

Con rimborso delle spese di CTU e CTP, nonché delle spese e degli onorari della presente causa e del precedente procedimento per accertamento tecnico preventivo.

Con condanna della convenuta al risarcimento dei danni ex art. 96 c.p.c. per lite temeraria, poiché dopo quattro anni e una CTU che riconosceva la responsabilità dei propri sanitari non ha mai corrisposto alcuna somma all'attrice.

Conclusioni per la parte convenuta

In via principale. Rigettare per infondatezza la domanda attorea

In via subordinata: nel caso di accoglimento totale o parziale della domanda attorea, ridurre la domanda a misura di giustizia.

In ogni caso con vittoria, spese diritti ed onorari o quantomeno con loro integrale compensazione.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1.1. Con ricorso ex art. 702 bis cpc, l'attrice chiese che venisse accertata la responsabilità dell'azienda sanitaria avversaria in merito al decesso del marito avvenuto in data
17/02/2007.

In particolare, l'attrice rilevò che in data 28/1/2007 venne ricoverato presso
l'ospedale di Gorizia per "neoplasia del retto" e il giorno seguente venne sottoposto ad intervento di resezione di parte del retto con anastomosi colon retto, riparazione dell'uretra per lesione iatrogena, posizionamento di drenaggi e sutura. L'esame istologico del pezzo operatorio confermò trattarsi di adenocarcinoma infiltrante la parete rettale senza evidenza di segni di angioinvasione e d'infiltrazione perineurale con margini di resezione, radice vascolare e undici



linfonodi liberi da neoplasia. Lo stesso venne, quindi, trasferito in terapia intensiva per problemi di sepsi, insufficienza respiratoria e pancreatite.

Dopo pochi giorni in data 17/2/2007 il _____ morì per insufficienza multi organo e sepsi dovute alle complicanze insorte successivamente all'intervento chirurgico.

1.2. Nello specifico la ricorrente riferì che il decesso del signor _____ sarebbe stato causato dall'errata esecuzione dell'intervento di resezione anteriore del retto e colecistectomia e a tal proposito evidenziò di aver proposto in data 11/4/2008 accertamento tecnico preventivo e che il nominato CTU, dott. _____, depositò il proprio elaborato peritale concludendo come segue: è *“più probabile che non che l'atteggiamento dei sanitari nel pianificare l'intervento di resezione anteriore del retto con sezione del mesoretto e anastomosi colo-rettale senza stomia temporanea in un soggetto di 74 anni, affetto da patologie concomitanti, abbia aumentato il rischio di comparsa della complicanza più comune e più temuta, ovvero della deiscenza anastomotica con contaminazione peritoneale e conseguente quadro di addome acuto”*, e successivo decesso del paziente.

2. Con comparsa di risposta, conseguente alla notifica del ricorso suindicato e del pedissequo decreto di fissazione udienza, in data 6/4/2011 si costituì in giudizio l'Azienda Sanitaria contestando in toto le pretese attoree e chiedendo il rigetto della domanda. In particolare evidenziò che:

a) il paziente fu ricoverato in data 28/1/2007 presso l'UO di Chirurgia dell'Ospedale di Gorizia, in seguito a 8 mesi di perdite ematiche e a conseguente colonscopia ed esame istologico che evidenziarono adenocarcinoma e che il giorno seguente venne sottoposto all'intervento chirurgico di resezione di parte del retto con anastomosi colon retto, riparazione dell'uretra per lesione iatrogena, posizionamento di drenaggi e sutura con dimissione in data 31/1/2007;



b) Il 2/2/2007 venne eseguita laparotomia esplorativa per peritonite ascitico-corpuscolata da piccola deiscenza di sutura colorettales, toilette e lavaggio peritoneale e ileostomia derivativa. Ricoverato in UO Rianimazione per il controllo post-operatorio, dopo il reintervento per addome acuto da fistolizzazione in sede anastomotica, venne dimesso il 9/2/2007 per essere nuovamente affidato all'area chirurgica ove si mantenne stazionario sino al 14/2/2007, data in cui fu trasferito in Rianimazione dove fu sottoposto ad assistenza rianimatoria senza alcun sostanziale beneficio sino al decesso;

c) All'epoca dei fatti il sig. _____ aveva 74 anni, era affetto da neoplasia del retto e da una cirrosi misconosciuta (situazione di rischio per qualsiasi aggressione patologica all'organismo), da aortocoronarosclerosi, da calcolosi renale e uretrale;

d) Il secondo intervento si rese necessario a causa della deiscenza delle suture (complicanza frequente negli interventi riguardanti il colon-retto anche nel caso di corretta esecuzione) responsabile della peritonite diffusa;

e) Il decesso del signor _____ non era da ricondurre all'operato dei medici isontini, qualificabile corretto, ma alla delicata situazione clinica complessiva del paziente.

