

Sentenza n. /2019 pubbl. il 02/10/2019

RG n. /2015

N. R.G. 2015

Repert. n. /2019 del 02/10/2019



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI ROVIGO
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Pierangela Congiu
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. /2015 promossa da:

(C.F.), con il patrocinio dell'avv. BALLO
GIANLUCA, elettivamente domiciliato in VIA D. ANGELI 33/A 45100 ROVIGO presso il
difensore;

(C.F.), con il patrocinio dell'avv. BALLO
GIANLUCA, elettivamente domiciliato in VIA D. ANGELI 33/A 45100 ROVIGO presso il
difensore;

ATTORI

contro

(ora)
) (C.F.), con il patrocinio dell'avv. } e dell'avv.
; elettivamente domiciliato in } presso lo
studio dell'avv.

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle
conclusioni.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Premesso che



Con atto di citazione ritualmente notificato, [redacted] e [redacted], in qualità di figli di

[redacted], convenivano in giudizio, innanzi all'instestato Tribunale, l' [redacted]

[redacted] (ora [redacted]), in persona del Direttore

Generale *pro tempore*, per sentirla condannare, in via principale, al risarcimento integrale di tutti

i danni, patrimoniali e non, subiti a causa del decesso della loro prossima congiunta ed, in via

subordinata, al risarcimento del danno derivante dalla perdita di *chances* di sopravvivenza sofferti

dalla *de cuius* [redacted] in conseguenza della non correttezza dell'operato dei sanitari

dell'Ospedale di [redacted] durante il ricovero della stessa presso l' Ospedale di [redacted], avvenuto

in data [redacted] aprile 2012 e conclusosi con il decesso della paziente in data [redacted] aprile 2012.

Specificatamente, gli attori contestavano l'inadeguatezza della condotta tenuta dai sanitari

dell'Ospedale di [redacted], consistita nel mancato tempestivo approfondimento clinico delle

condizioni della paziente con conseguente mancata diagnosi e cura della grave ischemia

intestinale che aveva causato il decesso della paziente. Per tale ragione i predetti chiedevano, in

via principale, la condanna della convenuta al risarcimento dei danni non patrimoniali -

comprensivi del danno *iure hereditatis* per le sofferenze patite dalla defunta nello *spatium vivendi*

di un giorno, quantificati nella somma di € 10.000,00 pro capite; nonché dei danni *iure proprio*

derivanti dalla perdita della congiunta, per un importo procapite pari ad € 327.990,00, e dalla

conseguente alterazione del proprio equilibrio psicofisico, oltre al risarcimento dei danni

patrimoniali, identificati con le spese funerarie e le spese anticipate per le consulenze

psichiatriche (cfr. docc. nn. 9 e 10 allegati all'atto di citazione).

In via subordinata al mancato accertamento della riferibilità causale del decesso della madre alla

condotta colposa tenuta dai sanitari dell'Ospedale di [redacted], gli attori chiedevano il risarcimento

in via equitativa, *iure hereditatis*, del danno da perdita di *chances* di sopravvivenza determinato

dall'errore medico, patito dalla madre, e, *iure proprio*, del danno da loro subito a seguito della

perdita della possibilità di poter ancora trascorrere qualche tempo con lei.

Si costituiva l' [redacted] che chiedeva l'integrale reiezione delle domande

proposte dagli attori in quanto infondate in fatto ed in diritto. In subordine, contestava

l'ammontare del danno preteso dagli attori ritenendolo eccessivo e ne chiedeva la decurtazione in

misura corrispondente alla percentuale di perdita di *chances* di sopravvivenza determinata

dall'eventuale errore medico accertato.

La causa veniva istruita con produzione documentale, CTU e prova orale.

Infine, all'udienza del 3 aprile 2019, il Giudice, sulle conclusioni precisate dai procuratori delle

parti, tratteneva la causa in decisione a norma dell'art. 190 c.p.c.



Rilevato che

Nel presente giudizio, gli attori, quali eredi della madre , hanno dedotto la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale della convenuta, allegando, quali fatti costitutivi della loro pretesa risarcitoria, l'inadempimento da parte della predetta delle obbligazioni nascenti dal contratto di ospedalità intercorso con la *de cuius* ed il decesso della paziente.

