

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI VICENZA

Il Giudice Istruttore in funzione di giudice monocratico, Dott.ssa Biancamaria Biondo, ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 4226/2017 del Ruolo Generale, avente ad oggetto: "azione di risarcimento del danno in materia di responsabilità medica"

promossa da

L. K. (c.f. *omissis*) in proprio e quale esercente la potestà sul minore **P. N.** (c.f. *omissis*), entrambi in proprio e quali eredi di P. M. deceduto il 23.12.2013 (c.f. *omissis*), **P. L.** (c.f. *omissis*), **B. B. M.** (c.f. *omissis*), **P. L.** (c.f. *omissis*), **L. C.** (c.f. *omissis*), **T. A.** (c.f. *omissis*), **T. M.** (c.f. *omissis*), **L. I.** (c.f. *omissis*), **U. S.R.L.**, in persona del proprio legale rappresentante pro tempore A. U., con sede in *omissis*, via *omissis* (P.iva *omissis*), tutti elettivamente domiciliati in Vicenza, Piazzetta Palladio n. 11, presso lo studio dell'avv. Daniele Accebbi che li rappresenta e difende per mandato rilasciato in calce all'atto di citazione

Attori

contro

AZIENDA ULSS n. 8 "BERICA", in persona del suo Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore dott. Giovanni Pavesi, con sede in Vicenza, Viale Rodolfi n. 37, P.iva 02441500242, elettivamente domiciliata in Padova, Galleria A. De Gasperi n. 4, presso lo studio dell'avv. Lorenzo Locatelli, dal quale è rappresentata e difesa in forza di mandato in calce alla comparsa di costituzione e risposta

Convenuta

Conclusioni delle parti

PER GLI ATTORI

"Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, rigettata ogni contraria istanza e deduzione e richiamate le eccezioni, deduzioni e difese, così pronunciare:

Nel merito

In via principale:

- Accertata la responsabilità del personale sanitario dell'O.C. di Vicenza per le lesioni gravissime e la successiva morte del sig. P. M., conseguentemente condannare la convenuta U.L.S.S. n. 8 "Berica" (già ULSS n. 6) di Vicenza, in persona del suo legale rappresentante pro tempore, a risarcire agli odierni attori a.d., agenti in proprio- la sig.ra L. ed il figlio anche quali eredi di P. M.- tutti i danni subiti e subendi, di qualsiasi natura, patrimoniale e non patrimoniale, da liquidarsi nella misura che sarà quantificata in memoria conclusionale o nella diversa somma, maggiore o minore, che risulterà di giustizia, da maggiorarsi per rivalutazione monetaria ed interessi dal sinistro al saldo, interessi legali sino alla domanda giudiziale e di mora dalla domanda giudiziale sino al saldo.

In denegata e non creduta ipotesi ed in via subordinata:

Accertato e dichiarato che le condotte poste in essere dai sanitari dell'O.C. di Vicenza hanno in ogni caso ridotto le chances di guarigione e di sopravvivenza del sig P. M., per tale effetto condannarsi la predetta U.L.S.S. n. 8 Berica al risarcimento del c.d. danno da perdita di chances, da liquidarsi secondo prudente apprezzamento, da maggiorarsi per

effetto della rivalutazione monetaria e degli interessi moratori e/o legali fino all'effettivo saldo.

In ogni caso: con vittoria di spese e onorari di causa.

In via istruttoria: si insiste per l'accoglimento delle istanze istruttorie già richieste e non ammesse".

PER LA CONVENUTA

"NEL MERITO, IN VIA PRELIMINARE:

accertarsi e dichiararsi la carenza di legittimazione attiva in capo agli attori per le ragioni evidenziate in narrativa e conseguentemente respingersi le domande formulate nei confronti dell'Azienda deducente;

NEL MERITO, IN VIA PRINCIPALE:

respingersi, comunque, ogni avversa domanda nei confronti dell'Azienda Ulss 8 Berica, in quanto infondata in fatto e in diritto, mandandosi la convenuta assolta da ogni avversa pretesa a qualsiasi titolo evocata;

IN VIA SUBORDINATA:

nella denegata ipotesi di ritenuta responsabilità dell'Azienda Ulss 8 Berica, mantenersi la relativa obbligazione in via strettamente proporzionale al grado accertato di responsabilità, ed ai reali danni ritenuti risarcibili, elementi entrambi da valutarsi con ricorso a criteri tecnici e di prova rigorosi, ridimensionandosi, comunque, le avverse pretese;

IN OGNI CASO:

con vittoria di spese di lite;

IN VIA ISTRUTTORIA:

si chiede la revoca dell'ordinanza del 5 gennaio 2021, con conseguente rinnovazione della c.t.u. medico legale – anche perché affetta da nullità giacché violativa delle previsioni di cui all'art. 15 L. n. 24/2017 – con affidamento dell'incarico ad un nuovo collegio peritale composto, oltre che dal medico legale, anche da specialisti delle materie coinvolte nella fattispecie.

In particolare, si chiede che l'indagine sia finalizzata a verificare, esaminata la documentazione sanitaria in atti, oltre che le note critiche e relazioni dei consulenti dell'Azienda prodotte in giudizio (doc. 1 e doc. 3 del fascicolo dell'Azienda convenuta) e la relazione di consulenza del dott. Dario Raniero e prof. Enrico Polati dimessa nell'ambito del procedimento penale n. 4055/13 r.g.n.r. mod. 44 (doc. 2 del fascicolo dell'Azienda convenuta):

- la sussistenza, secondo una corretta prospettiva prognostica, di eventuali profili di colpa nelle condotte dei sanitari che ebbero in cura il signor M. P., con particolare riferimento alle prestazioni anestesiológicas effettuate il 28 gennaio 2013 e alle terapie farmacologiche somministrate al paziente nelle varie fasi (pre, infra e post operatoria) dell'iter terapeutico e, comunque, con riguardo alle condotte oggetto di censura da parte attrice;

- nell'ipotesi di accertate condotte colpose, la configurabilità di un nesso causale giuridicamente rilevante tra le prestazioni sanitarie censurabili e gli eventi avversi descritti in citazione oltre che in relazione al decesso avvenuto il 24 dicembre 2013;

- in caso di accertata responsabilità, la sussistenza ed entità di eventuali danni in nesso causale rilevanti ex art. 1223 c.c.

Si chiede, inoltre, che venga ammessa la prova testimoniale sulle seguenti circostanze, già oggetto dei capitoli di prova da n.1) a 12) della memoria ex art. 183 Vi comma c.p.c. n. 2:

1) vero che il signor M. P., prima di essere sottoposto all'intervento ortopedico del 28 gennaio 2013, venne sottoposto a visita pre-anestesiologica;

2) vero che, nel corso della visita pre-anestesiologica la dott.ssa C. R. illustrò al paziente le tecniche utilizzabili per l'anestesia;

3) vero che la dott.ssa R., nel corso della visita anestesiologica di cui ai capitoli precedente, spiegò al signor P. che le opzioni anestesiologiche erano l'anestesia "generale" e l'anestesia "loco-regionale" mediante blocco del plesso brachiale per via sopraclaveare;

4) vero che la dott.ssa R. spiegò al signor P. che l'anestesia loco regionale sarebbe stata effettuata mediante l'inserimento di un ago eco guidato correlato ad un elettrostimolatore;

5) vero che nel corso della visita pre-anestesiologica la dott.ssa R. chiese al signor P. se era allergico a farmaci o sostanze e se era stato sottoposto ad interventi chirurgici o avesse patologie pregresse;

6) vero che il signor P. riferì di essere stato sottoposto ad un pregresso intervento per fimosi dichiarando "non problemi con l'anestesia";

7) vero che il signor P. rispose negativamente alle domande di cui al capitolo 5;

7) vero che il signor P., venne informato dalla dott.ssa R. con riguardo alla tecnica anestesiologica loco regionale, alle modalità di esecuzione e alle possibili complicanze;

8) vero che, dopo aver essere stato informato con riguardo alle alternative anestesiologiche, alle modalità di esecuzione e alle possibili complicanze, il signor M. P. decise di sottoporsi ad anestesia loco regionale al braccio;

9) vero che il signor M. P., ricevuta l'informativa di cui ai capitoli precedenti, prestò il proprio consenso rispetto all'anestesia loco regionale;

10) vero che il signor M. P., ricevuta l'informativa di cui ai capitoli precedenti, prestò il proprio consenso rispetto all'anestesia loco regionale sottoscrivendo per accettazione il modulo di consenso che si rammostra (cfr. doc. 5 moduli di consenso del 28 gennaio 2013);

11) vero che al termine della pratica anestesiologica il signor P. rimase nella presala operatoria e venne sottoposto a monitoraggio in attesa del proprio turno;

12) vero che nel corso dell'intervento i parametri vitali del paziente relativamente a pressione, frequenza cardiaca e saturazione erano stabili;

Si indicano come testimoni sui capitoli sopra formulati il dott. M. B., il dott. S. S., dott. R. B., la dott.ssa C. R., la strumentista Marzia Baldini, l'operatore di sala Paolo Zarantonello e l'infermiere di anestesia A. C., oltre al dott. P. M."

Motivi in fatto e in diritto della decisione

Con l'atto di citazione introduttivo del giudizio, incardinato avanti all'intestato Tribunale, L. K., in proprio e quale esercente la potestà sul figlio minore P. N., P. L., B. B. M., P. L., L. C., T. A., T. M., L. I. nonché la società U. s.r.l. convenivano l'Azienda ULSS 8 BERICA, chiedendo che fosse accertata e dichiarata la sua responsabilità per tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, patiti in dipendenza del decesso di P. M. occorso in data 23.12.2013 per le gravissime condizioni di salute (stato vegetativo irreversibile) in cui lo stesso versava da 11 mesi a seguito della sua sottoposizione ad un intervento chirurgico di routine.