3. In occasione della prima udienza il G.I. ritenne di non procedere con il rito a cognizione sommaria di cui all'art. 702 bis c.p.c., ordinando il mutamento del rito in quello ordinario ed assegnando alle parti i termini di cui all'art. 183, comma 6 c.p.c..

La causa venne poi istruita a mezzo CTU medico-legale, affidata dal G.I. precedente, alla dott.ssa _____, coadiuvata, come da autorizzazione del Giudice, dal dott. _____, specialista in chirurgia generale ed Urologia.

Esperita la CTU medico-legale, ritenuta esaurita la fase istruttoria, all'udienza del 9/10/2013 le parti



precisavano le conclusioni ed il G.O.T. trattene la causa in decisione, assegnando alle parti i termini di legge di cui all'art. 190 c.p.c. per comparse conclusionali e repliche.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. La domanda di parte attrice deve essere accolta nei limiti e nei termini di cui in motivazione.

2.1. La disposta consulenza tecnica, svolta con motivazione convincente e pienamente condivisibile, neppure contestata dal CTP dell'Azienda convenuta, dalla quale il Giudicante non ha motivo di discostarsi in quanto frutto di un iter logico ineccepibile e privo di vizi, condotto in modo accurato ed in continua aderenza ai documenti agli atti ed allo stato di fatto analizzato, ha in primo luogo consentito di confermare che, all'atto del ricovero presso la Divisione di chirurgia dell'Ospedale di Gorizia (28/1/2007), tenuto conto della natura e delle caratteristiche morfodimensionali e topografiche della neoplasia, la formulazione della indicazione ad intervento di "resezione anteriore del retto" doveva ritenersi del tutto condivisibile ed espressione di un corretto bilanciamento rischi/benefici, posta l'insussistenza di interventi atti a migliorare le condizioni del paziente in un tempo compatibile con l'improcrastinabilità ulteriore del trattamento oncologico.

Durante l'intervento chirurgico sopra descritto si verificarono problematiche (quadro aderenziale obiettivato) che indussero correttamente i sanitari al mutamento della tecnica di intervento da laparoscopica (meno invasiva) in laparotomica allo scopo di ridurre il rischio di complicanze intraoperatorie.



2.2. L'elaborato peritale, peraltro, osserva come nella condotta posta in essere dai sanitari della struttura convenuta sussistano due profili di censurabilità aventi un ruolo concausale nel determinismo del decesso del signor [redacted] :

- a) mancato confezionamento di una ileostomia di protezione allo scopo di ridurre il rischio deiscenza dell'anastomosi in quanto, come evidenziato dalla letteratura scientifica (Cochrane Library), la confezione di una ileostomia si associa ad una riduzione dell'incidenza di fistole, della necessità di reinterventi e, più in generale, della mortalità;
- b) inadeguato confezionamento dell'anastomosi.

In conseguenza di tali errati comportamenti, infatti, comparve un quadro di peritonite ascitico-corpocolata, complicatasi, come usualmente osservato in casi simili, con uno stato settico che rese necessario un nuovo intervento chirurgico, a soli quattro giorni di distanza dal precedente, che comportò la comparsa di una compromissione dello stato cognitivo e di un progressivo aggravamento della funzione respiratoria.

Il decorso post operatorio fu certamente condizionato dalla comparsa, in stretta correlazione cronologica con l'intervento effettuato, della deiscenza anastomotica che, agendo in concorso con le condizioni patologiche preesistenti e con gli effetti inevitabilmente connessi al predetto atto chirurgico demolitivo, determinò la morte del signor [redacted] .

2.3. A tal proposito l'elaborato peritale ha evidenziato che all'epoca dei fatti gli interventi chirurgici coloretali in campo oncologico, nel caso di procedure elettive come quella di cui al caso di specie, fossero gravati da una mortalità inferiore al 7%, compresi i decessi connessi alla comparsa di deiscenza anastomotica, e che, sulla scorta di tali dati epidemiologici ricavabili dalla letteratura



scientifico dell'epoca, la mortalità si elevasse sino a quote del 23,2 % al realizzarsi di questa complicanza con una triplicazione del rischio di morte in caso di deiscenza anastomotica.