Per quanto concerne la responsabilità contrattuale dell'azienda convenuta, si osserva che, secondo l'ormai consolidato e pacifico orientamento della Suprema Corte (v. Cass. Civ. n. 23918/06; n. 24791/08; n. 12274/011; n. 15993/011), la responsabilità del medico e dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione ha natura contrattuale ed è quella tipica del professionista, con la conseguenza che trovano applicazione il regime proprio di questo tipo di responsabilità quanto alla ripartizione dell'onere della prova e i principi delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale relativamente alla diligenza e al grado della colpa (v. anche 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.).

Trattandosi di obbligazioni inerenti all'esercizio di attività professionali, la diligenza nell'adempimento deve valutarsi, a norma dell'art. 1176 c.c., comma 2, con riguardo alla natura dell'attività esercitata e, in caso di prestazione implicante la soluzione di problemi di speciale difficoltà, il prestatore d'opera, ai sensi dell'art. 2236 cod. civ., non risponde dei danni, se non in caso di dolo e colpa grave.

Come puntualmente stabilito dal Supremo Collegio, gli artt. 1176 e 2236 c.c. esprimono dunque l'unitario concetto secondo cui il grado di diligenza deve essere valutato con riguardo alla difficoltà della prestazione resa.

La colpa, quindi, è inosservanza della diligenza richiesta.

L'obbligazione assunta dal professionista consiste in un'obbligazione di mezzi, cioè in un'attività indirizzata ad un risultato.

Il mancato raggiungimento del risultato non determina inadempimento (v. Cass. 26 febbraio 2003 n. 2836).

L'inadempimento (o l'inesatto adempimento) consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla diligenza richiesta, mentre il mancato raggiungimento del risultato può costituire danno consequenziale alla non diligente prestazione o alla colpevole omissione dell'attività sanitaria.

Quanto al riparto dell'onere della prova le Sezioni Unite (30.10.2001, n. 13533), nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici, hanno enunciato il principio secondo cui il



creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.

Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

Applicando questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico deve affermarsi che il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento. La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva dunque più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà.

Porre a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova dell'esatto adempimento della prestazione medica soddisfa in pieno a quella linea evolutiva della giurisprudenza in tema di onere della prova che va accentuando il principio della vicinanza della prova, inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla.

Infatti, nell'obbligazione di mezzi il mancato o inesatto risultato della prestazione non consiste nell'inadempimento, ma costituisce il danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione.

In queste obbligazioni in cui l'oggetto è l'attività, l'inadempimento coincide con il difetto di diligenza nell'esecuzione della prestazione, cosicché non vi è dubbio che la prova sia "vicina" a chi ha eseguito la prestazione; tanto più che trattandosi di obbligazione professionale il difetto di diligenza consiste nell'inosservanza delle regole tecniche che governano il tipo di attività al quale il debitore è tenuto.

Nel caso di specie, dalla documentazione sanitaria depositata dalle parti (in particolare cfr. cartella clinica n. 12005923 doc. 1 fasc. attori) e dagli accertamenti effettuati dalla nominata



CTU, Dott.ssa _____, con l'ausilio dello specialista in chirurgia Dott. _____

è emerso che il personale sanitario dell'Ospedale di _____ non ha adempiuto correttamente la prestazione medica, ritardando la diagnosi di infarto intestinale, con conseguente aggravarsi del quadro ischemico/trombotico intestinale durante il ricovero, che è stata la causa del decesso della paziente _____.

Specificatamente, nel corso del processo veniva eseguita una CTU al fine di accertare la correttezza e la tempestività della diagnosi stilata dal personale sanitario e dei relativi trattamenti cui era stata sottoposta la paziente, nonché di accertare la possibilità per i medici di diagnosticare la patologia che provocò il decesso.