In estrema sintesi, gli attori espongono in fatto:

-che, in data 27.01.2013, P. M. veniva ricoverato presso il Reparto di ortopedia dell'Ospedale S. Bortolo di Vicenza, ove si sottoponeva il giorno successivo ad un'operazione di riduzione della frattura al polso destro, di natura routinaria, effettuata in anestesia locale;

-che, ultimato l'intervento, lo stesso era condotto nella saletta post-operatoria e lasciato da solo, in assenza di monitoraggio da parte del personale ospedaliero;

-che, qualche tempo dopo, il paziente era rinvenuto cianotico ed in arresto cardiaco e veniva, perciò, trasferito d'urgenza presso il Reparto di terapia intensiva del Nosocomio vicentino in stato di coma vegetativo a causa della grave ipossia seguita all'arresto cardiaco;

-che, nel corso della degenza ospedaliera, le condizioni di salute di P. M., apparse da subito estremamente critiche – in quanto "non respirava autonomamente, soffriva di crisi epilettiche, non comunicava, non muoveva gli arti, non rispondeva ai comandi né reagiva agli stimoli esterni" – peggioravano progressivamente sino a provocarne il decesso in data 23.12.2013;

-che L. K. (moglie del P.), dopo aver acquisito apposito parere medico-legale che individuava la causa dell'arresto cardiocircolatorio nella somministrazione massiccia di

anestetici durante l'operazione, si determinava all'introduzione di un procedimento per A.T.P. (iscritto al n. 7848/2013 R.G.), all'esito del quale il c.t.u. incaricato confermava la correttezza delle conclusioni del medico di parte, ravvisando la responsabilità dell'ULSS 8 BERICA sotto il profilo della non corretta gestione anestesiológica ed, in particolare, la condotta colposa del personale ospedaliero per *"l'omessa sorveglianza a vista del paziente operato pur essendo a conoscenza della potente sedazione somministrata ad altissimo rischio di arresto respiratorio"*, con gravissime conseguenze lesive per il paziente che conducevano ad uno stato vegetativo permanente con epilessia, protrattosi per quasi un anno sino al suo decesso.

Sulla base di tali allegazioni, dunque, gli attori chiedevano, previo accertamento della responsabilità della convenuta nella causazione del decesso di P. M., la sua condanna al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, *iure proprio* e *iure hereditatis*, patiti in relazione ai fatti di causa.

Con riguardo ai danni *"iure proprio"*, L. K., anche nella qualità di genitore esercente la potestà sul figlio minore P. N. (rispettivamente moglie e figlio di P. M.), P. L., B. B. M. e P. L. (rispettivamente genitori e fratello), L. C., T. A. e T. M. (rispettivamente cognata e nipoti) e L. I. (suocero) assumevano di aver patito un danno non patrimoniale di particolare entità a causa della prematura scomparsa del loro caro, aggravato dalla traumaticità degli accadimenti che avevano portato al suo decesso dopo un banale intervento chirurgico di routine, nonché dalle inevitabili ripercussioni sulla loro vita quotidiana, di cui faceva parte a pieno titolo la vittima primaria. Sul fronte patrimoniale, allegavano danni legati agli esborsi per la sepoltura del familiare (€ 4.142,60), per le spese di c.t.u. (€ 4.514,00), di c.t.p. (€ 6.000,00) e di a.t.p. (comprehensive delle spese vive e dei compensi legali da liquidarsi secondo i parametri equitativi vigenti), nonché il danno patrimoniale da lucro cessante (quantificato in € 392.157,00) derivante dal mancato apporto economico alla vita familiare del congiunto deceduto, le cui entrate (pari ad € 19.681,66 annui) rappresentavano l'unica fonte di sostentamento per la moglie ed il figlio minore. Anche la società U. s.r.l., costituitasi nella qualità di datrice di lavoro di P. M., lamentava di aver subito un pregiudizio economico per effetto dell'altrui fatto illecito, chiedendo di essere ristorata nella misura di € 6.345,55 corrispondente ai costi sostenuti dal sinistro fino al decesso per malattia, tredicesima, rimborso ferie/permessi non goduti, indennità sostitutiva di preavviso e trattamento di fine rapporto.

Con riguardo, invece, ai danni *"iure hereditatis"*, gli attori ne invocavano il risarcimento sia sotto il profilo del danno biologico terminale per la menomazione al 100% sopportata dal de cuius nel periodo (di undici mesi) trascorso tra la data dell'intervento in contestazione ed il suo decesso (da quantificarsi, secondo un criterio equitativo, in € 2.500,00 al giorno), sia per il danno morale terminale (€ 71.715,00 secondo i valori per l'inabilità temporanea previsti dalle Tabelle di Milano, aumentati della personalizzazione massima in considerazione della gravità dell'evento) e per la lesione del bene della vita (danno tanatologico); solo in subordine, per l'eventualità che non fosse accertata la sussistenza di un nesso eziologico diretto tra l'operato medico e l'evento morte, chiedevano la condanna della convenuta al risarcimento del cd. danno da perdita di chances.

A tali domande si aggiungeva quella volta ad ottenere il risarcimento *iure successionis* del danno da mancanza di consenso informato, formulata sulla base della ritenuta inadeguatezza delle informazioni fornite al de cuius in ordine all'intervento e ai suoi possibili rischi.

Si costituiva in giudizio l'ULSS 8 BERICA che si opponeva all'accoglimento delle domande risarcitorie sia nei confronti di L. C., T. M. e L. I. in quanto privi di legittimazione attiva, sia nei confronti di tutti gli attori per ritenuta infondatezza dell'azione di responsabilità che risultava promossa sulla base delle erronee conclusioni della c.t.u. medico-legale disposta nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c., di cui la convenuta invocava la rinnovazione.

Nello specifico, l'Azienda sanitaria, richiamandosi alle diverse conclusioni espresse dai

consulenti del P.M. nell'ambito del procedimento penale instaurato in relazione alla morte di P. M., sosteneva che quest'ultimo, poco dopo l'intervento, era andato in arresto cardiaco per una causa imprevista ed imprevedibile, del tutto slegata dalla condotta del personale medico che aveva correttamente operato sia nella scelta anestesiológica, nell'esecuzione della procedura e nella terapia farmacológica somministrata, sia nella sorveglianza del paziente nella fase post-operatoria. A sostegno della totale assenza di responsabilità dei sanitari, la convenuta evidenziava che:

-la tecnica anestesiológica prescelta, di tipo locoregionale mediante blocco del plesso brachiale per via sopraclavicolare, non presentava controindicazioni, generali o specifiche;

- che alle ore 11:00 il medico anestesista dott.ssa R., previa sedazione, effettuava l'anestesia sul paziente senza che sopraggiungessero complicanze procedurali;

-che alcuna complicanza si verificava nel corso dell'intervento, iniziato alle ore 11:25 e conclusosi alle ore 12:05, durante il quale veniva eseguita sul P. una sedazione blanda, con un dosaggio di farmaci anestetici locali e analgesico-sedativi raccomandato in letteratura e, comunque, con il costante monitoraggio dei suoi parametri respiratori ed emodinamici che si mantenevano sempre nella norma;

-che il paziente veniva adeguatamente monitorato anche dopo l'esecuzione dell'operazione e, proprio in virtù della constatata stabilità dei parametri vitali e dell'assenza di complicanze, alle ore 12.25 se ne disponeva il trasferimento in reparto;

-che, venuta meno l'esigenza del monitoraggio, l'infermiere di sala si allontanava per qualche minuto e, ritornato alle ore 12,30 insieme all'operatore del Reparto di Ortopedia, rinveniva il paziente in stato di incoscienza e in assenza di polso;

-che la vicinanza con la sala operatoria consentiva l'immediata attivazione delle manovre rianimatorie da parte del personale specialistico, tra cui il medico-anestesista dott. M. e il direttore di anestesia dott. R. B.;

-che l'arresto cardiaco provocava, come unica conseguenza, una lesione eminentemente neurologica a carico di P. M., il quale, per effetto delle manovre rianimatorie tempestivamente effettuate, recuperava le funzioni vitali e decedeva a distanza di undici mesi in forza di un arresto cardiaco verificatosi per cause indipendenti dalle sue pur gravissime condizioni di salute.

L'ULSS 8 BERICA svolgeva, altresì, contestazioni in ordine al *quantum* del preteso risarcimento e, in subordine, per il caso di accertata fondatezza delle domande avversarie, chiedeva di contenersi la condanna nei limiti dei pregiudizi effettivamente subiti dagli attori. La causa, acquisito il fascicolo relativo all'a.t.p. ed escussi i testi, veniva rinviata all'udienza del 13.07.2021, in cui le parti, precisate le conclusioni con le modalità "cartolari" di cui all'art. 83 comma 7 lett. h) D.L. n. 18/2020, chiedevano l'assegnazione dei termini ex art.190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

Preliminarmente occorre procedere ad una sintetica ricognizione dei principi che, alla luce dell'evoluzione ermeneutica registratasi in materia, governano l'accertamento della responsabilità civile in ambito sanitario.

Sul punto, va rammentato che, per giurisprudenza pacifica, la responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale, fondandosi sul contratto c.d. di spedalità, dal quale si generano in capo alla struttura sanitaria varie obbligazioni aventi ad oggetto tanto le prestazioni di natura medica e terapeutica richieste dal caso concreto, quanto le prestazioni di tipo *lato sensu* alberghiero, accessorie all'espletamento di quelle principali (Cass., Sez. Un., n. 9556/2002; Cass., n. 13953/2007; Cass. n. 1620/2012; Cass. n. 18610/2015).

