

RG 986/2017

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI TERNI

Il Tribunale, in composizione monocratica, nella persona del giudice dr.ssa MONICA VELLETTI, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. N. 986/2017 , promossa da:

P. D., nato in omissis il omissis;

P. M., nata in omissis il omissis;

C. E., nata in omissis il omissis;

A. A., nata in omissis il omissis;

C. M., nata in omissis il omissis;

C. O., nata in omissis il omissis

tutti con il patrocinio dell'avv. MORICCIANI GIORGIO, parti elettivamente domiciliate presso lo studio del difensore giusta delega in atti;

ATTORI

E

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRA 2, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con il patrocinio dell'avv. PATRIZIA BECECCO parte elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore giusta delega in atti;

CONVENUTA

oggetto: risarcimento del danno da responsabilità professionale medica.

CONCLUSIONI: all'udienza del 2.11.2021 le parti precisavano le seguenti conclusioni

PARTE ATTRICE: *"IN VIA PRINCIPALE: dichiarare l'esclusiva responsabilità contrattuale ex art. 1218 C.C. e 1228 C.C. dei medici delle strutture ospedaliere di Amelia e Narni, per la morte del Sig. P. F., dovendosi ravvisare nel loro comportamento imperizia, negligenza, errori ed omissioni oltre alla violazione delle procedure di intervento espresse e codificate nelle principali e più autorevoli Linee Guida esistenti;*

dichiarare la responsabilità extracontrattuale della convenuta azienda ex art. 2043 c.c. per violazione del principio generale e fondamentale del "neminem laedere" nonché ex art. 2049 c.c., e ciò per tutte le ragioni analiticamente descritte in parte narrativa;

Per l'effetto, Voglia l'Ill.mo Giudice adito, condannare ex art. 1228 c.c., la AUSL 2, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, con sede in Terni, Via Bramante n° 37, P.IVA 01499590550, al pagamento in favore degli odierni attori, a titolo di risarcimento dei danni e per le causali sopra esposte, delle seguenti somme:

DANNO NON PATRIMONIALE

- IURE PROPRIO

Al Sig. P. D., (padre) del defunto F. P. la somma, di € 270.00,00 (così individuata in applicazione anche di una riduzione a causa della concreta situazione di non convivenza con il padre) o quella diversa somma ritenuta di giustizia;

Alla Sig.ra P. M., (madre) del defunto F. P. la somma, di € 270.00,00 (così individuata in applicazione anche di una riduzione a causa della concreta situazione di non convivenza con la madre) o quella diversa somma ritenuta di giustizia;

Alla Sig.ra C. E., (sorella) del defunto P. F., la somma di € 95.000,00 (così individuata in applicazione anche di una riduzione a causa della concreta situazione di non convivenza con il fratello) o quella diversa somma ritenuta di giustizia;

Alla Sig.ra A. A., (sorella) del defunto P. F., la somma di € 95.000,00 (così individuata in applicazione anche di una riduzione a causa della concreta situazione di non convivenza con il fratello) o quella diversa somma ritenuta di giustizia;

Alla Sig.ra C. M., (sorella) del defunto P. F., la somma di € 95.000,00 (così individuata in applicazione anche di una riduzione a causa della concreta situazione di non convivenza con il fratello) o quella diversa somma ritenuta di giustizia;

Alla Sig.ra C. O., (sorella) del defunto P. F., la somma di € 95.000,00 (così individuata in applicazione anche di una riduzione a causa della concreta situazione di non convivenza con il fratello) o quella diversa somma ritenuta di giustizia.

- IURE HAEREDITATIS

Agli odierni attori, tutti eredi del Sig. P. F., la somma complessiva di € 409.660,00 o quella diversa somma ritenuta di giustizia, a titolo di risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dal Sig. P. F.. Detta somma dovrà infatti essere riconosciuta agli eredi del P. F. per le argomentazioni innanzi rassegnate.

DANNO PATRIMONIALE

IURE PROPRIO Danno emergente per spese funerarie pari ad € 2.401,81 o in quella diversa somma ritenuta di giustizia.

IN VIA SUBORDINATA ED ALTERNATIVA dichiarare l'esclusiva responsabilità dei medici delle strutture ospedaliere di Amelia e Narni per la grave perdita di chances di sopravvivenza sottratte e negate al Sig. F. P., deceduto all'età di 25 anni per una grave patologia di cui soffriva e comunicata al momento del proprio ricovero e, per l'effetto, condannare ex art. 1228 c.c., La AUSL 2, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, con sede in Terni, via Bramante n° 37 al pagamento in favore degli odierni attori, della complessiva somma di € 450.000,00 sempre tenuto conto dell'aspettativa di vita futura, o in quella diversa somma che si riterrà di giustizia ex art. 1226 c.c. Tutte le richieste maggiorate degli interessi legali e rivalutazione monetaria dalla domanda all'effettivo soddisfo.