Dall'elaborato peritale - depositato in data 13 novembre 2017, il cui contenuto interamente si richiama - è emerso che:

in data 04.2012 la paziente veniva ricoverata presso l'Unità Operativa di _____ del Presidio Ospedaliero "_____ " di _____ per una tossidermite, ossia un'alterazione cutanea dovuta all'ingestione di farmaci;

per tale motivo dal 08.04 al 16.04 la paziente veniva sottoposta ad infusione giornaliera di 100 mg di idro cortisone sodio succinato ed a terapia con farmaci antistaminici;

successivamente, nella diaria medica, non venivano segnalati elementi di rilievo fino al giorno 10.04, quando la paziente manifestava risveglio alle ore 2.00 a causa di prurito;

in seguito l'evoluzione clinica fu favorevole fino alla notte tra i 16 ed il 17 aprile quando, all'1.45, veniva attestato un cambio improvviso del quadro clinico con comparsa di dolori epigastrici e due episodi di vomito alimentare. In tale contesto, all'incirca dopo due ore, il personale infermieristico avvisava il medico di guardia il quale, telefonicamente, disponeva la somministrazione di un anti emetico, diluito in soluzione fisiologica 500 cc.;

la persistenza del dolore, nonché due episodi di vomito di tipo ematemesi (alle 7.45 ed alle 8.00 del 17.04), inducevano il personale sanitario ad effettuare alle ore 9.22 una consulenza chirurgica la quale evidenziava la presenza di un addome acuto con segni di peritonismo; si procedeva pertanto ad un esame in bianco dell'addome che risultava nella norma;

alle 13.20 del 17.04 il chirurgo sollecitava l'effettuazione di una esofago gastroduodenoscopia, dal riscontro sostanzialmente negativo; veniva quindi prescritti farmaci inibitori della pompa protonica;

nel pomeriggio la paziente veniva descritta nel diario infermieristico come "molto sofferente", tuttavia non veniva sottoposta ad ulteriori accertamenti fino alle 21.15 quando il medico di



guardia, allertato dal personale infermieristico, prescriveva un diuretico ed il posizionamento di catetere vescicale;

successivamente si assisteva ad un peggioramento delle condizioni cliniche della paziente, che veniva descritta “disponoica con riduzione della saturazione emoglobinica ed ipotesa”;

alle 00.25 del 18.04 veniva constatato il decesso per arresto circolatorio;

l'autopsia disposta dall'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica) ed effettuata dal Dott.

documentava la presenza di una massiva recente trombosi artero venosa mesenterica con conseguente ischemia intestinale e shock ipovolemico cardiogeno. Ne risulta che la diagnosi di trombosi ed ischemia mesenterica veniva formulata solo successivamente al decesso della paziente, in occasione dell'autopsia giudiziaria.

Sulla base degli accertamenti svolti, la CTU ha affermato che: *“Dall'esame della cartella clinica è indubbio che non vi fu una pronta valutazione medica del quadro clinico lamentato dalla paziente a partire dalle ore 1.45 del 17.04, momento in cui il personale infermieristico presente i reparto constatò la presenza di vomito e dolore addominale in sede epigastrica”*.

Ancora, la CTU ha ritenuto *“condivisibile il percorso diagnostico”* posto in essere dal personale sanitario fino alle 13.30, tuttavia, a partire da questo momento, ha individuato *“elementi di censura nella condotta dei sanitari che ebbero in cura la Signora ”*. Specificatamente, ha rilevato che: *“A partire dalle 13.30 del giorno 17 aprile la paziente non risultava essere sottoposta ad alcun altro accertamento medico [...] La diaria medica non riporta alcuna valutazione relativa al pomeriggio del giorno 17. La prima rivalutazione medica dopo l'effettuazione dell'elettro gastroduodenoscopia alle 13.30 è indicata alle 21.53, vale a dire a più di 8 ore di distanza. Durante questo periodo la diaria infermieristica documenta che la paziente ha continuato a lamentare dolore all'addome.*

Ciò che dunque appare motivo di censura è l'assenza di una qualsiasi rivalutazione clinica. La diagnosi non era stata raggiunta con gli accertamenti eseguiti nella mattinata che avevano smentito l'ipotesi di una perforazione e di una lesione mucosa acuta delle alte vie digestive.