La struttura sanitaria, dunque, è chiamata a rispondere sia dei danni cagionati da propri

fatti di inadempimento ex art. 1218 c.c. (ad esempio in ragione della carente o inefficiente organizzazione relativa alle attrezzature o alla messa a disposizione di medicinali o del personale medico ausiliario e paramedico, o alle prestazioni di carattere alberghiero), sia dei danni che i medici, di cui si avvale, causano con la propria condotta colposa ai pazienti, ex art. 1228 c.c..

Considerata l'epoca in cui si svolsero i fatti di causa nonché la dirimente circostanza che la domanda attorea è, nel presente caso, proposta unicamente nei confronti dell'ULSS N. 8 BERICA, restano del tutto indifferenti i successivi avvicendamenti normativi e giurisprudenziali in ordine alla natura della responsabilità del medico nei confronti del paziente.

Dall'inquadramento contrattuale del rapporto tra il paziente e la struttura sanitaria discende la disciplina applicabile con riguardo all'onere della prova.

Sul punto occorre richiamare il consolidato orientamento della Suprema Corte secondo il quale *"in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale dell'Ente ospedaliero per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non", restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile"* (cfr. Cass. Sez. III, Sentenza n. 975 del 16.01.2009; Cass., Sez. III, Sentenza n. 18341/2013; Cass., Sez. III, Sentenza n. 17573/2013; Cass.Civ. n. 16828/2018).

Grava, pertanto, sul paziente l'onere di dimostrare:

- a) il dedotto rapporto contrattuale;
- b) il proprio stato di salute al momento dell'intervento praticato dal medico;
- c) la natura dell'intervento eseguito e la derivazione da esso di un peggioramento delle sue condizioni pregresse o di una nuova malattia;
- d) se il trattamento terapeutico applicato fosse di facile o routinaria esecuzione e non implicasse la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

Grava, invece, sull'Ente ospedaliero – al fine di andare esente da responsabilità – l'onere di provare che il danno non sussiste ovvero che l'insuccesso del trattamento medico eseguito e gli esiti peggiorativi siano dipesi non da un difetto di diligenza, bensì da un evento imprevisto ed imprevedibile ovvero dalla preesistenza di una condizione patologica del paziente, non accertabile con il criterio dell'ordinaria diligenza professionale (v., tra le tante, Cass.Civ. Sez. VI-3° ordinanza 26.11.2020 n. 26907; conformi Cass.Civ. n. 5128/2020; Cass.Civ. n. 18991/2019; Cass.Civ. n. 16700/2018; Cass.Civ. n. 18392/2017; Cass. 09.10.2012, n. 17143; Cass. n. 975/2009, Cass. 11.3.2002, n. 3492; Cass. 15.1.1997, n. 364; Cass. 30.5.1996, n. 5005).

Naturalmente, nel caso in esame, il regime di ripartizione dell'onere della prova sopra descritto deve ritenersi operante con riferimento esclusivo alla domanda di risarcimento dei danni formulata dagli odierni attori *iure hereditatis*, venendo in rilievo pregiudizi subiti dal dante causa nella propria sfera giuridica per effetto dell'inadempimento, da parte della Struttura sanitaria, agli obblighi discendenti dalla stipula del contratto di ospedalità.

In relazione alla domanda di risarcimento dei danni avanzata *iure proprio* in conseguenza del decesso di P. M., dev'essere invece richiamato il diverso istituto della responsabilità aquiliana, posto che gli attori, in mancanza di un rapporto negoziale diretto con la struttura sanitaria, possono far valere la violazione, da parte della convenuta, non già di una specifica obbligazione contrattuale, bensì del dovere generico di *neminem laedere* nella vita di relazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2043 c.c..

Ciò precisato, occorre soffermarsi sulle risultanze della consulenza medico-legale espletata dal dr. M. Banfi (coadiuvato dal dr. Sartore, specialista in Anestesia e Rianimazione)

nell'ambito del procedimento per A.T.P. ex art. 696 bis c.p.c., il quale, con rigore metodologico e dando conto delle emergenze documentali in atti, ha evidenziato come il decesso di P. M. debba essere correlato, sotto il profilo eziologico, allo stato di coma vegetativo irreversibile in cui lo stesso versava da quasi un anno a seguito della grave ipossia celebrale, provocata dall'arresto cardiorespiratorio avvenuto poco dopo l'esecuzione dell'intervento chirurgico del 28.01.2013, che trova causa in una duplice condotta colposa del personale dell'ULSS 8 BERICA: una commissiva, consistita nell'inadeguatezza del trattamento farmacologico applicato al P. a cui fu somministrato un mix di sedativi ed analgesici ad altissimo rischio respiratorio, e l'altra omissiva, individuata nella mancata sorveglianza a vista del paziente appena operato, nonostante l'importante sedazione somministrata che avrebbe imposto un costante monitoraggio dello stesso per almeno due ore durante la fase post-intervento.

Più nel dettaglio, andando ad esaminare le conclusioni formulate dall'ausiliario del Tribunale in punto di condotta colposa dei sanitari, si osserva che le indagini peritali hanno decisamente smentito l'affermazione di parte convenuta secondo cui il P. sarebbe stato sottoposto ad una "blanda sedazione" con l'utilizzo di farmaci che, per tipologia e dosaggio, non avrebbero potuto provocare un'insufficienza respiratoria. Per quanto acclarato dal c.t.u. sulla scorta della cartella clinica in atti:

-alle ore 10.40 P. M. fu sottoposto ad anestesia tronculare, mediante introduzione di 15 cc di NAROPINA 1% sopra la prima costa dx per ottenere un blocco anestetico di tutto l'arto superiore: tale farmaco viene descritto come *"anestetico locale di lunga durata d'azione (ropivacaina) e nella scheda tecnica viene consigliata la stretta osservazione dei parametri vitali del paziente mantenendo anche il contatto verbale....può avere possibili interazioni con Teofillina, Fluvoxanina, Verapamilpuò dare – se in sovradosaggio – tossicità sul sistema nervoso centrale provocando rigidità, spasmi muscolari, convulsioni ed interferenza con la respirazione tanto che può rapidamente insorgere ipossia e ipercapnia e in casi gravi si può manifestare anche apnea"* (pag. 22-23 a.t.p.);

-alle ore 10:50 venivano somministrati per via endovenosa 2 cc di MIDAZOLAM e 2 cc di FENTANIL e ciò lascia supporre, secondo il c.t.u., che il blocco del plesso brachiale non aveva comportato il giusto effetto anestetico periferico: come precisato nella relazione di atp, il MIDAZOLAM è *"un benzodiazepina, potente agente sedativo che richiede somministrazione lenta e controllata perché induce sonnolenza e assopimento. Per l'uso e.v. viene richiesto un attento monitoraggio della frequenza respiratoria e della saturazione dell'ossigeno. Nelle schede tecniche del farmaco è precisato: "Sono state segnalate reazioni avverse respiratorie quali depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio, dispnea, laringospasmo"* (pag. 23 a.t.p.); il FENTANIL è *"un morfino ad azione breve, con potente azione analgesica dose-dipendente. Non ha effetti ipnotici, e a forti concentrazioni, può rallentare un tracciato EEG, deprimere la respirazione e creare una rigidità toracica e muscolare dose-dipendente nonché, come tutti i morfino mimetici, ridurre la risposta dei centri respiratori bulbari agli stimoli ipossiemicici e ipercapnici. La letteratura medica sottolinea che la perdita di sensibilità di questi centri al CO2 appare sin dalle più basse dosi analgesiche: ciò si traduce in una bradipnea, un prolungamento dell'espiazione sino all'apnea. Alla somministrazione è costantemente associato un abbassamento importante del grado di vigilanza"* (pag. 24 a.t.p.);

-alle ore 11.40 la dose di FENTANIL veniva raddoppiata con iniezione e.v. di altri 2 mg (pag. 24 a.t.p.);

- alle ore 12.15, ad intervento ultimato, il medico anestesista faceva ricorso ad un altro analgesico per via e.v., ossia il PERFALGAN, antinfiammatorio che possiede una certa tossicità epatocellulare e cui effetti tossici sono pure additivi (pag. 24 a.t.p.) ed, inoltre, prescriveva per il trattamento del dolore post chirurgico un'infusione contenente TORADOL 4 fiale (*"farmaco antalgico, non steroideo, di uso comune nel trattamento del dolore post-operatorio di grado moderato-severo"*), SINTODIAN 2 mg (*"farmaco psichiatrico,*

tranquillante maggiore, appartenente alla classe dei butirrofenoli. Trattasi del deidrobenezperidolo, il quale ha una potente azione di blocco dei recettori dopaminergici e della zona del cervello deputata allo stimolo del vomito") e CONTRAMAL 4 fiale ("farmaco antidolorifico oppioide, commercializzato come tramadolo cloridrato, ovvero un oppioide come il fentanil o come il metadone. Può presentare nausea, ipotensione, riduzione dello stato di coscienza sino al coma, depressione respiratoria che nei casi più gravi può evolvere sino all'arresto respiratorio") da somministrare nelle quarantotto ore successive (pag. 25-26 a.t.p.).