Condannare inoltre la AUSL 2, in persona del Direttore Generale e Legale rappresentante pro tempore, con sede in Terni, via Bramante n° 37, ai sensi e per gli effetti dell'art. 96 III° comma C.p.c., per non aver aderito alla procedura di mediazione, omettendo senza giustificato motivo la partecipazione, in completa violazione dell'art. 8 D.lgs. 28/2010.

Il Tutto con vittoria di spese e compenso professionale."

PARTE CONVENUTA: *"Insiste nella domanda di accertamento di assenza di responsabilità in capo ai Sanitari della convenuta Azienda e, in subordine, nella denegata ipotesi contraria, nella riduzione della pretesa attorea secondo il giusto e provato, tenendo conto dell'effettivo apporto dell'operato dei Sanitari nella causazione del danno. Con vittoria delle spese di giudizio.*

In via istruttoria, stante il contrasto delle due perizie tecniche svolte nel corso del presente giudizio, si insiste affinché il Giudice valuti, in via prioritaria, la perizia svolta dai primi Ausiliari incaricati, Dott. Francis Milton Reedy e Dott. Nicola Lanzetta il cui esito ha escluso ogni ipotesi di responsabilità in capo alla convenuta, disponendo, ove lo ritenga opportuno, una terza CTU. Sul punto, si intende ribadire che non è mai stata dichiarata la nullità del suddetto elaborato ma solo disposta la rinnovazione della CTU. Infine, nella denegata ipotesi in cui il Giudice non ritenga di dover aderire agli esiti del primo elaborato peritale, si chiede disporsi il rinnovo della CTU con altro collegio peritale."

Ragioni di fatto e diritto della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato alla parte convenuta gli attori P. D., P. M., C. E., A. A., C. M., C. O., nella qualità i primi due di genitori e le altre quattro di sorelle di P. F., nato il 15.1.1988, chiedevano la condanna al risarcimento per i danni asseritamente subiti a seguito del decesso di quest'ultimo, esponendo quanto segue:

- P. F. decedeva in data 17 gennaio 2013 alle ore 17,40 (cfr certificato di morte doc. 2) presso l'Ospedale Santa M. di Terni ove si trovava ricoverato a seguito di trasferimento dagli ospedali di Amelia e di Narni;
- in data 16 gennaio 2013, P. F., alle ore 20,00 circa, fu accompagnato presso il Pronto Soccorso del Presidio ospedaliero di Amelia per un profondo malessere caratterizzato da dolori addominali (cartella

clinica doc. 3), in sede anamnestica, veniva riportato: “*riferita ipertensione arteriosa. Problemi valvolari che il paziente non sa precisare. Insufficienza aortica. Coartazione aortica*”, malgrado la riportata anamnesi, confermata dalle dichiarazioni del P., non veniva eseguito alcun accertamento specifico per problemi cardiaci;

- alle ore 22.30 del 16 gennaio 2013 il P. venne trasferito al Presidio Ospedaliero Territoriale di Narni (cartella clinica doc. 3), nel quale sarebbero stati posti in essere, secondo le allegazioni di parte attrice, una serie di grossolani errori diagnostici, non praticando al paziente le cure che avrebbero impedito la progressione della patologia verso l’esito letale;

- dopo lunghe ore trascorse presso l’ospedale di Narni ed a seguito dell’ematemesi massiva che colpì il P. alle ore 15,15 del 17/01/2013, quest’ultimo fu nuovamente trasferito all’Ospedale di Terni ove morì alle ore 17,40 dello stesso giorno, a causa di “*Shock emorragico in paziente con fistola aorto-esofagea secondaria e perforazione di aneurisma metastenotico post-coartazione*”.