In relazione alla storia naturale della patologia oncologica da cui il signor _____ era affetto, sulla scorta delle risultanze istologiche disponibili e dei dati di letteratura scientifica in materia, la disposta CTU, in risposta al quesito posto sul punto, ha ritenuto di determinare che, all'epoca dei fatti, in caso di assistenza medica adeguata, l'aspettativa di vita ulteriore del _____ sarebbe stata al 90 % di ulteriore di cinque anni.

3.1. Le conclusioni cui è pervenuta la CTU non sono contestate nel merito scientifico dal CTP di parte convenuta, ma la difesa dell'azienda, in sede di comparsa conclusionale, ha contestato la rilevanza (al fine di determinare la responsabilità della struttura sanitaria) delle dette conclusioni in considerazione del fatto che la dott.ssa _____ si è riferita a studi pubblicati solo nel 2010 (e quindi ben tre anni dopo i fatti per cui è causa) che, benché redatti anche sulla scorta di casi del 2007, non possono che reputarsi inadeguati a fungere da strumento di valutazione della condotta dei medici che si trovarono ad eseguire l'intervento di cui si tratta in epoca precedente.

La difesa della parte convenuta ritiene che, non potendosi valutare la condotta di un medico sulla base di informazioni scientificamente non note all'epoca dei fatti, non possa essere condivisa la conclusione di censurabilità dell'operato dei sanitari intervenuti nel caso di specie, spingendosi sino a richiedere il richiamo a chiarimenti della CTU al fine di cambiare le valutazioni espresse ponendo alla base della sua indagine e del suo giudizio le conoscenze note alla comunità scientifica all'epoca dei fatti.



3.2. A tal proposito non può non rilevarsi che le osservazioni critiche alla consulenza tecnica d'ufficio aventi ad oggetto questioni di ordine tecnico-scientifico non possono essere formulate in comparsa conclusionale - e pertanto se ivi contenute non possono essere esaminate dal Giudice -, perchè in tal modo esse rimangono sottratte al contraddittorio e al dibattito processuale, non solo tra le parti, ma soprattutto al contraddittorio con l'ausiliario tecnico nominato dal Giudice (Cass. Civ., Sez. II, 22/3/2013, n. 7335 e Cass. Civ. Sez. II, 1/7/2002, n. 9517).

3.3. Peraltro, nel caso di specie, deve rilevarsi che lo studio cui la CTU nominata si è riferita costituisce, come si evince dall'elaborato peritale (pag. 11 – nota 1), una revisione della Cochrane Library, redatta sullo studio di dati casistici anche antecedenti al 2007, basata sull'analisi di 6 trial pubblicati negli anni 1983, 1997, 2003, 2007, 2008 e 2009.

Tale circostanza evidenzia che il confezionamento di una ileostomia di protezione allo scopo di ridurre il rischio deiscenza dell'anastomosi nel caso di interventi di resezione del retto anteriore costituiva acquisizione già nota da anni nella comunità e nella letteratura scientifica al momento dell'intervento tanto che tale necessità era stata evidenziata come causa del decesso anche in sede di elaborato peritale depositato in sede di ricorso per accertamento tecnico preventivo (R.G. n. 738/08) in cui altro il CTU aveva concluso ritenendo che risultasse *“più probabile che non che l'atteggiamento dei sanitari nel pianificare l'intervento di resezione anteriore del retto con sezione del mesoretto e anastomosi colon-rettale senza stomia temporanea in un soggetto di 74 anni, affetto da patologie concomitanti, abbia aumentato il rischio di comparsa della complicanza più comune e più temuta, ovvero della deiscenza anastomotica con contaminazione peritoneale e conseguente quadro di addome acuto”*.



3.3. A tal proposito nell'elaborato peritale depositato in data 17/9/2010 dal dott. _____ viene evidenziato che dal PNLG (Programma Nazionale Linee Guida) basato sull'EBM (Evidence Based Medicine) del 2002 al capitolo "LG dei tumori del colon retto" si afferma che le deiscenze anastomotiche sono osservate in media nel 6 – 7% dei pazienti sottoposti a interventi di resezione anteriore bassa del retto e che alcuni autori consigliano la confezione di una stomia di protezione in tali interventi con raccomandazione di forza C (un insieme di evidenze che include studi classificati 2+ direttamente applicabile alla popolazione target e che dimostra una consistenza globale dei risultati).