L'espletata consulenza tecnica preventiva ha, perciò, messo in luce prima di tutto l'errore professionale in cui è incorsa la dott.ssa C. R. nel trattamento anestetico con uso di NAROPINA inizialmente applicato a P. M., a cui fu somministrata una dose di sedativo e di analgesico certamente insufficiente a cui il medico anestesista dovette rimediare nel corso dell'intervento chirurgico mediante l'infusione di una dose suppletiva di farmaci (MIDAZOLAM+FENTANIL), con effetti ulteriormente depressivi ed inibitori dell'apparato cardiorespiratorio. Infatti, proprio l'utilizzo di questi ulteriori farmaci che, ad avviso del c.t.u., avrebbero permesso di procedere all'operazione anche senza il ricorso all'anestesia loco-regionale praticata poco prima (pag. 24 a.t.p.), consente ragionevolmente di ritenere che il blocco del plesso brachiale con NAROPINA, al quale avrebbe dovuto conseguire la mancanza di dolore nei quindici minuti successivi, non ebbe effetto (pag. 26 a.t.p.). Circa le conseguenze di tale anomala somministrazione di analgesici e sedativi, il perito d'ufficio ha chiarito che "i farmaci usati ovvero un grande sedativo (MIDAZOLAM) e un grande morfino (FENTANIL) somministrato in due riprese in aggiunta all'azione anche generale della NAROPINA, appaiono indicativi del fatto che, in concreto, il paziente fu sottoposto ad anestesia generale, o meglio, ad una anestesia combinata farmacologica che, come effetto, è assimilabile ad una anestesia generale". Per questa ragione deve ritenersi senz'altro censurabile la condotta del medico anestesista, il quale, con scelta assolutamente imprudente, ha permesso "la smonitorizzazione in sala post-operatoria del paziente laddove, dopo un intervento di 40 minuti, era in atto nell'organismo di P. M. l'azione di 15ml di naropina e di tutti i farmaci sopra elencati i quali richiedevano di essere ancora monitorizzati e controllati a vista assistenziale" (pag. 26 a.t.p.). Tanto è stato ribadito dal c.t.u. anche in sede di risposta alle osservazioni del consulente tecnico di parte convenuta, ove è stato posto in rilievo che il FENTANIL citrato in particolare, come emerge dal foglio illustrativo del Ministero della Salute, "viene utilizzato per trattare il dolore intenso in pazienti adulti con cancro; gli effetti più gravi consistono in una respirazione superficiale, bassa pressione arteriosa, shock...al pari degli altri prodotti a base di Fentanil può causare problemi respiratori molto gravi che possono causare la morte". Pertanto, per soggetti come P. M. sottoposti a simili sedazioni ripetute per un solo intervento chirurgico, le Linee Guida suggerivano l'osservazione del paziente a vista per tutto il tempo chirurgico e per almeno 2 ore nella fase del post-intervento (pag. 34 a.t.p.). Ed, invece, una volta terminata l'operazione, il paziente fu "smonitorizzato" nonostante fosse ancora in atto l'azione del mix di farmaci vista la brevità dell'intervento (durato 40 minuti), per giunta con la programmazione di un trattamento farmacologico post-operatorio giudicato dal c.t.u. del tutto incomprensibile e non giustificabile rispetto ai dettami delle Linee Guida, alle conoscenze scientifiche e a quelle derivanti dall'esperienza. Sul punto, il dr. Banfi ha evidenziato come l'errore medico abbia chiaramente riguardato anche la scelta della terapia antalgica post-chirurgica che, secondo le indicazioni della dott.ssa R., avrebbe dovuto essere attuata nelle quarantotto ore successive attraverso "un mix farmacologico (FANS+oppioide+sedativo psichiatrico) incompatibile con la coscienza (sintodan) e con la validità del respiro (toradol+ contraman) nonché, soprattutto, "spropositato" rispetto alla richiesta di dolore di un paziente che aveva sopportato per 35 gg circa una frattura lievemente scomposta. In una simile situazione, creata dal medico anestesista, si imponeva la necessità di controllo assistenziale anestesilogico per almeno due ore, tenuto conto che

l'ultima dose di morfina (fentanil) veniva somministrata poco più di 30 minuti prima della fine dell'intervento e che il mix dell'elastomero ha potenzialità depressiva sull'apparato respiratorio sia come inibizione centrale sia come rallentamento della ventilazione toracica (contramal+toradol)" (pag. 27 a.t.p.).

E' poi emerso dalle prove testimoniali acquisite nel presente giudizio che il trattamento antalgico nella fase post-operatoria, così come prescritto dall'anestesista che ha espressamente confermato la propria scelta terapeutica nel corso della sua deposizione all'udienza del 17.09.2019 (v. dichiarazioni testimoniali di R. C.), ebbe effettivamente inizio e di esso se ne occupò personalmente l'infermiere C. A., il quale, escusso sul punto, in conformità alle sommarie informazioni rese al P.M. in data 25.02.2014, ha riferito di aver aperto il rubinetto della pompa elastomerica contenente i farmaci analgesici prescritti dal medico, di essersi allontanato per pochi minuti dopo aver accertato che il paziente stesse bene e, al suo ritorno, di aver rinvenuto P. M. in stato di arresto cardiaco con conseguente immediata attivazione delle manovre rianimatorie da parte del personale specializzato (v. teste C.: *"Ho provveduto a preparare la pompa elastomerica su indicazioni del medico anestesista, che è la dott.ssa Rostirollo. La pompa era stata predisposta per una somministrazione di 48 ore. Preciso di avere aperto il rubinetto della pompa, di essermi assentato un attimo e per poi rientrare al fine di assicurarmi di avere effettivamente aperto il rubinetto. Mi sono assentato per circa cinque minuti per andare a monitorizzare un altro paziente. In questo lasso temporale la pompa collegata alla flebo del sig. P. funzionava, in quanto, come ho detto, avevo aperto il rubinetto"; v. pure teste R.: "Preciso che il signor C. non è un dottore, ma un infermiere che si è occupato di applicare la pompa elastomerica al sig. P.. Ricordo che questi mi riferì di aver controllato che la pompa fosse aperta e di aver monitorato il paziente... Non so dire quanto tempo è passato, ma presumo che il sig. P. sia andato in arresto cardiaco dopo due o tre minuti da quando l'infermiere era andato a controllarne le condizioni"*).

Risulta, quindi, acclarato anche a mezzo degli stessi testimoni di parte convenuta che, seppur per breve tempo, P. M. fu lasciato da solo nella saletta post-operatoria, in totale assenza di monitoraggio (meccanico e umano) nonostante il suo stato clinico ne imponesse una sorveglianza a vista in considerazione della potente somministrazione di farmaci ad alto rischio respiratorio a cui era stato sottoposto.

Alla stregua delle considerazioni che precedono, deve ritenersi provata la gravissima violazione delle *leges artis* posta in essere da parte del personale ospedaliero dipendente dell'ULSS 8 BERICA, sotto i plurimi profili sopra richiamati.

Le condotte sopra accertate integrano, allo stesso tempo, inadempimento colposo ex art. 1218 e 1228 c.c. agli obblighi gravanti sulla Struttura sanitaria, avuto riguardo alla domanda avanzata *iure hereditatis* e fatto illecito colposo ex art. 2043 c.c., avuto riguardo alla domanda spiegata *iure proprio* dagli attori.

A questo punto occorre procedere all'accertamento del cd. "primo stadio della causalità" che, nel caso di specie, coincide con la verifica del nesso causale tra condotta colposa dei sanitari e danno- evento rappresentato dal decesso di P. M. occorso dopo undici mesi di coma vegetativo.

Al riguardo, è appena il caso di rilevare che la verifica eziologica in sede civile è anch'essa governata dal combinato disposto degli artt. 40 e 41 c.p., per i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione ex ante - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della "preponderanza dell'evidenza", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (Cass. 8 luglio 2010, n. 16123).

Nello stesso ordine di idee, si è affermato che l'esistenza del nesso di causalità tra una condotta illecita ed un evento di danno può essere affermata dal giudice civile anche soltanto sulla base di una prova che lo renda probabile, a nulla rilevando che tale prova non sia idonea a garantire una assoluta certezza al di là di ogni ragionevole dubbio (Cass. 26 luglio 2012, n. 13214; Cass. 9 giugno 2011, n. 12686): infatti, la differente regola probatoria, in ambito penale e in ambito civile, trova la propria giustificazione nella diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa e, viceversa, nell'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti (Cass.Civ. a SS.UU. n. 576/2008; Cass.Civ. n. 23197/2018, Cass.Civ.Sez.Lav. n. 47/2017).

Circa le modalità di applicazione del criterio di accertamento della causalità materiale nel giudizio civile, la S.C., anche con la recente pronuncia n. 13872/2020, ha chiarito che esso si sostanzia nell'operatività di due regole: la regola del "più probabile che non" e la regola della "prevalenza relativa della probabilità".

La regola del "più probabile che non", secondo la Corte, *"implica che rispetto ad ogni enunciato si consideri l'eventualità che esso possa essere vero o falso, ossia che sul medesimo fatto vi siano un'ipotesi positiva ed una complementare ipotesi negativa, sicché, tra queste due ipotesi alternative, il giudice deve scegliere quella che, in base alle prove disponibili, ha un grado di conferma logica superiore all'altra: sarebbe infatti irrazionale preferire l'ipotesi che è meno probabile dell'ipotesi inversa. In altri termini, l'affermazione della verità dell'enunciato implica che vi siano prove preponderanti a sostegno di essa: ciò accade quando vi sono una o più prove dirette - di cui è sicura la credibilità o l'autenticità - che confermano quell'ipotesi, oppure vi sono una o più prove indirette dalle quali si possono derivare validamente inferenze convergenti a sostegno di essa"* (v., sulla possibilità di provare il nesso causale anche attraverso presunzioni, Cass.Civ. Sez. VI-3° ordinanza 26.11.2020 n. 26907).