Tanto premesso in fatto, gli attori hanno allegato la violazione da parte dei medici della ASL Umbria 2, in particolare degli Ospedali di Amelia e Narni, delle regole della corretta scienza medica, lamentando negligenza e imperizia nel percorso diagnostico e terapeutico del *de cuius*, con violazione delle regole di condotta contenute nelle linee guida della Società Italiana ecografia cardiovascolare. In particolare, quanto alla condotta dei sanitari del Pronto Soccorso di Amelia, gli attori hanno lamentato: la mancata valorizzazione del dato relativo al marcato stato ipertensivo del soggetto, anche in considerazione della giovane età (25 anni); errori nella esecuzione dell’esame obiettivo non avendo i sanitari rilevato che il paziente al momento dell’accesso in Pronto Soccorso era portatore di insufficienza aortica non considerando oltre ai dati obiettivi le dichiarazioni del paziente che aveva segnalato la presenza di pregressi problemi cardiaci; errore nella scelta della struttura verso la quale trasferire il paziente indirizzato alla Divisione di Medicina dell’Ospedale di Narni, mentre avrebbe dovuto essere trasferito, per la gravità dei sintomi, presso struttura di II livello. Con riferimento alle prestazioni ricevute presso la Divisione di Medicina dell’Ospedale di Narni gli attori hanno lamentato: errori nella raccolta dell’anamnesi per non avere i sanitari valutato adeguatamente quanto dichiarato dal paziente in merito a pregresse patologie cardiache; superficialità nell’esecuzione del primo esame obiettivo; negligenza ed omissioni nell’esecuzione degli esami diagnostici; omessa visita del paziente a fronte dei forti dolori addominali dallo stesso lamentati; grossolani errori nella esecuzione dell’esame obiettivo del giorno successivo al ricovero e nella interpretazione degli esami diagnostici; grave omissione nel non richiedere un accertamento ecocardiografico urgente e nel non trasferire il paziente in struttura sanitaria di secondo livello. Rilevando l’esistenza di un nesso di causalità tra le condotte negligenti e le omissioni evidenziate e l’evento morte, con possibilità di ravvisare il presupposto del “*più probabile che non*”, affermando che un’esatta diagnosi e corretti e tempestivi interventi avrebbero potuto scongiurare il rischio del verificarsi del decesso e che, pertanto, le condotte tenute dai sanitari durante il periodo di degenza sarebbero state la causa della perdita di *chances* di sopravvivenza del paziente, come evidenziato dalla perizia medico legale di parte, gli attori hanno chiesto la condanna della parte convenuta al risarcimento dei danni. In particolare del danno non patrimoniale *iure proprio* verificatesi in capo alla sfera giuridica degli attori in conseguenze del fatto illecito (c.d. danno parentale) da liquidare in applicazione della Tabelle del Tribunale di Milano, integrate con i criteri di personalizzazione delle Tabelle del Tribunale di Roma in € 270.000 ciascuno, per padre e madre; in € 95.000 per ciascuna delle sorelle, criteri determinati considerando l’assenza di convivenza tra gli attori e il *de cuius*. Danni patrimoniali *iure proprio* chiedendo gli attori il risarcimento delle spese funerarie sostenute. Danno non patrimoniale *iure haereditatis* nella doppia qualificazione di danno cd “biologico terminale” e danno c.d “catastrofico” quantificato in € 409.660,00, o in via subordinata ed alternativa la liquidazione del danno da perdita di chances. Gli attori hanno quindi concluso nei termini indicati in epigrafe.

Si è costituita L’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2, rilevando l’infondatezza della pretesa degli attori, ed affermando la correttezza dell’esame anamnestico eseguito, e delle cure prestate, evidenziando come l’esame obiettivo, i sintomi riferiti dal paziente, gli esiti degli esami strumentali (ecografia addominale) avrebbero fatto sospettare la presenza di una colica renale, ed affermando inoltre, che l’evento che ha portato alla morte del P. dove essere considerato imprevedibile essendosi manifestato con sintomi atipici, e segnalando la difficoltà di una diagnosi precoce, in quanto il periodo intercorrente tra l’ematemesi sentinella e quella massiva sarebbe imprevedibile e la maggior parte dei pazienti morirebbe prima della diagnosi. Nel caso di specie, secondo le allegazioni della parte convenuta, la rapidissima

evoluzione del quadro clinico non apparirebbe determinata da errori diagnostici ma dalle gravissime pregresse condizioni cardiovascolari del paziente poi defunto, alle quali sarebbe stato impossibile porre rimedio anche in caso di tempestivo trasferimento in struttura di più elevato livello, e di immediato intervento chirurgico. Tanto premesso, parte resistente negando la sussistenza dei presupposti per l'accoglimento delle domande formulate ne ha chiesto il rigetto, ed in subordine ha contestato la quantificazione dei danni, come richiesti dalla controparte. Ha quindi concluso nei termini riportati in epigrafe.

Nel corso del giudizio è stata disposta CTU, con nomina di collegio peritale composto da medico specialista e da medico legale. A seguito di rilevati formulati da parte attrice è stata disposta la rinnovazione della consulenza con nomina di diverso collegio peritale. Depositata la seconda consulenza, parte convenuta ne ha chiesto la dichiarazione di nullità ovvero la rinnovazione con richiesta di nominare un terzo collegio peritale. All'udienza dinanzi a diverso Giudice Istruttore nominato in sostituzione dei precedenti, la causa è stata ritenuta matura per la decisione e trattenuta in decisione con termini abbreviati per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

Richiesta di rinnovazione della CTU

Preliminarmente non può essere accolta la domanda formulata da parte convenuta di rinnovazione della seconda consulenza espletata. Nel presente procedimento sono state disposte ed eseguite due CTU da parte di due diversi collegi peritali, con esiti divergenti, avendo la prima consulenza ravvisato l'assenza di profili di negligenza o imperizia in capo ai sanitari della Azienda convenuta, e la seconda ritenuto sussistenti tali profili (*cf. infra*).