Lo stesso CTU evidenziava che le linee guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica) sui tumori del colon retto aggiornate al 28/9/2005 ribadivano con una raccomandazione di forza superiore, ovvero di livello B, che la confezione di una stomia temporanea è sempre consigliata nelle anastomosi colo-rettali ed è prudente dopo LAR con escissione totale del mesoretto.

La raccomandazione di livello B indica che l'esecuzione dell'intervento raccomandato debba essere **attentamente considerata**.

3.4. Le circostanze sopra descritte dimostrano che la necessità di una stomia temporanea era nota da anni alla comunità scientifica di riferimento, che la condotta dei sanitari nel caso di specie si è rivelata negligente ed imprudente (in relazione all'omesso confezionamento di una stomia temporanea), nonché imperita (in relazione all'inadeguato confezionamento dell'anastomosi) e che alla luce di ciò le considerazioni di parte convenuta non hanno pregio giuridico e fattuale.

A tal fine, infatti, deve rilevarsi che il medico-chirurgo nell'adempimento delle obbligazioni inerenti alla propria attività professionale è tenuto ad una diligenza che non è solo quella del buon padre di famiglia, come richiesto dall'art. 1176, comma 1 c.c., ma è quella specifica del debitore qualificato,



come indicato dall'art. 1176, comma 2 c.c., la quale comporta il rispetto di tutte le regole e degli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica.

Il richiamo alla diligenza ha, in questi casi, la funzione di ricondurre la responsabilità alla violazione di obblighi specifici derivanti da regole disciplinari precise. In altri termini sta a significare applicazione di regole tecniche all'esecuzione dell'obbligo, e quindi diventa un criterio oggettivo e generale e non soggettivo.

3.5. Da ultimo non può sottacersi il fatto che il rapporto che lega il paziente e la struttura ospedaliera rientra nel contratto d'opera professionale e, alla luce di ciò, la responsabilità della struttura sanitaria ha natura contrattuale e trova titolo nell'art. 1218 c.c. con quello che ne consegue in termini di oneri probatori.

In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza di una nuova patologia o l'aggravamento della precedente ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato (nel caso di specie il decesso), rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non sia stato eziologicamente rilevante (Cass. SS.UU. 11/11/2008, n. 577).

All'attore incombe l'onere di allegare l'inadempimento e le conseguenze dannose da questo derivanti; alla struttura sanitaria ovvero al medico incombe dare la prova del verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza impeditivo del risultato sperato dal paziente creditore della prestazione (Cass. Civ., Sez. III, 9/10/2012, n. 17143, nonché Cass. Civ., Sez. III, 21/6/2004, n. 11488).



Nel caso di specie la convenuta non ha formulato alcuna istanza istruttoria, né ha prodotto alcun documento idoneo al fine di dimostrare la sussistenza dell'esimente costituita dalla complicità non prevedibile o non prevenibile tale da escludere la responsabilità della struttura titolare dell'obbligo di garanzia della salute, mentre al contrario la CTU ha affermato la sussistenza di profili di censurabilità non altrimenti spiegabili se non in virtù di una difettosa conduzione della prestazione sanitaria nella sua continuità (Cass. Civ., Sez. III, 19/12/2013, n. 4030).

Qualora l'impegno curativo sia stato assunto senza particolari limitazioni circa la sua funzionalizzazione a risolvere il problema presentato dal paziente, essendo la vicenda dello svolgimento del rapporto curativo oggetto di un rapporto obbligatorio e, dunque, connotandosi secondo lo schema per cui era dovuta una certa prestazione, quella curativa, che, sebbene non dovesse necessariamente portare ad un risultato risolutivo (non trattandosi, secondo un consolidato schema dottrinale di un'obbligazione di risultato, bensì di mezzi), imponeva la sua esecuzione secondo il meglio della *lex artis* e, quindi, nel contempo implicava l'affidamento del paziente alla cura e, quindi, ad un'ingerenza sulla propria persona, si deve ritenere che, dal punto di vista del danneggiato, la prova del nesso causale quale fatto costitutivo della domanda intesa a far valere la responsabilità per l'inadempimento del rapporto curativo si sostanzia nella dimostrazione che l'esecuzione del rapporto stesso, che si sarà articolata con comportamenti positivi ed eventualmente omissivi, si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, che, nel caso di specie, è rappresentato dalla morte del paziente (Cass. Civ., Sez. III, 12/9/2013, n. 20904).