A sua volta, la regola della "prevalenza relativa della probabilità" rileva *"nel caso di cd. "multifattorialità" nella produzione di un evento dannoso (ovvero quando all'ipotesi, formulata dall'attore, in ordine all'eziologia dell'evento stesso, possano affiancarsene altre) - allorché sullo stesso fatto esistano diverse ipotesi, ossia diversi enunciati che narrano il fatto in modi diversi, e che queste ipotesi abbiano ricevuto qualche conferma positiva dalle prove acquisite al giudizio, dovendo, invero, essere prese in considerazione solo le ipotesi che sono risultate "più probabili che non", poiché le ipotesi negative prevalenti non rilevano. Ricorrendo tale evenienza, vale a dire se vi sono più enunciati sullo stesso fatto che hanno ricevuto conferma probatoria, la regola della prevalenza relativa - sempre secondo l'impostazione dottrina di cui sopra - implica che il giudice scelga come "vero" l'enunciato che ha ricevuto il grado relativamente maggiore di conferma sulla base delle prove disponibili"*.

Svolte queste precisazioni di carattere generale, devono ritenersi pienamente condivisibili - in quanto esenti da vizi nonché logicamente e congruamente motivate - le conclusioni cui è pervenuto l'ausiliario del Tribunale, il quale, letta anche la perizia in ambito penale e discostandosi apertamente dalle valutazioni ivi espresse, ha ricondotto, sotto il profilo eziologico, la gravissima complicanza verificatasi poco dopo l'intervento del 28.01.2013 (*"arresto respiratorio con grave encefalopatia post anossica la quale ha condotto ad uno stato vegetativo con epilessia"*) alle condotte negligenti, imprudenti ed imperite del personale ospedaliero che, come sopra rilevato, dapprima ha fatto ricorso ad una incongrua somministrazione di sedativi ed analgesici (nella relazione di atp si parla di vera e propria "valanga" di farmaci) e poi, nonostante il ben prevedibile rischio di insufficienza respiratoria, è incorso in una colpevole omissione per non avere esercitato, nella fase post-intervento, una sorveglianza adeguata sul paziente, il quale è andato in arresto respiratorio quando si trovava al di fuori della sala operatoria, senza alcun monitoraggio.

Sul punto si osserva che il c.t.u. ha decisamente escluso la presenza di patologie pregresse che possano aver esposto il P. ad un rischio cardiologico, evidenziando che *"tutti i*

documenti contenuti agli atti ed elencati dall'anestesista responsabile di un trattamento anestetico per un modesto intervento chirurgico di frattura ad un polso depongono per una assoluta assenza di rischio cardiologico: il tracciato ECG è talmente "pulito", talmente "tipico" da rendere impossibile ipotizzare prodromi di patologie cardiache, considerate anche le buone condizioni generali dell'operando che non denunciava alcuna sintomatologia algica riconducibile a genesi cardiaca" (pag. 20 a.t.p.).

L'accadimento avverso non è, quindi, ricollegabile ad una causa di natura cardiaca, ma respiratoria che trae origine dall'errata gestione anestesologica e non è stata tempestivamente trattata in ragione dell'insufficiente monitoraggio post-operatorio. Infatti, nell'eziologia dell'evento lesivo rileva anche e soprattutto l'acclarata omessa sorveglianza di P. M., potendosi affermare che, con elevata probabilità, se il paziente fosse stato monitorato a vista come indicato dal c.t.u., un intervento tempestivo dei medici avrebbe evitato l'arresto cardiaco e la conseguente ipossia celebrale: invero, ciò che rileva, sul piano causale, è che il paziente sia stato lasciato solo per un tempo sia pure breve, ma comunque sufficiente affinché lo stesso andasse in arresto cardiorespiratorio e si producessero le gravissime conseguenze di cui si è detto. D'altro canto, proprio la circostanza che le manovre rianimatorie abbiano consentito la ripresa delle funzioni vitali ulteriormente conferma la validità della tesi attorea, in base alla quale i sanitari, con una adeguata sorveglianza, avrebbero potuto rendersi immediatamente conto delle crescenti difficoltà respiratorie del P. ed effettuare un intervento tempestivo per impedire l'arresto cardiaco e le sue gravi conseguenze.

In secondo luogo, gli esiti dell'a.t.p. consentono di ritenere positivamente accertata anche la riferibilità eziologica tra lo stato di coma vegetativo irreversibile conseguito all'arresto respiratorio ed il decesso di P. M.. Il c.t.u., infatti, ha affermato che la causa terminale del decesso deve certamente essere individuata nelle gravissime condizioni di salute in cui il paziente versava da tempo, ritenendo *"alquanto improbabile una morte dovuta a diversa causa del tutto scollegata rispetto alla condizione di estrema fragilità a fronte di qualsiasi anche banale vulnus – di qualsiasi natura – di un soggetto in stato vegetativo permanente"* (pag. 30 a.t.p.).

Tale conclusione è avvalorata anche dalle risultanze dall'esame autoptico eseguito in ambito penale, ove è emerso che la morte del P. va ricondotta ad una *"severa insufficienza multiorgano, esito di un grave coma post-anossico che si determinò dopo l'arresto-cardiocircolatorio"* (doc. 2 fascicolo convenuta).

Viceversa, non emersi elementi da cui desumere che il paziente sarebbe andato incontro in ogni caso al decesso in data 24.12.2013 in carenza della prolungata ed irreversibile condizione di stato vegetativo, per effetto di un'asserita e non meglio precisata patologia cardiaca (tesi di parte convenuta), esclusa sia dal perito incaricato dell'atp che dai consulenti del P.M.

Una volta accertato il nesso causale tra la condotta inadempiente/illecita ed il danno evento occorre passare allo scrutinio del cd. "secondo stadio della causalità" che attiene più propriamente alla verifica dei cd. "danni conseguenza", patrimoniali e/o non patrimoniali, che siano riconducibili all'inadempimento/evento secondo criteri di regolarità causale ex art. 1223 c.c..

DANNI NON PATRIMONIALI

Come si è già esposto nelle premesse, gli attori hanno chiesto, sotto il profilo dei pregiudizi di natura non patrimoniale, il risarcimento iure proprio del danno morale da perdita del rapporto parentale, nonché la liquidazione iure hereditatis del danno biologico cd. "terminale", del danno morale cd. "catastrofale" e del danno cd. "tanatologico" da perdita del bene vita patiti dalla vittima primaria.

a) danni iure proprio

Relativamente al danno da perdita del rapporto parentale, giova premettere in linea generale che colui che invoca il risarcimento di tale tipo di pregiudizio lamenta l'incisione

di un bene che è ontologicamente distinto da quello che consegue alla lesione della integrità psicofisica (danno lato sensu, biologico), poiché esso si collega alla violazione di un diritto di rilevanza costituzionale diverso da quello alla salute tutelato dall'art. 32 Cost., configurandosi come un pregiudizio esistenziale caratterizzato dalla lesione dei diritti della famiglia (articoli, 2, 29 e 30 Cost.).

Secondo la giurisprudenza della Suprema Corte, avallata anche dal noto pronunciamento delle Sezioni Unite dell'11.11.2008, la morte di un congiunto, cagionata dal fatto illecito di un terzo, ledendo diritti inviolabili riconosciuti e garantiti ai familiari a livello costituzionale, determina in capo a questi un danno ingiusto, presumibilmente apprezzabile e qualificabile come pregiudizio esistenziale (cfr. Cass. 15.7.2005 n. 15019; Cass. 8828/03, Cass. 8827/03, Cass. 7.11.2003 n. 16716).

Si osserva, infatti, che spetta ai congiunti della vittima iure proprio il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, in quanto essi subiscono la lesione di un loro interesse di rilievo costituzionale, il quale deve essere tutelato ai sensi dell'articolo 2059 c.c., alla luce dell'interpretazione costituzionalmente orientata della norma (Cfr. Cass. 8828/2003 e Corte Costituzionale sent. n. 233 del 2003 nonché la più recente Cass. S.U. 11.11.2008 n. 26972).

L'interesse fatto valere dai congiunti della vittima è quello alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia nonché alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito della famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli articoli 2, 29 e 30 Cost.

Il danno da perdita del rapporto parentale, inoltre, non coincide con la lesione dell'interesse protetto, e quindi con l'evento morte in sé e per sé considerato, ma consiste in una perdita, nella privazione di un valore non economico, ma personale, costituito dalla "irreversibile perdita del godimento del congiunto" e dalla "definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali". Pertanto, come tutti i pregiudizi non patrimoniali, è un danno-conseguenza, che deve essere allegato e provato dal danneggiato. Naturalmente, ai fini probatori potrà anche farsi luogo a valutazioni prognostiche e a presunzioni sulla base degli elementi obiettivi forniti dal danneggiato, quali l'intensità del vincolo familiare, la situazione di convivenza, la consistenza del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima primaria e quella dei singoli familiari superstiti, la compromissione delle esigenze di quest'ultimi, la personalità individuale di costoro, la loro capacità di reazione e di sopportazione del trauma, ed ogni altra circostanza del caso concreto idonea a dimostrare, sia pure presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza, il pregiudizio subito per la perdita definitiva della relazione parentale, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare (Cass. 17.4.2013 n. 9231, Cass. n. 15022/2005).

E' stato, altresì, chiarito dalla giurisprudenza di legittimità che più stretto è il rapporto parentale, maggiore può presumersi, secondo un criterio di regolarità logica fondato sull'id quod plerumque accidit, l'intensità del rapporto con la persona offesa (Cass. n. 25486/2016). Così, per i componenti della famiglia "nucleare" (genitori, figli, fratelli, coniugi), sarà sufficiente provare il rapporto di parentela: la convivenza rileverà, insieme agli altri indici di cui si è detto, ai fini della quantificazione del pregiudizio. Per gli altri parenti, estranei alla famiglia nucleare, la prova del rapporto parentale dovrà essere accompagnata, invece, da quella della convivenza o, comunque, di una certa intensità di frequentazione nello svolgimento del rapporto. Infatti, l'individuazione dei soggetti a cui riconoscere il risarcimento del danno da perdita del prossimo congiunto può prescindere sia dal vincolo di stretta parentela, sia dallo stato di convivenza, potendo assumere giuridica rilevanza ai fini della tutela risarcitoria anche il rapporto nonno/nipote, zio/nipote, suocero/nuora o genero ecc., allorché risulti provata l'effettiva consistenza della relazione affettiva, rispetto alla quale il rapporto di convivenza non assurge a connotato minimo di esistenza, ma può eventualmente (a seconda dei casi) costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità (v. Cass. n. 4499/2019; Cass. n.23469/2018; n. 29332/2012; n.