La ASL convenuta ha posta a fondamento della richiesta di rinnovazione della CTU la seguente motivazione: *“Nel caso che ci occupa, paiono del tutto legittimi dei dubbi in punto di trasparenza ed indipendenza nei rapporti tra CTU e CTP di parte attrice, ove si consideri, come sopra spiegato, il rapporto di dipendenza/soggezione astrattamente ipotizzabile tra la posizione ricoperta dalla CTU Susanna Agostini, di professore associato nello stesso dipartimento dell'Università La Sapienza di Roma ove esercita l'attività di professore ordinario il Prof. Vittorio Fineschi, consulente di parte attrice e, casualmente, nominato solo in occasione della seconda perizia (nella prima, infatti, gli attori ritenevano di nominare il Dott. Giorgio Benucci ed il Prof. Carlo Gaudio) (cf. sezione docenti da estratto pagina web.uniroma1.it). E' evidente come il rapporto “gerarchico” intercorrente tra i suddetti potrebbe, in astratto, aver influito sulla obiettività dell'indagine peritale svolta, soprattutto alla luce delle conclusioni cui la stessa perviene e che si pongono in contrasto assoluto e sostanziale con la prima indagine.”*. Secondo la ASL convenuta costituirebbe grave motivo di opportunità che legittimerebbe la rinnovazione della CTU, la circostanza che la consulente Agostini non sarebbe stata indipendente in ragione della qualifica di professore associato rivestita nel medesimo Ateneo nel quale uno del CTP di parte attrice (nominato in sostituzione di precedente consulente di parte dopo la nomina della dr.ssa Agostini) avrebbe la qualifica di professore ordinario. Quello riportato non è motivo riconducibile ad una delle ipotesi legittimanti l'astensione obbligatoria (in virtù del combinato disposto degli artt. 51 e 63 c.p.c.), atteso che il prestare attività lavorativa come docente nella Università Pubblica (tra l'altro di relevantissime dimensioni) nella quale svolge attività lavorativa il CTP di una delle parti, non rientra in nessuna delle ipotesi contemplate dalla disposizione citata.

Non sussistono, inoltre, le gravi ragioni di convenienza, che notoriamente rinviano alla necessaria imparzialità del consulente, atteso che il lamentato deficit di indipendenza costituisce circostanza del tutto irrilevante laddove non si traduca in vizi procedurali o contenutistici della consulenza: vizi nel caso di specie del tutto mancanti.

La lettura complessiva dell'elaborato peritale, avuto particolare riguardo alle risposte fornite dai consulenti alle osservazioni delle parti, evidenzia che nessuna censura può essere validamente mossa all'elaborato che appare scevro da vizi logici e coerente nelle premesse e conclusioni (*v. infra*). Ne consegue che lo svolgimento di attività lavorativa presso il medesimo Ateneo di CTU e CTP non può costituire di per sé elemento idoneo a determinare la necessità di sostituire il consulente nominato dal Giudice poiché elemento inidoneo a determinare dubbi in merito all'imparzialità dell'ausiliario del Tribunale.

Per quanto esposto, non essendo emersi in concreto elementi idonei a dimostrare un difetto di imparzialità o, comunque, anche solamente una scarsa attendibilità del consulente, l'istanza di dichiarazione di nullità della CTU deve essere rigettata.

Quanto alla richiesta di rinnovazione della seconda CTU, la rinnovazione costituisce potere discrezionale del giudice del merito, che può essere esercitato laddove il giudicante ritenga non esaurienti i risultati conseguiti, circostanza questa che va esclusa nel caso di specie, anche avuto riguardo alle risposte fornite dai CTU ai chiarimenti richiesti (v. anche Cass., n. 22799/2017: *“In tema di consulenza tecnica d'ufficio, il giudice di merito non è tenuto, anche a fronte di una esplicita richiesta di parte, a disporre una nuova ctu, atteso che il rinnovo dell'indagine tecnica rientra tra i poteri discrezionali del giudice di merito, sicché non è neppure necessaria una espressa pronunzia sul punto.”*).

Merito del giudizio

Nel merito le domande proposte dagli attori sono fondate e devono essere accolte nei limiti di seguito indicati.

Prima di affrontare nel merito l'esame delle singole domande, occorre distinguere la natura della responsabilità per le diverse domande formulate dalla parte attrice. Gli attori hanno, infatti, formulato domande di:

- risarcimento del danno *iure haereditatis* con riferimento sia al danno biologico verificatosi nel lasso di tempo intercorso tra l'accesso in Ospedale del paziente ed il decesso, sia al danno c.d. catastrofe;
- risarcimento del danno *iure proprio* per lesione diretta di loro beni interessi di rilevanza costituzionale verificatasi dopo la morte del congiunto, c.d. danno parentale, avvenuta per violazione di norme di condotta e per omissioni poste in essere dai sanitari delle strutture convenute;
- risarcimento del danno patrimoniale avendo chiesto il rimborso delle spese funerarie.

Giova evidenziare come nel momento dell'accesso del paziente presso una struttura ospedaliera al fine di ricevere cure, viene concluso tra il paziente e la struttura sanitaria, un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di ospedalità), a forma libera (v. Cass. 8826/07), in forza del quale la struttura sanitaria deve fornire al paziente un servizio composito di cura ed assistenza. Dalla conclusione di tale contratto discende la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente, con precisa ripartizione dell'onere della prova. Il danneggiato dovrà provare: l'esistenza del rapporto contrattuale; dovrà allegare inadempimento della struttura e dovrà provare il nesso di causalità tra il lamentato inadempimento e il danno subito, mentre è la struttura sanitaria a dover dimostrare l'esatto adempimento della prestazione o l'impossibilità della stessa derivante da causa ad essa non imputabile (v. Cass., SS.UU., 577/08).

