



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI BARI
TERZA SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del Giudice Unico designato, dott. Luca Sforza, ha pronunciato la seguente,

S E N T E N Z A

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 6644/2016 R.G., avente ad oggetto: *Responsabilità professionale*,

vertente tra

Parte_1 , *Parte_2* *Parte_3*

[...] , *Parte_4* , *Parte_5* , **in proprio e in qualità di eredi di** *Persona_1*

[...] elettivamente domiciliati in Putignano, al [redacted], presso lo studio dell'Avv.

[redacted], dal quale sono rappresentati e difesi, unitamente e disgiuntamente all'Avv. [redacted]

[redacted] giusta procura in calce all'atto di citazione notificato il 22.04.2016,

- *ATTORI* -

contro

Controparte_1 in persona del legale rappresentante pro *tempore*, elettivamente domiciliata in Bari, al [redacted], presso lo studio dell'Avv. [redacted] dal quale

è rappresentata e difesa giusta procura generale alle liti del 9.04.2003 per Notaio, dott. *Persona_2*

[redacted] [...], in Bari, rep. n. 12347, allegata alla comparsa di costituzione e risposta con chiamata in causa e/o in regresso depositata telematicamente in data 8.07.2016,

- *CONVENUTA* -

nonché contro

Dott. *Controparte_2* , elettivamente domiciliato in Bari, alla Via [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted], rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta con chiamata in causa di terzo, depositata telematicamente il 27.12.2016,

- *TERZO CHIAMATO IN CAUSA* -

e contro

Dott. *Controparte_3* , Dott. *Parte_6* Dott. *Persona_3* , tutti elettivamente domiciliati in Bari, alla Via [redacted], presso lo studio [redacted] rappresentati e difesi

dagli Avv.ti [redacted] giuste procure in calce alle distinte comparse di costituzione e risposta depositate telematicamente in data 30.12.2016,

- ALTRI TERZI CHIAMATI IN CAUSA -

nonché contro

[redacted] *Controparte_4* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Bari, alla Via [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted], dal quale è rappresentata e difesa, unitamente e disgiuntamente all'Avv. [redacted], giusta procura speciale allegata alla comparsa di costituzione e risposta depositata telematicamente il 25.04.2017,

- ALTRA TERZA CHIAMATA IN CAUSA dal dott. *CP_3* -

nonché

[redacted] *Controparte_4* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Bari, alla Via [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] dal quale è rappresentata e difesa, unitamente e disgiuntamente all'Avv. [redacted], giusta procura speciale allegata alla comparsa di costituzione e risposta depositata telematicamente il 27.04.2017,

- ALTRA TERZA CHIAMATA IN CAUSA dal dott. *Per_3* -

e contro

[redacted] *Controparte_4* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Bari, alla Via [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] dal quale è rappresentata e difesa, unitamente e disgiuntamente all'Avv. [redacted], giusta procura speciale allegata alla comparsa di costituzione e risposta depositata telematicamente il 27.04.2017,

- ALTRA TERZA CHIAMATA IN CAUSA dal dott. *CP_2* -

nonché contro

[redacted] *Controparte_5* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, corrente in Bologna alla via [redacted]

- ALTRA TERZA CHIAMATA IN CAUSA dal dott. *Persona_4* -

e contro

[redacted] *CP_6* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, corrente in Trieste al Largo [redacted]

- ALTRA TERZA CHIAMATA IN CAUSA dal dott. *Controparte_7* -

- CONCLUSIONI DELLE PARTI -

All'esito delle conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate telematicamente dalle parti per l'udienza di precisazione delle conclusioni del 26.09.2024, celebrata mediante trattazione scritta, ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., come da precedente provvedimento ritualmente comunicato, le parti hanno concluso riportandosi ai rispettivi scritti difensivi, e la causa è stata trattenuta per la decisione con assegnazione dei termini *ex lege* di 60 giorni per il deposito di comparse conclusionali e di successivi 20 giorni per il deposito di brevi memorie di replica ex art. 190, comma 1 c.p.c.

- RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE -

Con atto di citazione dell'11.04.2016, ritualmente notificato il 21-22.04.2016, *Parte_1*

[...] , *Parte_2* *Parte_3* *Parte_4* e *Parte_5* in proprio e in qualità di eredi di *Persona_1* (rispettivamente coniuge e figli) convenivano innanzi a questo Tribunale la *Controparte_1* chiedendo di accertare e dichiarare la negligente, imprudente ed imperita condotta professionale dei sanitari che ebbero in cura la signora *Persona_1* deceduta in data 24.08.2013 e, per l'effetto, condannare la struttura convenuta al risarcimento dei danni subiti, *iure proprio e iure hereditatis*, oltre interessi e rivalutazione, e con vittoria di spese di giudizio.

In particolare, gli attori deducevano che “La signora *Persona_1* (...) veniva ricoverata nella casa di cura *Controparte_1* in data 18/07/2013 per essere sottoposta ad un intervento cardiocirurgico prevedente la sostituzione di tre valvole cardiache (...). In data 23/07/2013 veniva eseguito il detto intervento (...). A detto intervento seguivano dodici giorni di terapia intensiva nei quali la paziente si “piaga” (da decubito) completamente, contrae una micosi alla lingua ed anche una fortissima congiuntivite e queste non solo non vengono notate (se non dai parenti) ma neppure curate se non con farmaci direttamente acquistati dalla famiglia e forniti al personale infermieristico. Il 12/08/2013 la paziente veniva ritenuta dimissibile e, quindi, dimessa con prescrizione di un ciclo di riabilitazione cardio-respiratoria in regime di ricovero. Di tal che la signora *Per_1* veniva trasferita a Cassano delle Murge presso l'Istituto Maugeri. In ragione dell'incauto disposto trasferimento la situazione precipita ed, infatti, a causa di una patologia sternale (instabilità) con deiscenza della ferita operatoria, la paziente secerne dal torace sangue ed altro liquido in maniera assai significativa. (...) il primario della cardiologia del detto Istituto Maugeri di Cassano, dopo aver eseguito due trasfusioni (la signora *Per_1* era stata dimessa e trasferita dalla *Controparte_1* al Maugeri con emoglobina molto bassa, 6,7) e aver verificato che la ferita sternale non accennava a ridurre le secrezioni, decideva di ritrasferire la “poveretta” presso la clinica *CP_1* , sostenendo che la signora non fosse assolutamente pronta alla ipotetica fase riabilitativa e che la struttura di competenza restava ancora la cardiocirurgia; (...). Il 14/08/2013 la signora *Per_1* rientrava nel reparto di cardiocirurgia della [...] *Controparte_1* con diagnosi di accettazione “ROTTURA DI FERITA CHIRURGICA ESTERNA” (...). (...) veniva applicata alla paziente la V.A.C. (terapia a pressione negativa) per accelerare la risoluzione del problema sternale ovvero della deiscenza della ferita. Nelle more, giungeva il risultato del tampone (eseguito peraltro a Cassano nell'unica giornata di degenza), il quale confermava la presenza di una infezione polmonare (*Klebsiella pneumoniae*) (...). Il giorno 20/08/2013 la V.A.C. applicata segnalava, a mezzo di segnale acustico, un warning riportando sul display la dicitura “ostruzione in corso”. Detto segnale veniva assolutamente sottovalutato dal personale medico e infermieristico e risolto (a dir loro) con la sostituzione dell'apparecchio (...). La paziente, nella stessa giornata, lamentava un forte dolore allo sterno; ma a nessuno è potuto importare più di tanto visto che la paziente di suo era considerata “fastidiosa ed agitata”. Comunque, su insistenza dei familiari della paziente (...) il martedì 20/08/2013, intorno alle ore 15,00 la V.A.C. veniva sostituita. Poche ore dopo, e, verosimilmente, per un non ben impostato trattamento e/o per una non ben impostata manovra (ore 17.50), la signora *Persona_1* riportava la lacerazione dell'aorta ascendente. Da tanto discendeva l'urgenza di un nuovo intervento e, quindi, veniva riportata, di urgenza, in sala operatoria

dove il dott. CP_3 procedeva a suturare la predetta arteria con intervento cardiocirurgico per emorragia acuta da lacerazione dell'aorta ascendente tendente alla riparazione della lacerazione. Il 24/08/2013 il decesso!".

Gli attori sostenevano, quindi, da un lato, la nullità e/o esistenza del consenso informato, carente di sottoscrizione del medico, di indicazione della data di redazione e di indicazione del rischio operatorio specifico; dall'altro, la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia dei sanitari, che avrebbero improvvidamente dimesso la paziente nonostante le gravi condizioni in cui versava ed eseguito poi un trattamento inadeguato, causando la lacerazione dell'aorta e il decesso; chiedevano, pertanto, il risarcimento dei danni, *iure proprio* e *iure hereditatis*: "a) a titolo di risarcimento danni morali per la perdita del rapporto parentale (...); b) a titolo di risarcimento per perdita di chances di sopravvivenza in favore degli attori, nella qualità (...); c) a titolo di risarcimento relativo al dedotto mancato consenso informato in favore degli stessi attori, nella qualità (...); d) a titolo di risarcimento relativo al dedotto danno biologico, per le sofferenze fisiche e psichiche patite dalla signora Per_1, rispettivamente coniuge e madre degli attori, in favore degli stessi attori, nella qualità, dato anche il non trascurabile lasso di tempo intercorso tra le lesioni ed il decesso, che tenga conto della enormità del pregiudizio subito in quanto tale danno benché temporaneo è al livello massimo nella sua entità ed intensità (...)" ; il tutto oltre interessi e rivalutazione, con vittoria delle spese di giudizio.

Con comparsa di costituzione e risposta, depositata telematicamente in data 8.07.2016, si costituiva in giudizio la Controparte_1 la quale chiedeva, in via preliminare, di essere autorizzata alla chiamata in causa dei medici che ebbero in cura la *de cuius*, ossia dei dottori Persona_3 , CP_3 [...] , Controparte_2 e Parte_6 al fine di essere manlevata in regresso dall'eventuale accoglimento delle domande, e nel merito chiedeva il rigetto delle avverse domande, in quanto infondate e prive di prova, sia in ordine all'*an* che al *quantum*, con vittoria di spese e competenze di lite.

Con comparsa di costituzione e risposta, depositata telematicamente il 27.12.2016, si costituiva in giudizio il dott. Controparte_2 il quale eccepiva, in via preliminare, il difetto di legittimazione passiva e/o di titolarità passiva del rapporto giuridico dedotto in giudizio e, dunque, l'infondatezza e inconsistenza della chiamata in causa in regresso del medesimo e, conseguentemente, di estrometterlo dal presente giudizio; sempre in via preliminare, chiedeva di essere autorizzato alla chiamata in garanzia della Controparte_4 Compagnia di Assicurazioni CP_1 al fine di essere manlevato da qualsivoglia responsabilità; e nel merito, chiedeva il rigetto della domanda attorea, perché infondata in fatto e in diritto, con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio.

Con distinte comparse di costituzione e risposta, tutte depositate telematicamente il 30.12.2016, si costituivano in giudizio i dottori Controparte_3 Persona_3 e Parte_6 i quali, in via preliminare, eccepivano l'improcedibilità e l'inammissibilità delle domande esperite nei loro confronti dalla Casa di cura convenuta per mancata mediazione; sempre in via preliminare, chiedevano di essere rispettivamente autorizzati alla chiamata in causa, i primi due della Compagnia di Assicurazioni " CP_4 [...] e il dott. Per_3 anche della compagnia CP_6 mentre il dott. Parte_6 della compagnia S.p.a., al fine di essere manlevati in caso di accoglimento della domanda;

e nel merito, deducevano, anch'essi, l'infondatezza della domanda degli attori, sia in fatto che in diritto, della quale chiedevano il rigetto, con vittoria delle spese di lite.

Con comparsa di costituzione e risposta, depositata telematicamente il 25.04.2017, si costituiva nel presente giudizio anche la compagnia **Controparte_4** chiamata in causa dal dott. **CP_3**, la quale chiedeva di rigettare le domande proposte nei confronti del dott. **CP_3** per l'inesistenza di una sua responsabilità, e in via subordinata, chiedeva il rigetto della domanda di garanzia per la non operatività della copertura assicurativa, con vittoria di spese di giudizio.

Con ulteriori distinte comparse di costituzione e risposta, depositate telematicamente il 27.04.2017, si costituiva in giudizio a mezzo di altri difensori la **Controparte_4** quale chiamata in causa dal dott. **CP_2** e quale chiamata in causa dal dott. **Per_3** la quale, in via principale, chiedeva il rigetto delle domande proposte nei confronti dei predetti dottori; e in via subordinata, chiedeva il rigetto delle domande di garanzia proposte dagli stessi per la non operatività della copertura assicurativa prestata, con vittoria di spese e competenze di lite.

La compagnia **[redacted]** S.p.a., benché ritualmente evocata mediante notifica a mezzo posta eseguita in data 6.02.2017, non si costituiva nel presente giudizio, sicché veniva dichiarata dal precedente giudice designato la contumacia all'udienza del 18.05.2017.

La causa veniva, quindi, istruita mediante acquisizione documentale e CTU medico-legale, a firma del dott. **Persona_5** ed è stata successivamente più volte rinviata per la precisazione delle conclusioni anche dal precedente Giudice designato, stante l'elevato carico del ruolo, sino all'udienza del 26.09.2024, celebrata mediante trattazione scritta ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., come da precedente provvedimento ritualmente comunicato alle parti, non essendo stata chiesta la trattazione nelle forme ordinarie, ove è stata introita in decisione da questo Giudice, nelle more designato per la trattazione del presente procedimento, sulle conclusioni rassegnate dalle parti nelle rispettive note scritte depositate telematicamente, e con la concessione dei termini *ex lege* di 60 giorni per il deposito di comparse conclusionali e di successivi 20 giorni per il deposito di brevi memorie di replica ex art. 190, comma 1 c.p.c..

Preliminarmente e in rito, va dichiarata la contumacia della compagnia **CP_6** ulteriore terza chiamata dal dott. **Persona_3** la quale, benché ritualmente evocata mediante notifica eseguita a mezzo posta eseguita in data 1.02.2017, non si è costituita nel presente giudizio.

La domanda attorea è parzialmente fondata e va accolta nei limiti e per le ragioni di seguito indicate.

Preliminarmente, va rigettata l'eccezione di improcedibilità della domanda per omessa mediazione, ai sensi dell'art. 5, comma 1-*bis*, del d.lgs. n. 28/2010 e ss.mm.ii., proposta dai terzi chiamati dott. **Per_3** dott. **CP_3** e dott. **Pt_6**

Questi ultimi, infatti, hanno dedotto che nel caso di specie gli attori esperivano il tentativo (poi fallito) di mediazione nei confronti soltanto della **Controparte_1** prima dell'instaurazione del presente giudizio, e non già anche nei confronti dei terzi chiamati in regresso dalla medesima struttura.

Tuttavia, la giurisprudenza più recente ha stabilito che l'obbligo del tentativo di mediazione non si estende alla chiamata in causa del terzo: di conseguenza, le domande rivolte nei confronti di questi soggetti non sono sottoposte ad alcuna condizione di procedibilità.

Ed infatti, le disposizioni che prevedono condizioni di procedibilità costituiscono una deroga all'esercizio di agire in giudizio garantito dall'art. 24 Cost.; dunque, non possono essere interpretate in senso estensivo.

Ebbene, il dato testuale prevede che l'eccezione di improcedibilità venga sollevata dal convenuto, qualificazione che il codice di rito riferisce al destinatario della *vocatio in ius* da parte attrice la quale, peraltro, nel caso di specie neppure ha esteso la domanda nei confronti dei terzi chiamati.

Tra l'altro, l'ipotesi di dover esperire, in tempi diversi e nell'ambito di uno stesso giudizio, una pluralità di procedimenti di mediazione, comporterebbe un inevitabile ed eccessivo allungamento dei tempi di definizione del processo, incompatibile con il principio della ragionevole durata dello stesso.

Di conseguenza, come è stato efficacemente ribadito nella giurisprudenza di merito, *“la mediazione obbligatoria di cui all'art. 5 del d. lgs. 28/2010 deve essere esperita unicamente in relazione alle domande proposte dall'attore nei confronti del convenuto ma non con riguardo alle domande proposte da quest'ultimo nei confronti di terzi chiamati in quanto a) una diversa soluzione comporterebbe un notevole allungamento dei tempi di definizione del processo, in contrasto con il principio di ragionevole durata dello stesso stabilito dall'art. 111 Cost.; b) le disposizioni che prevedono condizioni di procedibilità, costituendo deroga al diritto di azione, sono di stretta interpretazione; c) l'art. 5 del d. lgs. 28/2010 menziona solo il convenuto quale soggetto legittimato a dedurre il difetto del previo esperimento del tentativo di conciliazione”* (cfr. Trib. Mantova, ord. 14 giugno 2016; in senso conforme, Trib. Palermo, ord. 27.02.2016; Trib. Napoli, sentenza n. 81/2023).

Alla luce di quanto detto, l'eccezione in esame deve essere rigettata.

Sempre in via preliminare, ed al fine di un corretto inquadramento giuridico della fattispecie dedotta in giudizio, si rende opportuno evidenziare come parte attrice ha evocato in giudizio la struttura [...]

Controparte_1 per un fatto avvenuto nell'agosto 2013.