Una corretta metodologia diagnostica avrebbe dovuto comportare una rivalutazione della paziente con formulazione di ulteriori ipotesi e con l'attivazione di un adeguato iter strumentale [...] L'effettuazione di una TAC, accertamento ormai routinario nelle urgenze addominali, appariva come naturale proseguimento dell'iter diagnostico”.

Orbene, alla luce di tali conclusioni, l'elemento di censura e, dunque, il difetto di diligenza nell'esecuzione della prestazione sanitaria, deve essere ravvisato proprio nel mancato



approfondimento clinico-strumentale delle condizioni della paziente nelle ore successive alle ore 13.30 del 17 aprile 2012.

Accertata la sussistenza del profilo di colpa, stante l'omissione delle indagini cliniche necessarie, la CTU si è altresì pronunciata con riguardo al nesso causale tra il fatto omissivo e l'evento morte della Sig. . Sotto questo profilo, la CTU ha evidenziato che *“il tempo trascorso tra l'inizio dei sintomi e l'exitus assume importanza rilevante. Al momento dell'effettuazione dell'Rx addome, ossia nella mattinata del 17 aprile, le anse intestinali apparivano normali con assenza di distensioni e di livelli e ciò induce a ritenere che se si fosse attuato un atteggiamento più attivo nei confronti della paziente – completando l'iter diagnostico con l'effettuazione di una TAC dell'addome - si sarebbe potuto giungere, quantomeno, ad un sospetto diagnostico tale da condurla ad intervento chirurgico d'urgenza. Si ricorda a questo punto che le linee guida stabiliscono di sospettare l'ischemia mesenterica nei pazienti con dolore addominale acuto in cui la diagnosi non sia chiara in particolare quando il dolore è sproporzionato rispetto all'obiettività clinica e negli anziani con anamnesi positiva per patologia cardiovascolare; l'ischemia mesenterica acuta da trombosi venosa si deve sospettare anche nei pazienti con stato di ipercoagulabilità. La Signora presentava un quadro di dolore addominale in assenza di diagnosi, in paziente con comorbilità cardiovascolare con possibile iper coagulabilità correlata alla patologia di base e alla terapia cortisonica protratta.*

D'altro canto va evidenziato che si tratta di una diagnosi ancor oggi estremamente difficile e di affezione che è gravata da una mortalità molto alta anche nel caso di ricorso tempestivo di intervento chirurgico. Basti pensare che il 65% di occlusioni acute della mesenterica superiore sono diagnosticate al tavolo autoptico; l'affezione è gravata da una mortalità ancora molto alta pari al 50-70%, che può scendere solo in caso di diagnosi precocissima ed altrettanto precocissima rivascolarizzazione, mentre si ritiene molto elevata (50-60%) nel ritardo di 6-12 ore e dopo 24 ore dell'80-100%.

Alla luce di tali elementi, pertanto, non è possibile ammettere che una diagnosi più tempestiva avrebbe potuto modificare, con elevata probabilità, il decorso clinico; la gravità dell'affezione, il suo difficile inquadramento diagnostico e la rapidità della sua evoluzione non ci autorizzano a dichiarare che, qualora la paziente fosse stata adeguatamente trattata, il decesso non si sarebbe comunque verificato”.

Nel contempo l'esame peritale ha evidenziato che, *“pur non sussistendo i presupposti per l'ammissione del nesso causale tra la condotta omissiva dei sanitari e il decesso della paziente,[...] la condotta censurabile dei sanitari dell'Ospedale di , in particolare nelle*