Al contrario il danno lamentato dai parenti per il decesso del paziente per perdita del c.d. rapporto parentale non è riconducibile nell'alveo della responsabilità contrattuale, non avendo i parenti del defunto concluso alcun accordo negoziale con la struttura (salvi casi particolari, come quello del contratto concluso dalla gestante per le prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione): tale responsabilità deve essere, pertanto, ricondotta nell'alveo della responsabilità extracontrattuale, con diversa ripartizione dell'onere della prova.

In merito deve richiamarsi la recente giurisprudenza di legittimità (Cass. n. 14615/2020) che ha chiarito tale distinzione: *“Il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico esplica i suoi effetti tra le sole parti del contratto, sicché l'inadempimento della struttura o del professionista genera responsabilità contrattuale esclusivamente nei confronti dell'assistito, che può essere fatta valere dai suoi congiunti "iure hereditario", senza che questi ultimi, invece, possano agire a titolo contrattuale "iure proprio" per i danni da loro patiti. In particolare, non è configurabile, in linea generale, in favore di detti congiunti, un contratto con effetti protettivi del terzo, ipotesi che va circoscritta al contratto concluso dalla gestante con riferimento alle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione.”*

Nella fattispecie in esame non è contestato che il P. F. era parte di un rapporto contrattuale con ciascuna delle due strutture ospedaliere ricadenti nell'ambito della ASL UMBRIA 2, e dalla seconda delle CTU in atti emerge la prova della sussistenza del nesso di causalità tra il non corretto adempimento della prestazione medica da parte dei sanitari della struttura sanitaria convenuta, connotato da colpa grave, e il tragico evento della morte del P..

Sul punto, appaiono infatti pienamente condivisibili le conclusioni raggiunte dai consulenti nominati nel presente procedimento, per la stesura della seconda CTU, i quali, dopo aver dettagliatamente analizzato le risultanze degli atti hanno ricostruito in maniera puntuale e convincente l'iter clinico che ha condotto alla morte di P. F. per grave negligenza e imperizia dei sanitari del Pronto Soccorso di Amelia e dell'Ospedale di Narni nel percorso diagnostico e terapeutico.

Come detto, nel presente procedimento sono state redatte due CTU da due diversi collegi peritali costituiti

entrambi da un medico legale e da un medico specialista, che hanno reso conclusioni divergenti: parte attrice ritiene condivisibili le conclusioni presenti nella seconda CTU, parte convenuta al contrario aderisce alle conclusioni della prima CTU.

Prima di analizzare le conclusioni di ciascuna delle CTU appare opportuno ricostruire le vicende dei diversi ricoveri del *de cuius*, riportando fatti sui quali non emergono contestazioni perché desumibili dalle cartelle cliniche e dai referti in atti.

E' stato accertato quale causa del decesso del P.: *"Shock emorragico in paziente con fistola aorto esofagea secondaria a perforazione di aneurisma metastenotico post-coartazione."*

Il P., era un giovane uomo di 25 anni che al momento del decesso nel gennaio 2013, aveva subito dal 14 al 17 settembre 2012, un ricovero presso l'Ospedale di Cagliari, nel corso del quale all'esito di visite cardiologiche e di esami diagnostici era stato attestato : *"Il paziente è affetto da insufficienza valvolare aortica grave in aorta con valvola aortica bicuspidale. Il paziente è asintomatico con buona capacità fisica, è intollerante alla ospedalizzazione. I parametri ecocardiografici non danno attualmente indicazione chirurgica, sia per quanto riguarda la funzione ventricolare sx sia per quanto riguarda le dimensioni dell'aorta ascendente in presenza di bicuspidia aortica. E' necessario effettuare ecocardiogramma con color doppler una volta l'anno. PROFILASSI PER ENDOCARDITE BATTERICA IN CASO DI MANOVRE O INDAGINI DIAGNOSTICHE CHE COMPORTINO BATTERIEMIA"*. Il 17.09.2012 il P. veniva dimesso dall'Ospedale di Cagliari con diagnosi di *"Insufficienza aortica grave in aorta bicuspidale. Ipertensione arteriosa"*

In data 16.1.2013 alle ore 19.57 il P. accedeva, con trasporto in ambulanza al Punto di Primo Soccorso dell'Ospedale Territoriale di Amelia, Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2, dove veniva eseguita la seguente anamnesi: *"riferita ipertensione arteriosa. Problemi valvolari che il paziente non sa precisare. Insufficienza aortica. Coartazione aortica. Dalle h.14.00 riferisce dolore loggia lombare destra"*; venivano eseguite misurazioni ed esami, tra i quali la misurazione della pressione arteriosa con valori elevati (valori sistolici tra 180 e 200 mmHg, e diastolici tra 95 e 100 mmHg); la diagnosi era la seguente: *"Dolori addominali in sospetta colica renale destra"*. Venivano quindi somministrati farmaci e il paziente veniva trasferito alle 21.21, in codice verde, presso il reparto di Medicina dell'Ospedale di Narni, con prognosi di 2 gg..