4.1. Alla luce di quanto indicato in sede di CTU il decorso post operatorio fu certamente condizionato dalla comparsa, in stretta correlazione cronologica con l'intervento di resezione



anteriore del retto, della deiscenza anastomotica che, agendo in concorso con le condizioni patologiche preesistenti, determinò la morte del signor ..

La stessa CTU ha indicato che, in relazione alla storia naturale della patologia da cui lo stesso era affetto e sulla base delle risultanze istologiche disponibili e dei dati di letteratura scientifica, l'aspettativa di vita a cinque anni fosse, all'epoca dei fatti, superiore al 90 %.

4.2. La parte convenuta, in sede di comparsa conclusionale, partendo dalla affermazione della CTU secondo cui l'omissione dei sanitari sia stata una concausa del decesso, ritiene che la CTU risulti carente nella parte in cui non ha individuato la misura di tale concorso anche in relazione alla determinazione del relativo e proporzionale onere risarcitorio; la censura non coglie nel segno sotto il profilo della causalità materiale in quanto non tiene conto dei più recenti arresti giurisprudenziali in materia.

4.3. Il piano probatorio su cui si colloca tanto la causalità ordinaria quanto quella da perdita di chance (relativa all'aspettativa di vita) non deve prescindere dalla considerazione di eventuali stati patologici pregressi della vittima o di altre sue personalissime condizioni (l'età, le abitudini di vita), poiché l'accertamento del nesso causale secondo il criterio della probabilità logica - che postula un giudizio (anche in via controfattuale) sulle varie prove acquisite - non può dirsi agnostico rispetto a vicende che possono avere contribuito alla situazione pregiudizievole lamentata dal danneggiato, mentre, sul piano concettuale, la stessa estensione dell'evento di danno ,oggetto dell'indagine sulla causalità materiale, ben potrebbe essere determinata anche in considerazione di stati pregressi del danneggiato, come nel caso di un errore medico innestatosi su di una situazione patologica già in corso (onde l'evento di danno imputabile potrà configurarsi in termini di



aggravamento della patologia già in via di sviluppo, ovvero - nella prospettiva della causalità da perdita di chance - in termini di privazione di possibilità di scongiurare un maggior pregiudizio rispetto a quello che sarebbe seguito nel caso di tempestivi interventi terapeutici).

Tale dimensione di analisi non può, peraltro, in alcun modo condurre, nella disamina della causalità materiale, ad operazioni di apporzionamento/frazionamento della responsabilità risarcitoria, men che meno facendo ricorso al criterio equitativo di cui all'art. 1226 c.c., onde, nel caso di specie, la misura dell'evento dannoso imputabile alle omissioni ed inadeguatezze dei sanitari (in sede di intervento chirurgico) rispetto alle patologie pregresse è vicenda che non rileva ai fini dell'imputazione della responsabilità, - a tal fine rilevando, viceversa, che la condotta illecita sia stata fonte dell'evento dannoso lamentato (Cass. Civ., Sez. II, 21/7/2011, n. 15991).

4.4. In tema di causalità materiale, la *regula iuris* che, ad oggi, il giudice di merito è chiamato ad applicare resta quella, codificata, secondo la quale la presenza di cause naturali che in teoria la possano escludere (onde l'incertezza sulla sua sussistenza) conduce ad un interrogativo che non può essere risolto in via equitativa, ovvero tramite il ricorso ad un modello di responsabilità proporzionale, bensì trovare risposta nel solo senso della sua sussistenza/insussistenza.

Sul piano operativo, una siffatta situazione di incertezza andrà, in concreto, risolta dal giudice in caso di responsabilità contrattuale (o, comunque, nella responsabilità per inadempimento ex art. 1218 c.c.), in ossequio alla diversa distribuzione degli oneri probatori; esaminerà, da un lato, l'allegazione, da parte del creditore/danneggiato, dell'idoneità della condotta (commissiva od omissiva) alla produzione dell'evento di danno, dall'altro, la eventuale prova positiva, fornita dal debitore/danneggiante, della causa non imputabile, e cioè di un fatto sufficientemente certo che inequivocabilmente escluda in radice il nesso etiologico.