Orbene, al fine di qualificare la natura giuridica della responsabilità del soggetto evocato in giudizio, ribadito l'indirizzo espresso dalla giurisprudenza di legittimità più recente secondo cui *“In tema di responsabilità sanitaria, le norme poste dagli artt. 3, comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, e dall'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017, non hanno efficacia retroattiva e non sono applicabili ai fatti verificatisi anteriormente alla loro entrata in vigore”* (cfr. Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28994, in cui si sottolinea che la pretesa retroattività di tali disposizioni *“verrebbe ad interferire comunque con il potere ordinariamente riservato al giudice di interpretare i fatti e qualificarli giuridicamente, venendo così inammissibilmente ad incidere, seppur indirettamente, sui singoli processi in corso, con patente lesione dell'affidamento di chi ha intrapreso un'azione giudiziaria sulla base di regole sostanziali certe, come quelle della natura contrattuale della responsabilità del sanitario – con dirompenti conseguenze sul riparto dell'onere della prova e sulla prescrizione – applicate in base al «diritto vivente»; ciò che esclude la legittimità della sussunzione dei fatti costituenti responsabilità civile del sanitario in termini di responsabilità extracontrattuale in epoca anteriore al primo gennaio 2013 ed al primo aprile 2017”*; in senso conforme, Cass. civ., sez. 3, 8.11.2019, n. 28811), deve, dunque, escludersi che possa trovare applicazione alla fattispecie in esame la normativa di cui alla c.d. Legge Gelli-Bianco n. 24/2017, siccome sopravvenuta rispetto ai dedotti eventi, verificatisi dal 18.07.2013 al 24.08.2013, e deve ritenersi invece applicabile la disciplina di cui al c.d.

decreto Balduzzi, d.l. 13.09.2012, n. 158, conv. con mod. nella legge 8.11.2012, n. 189, entrata in vigore l'11.11.2012.

Peraltro, mette conto evidenziare che l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi non incide sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata); ai fini della presente decisione, dunque, non viene in rilievo il dibattito giurisprudenziale sulla natura giuridica contrattuale o extracontrattuale del medico in assenza di un contratto d'opera professionale.

Si ritiene, quindi, di dover aderire all'interpretazione granitica della giurisprudenza di legittimità, tanto da costituire "diritto vivente", *ratione temporis* applicabile alla presente fattispecie, secondo la quale la responsabilità del medico, vuoi su richiesta diretta del paziente, vuoi per intermediazione della struttura sanitaria, ha carattere negoziale-contrattuale e non aquiliano; è noto, infatti, che l'orientamento prevalente della Suprema Corte, qui pienamente condiviso, ha costantemente inquadrato l'obbligazione del medico dipendente dall'ente ospedaliero nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", come avente natura contrattuale (cfr. Cass. civ., n. 589/1999; Cass. civ., 19564/2004; Cass. civ., n. 9085/2006; Cass. civ., 24791/2008).

A sua volta, anche la responsabilità della struttura sanitaria, ente pubblico ospedaliero o casa di cura privata, come nel caso in esame - essendo sostanzialmente equivalenti gli obblighi di prestazione di tali due tipi di strutture in favore del fruitore di tali servizi - viene solitamente inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale o in clinica privata, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta pur sempre la conclusione di un contratto (cfr. Cass. civ., 1° 09.1999, n. 9198; Cass. civ., 11.03.2002, n. 3492; Cass. civ., 14.07.2003, n. 11001; Cass. civ., 21.07.2003, n. 11316; Cass. civ. 4.03.2004, n. 4400; Cass. civ., 23.09.2004, n. 19133; Cass. civ., 3.02.2012, n. 1620; Cass. civ., 20.03.2015, n. 5590).

In particolare, il rapporto che si instaura tra paziente e la struttura sanitaria, ente ospedaliero o clinica privata, trova la sua fonte nel contratto atipico c.d. di speditività, concluso tra le parti per *facta concludentia*, ossia mediante la mera accettazione del malato presso la struttura. Si tratta di un contratto atipico a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente ospedaliero), accanto a quelli di tipo "*lato sensu*" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilità della struttura nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale.

In altri termini, tanto il rapporto fra paziente e medico quanto quello tra paziente e struttura sanitaria, pubblica o privata che sia, sono regolati dalla disciplina delle obbligazioni contrattuali, in forza del "contatto sociale" che si instaura tra tali soggetti, generando un obbligo di protezione dei primi nei confronti e a carico

dei secondi (cfr. Cass. civ., n. 1698/2006; Cass. civ., n. 12362/2006, cit.; Cass. civ., n. 3492/2002); con ogni conseguenza, in entrambi i casi, in punto di prescrizione ordinaria decennale *ex art. 2946 c.c.* (Cass. 12 marzo 2013, n. 60931; Cass. 12 settembre 2013, n. 20904).

Quanto agli *oneri probandi*, come è stato condivisibilmente evidenziato dalla giurisprudenza di merito più attenta, *“la contrattualizzazione della responsabilità medica ha delle ricadute dirette sul riparto degli oneri probatori”*; infatti, il paziente-creditore sarà tenuto a dimostrare l’esistenza del rapporto contrattuale e a dedurre l’inadempimento “qualificato”, ossia astrattamente efficiente alla produzione del danno, del debitore della prestazione sanitaria, mentre quest’ultimo (nella duplice individuazione della struttura sanitaria e del medico) sarà tenuto a provare, per andare esente da responsabilità, che l’inadempimento non v’è stato o che è dipeso da causa a lui non imputabile, ovvero che pur esistendo non è stato causa del danno (cfr., in tal senso, *ex multis*, nella giurisprudenza di merito, Trib. Varese, 16.02.2010, n. 16, rel. Buffone; in senso conforme, Trib. Lecce, sez. II, 30.10.2015, n. 5192; Trib. Lecce, sez. II, 14.11.2016, n. 4824; Trib. Bari, sez. III, 28.03.2024, n. 1593).

In ogni caso, la Suprema Corte, dopo aver confermato l’inquadramento *“nell’ambito contrattuale”* della *“responsabilità della struttura sanitaria e del medico, nel rapporto con il paziente”* ed aver evidenziato che *“il problema del riparto dell’onere probatorio deve seguire i criteri fissati in materia contrattuale, alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite di questa Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell’inadempimento e dell’inesatto adempimento”*, ha, condivisibilmente, precisato, con le sentenze n. 28991/2019 e n. 28992/2019 (pronunciate nell’ambito del c.d. progetto “Sanità”), che *“ove sia dedotta la responsabilità 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, che una causa imprevedibile e inevitabile ha reso impossibile l’esatta esecuzione della prestazione”* (cfr. Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28991, Rel. E. Scoditti; in senso conforme, già Cass. civ., sez. 3, 26.07.2017, n. 18392, Rel. E. Scoditti, Rv. 645164-01; Cass. civ., sez. 3, ord. 23.10.2018, n. 26700, Rv. 651166-01; Cass. civ., sez. 3, 29.10.2019, n. 27606; e più recentemente Cass. civ., sez. 6-3, ord. 31.08.2020, n. 18102; Cass. civ., sez. 6-3, ord. 26.11.2020, n. 26907, secondo cui *“In tema di responsabilità sanitaria, il paziente è tenuto a provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell’aggravamento della situazione patologica o nell’insorgenza di una nuova malattia), non essendo sufficiente la semplice allegazione dell’inadempimento del professionista; è, invece, onere della controparte, ove il detto paziente abbia dimostrato tale nesso di causalità materiale, provare o di avere agito con la diligenza richiesta o che il suo inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile”*; Cass. civ., sez. 3, 29.03.2022, n. 10050, per cui *“In tema di responsabilità contrattuale per inadempimento delle obbligazioni professionali (tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica, anteriormente alla l. n. 24 del 2017), è onere del creditore-danneggiato provare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), il nesso di causalità, secondo il criterio del “più*

probabile che non", tra la condotta del professionista e il danno lamentato, mentre spetta al professionista 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"].

Nel dettaglio, relativamente al rapporto tra responsabilità contrattuale in campo medico e causalità materiale, la Corte di Cassazione ha premesso innanzitutto che incombe sul paziente creditore di provare l'esistenza del nesso di causalità fra l'inadempimento ed il pregiudizio alla salute; diversamente opinando, infatti, si espungerebbe dalla fattispecie costitutiva del diritto l'elemento della causalità materiale. Di contro, la causalità relativa tanto all'evento pregiudizievole quanto al danno consequenziale è comune ad ogni fattispecie di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, quale portato della distinzione fra causalità ed imputazione.

Soggiunge la Suprema Corte che il fatto *"che la causalità materiale si iscriva a pieno titolo anche nella dimensione della responsabilità contrattuale trova una testuale conferma nell'art. 1227 c.c., comma 1, che disciplina proprio il fenomeno della causalità materiale rispetto al danno evento sotto il profilo del concorso del fatto colposo del creditore (Cass. 19 luglio 2018, n. 19218; 21 luglio 2011, n. 15991), mentre il comma 2 attiene, come è noto, alle conseguenze pregiudizievoli del danno evento (c.d. causalità giuridica). Ogni forma di responsabilità è dunque connotata dalla congiunzione di causalità ed imputazione"*; sicché, *"la causalità materiale, pur teoricamente distinguibile dall'inadempimento per la differenza fra eziologia ed imputazione, non è praticamente separabile dall'inadempimento, perché quest'ultimo corrisponde alla lesione dell'interesse tutelato dal contratto e dunque al danno evento"* (cfr. pag. 7 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28991/2019, cit.). Ragion per cui, la causalità ha una propria autonoma dignità solo quale causalità giuridica, ossia quale elemento che perimetra il danno risarcibile attraverso l'identificazione del nesso eziologico fra evento di danno e danno conseguenza *ex art. 1223 c.c.*

Dunque, la Suprema Corte, con i recentissimi interventi del novembre 2019, ha inteso precisare che in materia di *facere professionale*, *"la causalità materiale torna a confluire nella dimensione del necessario accertamento della riconducibilità dell'evento alla condotta secondo le regole generali sopra richiamate"*; ciò poiché *"se l'interesse corrispondente alla prestazione è solo strumentale all'interesse primario del creditore, causalità ed imputazione per inadempimento tornano a distinguersi anche sul piano funzionale (e non solo su quello strutturale) perché il danno evento consta non della lesione dell'interesse alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, ma della lesione dell'interesse presupposto a quello contrattualmente regolato"*; conseguentemente, *"dato che il danno evento nelle obbligazioni di diligenza professionale riguarda, come si è detto, non l'interesse corrispondente alla prestazione ma l'interesse presupposto (diritto alla salute), la causalità materiale non è praticamente assorbita dall'inadempimento. Quest'ultimo coincide con la lesione dell'interesse strumentale, ma non significa necessariamente lesione dell'interesse presupposto"* (cfr. pag. 7-8 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28991/2019, cit.).

Ne consegue che l'allegazione dell'inadempimento non postula *ex se* l'allegazione anche del danno-evento il quale, attendendo a un interesse ulteriore rispetto a quello perseguito dalla prestazione, non è necessariamente collegabile al mancato rispetto delle *leges artis*, ma ben può essere riconducibile a una causa

diversa dall'inadempimento; detto altrimenti, *“La violazione delle regole della diligenza professionale non ha dunque un'intrinseca attitudine causale alla produzione del danno evento. Aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie non sono immanenti alla violazione delle leges artis e potrebbero avere una diversa eziologia”* (cfr. pag. 8 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28991/2019, cit.).

Sul creditore, pertanto, grava l'onere sia di allegare la connessione puramente naturalistica fra la lesione della salute (in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie) e la condotta del medico, sia di provare quella connessione sul piano meramente naturalistico (*“Il creditore ha l'onere di allegare la connessione puramente naturalistica fra la lesione della salute, in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie, e la condotta del medico e, posto che il danno evento non è immanente all'inadempimento, ha anche l'onere di provare quella connessione, e lo deve fare sul piano meramente naturalistico sia perché la qualifica di inadempienza deve essere da lui solo allegata, ma non provata (appartenendo gli oneri probatori sul punto al debitore), sia perché si tratta del solo profilo della causalità materiale, il quale è indifferente alla qualifica in termini di valore rappresentata dall'inadempimento dell'obbligazione ed attiene esclusivamente al fatto materiale che soggiace a quella qualifica. La prova della causalità materiale da parte del creditore può naturalmente essere raggiunta anche mediante presunzione”*, cfr. pag. 8-9 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28991/2019, cit.).

La causalità materiale diventa, dunque, nelle obbligazioni di diligenza professionale elemento costitutivo della fattispecie dedotta in giudizio con conseguente onere probatorio in capo al creditore-attore.

In sostanza, il creditore di prestazione professionale che alleghi un evento di danno alla salute, non solo deve provare quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate (c.d. causalità giuridica), ma deve provare anche, avvalendosi eventualmente pure di presunzioni, il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità, impregiudicata la natura di inadempienza di quella condotta, inadempienza che al creditore spetta solo di allegare; chiariscono le pronunce di San Martino del 2019 che soltanto *“una volta che il creditore abbia provato, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle”* (cfr. pag. 10, della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28991/2019, cit.).

Il nesso di causalità materiale che il creditore della prestazione professionale deve provare è quello fra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, c.c. ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218 c.c.). In caso di raggiungimento della prova della c.d. causalità estintiva, l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia, pur eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, non è imputabile al medico.

In conclusione, se, pur con il ricorso a presunzioni, permanga ignota la causa dell'evento di danno, il relativo rischio graverà sul creditore della prestazione professionale che vedrà respinte le sue istanze risarcitorie; ove viceversa, resti ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale o indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, il relativo rischio graverà sul debitore che, provati gli altri elementi costitutivi della sua responsabilità, sarà chiamato a risponderne [cfr. Cass. civ., sez. 3, 15.02.2018, n. 3704, secondo cui *“Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata”*; in senso conforme, già Cass. civ., sez. 3, n. 18392/2017, cit.; Cass. civ., sez. 3, n. 28991/2019, cit., ove si evidenzia, altresì, che *“tali principi si collocano nell'ambito delle regole sull'onere della prova, le quali assumono rilievo solo nel caso di causa rimasta ignota. Si tratta quindi della regola residuale di giudizio grazie alla quale la mancanza, in seno alle risultanze istruttorie, di elementi idonei all'accertamento, anche in via presuntiva, della sussistenza o insussistenza del diritto in contestazione determina la soccombenza della parte onerata della dimostrazione rispettivamente dei relativi fatti costitutivi o di quelli modificativi o estintivi (Cass. 16 giugno 1998, n. 5980; 16 giugno 2000, n. 8195; 7 agosto 2002, n. 11911; 21 marzo 2003, n. 4126)”*].

Quanto, specificamente, al contenuto del nesso di causalità, in base ai più recenti e condivisibili orientamenti della giurisprudenza di legittimità, sussiste nesso causale tra il comportamento della struttura sanitaria e/o del sanitario qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, c.d. regola della preponderanza dell'evidenza o *“del più probabile che non”*, cioè probabilità logica desumibile dagli elementi di conferma disponibili nel caso concreto e dalla contemporanea esclusione di possibili elementi alternativi (Cass., S.U., 11.01.2008, n. 576, 577, 581, 582, 584), si ritenga che l'opera materialmente posta in essere dal professionista abbia causato o concorso a causare il danno verificatosi oppure, in caso di condotta omissiva, se quell'opera, ove correttamente e prontamente svolta, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi (cfr. più di recente, Cass. civ., sez. 3, del 15.02.2018, n. 3704; Cass. civ., sez. 3, ord. 23.10.2018, n. 26700; Cass. civ., sez. 3, 29.10.2019, n. 27606; Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28991).

Dunque, in caso di condotte omissive, occorre procedere a un giudizio controfattuale di tipo sostitutivo e, quindi, chiedersi se l'evento si sarebbe ugualmente verificato in caso di scelte mediche e terapeutiche differenti. In secondo luogo, deve potersi escludere secondo il criterio di accertamento del *“più probabile che non”* che qualsiasi altro elemento - naturalistico o umano, esogeno rispetto all'azione del chirurgo-sanitario - abbia provocato da solo l'evento lesivo (41, c. 2 c.p.).

Tale indagine va condotta tenendo presente che nel processo civile, in cui opera la regola della preponderanza dell'evidenza, lo standard di c.d. certezza probabilistica non può essere ancorato esclusivamente alla c.d. probabilità quantitativa della frequenza di un evento, che potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato, secondo la c.d. probabilità logica, nell'ambito degli elementi di conferma, e, nel contempo, nell'esclusione di quelli alternativi, disponibili in relazione al caso concreto (cfr. Cass., sez. lav., n. 47/2017; Cass. civ., sez. 3, ord. 20.06.2019, n. 16581, secondo cui *“In tema di illecito civile, il nesso di causalità materiale va accertato secondo il criterio del "più probabile che non", indicando esso la misura*

della relazione probabilistica concreta tra condotta ed evento dannoso, con apprezzamento non isolato bensì complessivo ed organico dei singoli elementi indiziari o presuntivi a disposizione”).