Alle 22.22 del 16.01.2013, il paziente veniva ricoverato presso il reparto di Medicina Generale dell'Ospedale di Narni, con diagnosi: *"Dolori addominali"*, nell'anamnesi si legge *"Il paziente sarebbe affetto da non meglio precisata patologia arteriosa per la quale in passato gli è stato consigliato un intervento cardiocirurgico che il p. non ha accettato di eseguire. Il p. già iperteso è stato ricoverato ieri sera per dolori addominali e nausea."* Venivano eseguiti alcuni esami, tra i quali un'ecografia (cfr. CTU in atti) e nella cartella clinica si legge *"Durante la mattina il paziente è stato tranquillo, presentava una soffusa dolorabilità addominale senza difesa e si è alzato due volte per recarsi al bagno presentando nausea. Allo stesso è stata riscontrata ipertensione (vedi) arteriosa, ed è stato messo in terapia con Ranipril 5 mg 1 cp e preso appuntamento per un ecocardiogramma per il giorno dopo c/o l'osp di Orvieto il resto della mattina il p. è stato tranquillo. Non ha riferito altre patologie. h 14,20 il paziente è stato portato con la carrozzina ad eseguire un Rx del torace. h 15,00 al suo ritorno il paziente non ha lamentato sofferenze. h 15, il paziente si reca al bagno e vengo chiamato d'urgenza perché il ragazzo era caduto in terra privo di sensi; ad una prima visita lo stesso presentava pallore denti serrati e miosi.... Mentre lo visito il paziente emette attraverso il tubo di Mayo del sangue e presenta un addome a tavola per cui si applica con successo un SNG che pesca circa 300cc di sangue rosso vivo.....Il paziente presenta un arresto cardiaco recuperato in breve con massaggio cardiaco. Trasferire il paziente d'urgenza contattato il 118 vista la lentezza per un'accettazione, h 15,50 si decide di portare in tempi brevissimi il ragazzo al PS di Terni.*

Accompagno lo stesso che durante il viaggio aveva recuperato la PA 110/70 la sat O2 90% e la lucidità, tanto da poter parlare con il sottoscritto. Giunto a TR al PS il paziente viene sottoposto a EGDS e a TC toracica in tempi brevissimi. L'EGDS evidenziava una compressione sull'esofago prossimale con fistola sanguinante. La TC del toracepresentava un aneurisma in fase di rottura ed il paziente era deceduto in sala TC".

Nella documentazione relativa al ricovero presso l'Ospedale di Terni, dove il paziente giungeva alle h.16.34, avendo ripreso conoscenza durante il trasporto, veniva descritto l'arrivo del paziente e la immediata esecuzioni di esami diagnostici. Nella consulenza del rianimatore che accompagnava e

assisteva il paziente si legge : *“Rianimatori: pz. cosciente, GCS 15, respiro spontaneo eupnoico, emodinamica stabile (P.A. 135/65), esegue esofagogastrosopia ; h. 17 si trasferisce alla TAC. h. 17.10 durante esecuzione Tc ematemesi massiva da rottura di aneurisma toracico shock emorragico con stato di coma arresto respiratorio e cardiocircolatorio si procede ad IOT, M.C.E. adrenalina 6 ff. e si continuano le manovre rianimatorie. h. 17.40 midriasi fissa bilaterale G.C.S 3, assenza di ripresa dell'attività cardiocircolatoria. h. 17.40 si constata il decesso del paziente”*.

A fronte di questi eventi la parte attrice, ritiene che sussista responsabilità delle strutture sanitarie di Amelia e di Narni per non aver effettuato gli esami indicati dalle linee guida finalizzati alla diagnosi differenziale, in un paziente che aveva riferito la presenza di cardiopatia, con gravi omissioni (mancato trasferimento in struttura specializzata di secondo livello, mancata tempestiva esecuzione degli accertamenti diagnostici, mancata somministrazione di farmaci adeguati).

La parte convenuta ha, invece, sostenuto la correttezza dell'operato dei sanitari dell'Azienda convenuta per l'assenza di caratteri di urgenza nel ricovero presso la struttura, la correttezza della diagnosi in mancanza di specifici indici rilevatori della patologia che poi ha portato al decesso, la corretta gestione dell'emergenza in Narni per l'assenza di criticità dei sanitari, per la correttezza degli interventi praticati in presenza di un quadro clinico non univoco e di complesso inquadramento, rilevando come il rischio di decesso del paziente al momento dell'accesso presso il P.S. di Amelia, e successivi ricoveri, sarebbe stato elevatissimo nell'ordine dell'80-90% e l'eventuale trattamento chirurgico della lesione dell'aneurisma aortico sarebbe stato molto complesso ed elevatissimo rischio di insuccesso visto lo stato infettivo del paziente e la necessità di numerosi e complessi interventi successivi sia a livello cardiaco sia a livello dell'apparato intestinale e dell'esofago.