Laddove la condotta sia idonea alla determinazione (anche solo parziale) dell'evento pregiudizievole lamentato (nel caso concreto il decesso del paziente), e si prospetti una questione circa l'incidenza di una causa naturale, non possono che aversi due alternative: o è certo che il fattore naturale sia tale da escludere del tutto il nesso di causa, oppure si deve ritenere che il danneggiante/debitore non abbia fornito la prova della causa non imputabile, con conseguente riconducibilità, in termini di responsabilità esclusiva, della lesione della salute o della vita alla condotta colpevole.

4.5. Va pertanto negato ingresso, sul piano giuridico, all'ipotesi che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo concausale di un fattore naturale (qual che esso sia), possa legittimamente dipanarsi un ragionamento probatorio "semplificato" che conduca ad un frazionamento della responsabilità, da compiersi eventualmente anche in via equitativa con conseguente, costante e proporzionale ridimensionamento del quantum risarcitorio (Cass. Civ., Sez. II, 21/7/2011, n. 15991).

4.6. Il nesso di causalità materiale tra prestazione contrattuale ed evento dannoso deve ritenersi sussistente (a prescindere dalla esistenza ed entità delle pregresse situazioni patologiche aventi valore concausale e come tali prive di efficacia interruttiva del rapporto eziologico ex art. 41 c.p., ancorché eventualmente preponderanti, secondo un principio ampiamente condiviso anche da altre giurisdizioni, da tempo predicative della cd. "thin skull rule", in base alla quale se un uomo è stato negligenemente lesa nel suo corpo non costituisce valida difesa contro l'azione risarcitoria avanzata dal danneggiato il sostenere che questi avrebbe riportato una lesione di minore entità, o addirittura nessuna lesione, se non avesse avuto un cranio inusitatamente sottile o un cuore



inusitabilmente debole) ovvero insussistente qualora le cause naturali di valenza liberatoria dimostrino efficacia esclusiva nella verifica dell'evento, ovvero il debitore/danneggiante dimostri ancora l'effettiva adozione di tutte quelle misure atte a circoscrivere la possibilità di un'incidenza delle condizioni preesistenti sul raggiungimento del risultato favorevole al paziente ed esigibile nel caso concreto (Cass. Civ., Sez. II, 21/7/2011, n. 15991).

5.1. Accertata la piena responsabilità dei sanitari della struttura convenuta sotto il profilo della causalità materiale devono essere esaminate le due domande risarcitorie formulate dalla parte attrice aventi ad oggetto:

- a) il danno da perdita di chance di sopravvivenza trasmesso *iure hereditatis* dal *de cuius* all'attrice;
- b) il danno patito in proprio dall'attrice da perdita del rapporto parentale.

5.2. Per quanto attiene il danno da perdita di chance di sopravvivenza in primo luogo deve nuovamente evidenziarsi che la CTU ha indicato che, in relazione alla storia naturale della patologia da cui lo stesso era affetto e sulla base delle risultanze istologiche disponibili e dei dati di letteratura scientifica, l'aspettativa di vita a cinque anni fosse, all'epoca dei fatti superiore al 90 % (circostanza non contestata né dal CTP dell'azienda, né in sede di comparsa conclusionale).

L'evento di danno lamentato dalla parte attrice, quale erede del , è la perdita della possibilità di sopravvivenza di quest'ultimo causata dall'accertato erroneo intervento chirurgico da parte dei sanitari dell'azienda convenuta; possibilità che gli sarebbero spettate se l'intervento fosse stato eseguito correttamente.



A tal proposito, secondo un consolidato orientamento giurisprudenziale, la *chance* deve essere qualificata come “un’entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione, onde la sua perdita, cioè la perdita della possibilità consistente di conseguire il risultato utile (nel caso di specie la sopravvivenza), configura un danno concreto ed attuale” (Cass. Civ., Sez. III, 4/3/2004, n. 4400); il danno, cioè, non va commisurato alla perdita del risultato, ma alla mera possibilità di conseguirlo.

5.3. Come per la causalità ordinaria, anche per la causalità da *chance* perduta (da intendere come possibilità di un risultato diverso e migliore), l'accertamento del nesso di causalità materiale implica sempre l'applicazione della regola probatoria del “più probabile che non”, tale che la ricorrenza del nesso causale può affermarsi in tutti i casi in cui (come anche nel caso di specie) risulti accertato che quella diversa - e migliore - possibilità si sarebbe verificata più probabilmente che non (Cass. Civ., Sez. III, 27/3/2014, n. 7195).