Vale la pena aggiungere che i predetti principi di ripartizione dell’onere probatorio e di accertamento secondo la metodica del “più probabile che non”, trovano applicazione anche in caso di denunciata perdita di chance terapeutiche e/o di sopravvivenza, essendo stato ribadito in giurisprudenza che «Anche il caso di danno da perdita della "chance" risponde all'accertamento del nesso di causalità secondo la regola "di funzione", cioè probatoria, del "più probabile che non", sicché, in questo caso, la ricorrenza del nesso in parola può affermarsi solo allorché il giudice accerti che quella possibilità si sarebbe verificata "più probabilmente che non" (in questo senso la nomofilachia è chiarita in Cass., 17/09/2013, n. 21255, specie alle pagg. 129-131, e Cass., 27/03/2014, n. 7195, specie alle pagg. 15-16)» [cfr. Cass. civ., sez. 3, 13.07.2018, n. 18549; nonché, per tutte, Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28993, Rel. C. Valle - cui si rinvia per l’ampia, dotta e approfondita ricostruzione del modello teorico della “perdita di chance”, patrimoniale e non patrimoniale, e degli erronei “paralogismi” cui nel corso del tempo è pervenuta l’evoluzione ermeneutica storico-sintattica della terminologia adoperata - secondo cui “In tema di lesione del diritto alla salute da responsabilità sanitaria, la perdita di chance a carattere non patrimoniale consiste nella privazione della possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (la maggiore durata della vita o la sopportazione di minori sofferenze) conseguente - secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica - alla condotta colposa del sanitario ed integra evento di danno risarcibile (da liquidare in via equitativa) soltanto ove la perduta possibilità sia apprezzabile, seria e consistente”, nella fattispecie, la S.C. ha confermato la sentenza impugnata che aveva escluso la sussistenza di una perdita di chance terapeutiche rilevando che, anche in caso di corretta esecuzione della prestazione sanitaria, la possibilità di sopravvivenza della paziente era talmente labile e teorica da non poter essere determinata neppure in termini probabilistici; in senso conforme, più recentemente, Cass. civ., sez. 3, 19.09.2023, n. 26851, secondo cui «In tema di responsabilità sanitaria, ove sia accertato, secondo i comuni criteri eziologici, che l'errore medico abbia anticipato o anticiperà la morte del paziente, sarà risarcibile al paziente stesso o, ove la morte sia intervenuta in momento antecedente all'introduzione della lite, agli eredi "iure hereditario", solo il danno biologico differenziale determinato dalla peggiore qualità della vita effettivamente vissuta e il danno morale da lucida consapevolezza della anticipazione della propria morte, eventualmente predicabile se esistente e soltanto a far data dall'altrettanto eventuale acquisizione di tale consapevolezza in vita; ove, invece, vi sia incertezza sulle conseguenze "quoad vitam" dell'errore medico, il paziente, o i suoi eredi "iure hereditario", potranno pretendere il risarcimento del danno da perdita delle "chance" di sopravvivenza, ricorrendone i consueti presupposti di serietà, apprezzabilità, concretezza e riferibilità eziologica certa della perdita di quella "chance" alla condotta in rilievo. In nessun caso sarà risarcibile "iure hereditario" un danno da "perdita anticipata della vita", risarcibile soltanto "iure proprio" ai congiunti quale pregiudizio da minor tempo vissuto dal congiunto»].

In particolare, come è stato efficacemente evidenziato dalla Suprema Corte “Per integrare gli estremi del danno risarcibile, la perdita di chance (giusta l’insegnamento delle sezioni unite di questa Corte in tema di danno non patrimoniale: Sez. U n. 26792 del 11/11/2008) dovrà peraltro attingere ai parametri della apprezzabilità, serietà, consistenza, rispetto ai quali il valore statistico/percentuale - se in concreto accertabile

- potrà costituire al più criterio orientativo, in considerazione della infungibile specificità del caso concreto, onde distinguere la concreta possibilità dalla mera speranza” (cfr. pag. 8 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28993/2019, cit.).

In applicazione dei principi sopra richiamati, passando alla disamina della censurata condotta ascritta ai sanitari che ebbero in cura *Persona_1* era onere degli attori fornire la prova: 1) dell’esistenza del contatto sociale qualificato della sig.ra *Per_1* con la *Controparte_1* peraltro non oggetto di contestazione tra le parti; 2) allegare l’inadempimento (o comunque l’inesatto adempimento) delle prestazioni medico-professionali rese dai sanitari della predetta struttura sanitaria privata, concretizzatosi più correttamente in una condotta commissiva ed omissiva; 3) provare il danno-evento lamentato ed il nesso di causalità “materiale” tra questo e l’errata esecuzione dell’intervento e l’omissione dei sanitari che la visitarono e la ebbero in cura, restando, invece, a carico della struttura convenuta la prova dell’avvenuto adempimento, ossia che inadempimento non v’è stato, o che comunque pur sussistendo nel caso concreto, esso sia dipeso da fatto non imputabile ai sanitari, ovvero ancora che, pur esistendo, non è stato causa del danno, essendo stato determinato da un evento imprevisto, imprevedibile ovvero inevitabile.

Ebbene, nel caso di specie, è pacifico ed incontestato che: 1) la sig.ra *Per_1* veniva ricoverata presso la *Controparte_1* il 18.07.2023; 2) ivi veniva sottoposta, in data 23.07.2013, ad intervento chirurgico di sostituzione di tre valvole cardiache, a seguito del quale veniva ricoverata per dodici giorni in terapia intensiva; 3) in data 12.08.2013 la paziente veniva dimessa con prescrizione di un ciclo di riabilitazione cardio-respiratoria e perciò veniva trasferita a Cassano delle Murge presso l’Istituto Maugeri; 4) in data 14.08.2013, il primario dell’Istituto Maugeri, ritrasferiva la sig.ra *Per_1* presso la clinica *CP_1* evidenziando: “*All’ingresso paziente dispnoica, tachipnoica (presenza di versamento pleurico (...)). Hb all’ingresso: 7g/dl; si esegue trasfusione di due sacche di emazie... La paziente presenta deiscenza del III inferiore della ferita sternale con continua perdita ematica...*”; 5) la paziente rientrava in data 14.08.2013 nel reparto di cardiocirurgia della *Controparte_1* ove le veniva applicata la V.A.C. (terapia a pressione negativa), e confermata la presenza di una infezione polmonare (*Klebsiella pneumoniae*) rilevata presso l’Istituto Maugeri; 6) in data 20.08.2013 veniva sostituita la V.A.C. attesa la presenza di una “ostruzione in corso”; successivamente, la paziente riportava la lacerazione dell’aorta ascendente e veniva, dunque, operata d’urgenza dal dott. *CP_3* con intervento cardiocirurgico per emorragia acuta da lacerazione dell’aorta; 7) in data 24.08.2013 si verificava il decesso della paziente.

Parte attrice, dunque, ha prospettato una responsabilità della casa di cura convenuta, rilevando, da un lato, l’assenza di valido consenso informato e, dall’altro, profili di imprudenza, imperizia e negligenza dei medici che ebbero in cura *Persona_1* sia negli interventi eseguiti sia nella improvvida dimissione eseguita il 12.08.2013.

Ebbene, tali prospettazioni hanno trovato parziale conferma nella CTU medico – legale espletata nel corso del presente giudizio.

Ed invero, sulla scorta dei dati anamnestici e obiettivi raccolti, della documentazione presente in atti e dell’esame degli stessi, il CTU, dott. *Persona_5* ha ricostruito il dato storico-clinico della paziente e coerentemente formulato le seguenti considerazioni di carattere tecnico scientifico, immuni da vizi logico-

giuridici e da cui, pertanto, non vi sono concrete ragioni per discostarsi, evidenziando che: “(...) il decesso della paziente rappresentò la conseguenza delle complicanze che caratterizzarono il decorso di un intervento cardiocirurgico di sostituzione con protesi biologiche delle valvole aortica, mitrale e tricuspide. Il decesso si verificò dopo un secondo intervento cardiocirurgico - reso necessario (20.08.2013) per consentire la riparazione di una lacerazione aortica- in esito ad un progressivo scadimento dell'emodinamica e della funzionalità renale. (...) non c'è dubbio che, nella seriazione degli eventi che condussero al decesso, non se ne individua alcuno che possa aver interrotto il nesso fisiopatologico e causale tra l'intervento cardiocirurgico del 23.07.2013 ed il decesso. (...) qualora la paziente non fosse stata operata, il suo decesso non si sarebbe verificato, almeno con la modalità e/o la tempistica con cui ebbe effettivamente a verificarsi. (...), possiamo certamente rilevare che la fase critica del decorso è quella relativa all'assistenza post-operatoria immediata (ossia fino alla dimissione del 12.08.2013) ed anche a quella relativa al secondo ricovero (dal 14.08 fino al decesso) presso la casa di cura “ CP_1 ” di Bari. (...) si può preliminarmente affermare che la dimissione del 12.08.2013 non può affatto essere considerata espressione di buona pratica medica. (...) la paziente era tutt'altro che stabile, con una condizione anemica rilevante e, soprattutto, in peggioramento; (...). (...). L'inadeguatezza della decisione di dimettere la paziente non emerge solo da una comoda lettura ex post dei fatti, ma riviene proprio dall'atteggiamento dei medici del Centro di Riabilitazione, i quali -innanzitutto- ritennero di trattare il grave stato anemico con terapia trasfusionale e, quindi, verificata l'impossibilità assoluta di procedere a qualsivoglia tentativo terapeutico riabilitativo, previ accordi diretti, ritrasferirono la paziente presso la casa di cura barese. D'altro canto, anche i CCTT dei convenuti hanno espresso tutte le loro perplessità sulle modalità di dimissione (...). In sostanza, ritengo sia corretto -e difficilmente confutabile - affermare che la dimissione del 12.08.2013, almeno per modalità e tempistica, debba essere ritenuta imprudente e, quindi, non rappresenti affatto espressione di buona pratica medica. In merito alla responsabilità di tale comportamento, in assoluta condivisione del concetto secondo il quale il trattamento cardiocirurgico non debba e non possa essere 'confinato' al solo atto operatorio strettamente considerato, è evidente che la responsabilità vada ascritta a tutto il team medico di quel reparto; questo tanto più in considerazione del fatto che (...) la paziente in questione era fragile per la pre-esistenza di multiple comorbilità. Proprio per tale condizione (...) ella meritava un'attenzione ancora maggiore e, soprattutto, plurispecialistica; (...). Sempre in tema di assistenza post-operatoria (...) si deve rilevare che anche il trattamento della deiscenza sternale non risulta esente da pecche, anche prescindendo dalla correttezza delle indicazioni alla VAC e della sua concreta attuazione. Mi riferisco ad un aspetto sul quale, in realtà, neanche parte attrice esprime esplicite critiche e che riguarda la gestione infettivologica. Anche in questo caso -come in merito al trattamento dello stato anemico-, il comportamento doveroso alternativo non riviene da uno studio a tavolino della letteratura scientifica e/o delle linee guida, ma dal comportamento concretamente posto in essere presso il Centro Riabilitativo di Cassano Murge. Presso quella struttura, infatti, il 13.08.2013, fu subito eseguito (parrebbe per la prima volta) un tampone della ferita sternale, che evidenziò l'agente responsabile dell'infezione, la Klebsiella Penumoniae. Noi sappiamo per certo che il 16.08.2013 era stato stampato il referto dell'esame colturale e dell'antibiogramma, che evidenziavano la -scarsa- sensibilità del germe agli antibiotici e, tra questi, alla tigecciclina. Sappiamo anche che lo specifico antibiotico (Tygacil; tigecciclina), in

assenza (parrebbe) di un consulto specialistico infettivologico, fu somministrato alla paziente solo dalla sera del 19.08.2013. Se consideriamo che un esame colturale sarebbe stato doveroso certamente prima della dimissione del 12.08.2013, ecco che possiamo dire che una corretta gestione assistenziale plurispecialistica, avrebbe potuto anticipare l'instaurazione di una terapia antibiotica mirata almeno di una settimana, rispetto a quanto avvenne in concreto. In merito al trattamento della deiscenza con terapia a pressione negativa, (...), a difesa dei convenuti si afferma (...) che (...). (...) l'instaurazione del trattamento a pressione negativa non può essere considerata scelta criticabile (...). (...). Indubbiamente, tuttavia, anche questo tipo di trattamento non è scevro da complicanze anche rilevanti e potenzialmente letali. (...). Con specifico riferimento al caso in studio (...). (...) la complicanza infettivologica rappresentò un punto prognosticamente cruciale nell'infausta evoluzione che presentò il caso in studio. E' certamente vero che il processo infettivo poté aver indebolito le pareti dell'aorta, fino a renderla suscettibile ad agenti normalmente non lesivi (...). (...). Sintetizzando le considerazioni sugli aspetti relativi a indicazioni e ruolo patogeno della CP_8 ritengo sia ragionevole affermare che: la ^{Part} era indicata in considerazione della chiara evidenza di ritardo del processo di guarigione sternale, associato a segni certi di infezione da Klebsiella; essa (terapia a pressione negativa) poté, tuttavia, aver svolto un ruolo concausale o, almeno, facilitante, sulla lesione vascolare aortica. (...). In estrema sintesi (...) si può affermare quanto segue. Le indicazioni e la esecuzione materiale dell'intervento cardiocirurgico di triplice sostituzione valvolare risultano corrette. Adeguatamente supportata dalla letteratura scientifica di settore risulta anche l'indicazione alla Negative-Pressure Wound Therapy (VAC) una volta che fu diagnosticata la deiscenza infetta della ferita sternale. (...) Non conformi a buona pratica medica devono essere considerati i seguenti aspetti: - inadeguata gestione delle complicanze sistemiche (stato anemico e disturbi idroelettrolitici) e loco-regionali (in particolare, deiscenza/infezione della ferita chirurgica sternale); - precoce ed imprudente dimissione in data 12.08.2013, allorquando le condizioni cliniche della paziente erano tutt'altro che stabilizzate; - tardiva instaurazione, in assenza di consulto specialistico infettivologico, di terapia antibiotica mirata, nella gestione dell'infezione sternale, la quale contribuì alla verificazione della complicanza vascolare (lacerazione della parete aortica) che rese necessario il secondo intervento cardiocirurgico. Non c'è dubbio che gli aspetti sopra elencati determinarono un aumento delle probabilità di esito letale, tale per cui si può affermare che il diverso e doveroso comportamento assistenziale avrebbe incrementato le chances di sopravvivenza della paziente. In riferimento alla quantizzazione di tale riduzione di chances, è evidente che non vi siano elementi per ritenere oggettive e concrete le stime prodotte da parte attrice ("...circa il cinquanta per cento" dice il Dott. CTP). Infatti, proprio la condizione pre-esistente di elevato rischio, nonché il concorso di multipli fattori concausali, non tutti addebitabili a errato comportamento dei sanitari, non consente -a mio parere- una stima ragionevolmente oggettiva del parametro in questione. (...) ritengo che la riduzione di chances di sopravvivenza attribuibile a malpractice debba essere lasciata ad una stima equitativa in fase di eventuale definizione del risarcimento".

In conclusione, il CTU ha evidenziato che: "1. la causa biologica del decesso della Signora Per_1 va individuata in una serie di complicanze sistemiche e loco-regionali di un intervento cardiocirurgico di sostituzione tri-valvolare (...), cui la paziente fu sottoposta in data 23.07.2013 (...); 2. La morte è certamente

*in nesso di causalità materiale con l'intervento suddetto; non sono intervenuti fattori patogeni diversi, capaci di interrompere la seriazione causale tra intervento cardiocirurgico e decesso della paziente; 3. Vi è stato un ruolo concausale di altre condizioni, sia preesistenti che sopravvenute all'atto chirurgico propriamente detto, ma diverse dalla patologia (disfunzione tri-valvolare) che ha richiesto il trattamento cardiocirurgico e che da quest'ultimo è risultata efficacemente emendata; 4. Si trattava di un intervento alla portata degli operatori che in concreto lo eseguirono, in virtù della specifica competenza cardiocirurgica, nonché delle dotazioni strutturali, strumentali e professionali della casa di cura; ricorreva, tuttavia, una condizione di elevato rischio operatorio, determinato dalle patologie pre-esistenti da cui la paziente era affetta; 5. La morte si verificò (24.08.2013) 31 giorni dopo l'intervento di sostituzione trivalvolare; pur non essendosi -il decesso- verificato immediatamente dopo l'intervento cardiocirurgico, nel corso della loro evoluzione fisiopatologica, le condizioni della paziente non presentarono alcuna fase di effettiva stabilizzazione, tale da aver potuto configurare la realizzazione di un danno biologico permanente. Il periodo in questione (dal 23.07.2013 al 24.08.2013) deve essere inquadrato come incapacità temporanea assoluta. 6. Sono stati evidenziati alcuni aspetti del trattamento cardiocirurgico latamente inteso (con tale accezione intendendosi l'intera assistenza sanitaria, dal ricovero in reparto cardiocirurgico del 18.07.2013 alla dimissione del 12.08.2013, nonché il successivo ricovero dal 14.08.2013 al 24.08.2013) non conformi alla buona pratica medica, legati essenzialmente alla gestione della fase post-operatoria; 7. Gli elementi di criticità non riguardano indicazioni e/o esecuzione materiale della sostituzione delle tre valvole cardiache, bensì l'assistenza nel corso della fase post-operatoria; non emergono significativi elementi di malpractice sulle indicazioni, sulla scelta della tecnica chirurgica e/o sulla modalità con cui l'intervento cardiocirurgico fu eseguito; 8. Doverose prudenza e diligenza avrebbero dovuto: a) imporre una sorveglianza più assidua ed attenta delle condizioni cliniche della paziente; b) evitare la dimissione del 12.08.2013, subordinandola alla correzione dello stato anemico, nonché alla gestione loco-regionale della complicanza (deiscenza ed infezione) del sito di primo accesso cardiocirurgico (sternotomia); 9. **Non si può affermare con i criteri della scienza medica che, qualora fossero stati attuati comportamenti medici doverosi più diligenti e/o prudenti, il decesso non si sarebbe verificato. Indubbiamente, tuttavia, le probabilità che la Signora Per 1 sopravvivesse, o, meglio, che il suo decesso non si verificasse con la tempistica e le modalità con cui ebbe -in concreto- a verificarsi, sarebbero state certamente maggiori.** La ricorrenza di multipli elementi confondenti (attribuibili soprattutto al concorso di fattori patogeni pre-esistenti e sopravvenuti, non tutti riconducibili a malpractice) non consente di esprimere una stima oggettiva di tale perdita di chances che, pertanto, ritengo sia corretto affidare ad un calcolo di tipo equitativo. 10. Trattandosi di un trattamento di equipe, soprattutto in considerazione della delicatezza del caso e, quindi, della necessità di un approccio multidisciplinare complessivo alla gestione assistenziale di quella paziente, ritengo che le condotte censurabili, cui si è fatto riferimento nella trattazione estesa, vadano ascritte a tutta l'equipe del reparto e, quindi, alla struttura sanitaria nel suo complesso".*

L'elaborato consulenziale è senza dubbio esaustivo e sorretto da una motivazione approfondita, completa e dettagliata, oltre che suffragata dagli approdi ermeneutici della scienza medico-legale più accreditata, tenuto conto che le considerazioni svolte dal Consulente sono sorrette da osservazioni di carattere scientifico e sono corredate da numerosi riferimenti alla letteratura scientifica.