21230/2016; e più di recente, Cass.Civ. Sez. III ordinanza 8.04.2020 n. 7743 secondo cui *"In tema di domanda di risarcimento del danno non patrimoniale "da uccisione", proposta "iure proprio" dai congiunti dell'ucciso, questi ultimi devono provare l'effettività e la consistenza della relazione parentale, rispetto alla quale il rapporto di convivenza non assurge a connotato minimo di esistenza, ma può costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità, e ciò anche ove l'azione sia proposta dal nipote per la perdita del nonno; infatti, poiché la "società naturale", cui fa riferimento l'art. 29 Cost., non è limitata alla cd. "famiglia nucleare", il rapporto tra nonni e nipoti, per essere ritenuto giuridicamente qualificato e rilevante, non può essere ancorato alla convivenza, escludendo automaticamente, in caso di insussistenza della stessa, la possibilità per tali congiunti di provare l'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto"*).

Alla luce dei principi giurisprudenziali sopra enunciati può, pertanto, affermarsi che l'esistenza dello stretto rapporto parentale con il defunto è certamente – da sola – idonea a fondare la prova presuntiva (rispetto alla quale nulla è stato dedotto e dimostrato in contrario) dell'esistenza di un pregiudizio non patrimoniale patito da L. K., P. N., B. B. M., P. L., P. L. – che sono, rispettivamente, la moglie, il figlio, la madre, il padre ed il fratello di P. M. – per la tragica scomparsa del loro congiunto.

Tale voce di danno, quindi, sussiste e deve essere risarcita.

Reputa il Tribunale che per la liquidazione – da effettuarsi in base ad una valutazione equitativa, ex artt. 1226 e 2056 c.c., trattandosi di lesione di valori inerenti alla persona – non possa farsi ricorso alle tabelle predisposte dal Tribunale di Milano che, diversamente da quanto statuito per il pregiudizio arrecato all'integrità psicofisica, non costituiscono concretizzazione paritaria dell'equità su tutto il territorio nazionale (così Cass.Civ. 14.11.2019 n. 29495), ma debbano trovare applicazione le Tabelle in uso presso il Tribunale di Roma aggiornate al 2019, in conformità al più recente orientamento della S.C. in base al quale *"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"* (Cass.Civ.Sez. III ordinanza 29.09.2021 n. 26300; Cass.Civ.Sez. III sentenza 21.04.2021 n. 10579).

Per quanto riguarda i familiari conviventi (moglie e figlio), alla luce delle citate tabelle, si ritiene equo liquidare, per ciascuno di essi, a titolo di danno da perdita del rapporto parentale, l'importo di $(9.806,70 \times 30 \text{ punti}) = \mathbf{€ 294.201,00}$ che tiene conto dell'età del defunto (50 anni) e dei prossimi congiunti (rispettivamente 47 anni e 7 anni) al momento del fatto, l'intensità del vincolo familiare, la situazione di convivenza, la presenza e il numero di altri familiari sopravvissuti. Tale liquidazione appare senz'altro congrua, per quanto concerne L. K., in quanto valorizza adeguatamente il pregiudizio sofferto per lo sconvolgimento esistenziale determinatosi nella vita dell'attrice a seguito della morte del consorte, essendo indubitabile che un coniuge, ancora giovane, che si trovi improvvisamente solo, oltretutto con l'onere del mantenimento e dell'educazione di un figlio in tenera età, subisca un contraccolpo psicologico e relazionale notevole, che incide profondamente e in via durevole sull'organizzazione della propria vita. Relativamente alla posizione del minore P. N., invece, deve essere apprezzata la tenera età del figlio al momento del decesso di P. M., il quale è stato privato della figura del padre in una fase

cruciale della propria crescita e di cui dovrà fare a meno, in via definitiva.

Quanto alle istanze risarcitorie avanzate da P. L., B. B. M. e P. L. (familiari non conviventi), vanno liquidate, sempre sulla base delle surrichiamate Tabelle, le seguenti somme:

- (9.806,70 x 25 punti =) **€ 245.167,50** a favore di ciascun genitore;

- (9.806,70 x 25 punti =) **€ 127.487,10** a favore del fratello.

Restano, infine, da esaminare le domande di risarcimento avanzate da L. C., T. A., T. M. e L. I. (affini ai sensi dell'art. 78 c.c. e non conviventi).

Al riguardo, non sussistono dubbi circa l'infondatezza dell'eccezione di carenza di legittimazione attiva sollevata dalla convenuta nei confronti degli attori, atteso che dal quadro istruttorio emerso in corso di causa possono trarsi elementi sufficientemente probanti in ordine all'effettiva verifica di un pregiudizio non patrimoniale dagli stessi patito a causa della perdita di P. M., meritevole di ristoro. I testimoni escussi hanno reso, infatti, dichiarazioni univoche e concordati, confermando integralmente il legame affettivo con il de cuius (tant'è vero che L. C. e L. I. furono scelti dal P. come suoi testimoni di nozze), ed altrettanto può evincersi dalla documentazione fotografica in atti in cui sono raffigurati momenti di vita passati insieme (in occasione di feste, vacanze, ricorrenze) nei quali risulta palese l'intensità del rapporto tanto con la cognata L. C. che aveva anche prestato attività lavorativa presso di lui (doc. 28 fascicolo attoreo) e lo frequentava insieme ai figli T. A. e T. M. (di cui il Pausco fu padrino alla cresima), quanto con il suocero L. I. (doc. ti da 18 a 27 fascicolo attoreo). A conferma di ciò, si evidenzia che dalle deposizioni testimoniali è emerso, altresì, come L. C. e L. I., nonostante l'assenza di uno stretto vincolo di parentela con P. M., si siano recati costantemente in ospedale e, soprattutto la prima, abbia prestato il proprio aiuto, dandosi il turno con i familiari più stretti per assisterlo.

In assenza di previsioni tabellari sul rapporto tra cognati, suocero-genero e zio-nipoti, si ritiene congruo riconoscere a L. C. e a L. I. un risarcimento di **€ 40.000,00** ciascuno (importo questo che, in base alle tabelle romane, si avvicina a quello che sarebbe stato liquidato a favore di un fratello non convivente, avente un proprio nucleo familiare, decurtato del 70%) e a T. A. e T. M. un risarcimento ulteriormente ridotto ad **€ 15.000,00** ciascuno.

Questi importi, liquidati ai valori attuali, devono essere devalutati alla data dell'accadimento lesivo (23 dicembre 2013) per individuare il valore monetario dell'epoca, su cui calcolare rivalutazione e interessi. Dalla data di pubblicazione della sentenza sulle somme così calcolate decorreranno gli interessi al saggio legale sino all'effettivo soddisfo (Cass.Civ. n. 19987/2016; Cass.Civ. SS UU n. 1712/1995).

b) danni iure hereditatis

Passando ad esaminare l'ulteriore questione della risarcibilità (trasmissibile iure successionis) del danno cd. "terminale", occorre in primo luogo richiamare il costante orientamento della S.C., in base al quale il danno subito dalla vittima, nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo, è configurabile e trasmissibile agli eredi nella duplice componente di "danno biologico terminale" e di "danno morale terminale", detto altrimenti "danno catastrofale" (Cass. Civ. ordinanza n. 5448/2020; Cass.Civ. Sez. III ordinanza 5.07.2019 n. 18056).

Il "danno biologico terminale" consiste in una invalidità e/o menomazione psicofisica cagionate dal decorso della patologia contratta a causa della lesione alla salute ad inevitabile esito letale ed è sempre risarcibile purché intercorra un lasso di tempo apprezzabile tra le lesioni e la morte causata dalle stesse, essendo irrilevante la circostanza che durante tale periodo di permanenza in vita la vittima abbia mantenuto uno stato di lucidità. Con il riconoscimento di tale tipologia di danno, dunque, viene risarcita alla vittima iure proprio, con trasmissione ai superstiti iure hereditatis, non la perdita del diritto alla vita (c.d. danno tanatologico sulla cui irrisarcibilità si è da tempo espressa la giurisprudenza – Cass.Civ. Sez.Un. n. 15350/2015), né il danno biologico la cui sussistenza presuppone che la vittima sia in vita e vitale, ma il danno non patrimoniale identificato con il pregiudizio alla salute patito dalla vittima stessa che deve essere liquidato come una invalidità

temporanea "maggiorata" da calcolarsi in base alla durata dell'agonia patita dal de cuius atteso che tale danno è nella sua identità di massima intensità (Cass. 7499/2012).