Come visto, nel caso di specie, deve ritenersi sussistente il nesso causale in quanto l'errore medico ha comportato “più probabilmente che non” la perdita della possibilità (superiore al 90 %) di una vita più lunga (nell'ordine dei cinque anni) da parte del _____ in caso di intervento chirurgico corretto, sulla base di quanto accertato in sede di CTU; in questo caso evento di danno e conseguenze dannose astrattamente risarcibili coincidono in quanto la perdita di *chance* è, in sé, danno evento causalmente connesso alla condotta dell'agente.

5.4. In tema di responsabilità medica, quindi, dà luogo a danno risarcibile l'errata esecuzione di un intervento chirurgico praticabile per rallentare l'esito certamente infausto di una malattia, che abbia comportato la perdita per il paziente della *chance* di vivere per un periodo di tempo più



lungo rispetto a quello poi effettivamente vissuto; in tale eventualità, le possibilità di sopravvivenza, misurate in astratto secondo criteri percentuali, rilevano ai fini della liquidazione equitativa del danno.

Alla luce di ciò, tenuto conto dell'età di 74 anni al momento del decesso, del complesso pluripatologico da cui il era affetto (cirrosi misconosciuta, da aortocoronarosclerosi, da calcolosi renale e uretrale), si stima equo, ex art. 1226 c.c., individuare il danno non patrimoniale da perdita della aspettativa di vita nella misura del 90% per ulteriori cinque anni in € 1.000 al mese per complessivi € 60.000 in moneta attuale.

6.1. Per quanto attiene il danno da perdita del rapporto parentale patito dall'attrice conseguente alla morte del marito deve evidenziarsi che lo stesso tende a risarcire soggetti legati da un vincolo parentale stretto, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che connota la vita familiare nucleare, quali beni costituzionalmente protetti dal combinato disposto dagli artt. 2, 29 e 30 Cost. (Cass. Civ. Sez. III, 16/3/2012, n. 4253).

Il soggetto che chiede *iure proprio* il risarcimento del danno non patrimoniale in conseguenza della morte di un congiunto lamenta l'incisione di un 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 di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile artt. 2, 29 e 30 Cost. (Cass. Civ. Sez. III, 3/2/2011, n. 2557).

6.2. Chiarito ciò deve comunque ribadirsi che, nel solco di un orientamento giurisprudenziale consolidato (da ultimo Cass. Civ. Sez. III, 16/2/2012, n. 2228), il danno non patrimoniale, anche in



caso di lesione di valori della persona, non può considerarsi *in re ipsa*, in quanto ne risulterebbe snaturata la funzione del risarcimento che verrebbe ad essere concesso non in conseguenza dell'effettivo accertamento di un danno, bensì quale pena privata per un comportamento lesivo, ma va provato dal danneggiato secondo la regola generale ex art. 2697 c.c. e, in virtù di ciò, deve essere sempre allegato e provato, ma tuttavia la prova può essere data con ogni mezzo e, nel caso di specie, trattandosi di pregiudizio a beni immateriali, assume rilievo la prova presuntiva.

6.3. Nel caso di specie l'attrice ha allegato e provato il fatto secondo cui i coniugi erano sposati da molti anni, non avevano avuto figli e, pertanto, il signor [redacted] rappresentava l'unico stretto legame affettivo per la moglie con quello che ciò ha comportato in termini di sofferenza interiore. In tali casi incombe eventualmente al danneggiante dare la prova contraria idonea a vincere la presunzione della sofferenza interiore, così come dello "sconvolgimento esistenziale" riverberante anche in obiettivi e radicali scelte di vita forzosamente diverse che, a causa della perdita del rapporto parentale, normalmente discendono per lo stretto congiunto secondo l' *id quod plerumque accidit* (Cass. Civ. Sez. III, 13/5/2011, n. 10527).

6.4. . Per quanto attiene alla quantificazione del danno non patrimoniale di cui la parte attrice chiede risarcimento deve farsi riferimento alle tabelle del Tribunale di Milano (cui la giurisprudenza della S.C. ha riconosciuto una vocazione nazionale) del 2014 con le dovute ed adeguate personalizzazioni al caso concreto (Cass. Civ. Sez. III, 16/2/2012, n. 2228) in considerazione, nel caso di specie, dei seguenti elementi:

a) la situazione che ha provocato il decesso (le modalità del susseguirsi degli interventi chirurgici e la stessa entità delle colpe dei responsabili agiscono, ad avviso di questo giudice, anche sulla



dimensione quantitativa dei danni non patrimoniali ossia sull'entità della sofferenza soggettiva della danneggiata);

b) la vicinanza abitativa e la stretta relazione parentale tra marito e moglie, nonché la qualità e l'intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona deceduta, anche in ragione dell'assenza di figli.