Le conclusioni rassegnate sono state inoltre ribadite dal CTU, nel pieno e completo contraddittorio con i consulenti e i procuratori delle parti, in sede di replica alle osservazioni formulate dai Consulenti di parte.

Dunque, all'esito degli accertamenti espletati, facendo proprio applicazione del criterio civilistico del "più probabile che non", lo stesso Consulente ha riconosciuto l'operato dei sanitari non conforme alle buone pratiche mediche, soprattutto con riferimento alla fase post-operatoria, ed il conseguente nesso causale tra questo e il decesso della *Per_1*, oltre alla violazione della normativa sul consenso informato.

In particolare, secondo il CTU, la *malpractice* medica si è sostanziata, nel caso di specie, nella non corretta gestione della fase post-operatoria (dimissioni affrettate e tardiva gestione dell'infezione), escludendo, così, elementi di negligenza, imprudenza ed imperizia nella scelta della tecnica chirurgica e nella modalità con cui l'intervento è stato eseguito. Inoltre, il dott. *Per_5* ha altresì riconosciuto la sussistenza di vizi formali nel modulo di consenso informato somministrato e sottoscritto dalla paziente.

Tuttavia, va disattesa la domanda di risarcimento del danno proposta da parte attrice in riferimento all'asserita violazione della normativa sul **consenso informato**, avendo la medesima difesa attorea dedotto la "nullità e/o inesistenza del consenso informato fatto firmare alla paziente in merito al primo intervento del 23/07/2013, in quanto si riscontra: la mancata sottoscrizione da parte del medico che lo avrebbe redatto e spiegato alla paziente nonché la mancata indicazione della data di redazione e la mancata indicazione del rischio operatorio specifico calibrato sulle condizioni cliniche della signora *Persona_1*. (...). L'omessa informazione da parte del sanitario su alcuni dati relativi al tipo di intervento lede il diritto del paziente ad autodeterminarsi e ne discende una responsabilità del sanitario e, di riflesso, della struttura (...) per cui lo stesso agisce. La configurazione di siffatta responsabilità è, peraltro, del tutto indifferente rispetto all'esito del trattamento; quindi, se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno non assume alcun rilievo ai fini della sussistenza dell'illecito per la violazione del consenso informato. L'illecito sussiste per la semplice ragione che il paziente a causa del deficit di informazione non è stato messo in condizione di assentire consapevolmente al trattamento sanitario e quindi il trattamento non può dirsi avvenuto a seguito di consenso valido (...)"

Orbene, tale ricostruzione, operata dagli attori, non appare conforme alla giurisprudenza più recente in materia di consenso informato.

Ed invero, preliminarmente, va evidenziato che il diritto al consenso informato in ambito sanitario è ora sancito dall'art. 1 della Legge n. 219/2017 secondo cui: "1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea [...] stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge... 3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi".

Tuttavia, già prima della novella legislativa del 2017 il diritto in esame, inteso quale *“espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico”*, era stato riconosciuto dalla Corte Cost. con la sentenza n. 438/2008 e da numerose sentenze di legittimità, in forza dei principi posti dagli artt. 2, 13 e 32 Cost., e da diverse norme internazionali (art. 8 CEDU, art. 24 Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20.11.1989, ratificata con L. 27.05.1991 n. 176; art. 5 Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4.04.1997, ratificata con L. 28.03.2001 n. 145; art. 3 Carta dei diritti fondamentali dell'UE, proclamata a Nizza il 7.12.2000) e nazionali (art. 3 L. 21.10.2005 n. 219 *“Disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”*; art. 6 L. 19.02.2004 n. 40 *“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”*; art. 33 L. 23.12.1978 n. 833 *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*).

Ebbene, secondo la definizione datane dal Giudice delle leggi (cfr. Corte cost., 23.12.2008, n. 438) – condivisa dalla Suprema Corte di Cassazione (cfr. Cass. civ., 9.02.2010, n. 2847) – *«il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32, secondo comma, Cost., i quali stabiliscono rispettivamente che la libertà personale è inviolabile e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»*.

La Suprema Corte ha ripetutamente affermato che il consenso del paziente, oltre che informato, deve essere consapevole, completo (deve riguardare cioè tutti i rischi prevedibili, compresi quelli statisticamente meno probabili, con esclusione solo di quelli assolutamente eccezionali ed altamente improbabili), e globale (deve coprire non solo l'intervento nel suo complesso, ma anche ogni singola fase dello stesso), dall'altro deve essere esplicito e non meramente presunto o tacito (cfr. *ex multis*, recentemente, Cass. civ., ord. n. 16633/2023).

Il dovere di informare il paziente costituisce, pertanto, una prestazione distinta da quella sanitaria, la quale è finalizzata alla tutela del diritto fondamentale alla salute; di conseguenza, la violazione dell'obbligo assume autonoma rilevanza ai fini dell'eventuale responsabilità risarcitoria del sanitario.

Al riguardo, è stato, in particolare, chiarito che *“la violazione, da parte del medico, del dovere di informare il paziente, può causare due diversi tipi di danni: a) un danno alla salute, quando sia ragionevole ritenere che il paziente – sul quale grava il relativo onere probatorio – se correttamente informato, avrebbe rifiutato di sottoporsi all'intervento (onde non subirne le conseguenze invalidanti); b) un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione, predicabile se, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale oppure non patrimoniale (ed, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute”* (cfr. da ultimo, Cass. civ., sez. III, 11.11.2019, n. 28985, ove la S.C. nel riassumere gli aspetti principali di tale danno ha avuto modo di precisare che *“Pertanto, possono prospettarsi le seguenti situazioni conseguenti ad una omessa od insufficiente informazione. A) omessa/insufficiente informazione in relazione ad un intervento che ha cagionato un danno alla salute a causa della condotta colposa del medico, a cui il paziente avrebbe in ogni caso scelto di sottoporsi, nelle medesime condizioni, “hic et nunc”. In tal caso, il risarcimento sarà limitato al solo danno alla salute subito dal paziente, nella sua duplice componente, morale e relazionale; B) omessa/insufficiente informazione in relazione ad un intervento che ha cagionato un*

danno alla salute a causa della condotta colposa del medico, a cui il paziente avrebbe scelto di non sottoporsi. In tal caso, il risarcimento avrà ad oggetto il diritto alla salute e quello all'autodeterminazione del paziente; C) omessa informazione in relazione ad un intervento che ha cagionato un danno alla salute (inteso anche nel senso di un aggravamento delle condizioni preesistenti) a causa della condotta non colposa del medico, a cui il paziente avrebbe scelto di non sottoporsi. In tal caso il risarcimento sarà liquidato in via equitativa con riferimento alla violazione del diritto alla autodeterminazione, mentre la lesione della salute -da considerarsi comunque in relazione causale con la condotta, poiché, in presenza di adeguata informazione, l'intervento non sarebbe stato eseguito- andrà valutata in relazione alla eventuale situazione "differenziale" tra il maggiore danno biologico conseguente all'intervento ed il preesistente stato patologico invalidante del soggetto; D) omessa informazione in relazione ad un intervento che non abbia cagionato danno alla salute del paziente, cui egli avrebbe comunque scelto di sottoporsi. In tal caso, nessun risarcimento sarà dovuto; E) omissione/inadeguatezza diagnostica che non abbia cagionato danno alla salute del paziente, ma che gli ha tuttavia impedito di accedere a più accurati ed attendibili accertamenti [...]: in tal caso, il danno da lesione del diritto, costituzionalmente tutelato, alla autodeterminazione sarà risarcibile [...] qualora il paziente allegghi che dalla omessa, inadeguata o insufficiente informazione gli siano comunque derivate conseguenze dannose, di natura non patrimoniale, in termini di sofferenza soggettiva e contrazione della libertà di disporre di se stesso, psichicamente e fisicamente, salva possibilità di provata contestazione della contropartì"; in senso conforme, già Cass. civ., n. 7248/2018; e recentemente, Cass. civ., sez. III, 16.03.2021, n. 7385).

Si tratta dunque di un danno-conseguenza; i pregiudizi patrimoniali e non patrimoniali (questi ultimi che superino la soglia di normale tollerabilità) che derivino, secondo un nesso di regolarità causale, dalla lesione del diritto all'autodeterminazione devono essere debitamente allegati e provati dal preteso danneggiato e la prova può essere fornita con ogni mezzo, ivi compresi il notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, non essendo configurabile un danno risarcibile *in re ipsa*, derivante esclusivamente dall'omessa informazione (cfr. ex multis: Cass. civ., n. 28985/2019, cit.; in senso conforme, Cass. civ., n. 24471/2020).

Dunque, in materia di responsabilità sanitaria, l'inadempimento dell'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente assume diversa rilevanza causale a seconda che sia dedotta la violazione del diritto all'autodeterminazione o la lesione del diritto alla salute.

Ed invero, nel primo caso, l'omessa o insufficiente informazione preventiva evidenzia "ex se" una relazione causale diretta con la compromissione dell'interesse all'autonoma valutazione dei rischi e dei benefici del trattamento sanitario; nel secondo, invece, l'incidenza eziologica del deficit informativo sul risultato pregiudizievole dell'atto terapeutico correttamente eseguito dipende dall'opzione che il paziente avrebbe esercitato se fosse stato adeguatamente informato ed è configurabile, di regola, in caso di presunto dissenso, con la conseguenza che l'allegazione dei fatti dimostrativi di tale scelta costituisce parte integrante dell'onere della prova, gravante sul danneggiato, del nesso eziologico tra inadempimento ed evento dannoso (cfr. Cass. civ., ord. n. 16633/2023).

La violazione degli obblighi informativi dovuti al paziente può, dunque, essere dedotta sia in relazione eziologica rispetto all'evento di danno rappresentato dalla lesione del diritto alla salute, sia in relazione

all'evento di danno rappresentato dalla violazione del diritto all'autodeterminazione, sia, contemporaneamente, in relazione ad entrambi.

Ebbene, nella fattispecie in esame, parte attrice ha dedotto la nullità e/o inesistenza del consenso informato, con conseguente diritto al risarcimento, deducendo genericamente una violazione del diritto all'autodeterminazione della paziente (“... *L'omessa informazione da parte del sanitario su alcuni dati relativi al tipo di intervento lede il diritto del paziente ad autodeterminarsi e ne discende una responsabilità del sanitario e, di riflesso, della struttura ...*”).

Tuttavia, nonostante l'oggettivo riscontro di lacune nel modulo di consenso sottoscritto dalla *Per_1* (mancanza di sottoscrizione del medico, di indicazione della data e di percentuale di rischio specifico) – riconosciuto anche dal dott. *Per_5* in sede di consulenza tecnica (“*In merito al consenso, si conferma la veridicità dei vizi formali contestati dagli attori, soprattutto relativamente alla mancanza della valutazione del rischio pre-operatorio, che anche i CCTT dei convenuti -correttamente- ritengono essere un punto fondamentale della valutazione di un paziente con elevata fragilità -causata dalla pre-esistenza di multiple patologie-, quale era la Sig.ra Per_1*”) - non possono ritenersi sussistenti i presupposti per un risarcimento del danno.

Ed invero, nel caso di specie, parte attrice non ha dedotto, neppure genericamente, che, ove la sig.ra *Per_1* fosse stata compiutamente informata circa la tipologia di intervento, il rischio specifico e le possibili conseguenze negative, avrebbe rifiutato di sottoporsi allo stesso.

In altri termini, non risulta in alcun modo provato che, se adeguatamente informata, la paziente avrebbe verosimilmente rifiutato di sottoporsi all'intervento, trattandosi altresì di trattamento chirurgico opportuno e necessario rispetto alla diagnosi di disfunzione cardiaca tri-valvolare.

Come innanzi evidenziato, il danneggiato è tenuto a fornire la prova, che, ove avesse ricevuto le informazioni necessarie, avrebbe deciso di non sottoporsi all'intervento, prova che, nel caso di specie, non risulta essere stata fornita da parte attrice.

Tra l'altro, anche a voler superare la questione del difetto di tale specifica allegazione, deve escludersi che - tenuto conto della necessità dell'intervento del 23.07.2013, correttamente eseguito, come accertato dal ctu - sia possibile desumere il cd. dissenso presunto sulla base degli atti e fatti allegati dagli istanti e della documentazione acquisita.

Detto con altre parole, non può ritenersi raggiunta la prova presuntiva che, se fosse stata rappresentata la realtà dei rischi, la paziente non si sarebbe sottoposta all'intervento.

Ne consegue, quindi, il rigetto della specifica domanda di risarcimento del danno per violazione del consenso informato.

Diversamente, va accolta la domanda volta ad accertare e dichiarare la negligente, imprudente ed imperita condotta professionale dei sanitari che ebbero in cura la sig.ra *Per_1*, con conseguente risarcimento dei danni subiti nei limiti e per le ragioni di seguito precisate.

Infatti, alla luce degli elementi suindicati, dell'esame della produzione documentale e delle risultanze istruttorie, può concludersi che sono emersi profili di inadempienza e di violazione delle *leges artis* e, in generale, delle regole cautelari all'uopo necessarie, che hanno portato, secondo il criterio del più probabile che

non, alla perdita di *chance* di sopravvivenza della paziente, con la tempistica e nelle modalità in cui ebbe a verificarsi il suo decesso.

In altre parole, nel caso di specie, deve ritenersi certamente sussistente il nesso causale, secondo il criterio del più probabile che non, tra la condotta dei sanitari e la perdita di *chance* di sopravvivenza della paziente e, dunque, assolto l'onere della prova in capo a parte attrice (c.d. primo ciclo causale).

Ciò detto in punto di prova adeguatamente fornita da parte attrice in merito al c.d. primo ciclo causale, occorre, a questo punto, valutare il c.d. secondo ciclo causale, e quindi stabilire se sia stato assolto l'onere probatorio gravante su parte convenuta: in particolare, occorre stabilire se sia stata dimostrata, nel caso di specie, l'esistenza di una causa che ha fatto sì che l'intervento sortisse quell'esito invalidante, non imputabile alla struttura, rappresentata da una c.d. complicanza, nota nella letteratura scientifica ma tuttavia non evitabile [il CTU, nella propria relazione ha, infatti, evidenziato la "*inadeguata gestione delle complicanze sistemiche (stato anemico e disturbi idroelettrolitici) e loco-regionali (in particolare, deiscenza/infezione della ferita chirurgica sternale)*"].

Preliminarmente, mette conto precisare che la giurisprudenza di legittimità ha più volte chiarito che il lemma "complicanza", con cui la medicina clinica e legale designano solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'*iter* terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile, è di per sé inutile nel campo giuridico; e "*ciò perché, quando, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la sua conclusione, si verifichi un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una: - o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso va ascritto a colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze"; - ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art. 1218 cod. civ., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze". Al diritto non interessa se l'evento dannoso non voluto dal medico rientri o no nella classificazione clinica delle complicanze: interessa solo se quell'evento integri gli estremi della "causa non imputabile": ma è evidente che tale accertamento va compiuto in concreto e non in astratto*" (cfr. Cass. civ., sez. 6, ord. 29.11.2022, n. 35024).

Tra l'altro, i connotati della prevedibilità e dell'evitabilità sono a ben vedere richiesti in alternativa: resta non imputabile ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1218 c.c. anche la causa prevedibile (come per definizione è la complicanza nota nella casistica e nella letteratura scientifica), ma tuttavia non evitabile se non mediante la rinuncia a priori all'intervento.

Nel caso di specie, deve quindi valutarsi se la complicanza, riscontrata nella deiscenza ed infezione della ferita, prevedibile in base alla letteratura scientifica, fosse in concreto inevitabile.

E tale onere probatorio, in base ai predetti principi, grava sulla parte convenuta.