Prima di analizzare i contenuti delle due CTU deve premettersi che il giudice del merito, qualora intenda aderire alle argomentazione e conclusioni della consulenza non è tenuto ad esporne in modo specifico le ragioni se non per confutare le specifiche e puntuali critiche che i consulenti di parte o i difensori abbiano avanzato alle risultanze della CTU sulla cui infondatezza il giudice ha il dovere di motivare in maniera puntuale e dettagliata (v. per tutte da ultimo Cass. 7024/2020)

Nella prima CTU i consulenti rispondendo al quesito che chiedeva di verificare la correttezza della diagnosi, specificando se vi fossero stati errori od omissioni e in caso rilevazione di un errore diagnostico se vi fosse stato nesso di causalità tra evento morte ed errore e/o ritardo nella prospettazione nella diagnostica differenziale, e se l'errore e/o ritardo nella prospettazione nella diagnostica differenziale avesse comportato la perdita per il paziente della “chances” di vivere per un periodo di tempo più lungo rispetto a quello poi effettivamente vissuto, hanno concluso ritenendo che *“Al momento degli avvenimenti descritti non vi era alcun elemento che potesse indirizzare i Sanitari verso la diagnosi della patologia toracica urgente, che è poi stata la causa dell'exitus per cui si ritiene non censurabile il loro comportamento”*. I consulenti, nella prima CTU, hanno affermato che *“durante tutti i ricoveri (Cagliari e Terni) cui il paziente è stato sottoposto, non è mai stata effettuata diagnosi di aneurisma toracico, né è mai stata valutata la coartazione aortica, nominata solo in una breve nota presso il Primo Soccorso di AmeliaIn conclusione, noi riteniamo che l'aneurisma del Sig. P. riconosca l'origine in una dilatazione post-stenotica, causata dalla coartazione aortica, successivamente colonizzata ed evoluta in una fistola aorto-esofagea. Questa condizione clinica ne ha condizionato un comportamento rapido ed anomalo.... Gli stessi sanitari che hanno assistito il paziente nella fase finale della vicenda clinica, avevano in mente una patologia addominale. Infatti il primo sospetto di un qualcosa non di origine addominale è apparso solo all'esofagogastrosopia eseguita presso l'Ospedale ternano alle h.17.24 del 17.01.2013.... In sostanza va segnalato come in nessun momento è mai comparso un singolo elemento che potesse far pensare ad una patologia acuta a carico dell'aorta toracica..... Vanno infine analizzati gli altri aspetti messi in luce dall'esame autoptico. In particolare è opportuno menzionare l'infarto intestinale. ... Non esiste, purtroppo, una sintomatologia tipica né dei segni clinico strumentali in grado di consentire una diagnosi precoce. Circa il 20% dei pazienti è riportato non aver presentato nessuna sintomatologia iniziale. Una volta manifestatosi un quadro peritonitico la mortalità diventa altissima, nonostante il pronto intervento chirurgico. In effetti l'unico vero elemento diagnostico efficace è, ancor oggi, un elevatissimo senso clinico che consenta di porre il sospetto di ischemia intestinale in fase precoce. Nonostante la consapevolezza di questa realtà, la Letteratura dell'epoca riporta una mortalità tra il 60%-80%. Tutti i Lavori mettono in evidenza le difficoltà diagnostiche. Questa mortalità così elevata dipende dallo stato tossico che viene prodotto dall'ischemia viscerale, che si verifica nella cavità peritoneale,*

caratterizzata dall'accentuata capacità di assorbimento. La tossiemia diventa pertanto subito sistemica, giustificando l'altissima mortalità. Oltre all'ischemia intestinale, il referto autoptico mette in luce anche infarti settici della milza e del rene di destra.”.

Quanto alla formulazione della diagnosi nella prima CTU si legge: “Dalla complessità del quadro clinico descritto, si evince come la diagnosi ed il successivo comportamento terapeutico abbiano rappresentato una grande difficoltà per i Sanitari coinvolti, a vario titolo, nella gestione del sig. P..... In questo primo, breve soggiorno presso l'Ospedale territoriale di Amelia, si vede come il paziente sia stato trattato come un malato con dolori addominali che non presentava sintomatologia con caratteri di urgenza, ma da ricoverare per inquadrare con successive indagini. E' importante notare, per come si sono svolti successivamente gli avvenimenti, che nella cartella clinica non vi è mai accenno di dolore toracico..... Una volta ricoverato all'Ospedale di Narni, alle 22.22 del 16.01.2013, l'orientamento diagnostico del medico di reparto è “Dolori addominali”. Anche in questo ricovero, l'orientamento dei Sanitari è stato quello di procedere ad una più approfondita ricerca di una patologia addominale..... Se noi valutiamo gli avvenimenti con criterio ”ex ante”, in effetti tutti gli elementi presenti indirizzavano verso una patologia addominale. In nessuna circostanza si è mai presentato un dolore toracico o toraco-addominale. Le indagini radiologiche eseguite non hanno mai posto il sospetto della presenza di un aneurisma dell'aorta toracica. Era presente febbre e un aumento dei globuli bianchi, elementi che non possono essere riconducibili alla presenza di un aneurisma toracico in fase di rottura. Il paziente non presentava caratteri d'urgenza, ed il sospetto di patologia intestinale, ci sembra che era dal punto di vista clinico, ben fondato. D'altra parte la rottura di un aneurisma toracico senza dolore, in maniera rapida ed improvvisa, come nel caso di specie, è evenienza sicuramente eccezionale e ben si spiega con una genesi infettiva.... Da tutte queste considerazioni possiamo concludere che al momento degli avvenimenti descritti non vi era alcun elemento che potesse indirizzare i Sanitari verso una patologia toracica urgente, che è poi stata la causa dell'exitus..... In definitiva, non vi erano elementi clinici che indirizzassero verso una patologia toracica, ma tutti gli elementi a disposizione suggerivano una qualche forma di sofferenza intestinale. Anche se si fosse proceduto con una valutazione Tac prima della rottura aortica, i curanti si sarebbero trovati ad affrontare una seria difficoltà nel decidere quale delle due patologie, entrambe potenzialmente mortali, affrontare per prima. In definitiva, non vi erano elementi clinici che indirizzassero verso una patologia toracica, ma tutti gli elementi a disposizione suggerivano una qualche forma di sofferenza intestinale. Anche se si fosse proceduto con una valutazione Tac prima della rottura aortica, i curanti si sarebbero trovati ad affrontare una seria difficoltà nel decidere quale delle due patologie, entrambe potenzialmente mortali, affrontare per prima”.

