liquidato in base ai coefficienti ISTAT.

Si osserva altresì che la disposizione di cui all'art. 1284, comma 4, c.c., individua il tasso legale degli interessi «in linea generale, per tutte le obbligazioni pecuniarie (salvo diverso accordo delle parti e salva diversa espressa previsione di legge), per il periodo successivo all'inizio del processo avente ad oggetto il relativo credito, fino al momento del pagamento. Depone nel senso indicato, in primo luogo, la sua stessa ratio. L'art. 1284, comma 4, c.c., è stato introdotto al fine di contenere gli effetti negativi della durata dei processi civili, riducendo il vantaggio, per il debitore convenuto in giudizio, derivante dalla lunga durata del processo, attraverso la previsione di un tasso di interesse più elevato di quello ordinario, dal momento della pendenza della lite: si tratta evidentemente di una disposizione (lato sensu "deflattiva" del contenzioso giudiziario), che ha lo scopo di scoraggiare l'inadempimento e rendere svantaggioso il ricorso ad inutile litigiosità, scopo che prescinde dalla natura dell'obbligazione dedotta in giudizio e che si pone in identici termini per le obbligazioni derivanti da rapporti contrattuali come per tutte le altre. Nel medesimo senso depongono, inoltre, sia la circostanza che si tratta di una disposizione inserita nell'art. 1284 c.c., intitolato «saggio degli interessi», cioè nell'articolo del codice civile che disciplina in linea generale, per tutte le obbligazioni, il tasso legale degli interessi, sia il rilievo che tale articolo non contiene alcuna espressa limitazione di applicabilità delle sue disposizioni a solo alcune categorie di obbligazioni» (cfr. Cass. ord. n. 61/2023; nello stesso senso v. anche Cass. n. 25308/2023).

Esaurita la disamina delle singole voci di danno risarcibile, occorre ora procedere all'analisi dei profili di validità ed efficacia operativa delle polizze assicurative quali coinvolte nel presente giudizio.

Ebbene, in primo luogo ed in relazione alla chiamata in causa della compagnia [redacted] si procede all'esame della polizza assicurativa n. [redacted] stipulata tra [redacted] e l'ente.

Dall'analisi della polizza si riscontra che:

- la copertura ha ad oggetto la responsabilità civile verso terzi (cfr. pagina 1 della polizza);
- ha validità temporale è dal [redacted] al [redacted] (cfr. doc 1 prodotto dalla compagnia);

- vi è ulteriore documento sottoscritto in data [redacted] che però non indica la durata del contratto, la compagnia non contesta la attualità della polizza al momento dei fatti;
- è stipulata con clausola claims made che prevede la copertura per le richieste di risarcimento pervenute alla società dall'assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della polizza e relativo a comportamenti colposi posti in essere anche prima della data di effetto della presente polizza (cfr. pg 6 polizza);
- il massimale è di € 5.000.000,00 per sinistro.
- La comunicazione sinistro non è evincibile dalla documentazione se non dalla data di notifica dell'atto di citazione in data [redacted] ben oltre la vigenza della polizza quale desumibile ex actis e ben oltre il termine di prescrizione dei diritti assicurativi (cfr verbale udienza preliminare del [redacted] .

Per l'effetto la polizza non può ritenersi operativa.

Esaurito il vaglio delle domande risarcitorie e di garanzia, occorre liquidare le spese di lite.

In ordine alle spese di lite a carico dei convenuti, esse vanno liquidate in favore dell'avvocato di parte attrice, dichiaratosi antistatario; ciò in applicazione della II tabella, VI fascia del decreto ministeriale n. 55/2014 come modificato dal DM. 147/2022 calcolato sul valore della domanda più elevata e con aumento del 30% poiché l'avvocato ha assistito più parti aventi la medesima posizione processuale (cfr. Cass. n. 10367/2024). Inoltre, si riconosce a titolo di rimborso delle spese di mediazione, la sola fase di attivazione della Tabella n. 25 bis del DM n. 55/2014 come modificato dal DM. 147/2022.

Tuttavia, sulle somme riconosciute a titolo di compensi, stante il rigetto di alcune voci di domanda (quali il danno da perdita del reddito del congiunto, danno da autodeterminazione, danno terminale), si applica una riduzione del 30% (cfr. amplius Cass. Civ., SS.UU., 31/10/2022, n. 32061; conforme Cass. civile sez. III, 03/09/2024, n.23641 nonché Cass. civile, sez. II, 10/07/2024, n. 18929) con conseguente applicazione dei medi tabellari. Le spese tra la compagnia ed il sanitario si compensano stante la oggettiva complessità di lettura delle pattuizioni assicurative in ambito di malpractice sanitaria; dato che integra le eccezionali condizioni di cui all'art 92 cpc.

PQM

Il Tribunale di [redacted] definitivamente pronunziando nella causa promossa come in narrativa, ogni altra istanza respinta o disattesa, così provvede:

- Accoglie per quanto di ragione la domanda spiegata *iure hereditatis* degli attori, e per l'effetto, condanna in solido [redacted] e l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] a pagare in favore di [redacted] (C.F. [redacted], [redacted] (C.F. [redacted] e [redacted] (C.F. [redacted] la somma complessiva di € 5.175,00; sulle somme *de*

quibus decorrono interessi compensativi ad un tasso dello 0,5 % annuo da calcolarsi dalla data del fatto [redacted] alla pronunzia della presente sentenza sulla somma dapprima originariamente devalutata alla data dell'illecito e poi incrementata anno per anno nominalmente fino all'importo liquidato in base ai coefficienti ISTAT;

- Accoglie per quanto di ragione la domanda *iure proprio* degli attori, e per l'effetto, condanna in solido [redacted] e l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] a pagare in favore di [redacted] (C.F. [redacted] la somma di € 242,482,00; in favore [redacted] (C.F. [redacted] la somma di € 258.126,00; in favore di [redacted] (C.F. [redacted] la somma di € 265.948,00; sulle somme *de quibus* decorrono interessi compensativi ad un tasso dello 0,5 % annuo da calcolarsi dalla data del fatto [redacted] alla pronunzia della presente sentenza sulla somma dapprima originariamente devalutata alla data dell'illecito e poi incrementata anno per anno nominalmente fino all'importo liquidato in base ai coefficienti ISTAT;
- Accoglie la domanda relativa alle spese funerarie e per l'effetto condanna in solido [redacted] e l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] a pagare in favore di [redacted] (C.F. [redacted], [redacted] (C.F. [redacted] e [redacted] (C.F. [redacted] la somma di €4700,00; su tale somma decorrono interessi legali codicistici dalla data pagamento;
- Condanna in solido [redacted] e l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] al pagamento degli interessi ex art 1284 co. 4 a far data dalla proposizione della domanda giudiziale [redacted] su tutte le somme riconosciute;
- Rigetta le ulteriori domande degli attori;
- Condanna [redacted] e l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. [redacted] di [redacted] in soldo al pagamento delle spese processuali in favore dei procuratori di parte attrice, dichiaratisi antistatari; spese che liquida in complessivi € 23.827,00 a titolo di compensi professionali e € 545,00 per spese vive, oltre CPA ed IVA, se dovuti, come per legge;
- Nei rapporti interni la responsabilità è ripartita per il 50% a carico dell'ente e per il residuo 50% in solido tra i tre sanitari convenuti;
- Rigetta la domanda di garanzia proposta da [redacted] verso l[redacted]
- Compensa le spese tra [redacted] e l[redacted]

- Spese di CTU in solido a carico dei convenuti.

[redacted] [redacted]

Il Giudice
dott.ssa [redacted]