In altri termini, in caso di prestazione professionale medico-chirurgica, soprattutto se di "*routine*", spetta al professionista superare la presunzione che le "complicanze" siano state determinate da omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento. Ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può

limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio (cfr. Cass. civ., sentenza n. 24074/2017; in senso conforme, cfr. Cass. civ., sez. 3, Sentenza n. 20806 del 29/09/2009; id. Sez. 6 – 3, Ordinanza n. 17694 del 29/07/2010; id. Sez. 3, Sentenza n. 13328 del 30/06/2015; id. Sez. 3, Sentenza n. 12516 del 17/06/2016).

Ebbene, nel caso di specie tale onere probatorio non risulta essere stato assolto dalla *CP_1* convenuta, non avendo la stessa provato né tantomeno dedotto e allegato l'inevitabilità dell'evento dannoso, ossia della predetta "complicanza" al fine di superare la presunzione di responsabilità su di essa gravante ex art. 1218 c.c., restando in tal modo a carico della struttura ospedaliera gli effetti della mancanza di prova che gli esiti pregiudizievoli siano stati determinati da causa alla stessa non imputabile.

Dunque, la struttura ospedaliera convenuta avrebbe dovuto fornire prova dell'esistenza di una causa che ha condotto all'evento lesivo e della sua inevitabilità, non essendo sufficiente, per superare la presunzione posta a suo carico dall'art. 1218 c.c., dimostrare che l'evento dannoso per il paziente rientri astrattamente nel novero di quelle che nel lessico clinico vengono chiamate "complicanze", rilevate dalla statistica sanitaria.

Dunque, dal mancato assolvimento dell'onere probatorio in capo alla struttura convenuta, discende l'accoglimento della domanda attorea.

Ciò detto, in virtù delle considerazioni tecniche, pienamente condivise da chi scrive, in quanto adeguatamente motivate e coerenti con le affermazioni fatte in premessa, volendo procedere alla valutazione dell'incidenza della condotta censurabile dei sanitari della *Controparte_1* (discostante dalle *leges artis* e dalle buone pratiche clinico-assistenziali), è possibile affermare che la condotta colpevole ha prodotto una significativa riduzione delle *chances* di sopravvivenza della sig.ra *Per_1*, come accertato dallo stesso CTU, dott. C. *Per_5*

In altri termini, ribadito che l'inadempienza dei sanitari ha riguardato il duplice aspetto della improvvida dimissione in data 12.08.2013 e della non corretta e inadeguata gestione della deiscenza della ferita sternale e della relativa complicanza infettivologica riscontrata all'esito del secondo ricovero dopo il ri-trasferimento della *Per_1* dall'Istituto di riabilitazione Maugeri, e che, in caso di assenza di tali condotte inadempienti, "le probabilità che la signora *Per_1* sopravvivesse, o, meglio, che il suo decesso non si verificasse con la tempistica e le modalità con cui ebbe – in concreto – a verificarsi, sarebbero state certamente maggiori", il Consulente -in ragione della elevata aleatorietà della fattispecie e della presenza di numerosi "elementi confondenti", attribuibili al concorso di fattori patogeni preesistenti e sopravvenuti- ha ritenuto che non vi fossero gli estremi per esprimere una stima oggettiva in ordine alle probabilità di sopravvivenza della paziente.

Si configura, pertanto, nel caso di specie, un'ipotesi di perdita di *chance* a carattere non patrimoniale, consistente nella privazione di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (nel senso della maggiore durata della vita), conseguente -come visto- secondo gli ordinari criteri di derivazione causale alla condotta colposa dei sanitari della casa di cura convenuta.

Orbene, in tema, va rammentato che secondo quanto di recente chiarito dalla Corte di Cassazione (cfr. sent. n. 28993 dell'11.11.2019): "la perdita di *chance* a carattere non patrimoniale consiste nella privazione della

possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (la maggiore durata della vita o la sopportazione di minori sofferenze) conseguente - secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica - alla condotta colposa del sanitario ed integra evento di danno risarcibile (da liquidare in via equitativa) soltanto ove la perdita possibilità sia apprezzabile, seria e consistente”.

La *chance* si sostanzia, in definitiva, nell'incertezza del risultato, la cui “perdita”, ossia l'evento di danno, è il precipitato di una chimica di insuperabile incertezza, predicabile alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo rapportate alle condizioni soggettive del danneggiato. Tale evento di danno sarà risarcibile a seguito della lesione di una situazione soggettiva rilevante - che pur sempre attiene al “bene salute” - sempre che esso sia stato allegato e provato in giudizio nella sua già ricordata dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza, e non già soltanto in base alla pura e semplice relazione causale tra condotta ed evento, in guisa di danno *in re ipsa*.

Inoltre, a fronte del suddetto insegnamento della giurisprudenza di legittimità di cui a Cass. civ., sez. 3, n. 28993/2019, in tema di perdita di *chance* da *malpractice* medica, possono essere individuate 5 differenti ipotesi:

- A) “la condotta (commissiva o più spesso omissiva) colpevolmente tenuta dal sanitario ha cagionato la morte del paziente, mentre una diversa condotta (diagnosi corretta e tempestiva) ne avrebbe consentito la guarigione, alla luce dell'accertamento della disposta CTU. In tal caso l'evento (conseguenza del concorso di due cause, la malattia e la condotta colpevole) sarà attribuibile interamente al sanitario, chiamato a rispondere del danno biologico cagionato al paziente e del danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari;
- B) la condotta colpevole ha cagionato non la morte del paziente (che si sarebbe comunque verificata) bensì una significativa riduzione della durata della sua vita ed una peggiore qualità della stessa per tutta la sua minor durata, in base all'accertamento compiuto dal CTU. In tal caso il sanitario sarà chiamato a rispondere dell'evento di danno costituito dalla perdita anticipata della vita e dalla sua peggior qualità, senza che tale danno integri una fattispecie di perdita di chance - senza, cioè, che l'equivoco lessicale costituito dal sintagma “possibilità di un vita più lunga e di qualità migliore” incida sulla qualificazione dell'evento, caratterizzato non dalla “possibilità di un risultato migliore”, bensì dalla certezza (o rilevante probabilità) di aver vissuto meno a lungo, patendo maggiori sofferenze fisiche e spirituali;
- C) la condotta colpevole del sanitario non ha avuto alcuna incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla sua durata e sull'esito finale, rilevando di converso, in pejus, sulla sola (e diversa) qualità ed organizzazione della vita del paziente (anche sotto l'aspetto del mancato ricorso a cure palliative): l'evento di danno (e il danno risarcibile) sarà in tal caso rappresentato da tale (diversa e peggiore) qualità della vita (intesa altresì nel senso di mancata predisposizione e organizzazione materiale e spirituale del proprio tempo residuo), conseguente alla lesione del diritto di autodeterminazione, purché allegato e provato (senza che, ancora una volta, sia lecito evocare la fattispecie della chance);

D) la condotta colpevole del sanitario non ha avuto alcuna incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla sua durata, sulla qualità della vita medio tempore e sull'esito finale. La mancanza, sul piano eziologico, di conseguenze dannose della pur colpevole condotta medica impedisce qualsiasi risarcimento;

E) la condotta colpevole del sanitario ha avuto, come conseguenza, un evento di danno incerto: le conclusioni della CTU risultano, cioè, espresse in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo. Tale possibilità - i.e. tale incertezza eventistica (la sola che consenta di discorrere legittimamente di chance perduta) - sarà risarcibile equitativamente, alla luce di tutte le circostanze del caso, come possibilità perduta - se provato il nesso causale, secondo gli ordinari criteri civilistici tra la condotta e l'evento incerto (la possibilità perduta) - ove risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli (ripercussioni sulla sfera non patrimoniale del paziente) che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza” (cfr. pag. 12-13 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28993/2019, cit.).

Infine, vale la pena altresì sottolineare che “L'incertezza del risultato, va ribadito, è destinata ad incidere non sulla analisi del nesso causale, ma sulla identificazione del danno, poiché la possibilità perduta di un risultato sperato (nella quale si sostanzia la chance) è la qualificazione/identificazione di un danno risarcibile a seguito della lesione di una situazione soggettiva rilevante (comunque afferente al diritto alla salute), e non della relazione causale tra condotta ed evento, che si presuppone risolta positivamente prima e prescindere dall'analisi dell'evento lamentato come fonte di danno”, con la conseguenza che «ove risulti provato, sul piano etiologico, che la condotta imperita del sanitario abbia cagionato la morte anticipata del paziente, che sarebbe (certamente o probabilmente) sopravvissuto più a lungo e in condizioni di vita (fisiche e spirituali) diverse e migliori per un periodo specificamente indicato dal CTU (sia pur con gli inevitabili margini di approssimazione), non di "maggiori chance di sopravvivenza" sarà lecito discorrere, bensì di un evento di danno rappresentato, in via diretta ed immediata, dalla minore durata della vita e dalla sua peggiore qualità (fisica e spirituale)» [cfr. pag. 13-14 della motivazione di Cass. civ., sez. 3, n. 28993/2019, cit., ove si rimarca, inoltre, che “Sarà altresì esclusa ogni rilevanza causale della condotta, sul piano probabilistico, in tutti i casi di incertezza - ad esempio, nell'ipotesi di cd. multifattorialità dell'evento - sul rapporto di derivazione eziologica tra la condotta stessa e l'evento, pur nella sua astratta configurabilità in termini di possibilità perduta, qualora la multifattorialità non sia rappresentata (come talvolta, ma erroneamente, si è ipotizzato) da un accertato concorso di causa umana e causa naturale (ciò che consente il frazionamento del risarcimento "differenziale" in applicazione dei principi che regolano la causalità giuridica: Cass. n. 15991 del 21/07/2011 e successive conformi), bensì da un concorso di cause la cui disamina si risolve, nelle conclusioni del CTU, in termini di insanabile incertezza causale rispetto all'evento”, e si riassume “in sintesi” che: “d) Entrambe le forme di chance (patrimoniale e non patrimoniale, N.d.R.) presuppongono: - Una condotta colpevole dell'agente; - Un evento di danno (la lesione di un diritto); - Un nesso di causalità tra la condotta e l'evento; - Una o più conseguenze dannose risarcibili, patrimoniali e non; - Un nesso di causalità tra l'evento e le conseguenze dannose”].

Ciò posto, la fattispecie per cui è causa, alla luce di quanto innanzi rilevato e delle risultanze della CTU, rientra nell'ipotesi *sub E*), stante la insanabile incertezza eventistica su cui ci si è innanzi soffermati.

Del resto, recentemente la Corte di Cassazione ha dato seguito al proprio orientamento, ormai consolidatosi, ribadendo che ove “*vi sia incertezza sulle conseguenze “quoad vitam” dell’errore medico, il paziente, o i suoi eredi “iure hereditario”, potranno pretendere il risarcimento del danno da perdita delle “chance” di sopravvivenza, ricorrendone i consueti presupposti di serietà, apprezzabilità, concretezza e riferibilità eziologica certa della perdita di quella “chance” alla condotta in rilievo*” (cfr. Cass. civ., sez. III, 19.09.2023, n. 26851).

Le conseguenze dannose sono, dunque, valutabili e risarcibili in via equitativa.

I criteri guida di tale liquidazione equitativa muovono dalla considerazione dei citati parametri della apprezzabilità, serietà e consistenza della possibilità perduta. In particolare, si deve tenere conto del grado maggiore o minore di vicinanza al conseguimento del risultato sperato in relazione alla concreta situazione del danneggiato ed al grado di sufficienza o meno del comportamento omesso da parte dei responsabili a determinare il risultato sperato.

Come anticipato, parte attrice ha domandato sia il risarcimento, *iure hereditatis*, del danno da perdita di *chances* di sopravvivenza sia il risarcimento, *iure proprio*, dei danni morali per la perdita del rapporto parentale.

Orbene, il danno da perdita di *chance* di sopravvivenza – a differenza del danno da perdita anticipata del bene vita – è risarcibile *iure hereditario*, equitativamente, qualora, da un lato, vi sia incertezza sull’efficienza causale della condotta illecita *quoad mortem*, ma, al contempo, vi sia certezza eziologica che la condotta colpevole abbia cagionato la perdita dell’apprezzabile possibilità di vivere più a lungo (possibilità non concretamente accertabile nel *quantum* né predicabile quale certezza nell’*an*).

Come chiarito e costantemente ribadito dalla Corte di Cassazione (cfr., da ultimo, Cass. civ., n. 2573/2024), la valutazione equitativa del danno da perdita delle “*chance*” di sopravvivere più a lungo «*non sarà... parametrabile, sia pur con le eventuali decurtazioni, né ai valori tabellari previsti per la perdita della vita, né a quelli del danno biologico temporaneo*» (cfr. Cass. civ., 19.09.2023, n. 26851, pag. 21, lettera b), trattandosi di liquidazione propriamente equitativa.

Dunque, posta la liquidazione necessariamente equitativa del danno, si ritiene di utilizzare il seguente criterio di calcolo, in linea con parte della giurisprudenza di merito e rispondente ai criteri di integralità, di serietà e apprezzabile ristoro del risarcimento indicati dalla giurisprudenza di legittimità richiamata: a) si determina la somma che sarebbe spettata alla vittima nel caso di invalidità permanente pari al 100%; b) si divide tale somma per il numero di anni della vittima; c) si moltiplica il risultato per il numero degli anni cui viene, di norma, proiettata la possibilità di sopravvivenza; d) si calcola sull’importo così ottenuto la percentuale di possibilità di sopravvivenza perduta (cfr. C.d.A. Palermo n. 1671/2023; Trib. Bari, sez. 3, n. 3188/2024).

Nel caso di specie, in assenza di una specifica quantificazione da parte del CTU, deve ritenersi congrua una percentuale di possibilità di sopravvivenza perduta pari al 15%, atteso il grave quadro clinico della sig.ra *Per_I* già prima dell’intervento, a causa della presenza di diverse patologie e comorbidità, e la sopravvenienza di ulteriori fattori patogeni, non tutti riconducibili a *malpractice*, come evidenziato dallo stesso CTU [“*La*

ricorrenza di multipli elementi confondenti (attribuibili soprattutto al concorso di fattori patogeni pre-esistenti e sopravvenuti, non tutti riconducibili a malpractice) non consente di esprimere una stima oggettiva di tale perdita di chances”].

Dunque, assumendo quale base la Tabella di Milano aggiornata al 2024 (cfr. Cass. civ., n. 12408/2011) e applicando il predetto metodo di calcolo, tenuto conto dell'età di *Persona_1* (nata il 16.08.1937) al momento del decesso (24.08.2013), anni 76, ed applicando quanto riconosciuto per il solo danno biologico per il caso di una invalidità del 100%, pari ad €. 598.675,00; stimato il periodo di durata di vita ulteriore di cui avrebbe beneficiato la *de cuius* in caso di corretto adempimento dell'obbligazione dei sanitari in circa 9 anni - sulla base delle rilevazioni Istat dell'aspettativa di vita media delle donne nell'anno 2013 pari a circa 85 anni - si ottiene l'importo di €. 70.895,72 (€. 598.675,00/76 = somma dovuta per anno x 9 anni = €. 70.895,72); applicata la percentuale di *chance* di sopravvivenza del 15% si ottiene l'importo finale di €. **10.634,35**, corrispondente al danno spettante agli attori *iure successionis* per la perdita di *chance* del congiunto da ripartire secondo le rispettive quote ereditarie.

Sull'anzidetta somma, poiché espressa in valori attuali, non può riconoscersi la rivalutazione monetaria.

Devono, invece, riconoscersi gli interessi legali, dalla presente pronuncia al saldo.

Una volta riconosciuto il danno da perdita delle *chance* di sopravvivenza non può essere riconosciuto alcun risarcimento per il dedotto danno biologico terminale, per le sofferenze fisiche e psichiche patite dalla *Per_1* in occasione dell'intervento e della fase post-operatoria oggetto di causa.

Ed invero, come evidenziato dalla giurisprudenza di legittimità più recente, «*In tema di danno alla persona, la perdita di "chance", ovvero di una concreta possibilità di conseguire un determinato bene della vita, integrante la lesione di un'entità patrimoniale attuale suscettibile di autonoma valutazione economica, non può coesistere con il danno alla salute (e con il 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*» (cfr. Cass. civ., sez. 3, 15.02.2018, n. 3691).

Ed infatti, una volta accertato il danno relativo alla perdita di *chance*, tale voce di danno osta alla possibilità di valutare il medesimo pregiudizio anche sotto il profilo del danno biologico e del danno morale, sussistendo al riguardo una logica e giuridica incompatibilità.

Come è stato correttamente evidenziato nella citata pronuncia, “*la perdita di chance intesa come perdita di una concreta occasione (rectius, possibilità) di conseguire un determinato bene della vita, integrante la lesione di un'entità patrimoniale attuale e suscettibile di autonoma valutazione economica, non può coesistere con il danno alla salute (e col correlato danno morale), che presuppone l'accertamento di un elemento ulteriore, ossia che l'illecito (o l'inadempimento) non abbia semplicemente leso una possibilità, ma si sia concretizzato in una menomazione dell'integrità psico-fisica e -dunque- che sia risultato accertato un nesso causale fra lo stesso e il danno alla salute; in altri termini, e con specifico riferimento all'inadempimento del sanitario, che esso abbia non soltanto privato il paziente di una possibilità di cura, ma abbia concretamente inciso sullo stato di salute*”.