Il "danno morale terminale" o "catastrofale" consiste, invece, nella sofferenza provocata dalla consapevolezza di dover morire. Questa sofferenza può essere multiforme e consistere, ad esempio, nel provare la paura della morte, il dispiacere di lasciar sole le persone care, la disperazione per dover abbandonare le gioie della vita, il tormento di non sapere chi si prenderà cura dei propri familiari, e così via, secondo le infinite combinazioni di dolore che il destino può riservare al genere umano. Pertanto la risarcibilità è ammessa soltanto a condizione che la vittima sia cosciente. Se la vittima non sia consapevole della fine imminente, infatti, non è nemmeno concepibile che possa prefigurarsela, e addolorarsi per essa. In questa seconda ipotesi, poiché il danno risarcibile è rappresentato non dalla perdita delle attività cui la vittima si sarebbe dedicata, se fosse rimasta sana, ma da una sensazione dolorosa, la durata della sopravvivenza non è un elemento costitutivo del danno, né incide necessariamente sulla sua gravità. Anche una sopravvivenza di pochi minuti può consentire alla vittima di percepire la propria fine imminente, mentre - al contrario - una lunga sopravvivenza in totale stato di incoscienza non consente di affermare che la vittima abbia avuto consapevolezza della propria morte (Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 32372 del 13.12.2018; nonché Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008).

Nel caso di specie, agli eredi di P. M. spetta, iure successionis, il risarcimento del danno biologico terminale che risulta liquidabile come invalidità assoluta temporanea patita dal de cuius, ma con il massimo di personalizzazione in considerazione dell'entità ed intensità del danno stesso, avuto riguardo anche alle conclusioni formulate dal c.t.u. che ha evidenziato come il grado di sofferenza strettamente fisica sia stato elevatissimo, in ragione delle molteplici complicanze (comiziali ed infettive in particolare) verificatesi durante il periodo di coma vegetativo e della necessità di svariati trattamenti, anche invasivi, finalizzati al sostegno delle funzioni vitali e al trattamento delle complicanze (pag. 28-29 a.t.p.).

Ne consegue che, facendo applicazione delle Tabelle di Milano utilizzate da questo Ufficio per la liquidazione del danno alla salute, il pregiudizio non patrimoniale per i 330 giorni in cui il P. è rimasto in stato di coma prima di morire, parametrato ai valori base concernenti l'invalidità temporanea e personalizzando tali valori aumentando al massimo di personalizzazione (50%) il punto base di invalidità temporanea, si ottiene un valore di € 149,00, che moltiplicato per 330 dà un totale di **€ 49.170,00**, anch'esso liquidato all'attualità, con il riconoscimento degli interessi e della rivalutazione monetaria sulla somma devalutata al dì del fatto illecito e progressivamente rivalutata di anno in anno fino al dì di pubblicazione della presente sentenza e poi ancora dei soli interessi sino al definitivo soddisfo.

Non può, invece, liquidarsi il danno morale terminale così come invocato da parte attrice, atteso che il de cuius è rimasto in stato di coma vegetativo per l'intero periodo, dalla data dell'intervento a quella della morte, e non era quindi nella richiesta condizione di lucidità necessaria per rappresentarsi la fine imminente ed addolorarsi per essa.

Sul punto va osservato che le prove testimoniali acquisite, tese a dimostrare che P. M. abbia dato segni della consapevolezza del proprio stato (ad esempio attraverso taluni episodi di pianto), non sono in grado di superare le risultanze dell'espletato a.t.p., dal quale è emerso che la vittima non ebbe mai a riprendere una "valida coscienza". Ed, infatti, il perito d'ufficio, nell'esaminare la questione se rari e brevi episodi di pianto possano essere considerati puntuali ed indubitabili segni del livello di coscienza del soggetto e, quindi, di quello stato di prostrazione, di angoscia e di afflizione che inevitabilmente derivava dalla cognizione di causa del proprio stato, ha precisato che essi, in un soggetto nelle condizioni del P. (stato vegetativo permanente), "sono da ritenersi ascrivibili (proprio in quanto "episodi") in termini di elevatissima probabilità alla percezione di stimoli dolorosi (del tutto comprensibili - come già detto - con le complicanze dei trattamenti) di particolare

intensità piuttosto che ad una risposta emotiva, apparendo assolutamente teorica e comunque indimostrabile una loro riconducibilità a temporanei – comunque indimostrati [sul piano documentale] momenti di cognizione del proprio stato" (pag. 36 a.t.p.).

Sempre sul versante non patrimoniale, gli attori hanno richiesto il risarcimento del danno iure hereditatis da mancato consenso informato, il quale sarebbe stato prestato dal de cuius mediante la sottoscrizione di un modulo del tutto generico, come rilevato nella relazione di a.t.p., ove si evidenzia che quello fatto firmare al paziente in data 27.01.2013 *"appare alquanto generico nella misura in cui fa riferimento ad un "danno fratturativo" senza alcuna precisazione rispetto alla patologia in concreto accusata: non viene descritta la possibilità di anestesia locale, tronculare o generale, mentre – tornando al modulo di consenso informato all'anestesia – non vengono dettagliatamente descritte le possibili complicanze post-blocco del plesso brachiale quale il pneumotorace o altre turbe della ventilazione polmonare che da questo tipo di anestesia periferica avrebbero potuto derivare".*

Ebbene, pur concordandosi con le valutazioni espresse dal c.t.u. in ordine ad una effettiva carenza nella raccolta del consenso informato, la domanda di risarcimento non è meritevole di accoglimento. Al riguardo, va osservato come non sia sufficiente, al fine di ritenere sussistente la lesione all'autodeterminazione, la sola allegazione della genericità del modulo sottoscritto dal paziente, occorrendo anche allegare e dimostrare che quest'ultimo, se correttamente e preventivamente informato, non si sarebbe sottoposto all'intervento e che si sarebbe determinato diversamente (cfr. Cass. Sez. III civ. sentenza n. 17322 del 19.08.2020). Tali aspetti non soltanto non sono stati allegati dagli eredi di P. M., ma al contrario restano presuntivamente smentiti dalla circostanza, pacifica in causa, che si era trattato di un intervento programmato di riduzione di una frattura al braccio che il de cuius si era procurato accidentalmente e, quindi, certamente voluto dal paziente, al quale, pertanto, non può riconoscersi alcun danno all'autodeterminazione.

DANNI PATRIMONIALI

Parte attrice ha, altresì, invocato il ristoro del danno patrimoniale sia per spese sostenute (danno emergente) che per perdita di reddito (lucro cessante).

Nulla quaestio sulla piena risarcibilità della prima voce di pregiudizio, risultando documentalmente provato il danno emergente derivante dagli esborsi sostenuti per le spese funerarie nella misura di € 4.142,60 (doc. 12 fascicolo attoreo), per gli oneri della c.t.u. nel giudizio n. 7848/2013 RG, pari ad € 4.514,00 (doc. 13 fascicolo attoreo), per le spese relative all'attività di consulenza medico-legale e di assistenza prestate dai cc.tt.pp. prof. Giorgetti e dott. Papi nel procedimento penale e in quello civile per accertamento tecnico preventivo, ammontanti ad € 6.000,00 (doc. 14 fascicolo attoreo): il tutto, per un totale complessivo di **€ 14.656,60**, da maggiorarsi della rivalutazione e degli interessi legali dalla data dei singoli esborsi sino al saldo effettivo.

Quanto alla seconda tipologia di pregiudizio, va in generale osservato che qualora il fatto illecito produca, quale evento lesivo, la morte del soggetto passivo, il danno patrimoniale da lucro cessante astrattamente spettante ai suoi prossimi congiunti può consistere nella perdita di quei contributi, sovvenzioni od altre utilità economicamente apprezzabili che per legge (es. art. 230 bis c.c., 315, 433 c.c.) o per solidarietà familiare, sarebbero state loro corrisposte dalla vittima. In questi termini si è pronunciata la giurisprudenza di legittimità, chiarendo che *"l'aspettativa degli stretti congiunti a un contributo economico da parte del familiare prematuramente scomparso integra un danno futuro risarcibile in quanto sia possibile presumere in base a un criterio di normalità fondato su tutte le circostanze del caso concreto che un contributo economico la persona lo avrebbe effettivamente apportato"*: trattasi, quindi, di un danno da mancato guadagno, da valutarsi con criteri probabilistici, in via presuntiva e con equo apprezzamento del caso concreto e da liquidarsi in via necessariamente equitativa" (Cass. Civ. 20 novembre 2018 n. 29830; Cass. Civ. n. 10010/2003, Cass. Civ. 11003/2003; Cass. Civ. n. 15641/2002). Ne consegue che, ai fini

dell'accoglimento della richiesta risarcitoria per morte da fatto illecito avanzata dal coniuge superstite, quest'ultimo, pur non essendo tenuto a fornire la prova rigorosa dello stabile contributo economico ricevuto dal consorte defunto, non è esonerato dall'onere di indicare al giudice gli elementi da cui possa dedursi la perdita di prestazioni o vantaggi connessi all'esistenza in vita della vittima (Cass.Civ. n. 15385/2011).

La Suprema Corte (v. Cass. Civ. Sez. VI ordinanza 16.03.2018 n. 6619) ha poi precisato i criteri a cui ricorrere per la liquidazione del danno in questione, che può essere operata sia in forma di rendita (art. 2057 c.c.) che in forma capitale, con scelta rimessa alla discrezionalità del giudice di merito. Se viene scelta la liquidazione in forma capitale, questa deve avvenire: a) determinando il reddito della vittima al momento della morte; b) detraendone la quota presumibilmente destinata ai bisogni personali della vittima o al risparmio; c) moltiplicando il risultato per un coefficiente di capitalizzazione delle rendite vitalizie, se sia ragionevole ritenere che, in mancanza dell'illecito, il superstite avrebbe continuato a godere del sostegno economico del defunto vita natural durante e, in tal caso, il coefficiente da scegliere dovrà essere corrispondente all'età della vittima se questa sia più giovane dell'alimentato, ed all'età di quest'ultimo nel caso contrario.