ore comprese tra le 13.30 del 17.04.2012 e le 00.25 del 18.04.2012 (ora del decesso), ha comportato non già la morte della paziente ma una perdita di chances di sopravvivenza, nel senso che, se tempestivamente diagnosticata, l'affezione avrebbe potuto essere trattata chirurgicamente, pur senza la certezza di pervenire al risultato sperato ossia la sopravvivenza della paziente. Va evidenziata la difficoltà di indicare e percentualizzare la misura probabilistica con cui una diagnosi tempestiva avrebbe potuto evitare il decesso dell'interessata. La peculiarità intrinseca di ogni vicenda clinica impedisce di motivare con rigore scientifico l'entità delle probabilità perdute ed appare pertanto inevitabile il ricorso a stime solo orientative: nel caso in esame, alla luce di quanto sopra esposto, della bibliografia scientifica a disposizione e tenuto debitamente conto anche del contributo legato alla esperienza clinica dell'ausiliario specialista in chirurgia, si può ipotizzare che la errata condotta dei sanitari che ebbero in cura la _____ abbia ridotto la chance di sopravvivenza della paziente del circa il 40%."

Orbene, dalla CTU espletata in corso di causa – condivisa da questo giudicante, stante la sua completezza, correttezza ed esaustività rispetto ai questi posti – emerge che i medici dell'_____ di _____ hanno omesso di diagnosticare l'infarto intestinale che ha determinato la morte della Signora _____, diminuendo, in tal modo, le sue possibilità di sopravvivenza del 40%, ossia una percentuale inidonea a ritenere provato un nesso causale fra omissione medica e decesso della paziente, secondo il principio del "più probabile che non", ma in ogni caso rilevante ai fini del risarcimento dell'autonomo danno della perdita di chance di sopravvivenza.

Sul punto, questo Tribunale accoglie e condivide i principi enunciati dalla Corte di Cassazione in un caso simile a quello oggetto di causa (Cass. n. 4400/2004, poi confermata dalla giurisprudenza successiva, fra cui, da ultimo, Cass. ord. 15/02/2018, n. 3691), in cui il personale sanitario di un ente ospedaliero aveva errato la diagnosi e impedito così un tempestivo intervento chirurgico sul paziente, che avrebbe potuto impedirne la morte o, quanto meno, prolungarne il periodo di sopravvivenza.

La Suprema Corte ha affermato che "in tema di responsabilità del professionista esercente la professione sanitaria, la diagnosi errata o inadeguata integra di per sé un inadempimento della prestazione sanitaria e, in presenza di fattori di rischio legati alla gravità della patologia o alle precarie condizioni di salute del paziente, aggrava la possibilità che l'evento negativo si produca, producendo in capo al paziente la perdita delle chances di conseguire un risultato utile; tale perdita di chances configura una autonoma voce di danno emergente, che va commisurato alla perdita della possibilità di conseguire un risultato positivo, e non alla mera



perdita del risultato stesso, e la relativa domanda è domanda diversa rispetto a quella di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato" (Cass. 4400/2004).

In altri termini, la perdita di chance, ovvero di una concreta possibilità di conseguire un determinato bene della vita, integra una lesione di un'entità patrimoniale attuale suscettibile di autonoma valutazione economica, distinta dal danno alla salute (e dal correlato danno morale), il quale presuppone l'accertamento che l'illecito si sia concretizzato in una menomazione dell'integrità psicofisica, e che, di conseguenza, l'inadempimento del sanitario abbia non soltanto privato il paziente di una possibilità di cura, ma concretamente inciso sullo stato di salute. (Cass. Ord. 15/02/2018, n. 3691; Cass. Civ. 20/8/2015, n. 16993; Cass. civ., sez. III, 29/11/2012, n. 21245; Cass. civ., sez. III, 14/06/2011, n. 12961; Cass. Civ. n. 23846/2008).

Conseguentemente, l'accertamento del nesso causale, nelle ipotesi in cui venga lamentato un danno da perdita di chance, è improntato su un meccanismo differente rispetto ai casi in cui viene domandato il risarcimento del pregiudizio derivante dal mancato raggiungimento del risultato sperato.

In quest'ultimo caso, infatti, sarà necessario un accertamento probabilistico per la verifica della sussistenza del nesso causale, secondo il principio del "più probabile che non"; nelle ipotesi di danno da perdita di chance, invece, l'accertamento probabilistico attiene alla determinazione del danno e rileva solo in sede di quantificazione (*"la domanda per perdita di chances è ontologicamente diversa dalla domanda di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato. Infatti, in questo secondo caso la stessa collocazione logico- giuridica dell'accertamento probabilistico attiene alla fase di individuazione del nesso causale, mentre nell'altro caso attiene al momento della determinazione del danno: in buona sostanza nel primo caso le chances sostanziano il nesso causale, nel secondo caso sono l'oggetto della perdita e quindi del danno"* Cass. 4400/2004).