Sicché, il «riconoscimento congiunto del danno da perdita di chance e di quello biologico comporterebbe dunque la necessità di affermare che, accertato un concreto nocumento alla salute conseguente alla condotta del sanitario, il danneggiato conservi il diritto a essere risarcito per la perdita di una chance di cura, che è tuttavia superata dall'avvenuta lesione dell'integrità psicofisica, in una relazione di assorbimento tra "contenente" e "contenuto"; il che non può essere consentito, se non a pena di un'inammissibile duplicazione delle voci risarcitorie».

Ne consegue, pertanto, il rigetto della domanda di risarcimento del danno biologico terminale e morale, avanzata *iure hereditatis* dagli odierni attori.

Gli odierni attori hanno richiesto, inoltre, il risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale.

La liquidazione, data l'incertezza sulla sopravvivenza del congiunto in caso di corretta assistenza post-operatoria, va effettuata in via equitativa sulla scorta dell'accertamento degli stessi requisiti innanzi richiamati per la perdita di *chance* parametrati al danno da perdita o lesione del rapporto parentale.

Ebbene, con riferimento al risarcimento del danno parentale *iure proprio* sofferto, deve innanzitutto essere osservato che in dette ipotesi viene fatto valere l'interesse alla intangibilità degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia, alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli articoli 2, 29 e 30 Cost.; trattandosi di un interesse protetto e di rilievo costituzionale che non ha natura economica, la sua lesione non apre la via a un risarcimento *ex art. 2043 c.c.*, nel cui ambito rientrano i danni patrimoniali, ma ad un risarcimento *ex art. 2059 c.c.* (cfr. Cass. civ., Sez. 3, 03/02/2011, n. 2557).

Proprio per via di questo particolare interesse di rilievo costituzionale, il danno parentale differisce da quello "biologico" che consegue alla lesione dell'integrità psicofisica e che si ricollega invece al diverso diritto costituzionale alla salute sancito all'art. 32 Cost.. Ciò nonostante, danno parentale e danno biologico rappresentano entrambi non autonome categorie di danno bensì entità descrittive della conformazione che l'unitaria figura di danno non patrimoniale di volta in volta assume in concreto (cfr. Cass. civ. 31.05.2003, nn. 8827 e 8828; Cass. civ., SS.UU., 11.11.2008, nn. 26972, 26973, 26974, 26975; più recentemente Cass. civ., sez. 3, 9.05.2011, n.10107).

Sempre secondo la giurisprudenza di legittimità, il danno parentale consiste nella perdita, nella privazione, non di un valore economico, bensì personale, costituito dalla irreversibile perdita del godimento del congiunto e della profonda modificazione *in pejus* delle abitudini di vita, secondo le varie ripercussioni che simili eventi normalmente hanno nell'ambito del nucleo familiare (cfr. Cass. civ., sez. 3, 9.05.2011, n. 10107: "il danno da perdita del rapporto parentale va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono, concretandosi esso nel vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce

anche nelle relazioni tra i superstiti”). Dunque, nel caso di danno parentale, esso non coincide con la lesione dell’interesse protetto di cui si è detto sopra, ma si configura piuttosto come una sua conseguenza.

Tale danno conseguenza deve essere allegato e provato da parte dal danneggiato in ossequio al generale principio di ripartizione dell’onere probatorio *ex art. 2697 c.c.* in ragione del quale «*chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento*», dovendo, pertanto, i danneggiati fornire prova dell’impatto dell’evento morte sulla loro sfera personale, delle ricadute che quell’evento ha avuto sul loro stile di vita, dei cambiamenti che essi hanno dovuto affrontare a seguito di quell’evento e dello sconvolgimento dell’esistenza derivante proprio da quei cambiamenti.

In punto di onere della prova, la giurisprudenza di legittimità più recente, discostandosi anche dagli indirizzi precedenti (per tutti, Cass. civ., sez. 3, 19.10.2016, n. 21060), ha avuto modo di chiarire che: “*In tema di danno non patrimoniale, il pregiudizio patito dai prossimi congiunti della vittima va allegato, ma può essere provato anche a mezzo di presunzioni semplici e massime di comune esperienza, dato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare superstite, ferma restando la possibilità, per la controparte, di dedurre e dimostrare l'assenza di un legame affettivo, perché la sussistenza del predetto pregiudizio, in quanto solo presunto, può essere esclusa dalla prova contraria, a differenza del cd. "danno in re ipsa", che sorge per il solo verificarsi dei suoi presupposti senza che occorra alcuna allegazione o dimostrazione*” (cfr. Cass. civ., sez. 3, 30.08.2022, n. 25541; in senso conforme, Cass. civ., sez. 3, 15.07.2022, n. 22397, per cui “*L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli o ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del "quantum debeatur")*”; in tal caso, grava sul convenuto l'onere di provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo”; Cass. civ., sez. 6-3, ord. 15.02.2018, n. 3767, secondo cui “*L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del "quantum debeatur")*”. Nei casi suddetti è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo”; Cass. civ., sez. 3, ord. 25.06.2021, n. 18284, per cui “*In tema di danno non patrimoniale risarcibile derivante da morte causata da un illecito, il pregiudizio risarcibile conseguente alla perdita del rapporto parentale che spetta "iure proprio" ai prossimi congiunti riguarda la lesione della relazione che legava i parenti al defunto e, ove sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione, la mancanza del rapporto di convivenza non è rilevante, non costituendo il connotato minimo ed indispensabile per il riconoscimento del danno*”; Cass. civ., sez. 3, ord. 5.11.2020, per la quale “*Il danno non patrimoniale da lesione o perdita del rapporto parentale non è rigorosamente circoscritto ai familiari conviventi, poiché il rapporto di convivenza, pur costituendo elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità, non assurge a connotato minimo di esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà, escludendoli automaticamente in caso di sua mancanza. In particolare, nessun rilievo*

può essere attribuito, al fine di negare il riconoscimento di tale danno, all'unilateralità del rapporto di fratellanza ed all'assenza di vincolo di sangue, non incidendo essi negativamente sull'intimità della relazione, sul reciproco legame affettivo e sulla pratica della solidarietà”).

Ancora, è stato puntualmente evidenziato dalla Suprema Corte che “In tema di pregiudizio derivante da perdita o lesione del rapporto parentale, il giudice è tenuto a verificare, in base alle evidenze probatorie acquisite, se sussistano uno o entrambi i profili di cui si compone l'unitario danno non patrimoniale subito dal prossimo congiunto e, cioè, l'interiore sofferenza morale soggettiva e quella riflessa sul piano dinamico-relazionale, nonché ad apprezzare la gravità ed effettiva entità del danno in considerazione dei concreti rapporti col congiunto, anche ricorrendo ad elementi presuntivi quali la maggiore o minore prossimità del legame parentale, la qualità dei legami affettivi (anche se al di fuori di una configurazione formale), la sopravvivenza di altri congiunti, la convivenza o meno col danneggiato, l'età delle parti ed ogni altra circostanza del caso” (cfr. Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28989; in senso conforme, Cass. civ., sez. 3, ord. 28.03.2022, n. 9857, per cui, “In tema di danno non patrimoniale, la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale - incidente sulla conservazione dell'equilibrio emotivo-soggettivo del danneggiato e, in una dimensione dinamico-relazionale, sull'impedita prosecuzione concreta di una relazione personale - e di un ulteriore importo a titolo di risarcimento del danno biologico - quale pregiudizio arrecato all'integrità psicofisica per l'uccisione del congiunto - non costituisce una duplicazione risarcitoria, trattandosi di voci di danno tra loro diverse e derivanti dalla lesione di beni logicamente ed ontologicamente distinti che trovano riferimento, rispettivamente, nell'art. 29 e nell'art. 32 Cost.”).

Vale la pena, infine, evidenziare che, secondo l'orientamento della giurisprudenza di legittimità più recente ormai consolidato in tema di incidenza concausale sull'evento infausto di pregressi fattori naturali morbosi con la condotta umana inadempiente, “In tema di danno da perdita del rapporto parentale, la responsabilità dell'autore della condotta illecita non può essere esclusa o diminuita in considerazione della concorrente efficacia eziologica, rispetto alla morte della vittima primaria, del fattore naturale rappresentato dalle pregresse condizioni patologiche di quest'ultima” [cfr. Cass. civ., sez. 3, ord. 1.03.2023, n. 6122, in cui la S.C. ha cassato con rinvio la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda dei figli di una ottantatreenne - deceduta a seguito di un ictus dopo le dimissioni da un ricovero ospedaliero per la frattura del femore -, ascrivendone la causa della morte alle pregresse condizioni patologiche, senza vagliare la concorrente incidenza eziologica della condotta umana imputabile a cui era riconducibile la caduta all'origine della suddetta frattura; in senso conforme, Cass. civ., sez. 3, 20.07.2022, n. 22724, secondo cui, “In tema di liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, non può tenersi conto, a differenza che nella quantificazione del pregiudizio alla salute, delle pregresse menomazioni concorrenti da cui era affetta la vittima, essendo le stesse del tutto irrilevanti rispetto alle conseguenze dannose derivanti ai suoi congiunti dall'illecito”; Cass. civ., sez. 3, 12.05.2023, n. 13037; Cass. civ., sez. 3, 19.09.2023, n. 26851, per la quale, “In ipotesi di morte del paziente dipendente (anche) dall'errore medico, qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, tale ultima dovendosi ritenere lo stato patologico non riferibile alla prima, l'autore del fatto illecito risponde "in toto" dell'evento eziologicamente riconducibile alla sua condotta, in base ai criteri di equivalenza della causalità materiale,

potendo l'eventuale efficienza concausale dei suddetti eventi naturali rilevare esclusivamente sul piano della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., ai fini della liquidazione, in chiave complessivamente equitativa, dei pregiudizi conseguenti, ascrivendo all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose da rapportare, invece, all'autonoma e pregressa situazione patologica del danneggiato"; nonché già, Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28986].

Orbene, nella fattispecie in esame, in aderenza ai principi espressi dalla giurisprudenza di legittimità suindicata, deve ritenersi certamente sussistente il danno *iure proprio* sofferto dagli attori per la perdita della loro congiunta *Persona_1*, poiché costituisce massima di comune esperienza quella per cui la perdita della propria moglie e, per i figli, del proprio genitore (e, dunque, di un congiunto strettissimo) comporta, come peraltro allegato nell'atto introduttivo, intima e profonda sofferenza per il familiare superstite, con la conseguente incisione dell'interesse giuridico alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito della famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2, 29 e 30 Cost.

In punto di liquidazione del danno *iure proprio* sofferto dagli attori per la perdita del rapporto parentale conseguente al decesso del loro congiunto, preso atto del recente mutamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui, per la liquidazione di tale voce di danno, deve applicarsi il c.d. "sistema a punti" (cfr. Cass. civ., ord. 29.09.2021, n. 26300, per cui "In tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella"; in senso conforme, già Cass. civ., sez. 21.04.2021, n. 10579, in cui la S.C. ha cassato la decisione del giudice d'appello che, per liquidare il danno da perdita del rapporto parentale patito dal fratello e dal coniuge della vittima, aveva fatto applicazione delle tabelle milanesi, non fondate sulla tecnica del punto, bensì sull'individuazione di un importo minimo e di un "tetto" massimo, con un intervallo molto ampio tra l'uno e l'altro; già Cass. civ., n. 28989/2019, cit.; Cass. civ., n. 33005/2021; nonché Cass. civ., sez. 6-3, ord. 8.09.2022, n. 26440, per la quale "In tema di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, se la liquidazione avviene in base ad un criterio "a forbice", che prevede un importo variabile tra un minimo ed un massimo, è consentito al giudice di merito liquidare un risarcimento inferiore al minimo solo in presenza di circostanze eccezionali e peculiari al caso di specie, tra le quali non si annoverano né l'età della vittima, né quella del superstite, né l'assenza di convivenza tra l'una e l'altro, trattandosi di circostanze che possono solo giustificare la quantificazione del risarcimento entro la fascia di oscillazione della tabella") deve farsi applicazione delle nuove tabelle del Tribunale di Milano, anno 2024, c.d. "tabelle integrate a punti per la liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto

parentale”, con le quali è stato recepito il predetto “sistema a punti” già previsto dalle Tabelle di Roma, e riconosciuto anche dalla Suprema Corte nelle citate pronunce [cfr. da ultimo, Cass. civ., sez. 3, ord. 16.12.2022, n. 37009, per cui «Le tabelle di Milano pubblicate nel giugno del 2022 costituiscono idoneo criterio per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale, in quanto fondate su un sistema "a punto variabile" (il cui valore base è stato ricavato muovendo da quelli previsti dalla precedente formulazione "a forbice") che prevede l'attribuzione dei punti in funzione dei cinque parametri corrispondenti all'età della vittima primaria e secondaria, alla convivenza tra le stesse, alla sopravvivenza di altri congiunti e alla qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta, ferma restando la possibilità, per il giudice di merito, di discostarsene procedendo a una valutazione equitativa "pura", purché sorretta da adeguata motivazione», nella specie la S.C., nel cassare la sentenza di merito che aveva immotivatamente ommesso di applicare le tabelle di Milano, nonostante la rituale richiesta in tal senso contenuta nell'atto di appello, ha rimesso al giudice del rinvio l'applicazione delle suddette tabelle, nella loro versione più aggiornata; Cass. civ., sez. 6-3, ord. 13.12.2022, n. 36297, per cui “In tema di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, è ammissibile la liquidazione equitativa "pura" (che si discosti, cioè, dai valori astrattamente predisposti dalle tabelle in uso), sempreché ricorrano circostanze peculiari, delle quali sia fornita logica e congrua motivazione”; Cass. civ., sez. 3, ord. 28.02.2023, n. 5948].

La liquidazione deve, tuttavia, tener conto della natura del pregiudizio da risarcire che, come detto, è un danno da perdita di *chance*; di conseguenza, deve applicarsi la percentuale del 15% elaborata in via equitativa e ritenuta congrua come innanzi precisato.

Pertanto, tenuto conto della convivenza della *de cuius* **Persona_1** con il marito e con la figlia **Pt_5** e tenuto conto, altresì, dell'età della defunta (76 anni) e dell'età del marito e dei figli (80 anni, il marito, e 52 anni, il primo figlio, 50 anni la seconda, 44 anni la terza, 42 anni l'ultima) al momento del decesso (24.08.2013); considerata, inoltre, la consistenza del nucleo familiare residuo (4 congiunti), si ritiene equo liquidare il danno non patrimoniale per gli attori come segue:

- Per **Parte_1** :

A) Età vittima primaria (anni 76, fascia 71-80) = punti 12;

B) Età vittima secondaria (anni 80, fascia 71-80) = punti 12;

C) Convivenza = punti 16;

D) Sopravvivenza di altro congiunto (4 superstiti) = punti 6;

E) Qualità ed intensità della relazione = punti 10 (valore in misura di 1/3 rispetto al massimo di punti 30), tenuto conto dell'assenza di allegazione e prova di ulteriori elementi caratterizzanti il rapporto rispetto agli ordinari presumibili, per un totale così di 56 punti;

- Per **Parte_2**

A) Età vittima primaria (anni 76, fascia 71-80) = punti 12;

B) Età vittima secondaria (anni 51, fascia 51-60) = punti 18;

C) Convivenza = punti 0;

D) Sopravvivenza di altro congiunto (4 superstiti) = punti 6;

E) Qualità ed intensità della relazione = punti 8 (valore inferiore a 1/3 rispetto al massimo di punti 30), tenuto conto dell'assenza di allegazione e prova di ulteriori elementi caratterizzanti il rapporto rispetto agli ordinari presumibili e dell'età ormai adulta dell'odierno attore al momento del decesso del genitore, per un totale così di 44 punti;

- per Parte_3 e Parte_4

A) Età vittima primaria (anni 76, fascia 71-80) = punti 12;

B) Età vittima secondaria (anni 50, la prima e 44 la seconda, fascia 41-50) = punti 20;

C) Convivenza = punti 0;

D) Sopravvivenza di altro congiunto (4 superstiti) = punti 6;

E) Qualità ed intensità della relazione = punti 8 (valore inferiore a 1/3 rispetto al massimo di punti 30), tenuto conto dell'assenza di allegazione e prova di ulteriori elementi caratterizzanti il rapporto rispetto agli ordinari presumibili e dell'età ormai adulta dell'odierno attore al momento del decesso del genitore, per un totale così di 46 punti per ciascuna;

- per Parte_5

A) Età vittima primaria (anni 76, fascia 71-80) = punti 12;

B) Età vittima secondaria (anni 42, fascia 41-50) = punti 20;

C) Convivenza = punti 16;

D) Sopravvivenza di altro congiunto (4 superstiti) = punti 6;

E) Qualità ed intensità della relazione = punti 8 (valore inferiore a 1/3 rispetto al massimo di punti 30), tenuto conto dell'assenza di allegazione e prova di ulteriori elementi caratterizzanti il rapporto rispetto agli ordinari presumibili e dell'età ormai adulta dell'odierno attore al momento del decesso del genitore, per un totale così di 62 punti.