Ai fini della corretta determinazione del reddito della vittima da porre a base del calcolo, occorre, da un lato, procedere alla detrazione delle spese per la sua produzione e del carico fiscale, che in assenza del fatto illecito avrebbero rappresentato voci di spesa e come tali avrebbero ridotto il reddito disponibile per i familiari (ciò in quanto, se non avvenisse tale detrazione, il risarcimento da distribuire ai familiari della vittima sarebbe maggiore del reddito che avrebbero avuto a disposizione se non fosse avvenuto l'illecito e la liquidazione sarebbe iniqua per il debitore) e, dall'altro lato, sempre che la circostanza sia stata debitamente allegata e provata, operare un aumento per gli incrementi futuri che verosimilmente quel reddito avrebbe avuto se la vittima avesse potuto continuare a svolgere il proprio lavoro (come gli incrementi salariali legati al maturare dell'anzianità in caso di lavoro dipendente).

Ebbene, applicando tali principi alla fattispecie concreta, risulta dagli atti di causa che P. M. svolgesse attività lavorativa al momento del decesso (tant'è che fra gli attori figura, quale ulteriore soggetto danneggiato, la società datrice di lavoro U. s.r.l.) e non è minimamente in contestazione tra le parti la circostanza che egli fosse l'unico percettore di reddito da lavoro dipendente (nulla è stato dedotto in contrario dalla convenuta che si è limitata a svolgere rilievi sotto il diverso profilo della congruità della somma richiesta da controparte a titolo risarcitorio), ragion per cui ben può ritenersi che la vittima primaria destinasse in passato e avrebbe destinato in futuro una parte della sua retribuzione alla moglie convivente e al figlio N., di appena sette anni al momento del decesso del padre. Parte attrice ha prodotto il modello CUD 2013 relativo all'anno d'imposta 2012 (che è quello antecedente all'evento morte) allorquando P. M. lavorava alle dipendenze di U. s.r.l. e percepiva un reddito lordo di € 19.681,66 (doc. 17 fascicolo attoreo).

Alla base del calcolo dev'essere, tuttavia, posto il reddito annuo al netto del carico fiscale e, dunque, l'importo di (€19.681,66 – € 2.898,49 =) € 16.783,17, da cui va detratta la cd. quota sibi, vale a dire la parte di reddito che verosimilmente il defunto destinava alle proprie esigenze personali, che può essere determinata nella misura di un terzo (€ 5.594,39) secondo la stima operata anche da parte attrice, in considerazione del fatto che il defunto ha lasciato sia il coniuge che un figlio minore di età. Nessun incremento dev'essere, invece, operato per presumibili futuri incrementi reddituali in mancanza di allegazioni da parte degli istanti.

La somma così calcolata, pari ad (€ 16.783,17-€ 5.594,39 =) € 11.188,78, va moltiplicata per il coefficiente di capitalizzazione tratto dai Quaderni del C.S.M. (ovvero quelli diffusi dal Consiglio Superiore della Magistratura ed allegati agli Atti dell'Incontro di studio per i magistrati, svoltosi a Trevi il 30 giugno - 1 luglio 1989) ritenuti dalla Suprema Corte (cfr. ex multis Cass. Civ. Sez. III 28.04.2017 n. 10499; Cass. Civ. 14.10.2015 n. 20615) preferibili rispetto

a quelli approvati con R.D. 9 ottobre 1922, n. 1403, i quali a causa dell'innalzamento della durata media della vita e dell'abbassamento dei saggi di interesse non garantiscono l'integrale ristoro del danno, e non sono perciò consentiti dalla regola di cui dall'art. 1223 c.c.. Nella specie, il coefficiente è pari a 23.9060 corrispondente all'età di coniuge superstite (47 anni) al momento del decesso del marito, in quanto più giovane rispetto a quest'ultimo. Pertanto, il danno patrimoniale subito da L. K., in proprio e quale esercente la potestà sul figlio minore P. N., deve essere quantificato, in moneta attuale, in (€ 11.188,78 x 23.9060 =) **€ 267.478,97**, oltre interessi legali da oggi sino al saldo, trattandosi di liquidazione anticipata del danno. Sulla predetta somma deve essere, altresì, riconosciuta la maggiorazione per interessi legali ex art. 1282 c.c. dalla presente pronuncia e fino al saldo effettivo.

Da ultimo occorre esaminare la domanda di U. s.r.l. che ha chiesto di essere risarcita nella misura di € 6.345,66, in relazione al danno patrimoniale proprio subito a causa degli esborsi sostenuti, nel periodo compreso tra il fatto illecito sino al decesso del lavoratore, per malattia (€ 1.639,84), tredicesima (€ 845,13), ferie/permessi non goduti (€ 2.112,92), indennità sostitutiva di preavviso (€ 312,65) e trattamento di fine rapporto (€ 1.435,12).

Tale richiesta è certamente fondata sotto il profilo dell'*an debeatur*, essendo pacifico che, nella nozione di danneggiato ex art. 2043 c.c., vanno ricompresi tutti coloro che abbiano subito un pregiudizio in rapporto di derivazione causale con il fatto illecito e, quindi, anche il datore di lavoro in relazione al danno patito per le lesioni riportate dal dipendente. Ai fini della determinazione del "quantum", ben può farsi riferimento al conteggio riepilogativo dei costi sostenuti elaborato dal consulente del lavoro Faccin Maurizio (doc. 15 fascicolo attoreo) che lo ha confermato nel corso della sua escussione testimoniale e che trova piena rispondenza nelle buste paga in atti, dalle quali emerge un esborso di € 4.910,54 a titolo di retribuzione (doc. 15 fascicolo attoreo). A detto importo dev'essere aggiunta la quota di TFR pari ad € 1.435,12, in conformità all'orientamento della S.C., secondo il quale, in difetto di prova diversa, il pregiudizio è liquidabile sulla base dell'ammontare delle retribuzioni e, quindi, tenendo conto anche delle quote di tfr, che ha natura di retribuzione differita, atteso che il relativo esborso esprime il normale valore delle prestazioni perdute. Analogo discorso va fatto per i contributi previdenziali obbligatoriamente pagati durante il periodo di assenza dell'infortunato e, pertanto, la contestazione espressa sul punto (peraltro, in via generica) dalla convenuta va disattesa (v. Cassazione Civile, Sezione III, 25 giugno 1993, n.7063 secondo cui "*Il responsabile di lesioni personali in danno di lavoratore dipendente, che abbiano provocato la sua invalidità temporanea lavorativa assoluta, è tenuto a risarcire il datore di lavoro per la mancata utilizzazione delle prestazioni lavorative del predetto dipendente, e ciò a prescindere dalla prova della sua sostituzione o della conseguente diminuzione della produzione, atteso che l'esborso delle retribuzioni e dei relativi contributi previdenziali obbligatori esprime il normale valore delle prestazioni perdute, salvo restando la risarcibilità dell'ulteriore pregiudizio patrimoniale eventualmente subito dal medesimo datore di lavoro in caso di comprovata necessità di sostituzione del lavoratore assente con elementi esterni all'azienda, o di particolare nocimento alla produzione*").

L'ULSS 8 BERICA va, perciò, condannata a corrispondere ad U. s.r.l. il predetto importo di **€ 6.345,66** a titolo di risarcimento del danno da responsabilità ex art.2043 c.c., che dovrà essere anch'esso maggiorato degli interessi e della rivalutazione secondo i criteri dettati da Cass.Civ. SS UU n. 1712/1995.

Le spese di lite, comprese quelle del giudizio di A.T.P., seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo ex D.M. n. 55/2014, con applicazione per ciascuna fase dei valori medi dello scaglione di riferimento, determinato in base al "decisum" (da € 1.000.000,00 ad € 2.000.000,00).

P.Q.M.

Il Tribunale di Vicenza, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa n. 4226/2017 R.G., ogni diversa istanza, eccezione e difesa disattesa e respinta, così provvede:

1) accoglie domande risarcitorie di parte attrice per quanto di ragione e, per l'effetto, accertata e dichiarata la responsabilità dell'ULSS n. 8 BERICA nella causazione della morte di P. M. a seguito della sua sottoposizione all'intervento medico-chirurgico del 28.01.2013, condanna la convenuta, in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, al pagamento delle seguenti somme:

- **€ 294.201,00** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di L. K. in proprio, oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 294.201,00** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di L. K., in qualità di genitore esercente la potestà sul figlio minore P. N., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 245.167,50** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di B. B. M., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 245.167,50** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di P. L., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 127.487,10** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di P. L., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 40.000,00** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di L. C., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 40.000,00** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di L. I., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 15.000,00** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di T. A., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 15.000,00** a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale in favore di T. M., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 49.170,00** a titolo di risarcimento del danno biologico terminale riconosciuto, iure successionis, a favore di L. K. in proprio e in qualità di genitore esercente la potestà sul figlio minore P. N., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 14.656,60** a titolo di risarcimento del danno emergente in favore di L. K., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 267.478,97** a titolo di risarcimento del danno da lucro cessante in favore di L. K., in proprio e in qualità di genitore esercente la potestà sul figlio minore P. N., oltre accessori come indicato in motivazione;

- **€ 6.345,66** a titolo di risarcimento del danno patrimoniale in favore di U. s.r.l.;

2) condanna l'ULSS n. 8 BERICA, come rappresentata, al pagamento delle spese processuali, liquidate, quanto al giudizio per a.t.p., in complessivi **€ 3.533,00**, di cui € 225,00 per esborsi ed € 3.308,00 per compenso professionale d'avvocato, oltre alle spese generali, I.V.A. e C.P.A. come per legge, e quanto alle spese del presente giudizio, in complessivi **€ 36.690,00**, di cui € 545,00 per esborsi ed € 36.145,00 per compenso professionale d'avvocato, oltre alle spese generali, I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Così deciso in Vicenza, il giorno 26 gennaio 2022.

Il Giudice
Dott.ssa Biancamaria Biondo