Pertanto, alla luce della predetta giurisprudenza, questo giudicante ritiene che l'adozione da parte del personale dell'Ospedale di di un'adeguata condotta professionale avrebbe, se non evitato l'evento letale, certamente aumentato la possibilità, per la paziente, di fruire della salute residua sino all'esito infausto e, dunque, tale "possibilità perduta", nella sua necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà e consistenza, è attribuibile al personale sanitario chiamato a rispondere del danno da perdita di *chances* di sopravvivenza.

Relativamente, poi, alla quantificazione di tale danno, si osserva che, in mancanza di parametri normativi, questo Tribunale deve determinare il quantum risarcibile in via equitativa (Cass.n. 23846/2008). Sul punto, si osserva in primo luogo che non possono essere presi a riferimento i



parametri elaborati dalla giurisprudenza in materia di risarcimento di danno biologico, morale o da perdita di un congiunto (cc.dd. Tabelle di Milano), essendo questi afferenti a specifiche e distinte voci di danno.

In secondo luogo, si sottolinea che nella propria valutazione, il Tribunale deve tener conto delle peculiarità del caso concreto posto al suo esame, sicché dovrà parametrare il quantum alla percentuale di chance di sopravvivenza accertata, all'età della paziente, alle pregresse condizioni di salute e ad ogni altro indice presente nella situazione concreta della parte lesa, apprezzabile in funzione del contenuto specifico delle possibilità di guarigione o di sopravvivenza perdute.

Specificatamente, nel caso in esame, la paziente, di anni , al momento del ricovero si presentava affetta da preesistenti e rilevanti patologie (ischemia, ipertensione arteriosa, patologie all'apparato gastroenterico e diabete di tipo 2- vedi cartella clinica in atti). Inoltre, come evidenziato nella relazione peritale, l'ischemia mesenterica che ha causato la morte della paziente, oltre ad essere un'affezione dallo sviluppo particolarmente veloce, è altresì gravata da un tasso di mortalità notevolmente elevato, pari al 50-70%; percentuale, questa, destinata ad aumentare ulteriormente all'80-100% in caso di ritardo nella diagnosi pari a 24 ore.

Pertanto, vista la percentuale di sopravvivenza pari a circa il 30-50%, l'età avanzata della paziente, le patologie di cui la stessa soffriva, questo Tribunale ritiene equo determinare l'importo del risarcimento in € 30.000,00.

Si precisa che tale ammontare appare congruo e conforme rispetto alle liquidazioni effettuate da altri Giudici di merito relativamente a casi di danno da perdita di chance per ritardo o mancata diagnosi (cfr. trib. Milano, sent. 8940 del 4.9.2017; Trib. Milano sent. 14161/2016 del 28/12/2016; Trib. Reggio Emilia Sez. II, sent. del 23 febbraio 2014), ritenendo opportuno che questo Tribunale tenga in considerazione anche gli importi liquidati in casi analoghi da altri organi giudicanti, al fine di garantire una uniforme e certa applicazione del diritto, anche alla luce del principio enunciato dalla Suprema Corte per cui *"quando mancano criteri stabiliti dalla legge, l'adozione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. deve garantire non solo una adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, essendo intollerabile e non rispondente ad equità che danni identici possano essere liquidati in misura diversa sol perché esaminati da differenti Uffici giudiziari"* (Cass. Sez. 3, sent. n. 12408 del 07/06/2011).

Conseguentemente, si accerta che gli attori , e , in qualità di figli ed eredi legittimi di l , hanno diritto ad essere risarciti *iure successionis*, nella



misura di ½ ciascuno, del danno da perdita di *chances* patito dalla madre, che si quantifica in € 30.000,00.