6.5. Tutto ciò considerato, il danno non patrimoniale *iure proprio*, per la perdita del rapporto parentale dell'attrice, viene quindi liquidato, rivalutato al 2014, tenendo conto di quanto visto al punto precedente, nonché della ripercussione che l'evento luttuoso ha avuto sulle condizioni di vita della stessa e sull'aspettativa di sostegno morale e materiale venuto meno in un momento della vita (vista l'età del marito e della stessa moglie) che per l'avanzare dell'età avrebbe naturalmente richiesto maggiori contributi in termini di assistenza, in € 180.000,00;

7. Le somme come sopra determinate non dovranno essere oggetto di rivalutazione monetaria in quanto gli importi sono computati all'attualità e quindi sono comprensivi di svalutazione monetaria.

Alla somma determinata vanno invece aggiunti gli interessi legali dalla data del fatto (17/2/2007) sino all'effettivo soddisfo; siffatti interessi non vanno applicati sulla somma interamente rivalutata, ma sulla somma dapprima rapportata al valore effettivo corrente al momento del fatto (c.d. devalutazione) e, sulla somma così ottenuta, vanno anno per anno (con rivalutazione periodica della somma) calcolati gli interessi legali.



8. Le spese seguono la soccombenza sia per la fase a cognizione ordinaria che per il precedente ricorso per ATP e sono liquidate, in virtù dei parametri di cui al D.M. n. 55/14, sulla base dello scaglione di riferimento al valore medio per le fasi di studio, introduttiva, istruttoria e decisoria, nella misura complessiva di € 16.656,10 (di cui € 13.430 per compensi, € 2.014,50 per spese generali nella misura del 15% sul compenso totale, € 830 per spese di CTP ed € 381,60 per rimborso spese esenti), oltre cassaforense ed IVA se dovuti.

Pone definitivamente a carico della parte convenuta le spese di CTU nella misura di € 3.777,53, già liquidate con ordinanza del G.I. del 3/7/2012 e le spese di CTU in sede di ATP (R.G. n. 738/2008) nella misura di € 784,62, già liquidate con ordinanza del 21/9/2010 (depositata in data 23/9/2010) per complessivi € 4.562,15.

P.Q.M.

Il Tribunale di Gorizia in composizione monocratica, in persona del G.O.T dott. _____, ogni diversa domanda ed eccezione reiette ed ogni ulteriore deduzione disattesa, **definitivamente** pronunciando nella causa (n.r. _____)

- 1) Accerta e dichiara la responsabilità della struttura sanitaria convenuta e, per l'effetto, condanna l'Azienda Sanitaria Isontina n. 2, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, in favore di _____, a titolo di risarcimento del danno per perdita del rapporto parentale, della somma capitale di euro 180.000,00 con gli interessi al tasso legale, da computarsi sul capitale monetario del risarcimento, riportato alla data del fatto (17/2/2007) e via via adeguato anno per anno in relazione alle variazioni degli indici ISTAT del costo della vita sino al saldo effettivo;
- 2) condanna l'Azienda Sanitaria Isontina n. 2, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, in favore di _____, nella sua qualità di erede di _____, a titolo di risarcimento del danno patito da quest'ultimo per perdita della chance di sopravvivenza, della somma capitale di euro 60.000,00 con gli interessi al tasso legale, da computarsi sul capitale monetario del risarcimento, riportato alla data del fatto



(17/2/2007) e via via adeguato anno per anno in relazione alle variazioni degli indici ISTAT del costo della vita sino al saldo effettivo

- 3) Condanna l'Azienda Sanitaria Isontina n. 2, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di _____ dei compensi di lite nella misura complessiva di complessiva di € 16.656,10, oltre Cassaforense ed IVA se dovuti.
- 4) Pune definitivamente a carico della parte convenuta le spese di CTU nella misura di € 3.777,53, già liquidate con ordinanza del G.I. del 3/7/2012 e le spese di CTU in sede di ATP (R.G. n. _____) nella misura di € 784,62, già liquidate con ordinanza del 21/9/2010 (depositata in data 23/9/2010) per complessivi € 4.562,15.

Sentenza provvisoriamente esecutiva per legge.

Gorizia, 19/8/2014

Il G.O.T.

(dott. _____)