Conseguentemente, applicando il valore punto di €. 3.911,00 previsto dalle suddette tabelle di Milano, anno 2024, andrà risarcito in favore di Parte_1 l'importo complessivo, già ridotto in relazione alla percentuale del 15% per la perdita di *chance*, di €. **32.852,24** (€. 3.911,00 X 56 punti= €. 219.016,00 x 15%); in favore di Parte_2 l'importo complessivo, già ridotto in relazione alla percentuale del 15%, di €. **25.812,60** (€. 3.911,00 X 44 punti= €. 172.084,00 x 15%); in favore di Parte_3 [...] e Parte_4 l'importo complessivo, già ridotto in relazione alla percentuale del 15%, di €. **26.985,90 ciascuna** (€. 3.911,00 X 46 punti= €. 179.906,00 x 15%); ed in favore di Parte_5 l'importo complessivo, già ridotto in relazione alla percentuale del 15%, di €. **36.372,30** (€. 3.911,00 X 62 punti= €. 242.482,00 x 15%).

Sulle anzidette somme, poiché espresse in valori attuali, non può riconoscersi la rivalutazione monetaria.

Sono, invece, dovuti gli interessi al tasso legale dalla pronuncia al saldo.

Tanto chiarito in merito alle domande attoree e venendo, più nello specifico, alla domanda di rivalsa proposta dalla Controparte_1 nei confronti dei medici chiamati in causa, dottori Per_3 CP_3, Pt_6 e CP_2, deve dirsi quanto segue.

Va preliminarmente osservato che non trova applicazione l'art. 8 della legge n. 24/2017, norma sopravvenuta rispetto ai fatti di causa e all'instaurazione dello stesso giudizio.

Sul punto, va invero evidenziato che secondo il più recente orientamento della giurisprudenza di legittimità *“in tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria ed il medico la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione”* (cfr. Cass. civ., 11.11.2019, n. 28987).

A fondamento del *decisum* la Suprema Corte ha osservato come *“il medico operi pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante, mentre il già citato art. 1228, cod. civ., fonda, a sua volta, l'imputazione al debitore degli illeciti commessi dai suoi ausiliari sulla libertà del titolare dell'obbligazione di decidere come provvedere all'adempimento, accettando il rischio connesso alle modalità prescelte, secondo la struttura di responsabilità da rischio d'impresa ("cuius commoda eius et incommoda") ovvero, descrittivamente, secondo la responsabilità organizzativa nell'esecuzione di prestazioni complesse”* (cfr. Cass. civ., n. 28987/2019, cit.; in senso conforme, Cass. civ., 5.11.2020, n. 24688; Cass. civ., 20.10.2021, n. 29001).

In altri termini, a parere della Suprema Corte se la struttura si avvale della *“collaborazione”* dei sanitari persone fisiche (utilità) si trova del pari a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati (danno): la responsabilità di chi si avvale dell'esplicazione dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa *“in eligendo”* degli ausiliari o *“in vigilando”* circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (cfr., per tutte, Cass. civ., 27.03.2015, n. 6243), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass. civ., 6.06.2014, n. 12833).

Dunque, la struttura sanitaria, presso la quale è stato effettuato l'intervento chirurgico risponde in solido con il medico che lo ha effettuato dei danni provocati al paziente; in ogni caso, nei rapporti interni tra i condebitori solidali, la struttura sanitaria che voglia integralmente rivalersi sul sanitario non può limitarsi ad invocare la colpa del sanitario nell'esecuzione dell'intervento chirurgico, dovendo, invece, dimostrare, circostanza nella specie non specificamente allegata né, tantomeno provata, che la condotta del medico si sia gravemente ed eccezionalmente discostata, rispetto agli standard di qualità delle prestazioni di servizi, ordinariamente rese dalla struttura ospedaliera.

Si veda, sul punto, recentemente la pronuncia di cui a Cass. civ., n. 17405/2023, per la quale, *“Nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, in ipotesi di rivalsa, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva del medico dev'essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo di cui all'art. 1298 c.c., comma 2, e art. 2055 c.c., comma 3, ciò in quanto, la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri*

un'eccezionale, inescusabilmente grave, imprevedibile ed improbabile devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione. Vi è da precisare, che per superare l'assetto anche interno così ricostruito, non è sufficiente ritenere che l'inadempimento sia ascrivibile alla condotta del medico, ma occorre considerare il composito e duplice titolo in ragione del quale la struttura risponde solidalmente del proprio operato, pertanto sarà onere del solvens: a) provare non solo la colpa esclusiva del medico riguardo all'evento di danno, ma la derivazione causale di quell'evento dannoso da una condotta del tutto distaccata rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità, in un'ottica di ragionevole bilanciamento del peso delle rispettive responsabilità sul piano dei rapporti interni; b) provare che alla descritta colpa del medico si affianchi l'evidenza di un difetto di correlate trascuratezze nell'adempimento del contratto di ospedalità da parte della struttura, comprensive di controlli finalizzati ad evitare rischi dei propri incaricati, da valutare in fatto, da parte del giudice di merito, in un'ottica di duttile apprezzamento della fattispecie concreta".

E, ancora, nello stesso senso già Cass. civ., n. 29001/2021, citata, secondo cui, *"In tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria, integra, ai sensi dell'art.1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art.2049 c.c.; pertanto, nel rapporto interno tra la struttura e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., atteso che, diversamente opinando, la concessione di un diritto di regresso integrale ridurrebbe il rischio di impresa, assunto dalla struttura, al solo rischio di insolvenza del medico convenuto con l'azione di rivalsa, e salvo che, nel relativo giudizio, la struttura dimostri, oltre alla colpa esclusiva del medico rispetto allo specifico evento di danno sofferto dal paziente, da un lato, la derivazione causale di quell'evento da una condotta del sanitario del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità e, dall'altro, l'evidenza di un difetto di correlate trascuratezze, da parte sua, nell'adempimento del relativo contratto, comprensive di omissioni di controlli atti ad evitare rischi dei propri incaricati".*

Ne discende, pertanto, l'imprevedibilità di un diritto di rivalsa integrale della struttura nei confronti dei medici, in quanto, diversamente opinando, l'assunzione del rischio d'impresa per la struttura si sostanzierebbe, in definitiva, nel solo rischio d'insolvenza del medico così convenuto dalla stessa.

Tra l'altro, la struttura convenuta non ha assolto al duplice onere probatorio, già richiamato, al fine di superare la presunzione di parità delle quote di responsabilità gravanti su di essa e sui medici terzi chiamati.

Al contempo, non può non evidenziarsi la responsabilità dei sanitari chiamati in causa nell'odierno giudizio.

In particolare, con riferimento al dott. Per_3 deve precisarsi quanto segue.

All'epoca dei fatti, i compiti della figura apicale all'epoca definita dalla legge "primario" erano stabiliti dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, art. 7, comma 3, (recante "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri";

norma la cui permanenza in vigore è stata qualificata “*indispensabile*” dal d.lgs., n. 179/2009, art. 1, comma 1, in combinato disposto con l’Allegato 1 al cit. decreto).

Tale norma stabiliva che “*Il primario vigila sull’attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi, è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all’archivio centrale; inoltre, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; pratica le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirige il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica; esercita le funzioni didattiche a lui affidate*”.

Nell’interpretare tale disposizione, la giurisprudenza della Suprema Corte ha ripetutamente affermato che il primario risponde dei *deficit* organizzativi del reparto a lui affidato, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale; in una carente diramazione delle istruzioni da seguire e dei compiti da assolvere; da una negligente diramazione di istruzioni con riferimento al singolo degente. Si è, di conseguenza, affermato che il primario ospedaliero deve avere “*puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti*”, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza (con visita diretta o interpellato degli altri operatori sanitari), ed è, perciò obbligato ad assumere informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente sia stato affidato, indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, tanto al fine di vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione delle terapie, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze (cfr. Cass. civ., n. 22338/2014; in senso conforme, Cass. civ., n. 24144/2010; nello stesso senso, *ex multis*, Cass. civ., sez. 3, 25.02.2005, n. 4058).

Ne deriva, dunque, una evidente responsabilità a carico del primario del reparto, a maggior ragione con riferimento alla gestione post-operatoria del paziente ed alla improvvida decisione sulle dimissioni della *Per_I*, rivelatesi inadeguate rispetto alle condizioni della paziente stante l’assenza di stabilizzazione delle condizioni critiche in cui la stessa ancora versava dopo l’intervento cardiocirurgico.

Con riguardo, poi, ai tre chirurghi chiamati, deve rilevarsi che, in base al consolidato orientamento giurisprudenziale, l’attività del medico chirurgo non può essere limitata all’intervento di cui risulta essere stato incaricato ma deve ritenersi estesa, in coerenza con la completezza della sua prestazione e in relazione alla correlata esigenza di tutela della salute del paziente, anche all’assistenza *pre* e *post* operatoria, come peraltro puntualmente evidenziato anche dal CTU.

Pertanto, alla luce di quanto innanzi evidenziato, e in assenza di ulteriori elementi probatori da cui desumere una maggiore censurabilità di talune condotte direttamente imputabili ai singoli medici che ebbero in cura la *Per_I* rispetto alle ulteriori inadempienze addebitabili alla casa di cura convenuta, non può ritenersi superata

la presunzione della misura paritaria delle quote di responsabilità addebitabili ai condebitori solidali secondo il criterio presuntivo di cui agli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., sicché la domanda di rivalsa proposta dalla **Controparte_1** può essere accolta nei limiti del 50% di quanto la struttura sarà tenuta a corrispondere in favore degli attori, dovendo, dunque, sul punto, ritenersi recessive, e comunque infondate, le doglianze sollevate dalla difesa compagnia terza chiamata **Controparte_4** in merito alla asserita addebitabilità di una maggiore quota di responsabilità imputabile alla struttura sanitaria in misura “non inferiore al 70%”, come indicato nella comparsa conclusionale depositata telematicamente (ancorché dapprima indicata nella comparsa di costituzione e risposta in misura “non inferiore al 66%”), stanti le conclusioni rassegnate al riguardo dal CTU in tema di imputabilità all’intera *equipe* delle singole frazioni di condotte inadempienti dei sanitari coinvolti nella vicenda in esame.

Quanto innanzi appena evidenziato rende, ulteriormente, irrilevante ogni ulteriore delazione sulla richiesta avanzata dalla difesa dei medici terzi chiamati in merito alla graduazione delle colpe ex art. 2055 c.c. dei sanitari convenuti, tenendo conto che il CTU ha, condivisibilmente, rimarcato che *“Trattandosi di un trattamento di equipe, soprattutto in considerazione della delicatezza del caso e, quindi, della necessità di un approccio multidisciplinare complessivo alla gestione assistenziale di quella paziente, ritengo che le condotte censurabili, cui si è fatto riferimento nella trattazione estesa, vadano ascritte a tutta l'equipe del reparto e, quindi, alla struttura sanitaria nel suo complesso”*.

Del resto, vale la pena rammentare il pacifico indirizzo della giurisprudenza di legittimità più recente, secondo cui *«In materia di rapporto di causalità nella responsabilità civile, in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica sulla quale incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, poiché una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile. Ne consegue che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo "con-causale" di un fattore naturale (quale che esso sia), non è ammesso, sul piano giuridico, affidarsi ad un ragionamento probatorio "semplificato", tale da condurre "ipso facto" ad un frazionamento delle responsabilità in via equitativa, con relativo ridimensionamento del "quantum" risarcitorio»* (cfr. Cass. civ., sez. 3, 24.02.2023, n. 5737).

In definitiva la domanda di rivalsa/regresso avanzata dalla **CP_1** convenuta è parzialmente fondata nei limiti del 50% per quanto innanzi evidenziato, dovendo ritenersi infondate le doglianze sollevate dai sanitari terzi chiamati in merito alla presunta infondatezza della domanda di regresso, atteso che, come correttamente evidenziato dalla difesa della struttura convenuta, tra le parti era stato sottoscritto in data 10.09.2012, un *“Protocollo d'intesa per la disciplina dei rapporti di fornitura di servizi medici specialistici e*

delle attività di organizzazione <unità operativa di cardiocirurgia> della *Controparte_1*”, e segnatamente sottoscritto tra la stessa *CP_1* e i medici dott. *Per_3* dott. *CP_3* e dott. *Parte_8* (quest’ultimo non evocato nel presente giudizio), nonché erano stati stipulati in data 2.01.2013 due contratti di “collaborazione libero professionale” con il dott. *CP_2* e con il dott. *Pt_6*

In particolare, le disposizioni negoziali di cui agli artt. 4 del “*protocollo d'intesa*” del 10.09.2012, e 8 dei contratti di collaborazione libero-professionale del 2.01.2013 stabilivano, quanto all’art. 4 del protocollo d’intesa, che: “il dott. *Per_3* e tutta l’equipe medica dichiarano che le responsabilità civili derivanti dall’attività sono in capo ai medesimi professionisti, sia civili verso terzi sia infortunistiche. Pertanto sia il Dott. *Per_3* che tutti i medici che, dovessero essere eventualmente utilizzati, sempre con le modalità di cui al presente accordo, per la erogazione delle prestazioni sanitarie in senso proprio, devono preventivamente aver contratto una polizza assicurativa per responsabilità civile professionale ...”; di analogo tenore le disposizioni gemelle di cui all’art. 8 dei predetti contratti di collaborazione libero-professionale, cui si fa espressamente riferimento all’onere, assunto da parte dei predetti medici, di contrarre una polizza assicurativa dei propri rischi rinvenienti da eventuali azioni di responsabilità civile e professionali esperibili da parte di terzi.

Ne consegue, pertanto, dalle suddette disposizioni contrattuali conseguiva l’onere a carico dei singoli medici di contrarre polizze assicurative della propria responsabilità professionale e civile verso terzi, per i casi in cui si accertassero nella fattispecie concreta ipotesi di responsabilità solidale della casa di cura in conformità al disposto di cui agli artt. 2049 e 1228, c.c., come riscontrato nel caso in esame.

Con riferimento alle domande di manleva, *rectius* di garanzia propria, avanzate dai medici terzi chiamati nei confronti delle compagnie assicuratrici, ulteriori terze chiamate, va precisato quanto segue.

Innanzitutto, in via preliminare, deve essere dichiarata l’estinzione parziale ex art. 306 c.p.c. della domanda di manleva avanzata dal dott. *Persona_3* nei confronti della compagnia contumace *CP_6* stante l’“*Atto di rinuncia parziale agli atti del giudizio*” notificato il 9.06.2017, sottoscritto personalmente dal medesimo dott. *Per_3* con il quale lo stesso ha dichiarato di rinunciare alle domande nei confronti della terza chiamata *CP_6* e la conseguente accettazione della rinuncia da parte di *CP_6* in data 12.07.2017 (cfr. doc. allegati alla nota di deposito telematico del dott. *Per_3* in data 22.11.2017), con conseguente compensazione delle spese processuali tra le medesime parti.

Ciò posto, con riferimento alle domande di manleva avanzate dai medici dott. *Per_3* dott. *CP_3* e dott. *CP_2* nei confronti della compagnia *Controparte_4* va precisato quanto segue.

Innanzitutto devono essere rigettate le eccezioni di inoperatività della polizza sollevate sotto più profili dalla difesa della predetta compagnia terza chiamata.

Ed invero, come correttamente evidenziato dalla difesa dei medici terzi chiamanti, con riferimento alle eccezioni di inoperatività della polizza assicurativa n. 360029487564 stipulata dal dott. *CP_3*, in ragione di quanto disposto dall’art. 16, terzo comma, nn. 2), 3) e 4) delle condizioni generali di contratto, nonché di inoperatività della polizza n. 31228489 stipulata dal dott. *Per_3* in riferimento all’attività libero-professionale da quest’ultimo svolta, nonché di decadenza dal diritto all’indennizzo relativo alla polizza n.