Sulle somme liquidate, già a valori attuali, devono essere calcolati gli interessi compensativi, volti a compensare il danno da ritardo nella fruizione del risarcimento per equivalente in capo al creditore rispetto al momento nel quale egli avrebbe dovuto ottenere l'esatto adempimento.

Va, al riguardo, condiviso l'orientamento della Suprema Corte (v. Sezioni Unite, sentenza in data 22.4.94/17.2.95, n. 1712, Cass., sez. un., n. 557/2009), in base al quale l'interesse dovuto per il ritardo nel pagamento, in quanto diretto a compensare la perdita patrimoniale derivante dalla mancata disponibilità del bene patrimoniale perduto (che viene ripristinato mediante corresponsione del relativo valore attuale), e dunque il danno da ritardo, non può essere determinato sul valore attuale del bene, ma va invece computato sulla corrispondente somma di denaro di cui il debitore ha ritardato il pagamento dal momento del fatto (aprile 2012), somma che può essere eventualmente rivalutata di anno in anno, al fine di una valutazione equitativa del danno, allorché il ritardo sia cospicuo. In conseguenza, in conformità alla suddetta pronuncia, all'attore dovrà essere corrisposto l'interesse in misura legale sulla somma liquidata, previamente riportata a valori dell'aprile 2012 in base agli indici ISTAT del costo della vita, e quindi rivalutata di anno in anno fino alla data della presente decisione.

Dalla presente decisione al saldo vanno applicati i soli interessi legali.

Il mancato accertamento della riferibilità causale del decesso della sig.ra alla condotta colposa tenuta dai sanitari dell'ospedale di _____, infine, determina il rigetto delle ulteriori pretese risarcitorie avanzate dagli attori iure proprio e iure hereditas, non essendo emerso nel corso del processo che il decesso della de cuius non sarebbe occorso se la prestazione sanitaria omessa fosse stata correttamente resa.

Invero, quanto alla tipologia di danni causalmente riconducibili alla condotta negligente accertata, la consulenza ha evidenziato collegarsi con nesso eziologico solo un danno da minori *chances* di aspettativa di vita. Il dato, nei termini accertati, va ricollegato solo alla domanda da perdita di *chances* formulata dagli attori.

Si reputa, quindi, equo riconoscere tale profilo di danno come danno a sé stante, distinto dal danno alla salute in aderenza a quanto affermato dalla giurisprudenza della Suprema Corte (vedi tra le altre: Cass. civ. 20.8.2015, n. 16993 e Cass. civ., sez. III, 29/11/2012, n. 21245 e più specificatamente riferito alla perdita di *chances* di una migliore qualità della vita Cass. civ. n. 23846/2008 e Cass. civ., sez. III, 14/06/2011, n. 12961).



Tale danno non risulta legato all'evento morte o all'evento lesione alla salute ma è danno del tutto peculiare che attiene alla mera possibilità legata per l'appunto ad una chance di vita migliore e di sottoporsi a cure più idonee e per una più lunga aspettativa di vita.

Anche nel contesto di malattia nel quale la paziente si è trovata, infatti, la tempestiva conoscenza della effettiva presenza di segnali di allarme avrebbe potuto comportare per la paziente un diverso approccio alla sofferenza fisica; appare infatti ragionevole ritenere che l'aggravio determinato dal mancato riconoscimento tempestivo della grave ischemia intestinale oltre che dell'assenza di un adeguato approfondimento clinico delle condizioni della paziente abbia effettivamente compromesso la possibilità di affrontare gli ultimi periodi della vita con la dovuta consapevolezza, anche sotto il profilo relazionale, pianificando in serenità il distacco dai familiari con più tempo e possibilità.

Così descritto il danno in esame non costituisce mera sovrapposizione di quello alla salute, neppure sotto forma di personalizzazione, atteso che questo, e cioè il danno alla salute, attiene specificatamente ai postumi permanenti o temporanei e quindi ad una effettiva lesione concretamente verificatasi e non ad una mera possibilità che, il ritardo nella diagnosi, non ha potuto offrire al paziente.

Quanto al danno *iure proprio* allegato dagli attori, che hanno documentato la qualità di figli della defunta si osserva quanto segue.

L'evento morte di un congiunto stretto da legame parentale di primo grado, quale la madre rispetto ai figli, rappresenta di per sé un evento capace di provocare una sofferenza umana di apprezzabile rilievo. L'evento, in quanto come detto riconducibile ad un comportamento colposo dei sanitari della struttura sanitaria convenuta, in tali termini è fonte di specifica responsabilità ex art. 185 c.p. e 2043 c.c..

Nella liquidazione del danno si dovrà tuttavia tenere conto di quanto affermato dalla giurisprudenza di legittimità in ordine alla necessità di vagliare in concreto quale sia stata da un lato la sofferenza patita, anche non transeunte ma apprezzata nella sua prosecuzione nel tempo e dall'altra la compromissione della sfera affettiva familiare da ciò derivata il tutto alla luce della allegazione e della prova – di cui è onerata parte attrice - in ordine alle condizioni soggettive di vittima e congiunto, del grado di parentela, delle rispettive età, dell'eventuale convivenza e di ogni altro indice che la parte interessata abbia inteso sottoporre all'attenzione del giudicante.

E' invero principio consolidato che *"nella liquidazione del danno non patrimoniale da uccisione d'un familiare deve tenersi conto dell'intensità del relativo vincolo e di ogni ulteriore circostanza, quale la consistenza del nucleo familiare, le abitudini di vita, la situazione di*



convivenza, sino ad escludere la configurabilità del danno non patrimoniale da morte se tra fratelli unilaterali non vi sia mai stato un rapporto affettivo e sociale, né rapporti di frequentazione e conoscenza (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 23917 del 22/10/2013).

Ora, nel caso di specie, esclusa l' imputabilità causale dell'evento morte alla condotta colposa tenuta dai sanitari, il danno allegato *iure proprio* dagli attori (in via subordinata) si correla non tanto alla perdita del rapporto parentale in sé, quanto piuttosto al suo anticipato verificarsi; gli attori si lamentano del fatto di avere perso la possibilità di poter ancora trascorrere del tempo in compagnia della congiunta rispetto a quello che avrebbe potuto godere se la grave ischemia intestinale fosse stata trattata tempestivamente.

Tale circostanza non appare nel caso concreto ad avviso del giudice meritevole di apprezzamento sotto il profilo risarcitorio.

Invero, da un lato, la parte non ha dimostrato elementi di particolare prossimità rispetto alla figura materna diversi dal solo fatto del vincolo parentale; non risulta un regime di convivenza e, soprattutto, del tutto carente è stata l'allegazione di parte attrice che si è limitata a rilevare la mera carenza temporale senza offrire al giudice elementi per meglio apprezzare la perdita subita, tenuto conto, si ripete, delle gravi condizioni di salute che comunque affliggevano la paziente, evento che ha certamente avuto centrale ed esaustivo rilievo nel vissuto di sofferenza e distacco dalla figura materna, oltre che della età della paziente e dei figli attori (la prima, ormai anziana, e i secondi non più giovani, già adulti ed autonomi) e del breve tempo di scarto temporale. La domanda relativa va quindi respinta.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano in dispositivo tenuto conto della somma attribuita in concreto alla parte vincitrice (scaglione da € 26.000,01 a € 52.000,00).

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- condanna _____ (ex _____), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore di _____ e _____ dell'importo di € 15.000,00 ciascuno, a titolo di risarcimento danni, oltre rivalutazione ed interessi, come esposto in motivazione, oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;
- pone le spese di C.T.U., così come già liquidate, definitivamente a carico di _____ (ex _____), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- condanna _____ (ex _____), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, a pagare in favore degli attori le spese di lite che liquida in € _____



Sentenza n. /2019 pubbl. il 02/10/2019

RG n. /2015

Repert. n. /2019 del 02/10/2019

7.254,00 per compenso, oltre C.P.A. e I.V.A., oltre € 1.908,28 per spese documentate ed oltre il

15% del compenso per spese forfettarie.

Rovigo, 23 settembre 2019

Il Giudice

Dott.ssa Pierangela Congiu