360029565803 stipulata dal dott. CP_2 per mancata tempestiva comunicazione di una circostanza di rischio rilevante in sede di stipula della polizza, deve osservarsi che:

- 1) l'art. 16, terzo comma, n. 2) della polizza assicurativa configura un'ipotesi di operatività a secondo rischio per il caso in cui il medico assicurato svolga la propria attività *“in regime di dipendenza e/o intramoenia allargata all'interno di ASL, Casa di Cura, Ente Ospedaliero o altra struttura sanitaria”*, situazione, tuttavia, non ricorrente nella fattispecie in esame, non essendo la tipologia di rapporto intercorrente tra il dott. CP_3 e la Controparte_1 qualificabile né in termini di *“dipendenza”* né tantomeno di *“intramoenia allargata”*, stante la natura libero-professionale delle prestazioni rese dal dott. CP_3 in favore e presso la casa di cura, espressamente qualificate in termini di *“collaborazione”*, *“partnership”* e di *“supporto organizzativo”* in base al citato *“protocollo d'intesa”* sottoscritto dalle parti il 10.09.2012 (cfr. all. n. 1 al fascicolo della convenuta): ed invero, l'attività che in forza del suddetto protocollo l'equipe medica era tenuta a svolgere nei confronti della casa di cura convenuta era espressamente qualificata *“in regime di collaborazione”* di *“coordinamento delle attività medico-specialistiche per l'implementazione e gestione delle prestazioni diagnostiche e interventistiche nel campo della cardiocirurgia”* (cfr. art. 2 del protocollo d'intesa, cit.), svolta *“in assoluta e piena indipendenza e autonomia operativa decisionale”* (cfr. art. 3, protocollo d'intesa, cit.);
- 2) quanto appena evidenziato risulta confermato, del resto, dalla stessa compagnia assicuratrice che con riferimento alla posizione del dott. Per_3 qualifica il rapporto tra lo stesso e la medesima struttura convenuta in termini di *“collaborazione libero professionale”*, con la conseguenza che anche la doglianza sollevata nei confronti di quest'ultimo appare infondata, atteso che dall'*“oggetto dell'assicurazione”*, di cui a pag. 5 della polizza (allegata sub doc. n. 2 del fascicolo della compagnia convenuta), si evince espressamente che sono ricompresi nella copertura assicurativa tutti i danni occorsi, in generale, *“nello svolgimento dell'attività istituzionale”* del medico assicurato, a tal fine espressamente precisando *“compresa l'attività libero professionale”*, ovvero *“con rapporto di collaborazione di qualunque tipo con il SSN”* (così nelle *“definizioni”* della polizza, in atti);
- 3) l'art. 16, comma 3, n. 3) delle condizioni generali di polizza, afferisce alle ipotesi di applicabilità c.d. a secondo rischio della copertura assicurativa nei casi di ulteriori contratti di assicurazione della responsabilità civile e professionale, non ricorrente nella fattispecie in esame, non avendo, infatti, indicato la compagnia assicurativa alcuna altra polizza stipulata per il medesimo rischio rilevante in causa;
- 4) l'art. 16, comma 3, n. 4) delle condizioni di polizza espressamente qualifica come operante in primo rischio la copertura assicurativa per l'azione di rivalsa attivata dalla Casa di Cura nei confronti del medico assicurato *“per danni da questi involontariamente cagionati per colpa grave”*, ipotesi, quest'ultima, ricorrente ed accertata nel caso in esame per quanto sinora evidenziato, essendo state le doglianze attore incentrate, per l'appunto, sulle condotte dei sanitari nella fase di gestione post-operatoria dell'intervento cardiocirurgico, connotate quantomeno da imprudenza e negligenza e, dunque, da colpa grave;

- 5) anche la doglianza relativa al presunto obbligo assunto dalla **CP_1** in merito alla stipula di un contratto di assicurazione della responsabilità civile verso terzi in favore dei propri medici, in forza di un CCNL e di una convenzione associativa AIOP, allegate dalla citata compagnia assicuratrice sub docc. nn. 3, 4 e 5 del proprio fascicolo di parte, è infondata e comunque inconferente, atteso che sia il CCNL cui fa riferimento la compagnia che la convenzione associativa AIOP, fanno riferimento ai “*dipendenti*” di strutture sanitarie private, situazione non ricorrente nel caso in esame, per quanto innanzi già evidenziato; in particolare, la citata convenzione AIOP stabilisce l’esclusione dalla garanzia assicurativa offerta dalla Casa di Cura per i “*medici non dipendenti*”, per il quali l’art. 3 della precitata convenzione chiarisce che la garanzia assicurativa si estende unicamente alla responsabilità civile scaturente a carico della casa di cura assicurata per il fatto degli eventuali medici non dipendenti, ma “*unicamente a favore dell’ente assicurato*”, di talché “*la garanzia non si estende alla Responsabilità Civile personale di tali soggetti (dei medici non dipendenti, n.d.r.), riservandosi la Società facoltà di rivalsa nei loro confronti*”;
- 6) con riferimento all’eccezione di inoperatività della polizza n. 360029565803 stipulata dal dott. **CP_2** e di decadenza dall’indennizzo ai sensi degli artt. 1892 c.c. e 17 delle condizioni generali di polizza, deve osservarsi che in data 31.05.2014 veniva sottoscritta la predetta polizza il cui art. 17 delle condizioni contrattuali rubricato “*Inizio e limite dell’oggetto della garanzia. Retroattività illimitata*”, stabilisce che l’assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Società dall’ **Parte_9** per la prima volta durante il periodo di validità del contratto, qualunque sia l’epoca in cui è stato commesso il fatto che ha dato origine alla richiesta di risarcimento, e che “*(...) per i fatti e/o i comportamenti anteriori alla stipula della polizza, l’assicurazione viene contratta limitatamente ed esclusivamente per le responsabilità in relazione alle quali l’assicurato non abbia ricevuto alla data di stipula richiesta risarcitoria alcuna e se l’ **Parte_9** non abbia avuto, notizia o conoscenza, dell’esistenza dei presupposti di detta responsabilità*”; il dott. **CP_2** riceveva per la prima volta notizia della sua presunta responsabilità in ordine al decesso della sig.ra **Persona_1** in data 22.09.2016, con la notifica dell’atto di citazione per chiamata in causa ed in rivalsa/regresso dalla [...] **Controparte_1** all’esito della quale provvedeva, nei termini contrattualmente previsti, a darne tempestivo avviso alla medesima compagnia, con la conseguenza che in assenza di ulteriori riscontri probatori da cui poter desumere l’asserita “*dolosa, o comunque gravemente colposa*” omessa dichiarazione dell’evento morte in precedenza occorso alla **Per_1** nell’agosto del 2013 – cui peraltro, non fece neppure seguito l’apertura di alcun procedimento penale a carico dei sanitari e/o della struttura – deve ritenersi infondata la relativa eccezione di decadenza dal diritto di indennizzo sollevata dalla compagnia terza chiamata, non potendo certamente esigersi che in relazione ad ogni decesso di paziente eventualmente occorso a seguito del trattamento sanitario, o finanche per qualsivoglia intervento eseguito dal medico, debba essere data tempestiva comunicazione alla propria compagnia assicuratrice per non incorrere nella decadenza dall’indennizzo.

Ne consegue, pertanto, che le domande di manleva spiegate dai medici assicurati devono essere accolte e le compagnie, rispettivamente, **Controparte_4** per il dott. **Per_3** dott. **CP_3** e dott. **CP_2**,

e [redacted] S.p.a. per il dott. *Pt_6* (quest'ultima rimasta contumace), dovranno essere condannate a tenere indenni i loro rispettivi assicurati di quanto da questi dovuto a titolo di rivalsa in misura del 50% in favore della *Controparte_1*

Con riferimento al *quantum* delle singole domande di manleva e, pertanto, in relazione all'ulteriore doglianza inerente i limiti di accoglibilità della domanda di manleva spiegata dai medici assicurati sollevata dalla compagnia *Controparte_4* deve, preliminarmente, osservarsi che l'art. 16, 3° comma, n. 1), delle condizioni generali della polizza n. 360029487564 stipulata dal dott. *CP_3*, nonché il medesimo art. 16, 3° co., n. 1) della polizza n. 360029565803 stipulata dal dott. *CP_2*, stabiliscono che "L'assicurazione vale per la sola quota di responsabilità diretta dell'assicurato, con esclusione di ogni responsabilità derivategli in via solidale"; analogamente, l'art. B., 2° comma, delle condizioni generali della polizza n. 31228489 stipulata dal dott. *Per_3* prevede che "L'assicurazione vale esclusivamente per la personale e diretta responsabilità dell' *Parte_9*. In caso di responsabilità solidale di un Assicurato con altri soggetti (assicurati o non assicurati), gli *Parte_10* risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso".

Orbene, a fronte delle predette disposizioni contrattuali, e in assenza di specifiche contestazioni al riguardo da parte dei singoli medici assicurati, si appalesa la necessità di procedere alla determinazione in concreto delle singole quote di responsabilità direttamente imputabili a ciascun sanitario condebitore solidale evocato in giudizio ai fini della spiegata domanda di manleva, e pur sempre nei limiti della quota del 50% dell'azione di rivalsa spiegata dalla *CP_1* convenuta, secondo quanto innanzi chiarito.

Orbene deve ritenersi che, per quanto occorso alla signora *Per_1*, diversamente da quanto sostenuto dalla difesa della compagnia assicuratrice, non possano essere individuate delle quote di responsabilità differenti direttamente imputabili ai singoli medici coinvolti nella vicenda in esame, stante, per un verso, le risultanze della CTU che, come innanzi chiarito, hanno escluso la autonoma identificabilità di singole condotte addebitabili a ciascun sanitario, ritenendo, al contrario, le condotte censurabili ascrivibili a tutta l'equipe del reparto, e per altro verso, non essendo stati dedotte, né tantomeno allegare, specifiche condotte negligenti e/o imprudenti comunque imputabili ai singoli medici sanitari da cui desumere quote differenti di responsabilità in relazione alla manleva spiegata.

Ne consegue, pertanto, che in riferimento al 50% dell'importo spettante in favore della *CP_1* di cura convenuta per l'azione di rivalsa dalla stessa spiegata nei confronti dei medici terzi chiamati, le quote di responsabilità direttamente imputabili a ciascun medico condebitore solidale evocato in giudizio, dovranno essere riconosciute paritarie ai fini della manleva in misura di $\frac{1}{4}$ ciascuna, con la conseguenza che le compagnie terze chiamate, rispettivamente, *Controparte_4* e [redacted] S.p.a. (quale compagnia assicurativa del dott. *Pt_6* rimasta come detto contumace), dovranno essere condannate a tenere indenne i singoli assicurati nella misura del 12,5% ciascuno a titolo di responsabilità direttamente imputabili a ciascun medico, ovvero sia pari alla quota di $\frac{1}{4}$ ciascuno della responsabilità gravante sull'intera equipe medica.

Ogni ulteriore domanda, questione ed eccezione sollevata dalle parti deve ritenersi assorbita.

In ordine alla regolamentazione delle spese processuali sostenute dagli attori, la parziale reciproca soccombenza, tenuto conto del rigetto delle domande di risarcimento del danno biologico terminale e di

risarcimento del danno per la violazione del consenso informato (da intendersi quale soccombenza parziale, si veda sul punto Cass. civ., ord n. 22381/2009), giustificano la compensazione ex art. 92, comma 2 c.p.c. in misura di ½ ponendo il restante ½ a carico della convenuta **Controparte_1** secondo soccombenza, nella misura liquidata come in dispositivo, in base ai parametri per la liquidazione dei compensi di cui al D.M. n. 55/2014, come modificato ed integrato dal D.M. n. 147/2022, tenuto conto del valore dichiarato indeterminabile della domanda, tabella n. 2, quinta colonna, D.M. citato (scaglione di riferimento ricompreso tra €. 52.000,01 ed €. 260.000,00), con riguardo ai valori medi previsti per ciascuna delle fasi indicate.

Con riferimento alle spese processuali sostenute dalle altre parti processuali, deve ritenersi che, con riferimento al rapporto processuale tra la **CP_1** convenuta e i medici terzi chiamati, la parziale reciproca soccombenza sulla azione di rivalsa/regresso spiegata dalla struttura convenuta - tenuto conto del riconoscimento della fondatezza della stessa in misura del 50% - unitamente alla sostanziale medesima posizione processuale da essi assunta nei confronti di parte attrice, giustifica la integrale compensazione tra le medesime parti ex art. 92 c.p.c..

Con riferimento al rapporto processuale tra i medici terzi chiamati e le rispettive compagnie assicuratrici relativo alle singole domande di manleva spiegate, deve ritenersi che la situazione di obiettiva incertezza interpretativa delle polizze in esame, unitamente alla esiguità delle quote di responsabilità riconosciute in capo ai medici in misura di ¼ ciascuno della rivalsa spiegata dalla **CP_1**, valutabile in termini di parziale reciproca soccombenza, unitamente alla sostanziale medesima posizione processuale anche da questi assunta nei confronti di parte attrice, giustifica la integrale compensazione tra le medesime parti ex art. 92 c.p.c..

Per quanto riguarda le spese inerenti la CTU espletata, come liquidate in corso di causa, queste restano definitivamente a carico della **CP_1**, stante la sua prevalente soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Bari, Terza sezione civile, in composizione monocratica, definitivamente decidendo sulla domanda avanzata da **Parte_1** **Parte_2** **Parte_3** [...] **Parte_4** e **Parte_5** in proprio e in qualità di eredi di **Persona_1** nei confronti della **Controparte_1** nella causa civile di primo grado iscritta al n. R.G. 6644/2016, ogni contraria istanza, eccezione, deduzione disattesa, così provvede:

- 1) **dichiara** la contumacia di **CP_6**
- 2) **accoglie parzialmente** la domanda attorea e, per l'effetto, **condanna** la **Controparte_1** [...] in persona del legale rappresentante pro *tempore*, al pagamento in favore di [...] **Parte_1**, **Parte_2** **Parte_3** **Parte_4** e **Parte_5** della somma complessiva di €. **10.634,35**, oltre interessi al tasso legale dalla sentenza al saldo, da ripartire secondo le rispettive quote ereditarie, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure hereditatis* per la perdita di *chance* di sopravvivenza della congiunta [...] **Persona_1**
- 3) **condanna**, altresì, la **Controparte_1** in persona del legale rappresentante pro *tempore*, al pagamento in favore di **Parte_1** della somma complessiva già

- rivalutata di €. 32.852,24, oltre interessi al tasso legale dalla sentenza al saldo, in favore di [...] Pt_2 della somma complessiva già rivalutata di €. 25.812,60, oltre interessi al tasso legale dalla sentenza al saldo, in favore di Parte_3 della somma complessiva già rivalutata di €. 26.985,90, oltre interessi al tasso legale dalla sentenza al saldo, in favore di Pt_4 [...] della somma complessiva già rivalutata di €. 26.985,90, oltre interessi al tasso legale dalla sentenza al saldo, ed in favore di Parte_5 della somma complessiva già rivalutata di €. 36.372,30, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure proprio* per la perdita del rapporto parentale causato dalla perdita di *chance* di sopravvivenza della congiunta Persona_1
- 4) **rigetta**, per le ragioni indicate in motivazione, la domanda di risarcimento del danno biologico terminale e morale;
 - 5) **rigetta**, per le ragioni indicate in motivazione, la domanda di risarcimento del danno per la violazione del consenso informato;
 - 6) **accoglie parzialmente** la domanda di rivalsa/regresso avanzata dalla Controparte_1 [...] e, per l'effetto, **condanna** i medici terzi chiamati, dott. Controparte_3 dott. Persona_3 dott. Controparte_2 e dott. Parte_6 in solido tra loro, al pagamento del 50% delle somme che la Controparte_1 sarà tenuta a corrispondere in favore degli attori;
 - 7) **dichiara**, altresì, la terza chiamata Controparte_4 enuta a manlevare il dott. Controparte_3 di quanto da quest'ultimo dovuto a titolo di rivalsa in favore della [...] Controparte_1 e in proporzione alla quota di responsabilità ad egli imputabile pari al 12,50%;
 - 8) **dichiara** la terza chiamata ASSICURATRICE Controparte_4 tenuta a manlevare il dott. Persona_3 di quanto da quest'ultimo dovuto a titolo di rivalsa in favore della [...] Controparte_1 e in proporzione alla quota di responsabilità ad egli imputabile pari al 12,50%;
 - 9) **dichiara**, ancora, la terza chiamata Controparte_4 enuta a manlevare il dott. Controparte_2 di quanto da quest'ultimo dovuto a titolo di rivalsa in favore della [...] Controparte_1 e in proporzione alla quota di responsabilità ad egli imputabile pari al 12,50%;
 - 10) **dichiara** la terza chiamata S.p.a. tenuta a manlevare il dott. Parte_6 [...] di quanto da quest'ultimo dovuto a titolo di rivalsa in favore della Controparte_1 [...] e in proporzione alla quota di responsabilità ad egli imputabile pari al 12,50%;
 - 11) **dichiara** l'estinzione parziale del giudizio ex art. 306 c.p.c. con riferimento alla domanda di manleva spiegata dal dott. Persona_3 nei confronti della compagnia contumace CP_6 con compensazione integrale delle spese processuali tra le medesime parti;
 - 12) **compensa** per ½ le spese processuali sostenute dagli attori e **condanna** la Controparte_1 [...] in persona del legale rappresentante *pro tempore*, alla rifusione del residuo ½ delle spese sostenute dagli attori, che liquida in complessivi €. 8.774,93, di cui €. 1.723,43 per esborsi, ed €. 7.051,50 per compensi professionali (già decurtati di ½ delle spese compensate), oltre rimborso spese forfetarie (15% sui compensi, art. 2 D.M. n. 55/2014), C.N.P.A. e I.V.A., se dovuta, come per legge;

- 13) **compensa integralmente**, per le ragioni indicate in motivazione, le spese processuali tra la [...] *Controparte_1* i medici terzi chiamati, dott. *Controparte_3* dott. *Per_3* [...] dott. *Controparte_2* e dott. *Parte_6*
- 14) **compensa integralmente**, per le ragioni indicate in motivazione, le spese processuali tra i medici terzi chiamati, dott. *Controparte_3* dott. *Persona_3* dott. *Controparte_2* e dott. *Parte_6* e le compagnie *Controparte_4* [redacted] S.p.a.;
- 15) **pone definitivamente** le spese della CTU medico-legale, come liquidate in corso di causa, a carico della convenuta *Controparte_1* stante la prevalente soccombenza sostanziale.

Così deciso in Bari, il 15.04.2025.

Si precisa che, in relazione ad eventuali dati sensibili contenuti nel provvedimento, in caso di riproduzione del provvedimento per finalità di divulgazione scientifica non dovrà essere riportata l'indicazione delle generalità e di altri dati identificativi della/e parte/i cui i dati sensibili si riferiscono nei termini di cui alle Linee Guida del Garante per la Privacy, e ai sensi del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018, nonché del Regolamento (UE) 2016/679 del 27.04.2016.

Il Giudice
Dott. Luca Sforza