Analizzando le alternative terapeutiche percorribile nell'ipotesi in cui fosse stata formulata la corretta diagnosi nella prima consulenza, i CCTTUU hanno affermato: “si sarebbe dovuto procedere a più interventi complessi successivi, gravati ciascuno da altissima mortalità, in un paziente peraltro settico, con uno stato tossico, e nutrito per via parenterale protratta, con le note conseguenze dismetaboliche... Come si vede da questa breve descrizione degli interventi che il sig. P. avrebbe dovuto subire, le concrete prospettive di sopravvivenza, anche se operato prima della rottura dell'aneurisma, sarebbero state estremamente remote.”

Le conclusioni della prima CCTTUU sono state oggetto di critiche da parte dei CCTTPP e della difesa degli attori che hanno lamentato la mancata risposta ai quesiti sottoposti, e in particolare hanno contestato la conclusione relativa alla correttezza della diagnosi contestando i presupposti a monte di tale conclusione nella parte in cui nella consulenza si afferma “...in nessuno degli atti sanitari esaminati viene mai riportata la presenza di dolore toracico...” (pag. 38 CTU), laddove al contrario il paziente in sede di accesso al Pronto soccorso del nosocomio di Amelia aveva riferito di un dolore che proveniva dalla sede toracico-addominale e di pregresse diagnosi di cardiopatie e rilevando come l'esecuzione tempestiva di esami diagnostici molto semplici (“semplice Rx torace” e dunque affrontabile), tendenti ad accertare patologie aortico-toraciche avrebbe consentito intervento tempestivo, in primo luogo indirizzando il paziente verso un centro ospedaliero di secondo livello. I CCTTPP hanno inoltre contestato l'affermazione dei CCTTUU nella parte in cui è stato sostenuto che “il rischio di decesso sarebbe stato elevatissimo nell'ordine dell'80-90%...Il trattamento chirurgico della lesione dell'aneurisma aortico sarebbe stato molto complesso ed elevatissimo rischio di insuccesso visto lo stato infettivo...”. Conclusione ritenuta apodittica perché non sostenuta da riferimenti bibliografici e comunque non idonea a far ravvisare l'assenza di responsabilità in capo ai sanitari in quanto un corretto intervento, avrebbe lasciato

statisticamente anche applicando i non condivisi riferimenti dei CCTTUU, un 15% di possibilità di sopravvivenza al paziente. I CCTTPP di parte attrici hanno concluso come segue: *“Se la patologia aortica fosse stata tempestivamente diagnosticata (eseguendo la TC già presso l’Ospedale di Narni), si sarebbe potuto effettuare prontamente, mediante trasferimento del paziente già dalla sera del 16.01.2013 presso il vicino Ospedale di Terni, un intervento cardiocirurgico salvavita (effettuabile anche in presenza di infezione batterica, come avviene quotidianamente nei centri di cardiocirurgia senza alterare significativamente la sopravvivenza media) grazie al quale il Sig. P. avrebbe avuto altissime possibilità di sopravvivenza (>80%) e di guarigione. Dunque, possiamo concludere che, nel caso in esame, con elevata probabilità l’evento morte non si sarebbe verificato, qualora fosse stata praticata la condotta in tesi omessa”*. I CCTTUU rispondendo a tali osservazioni hanno rilevato che il dolore toracico abbia specifiche caratteristiche non presenti nel caso di specie, hanno negato che fosse possibile individuare la patologia aortica con gli esami descritti dai CCTTPP e hanno ribadito che poiché la causa della morte non doveva essere ravvisata nella rottura traumatica o della rottura di aneurisma dell’aorta toracica (che se tempestivamente operata garantirebbe elevate percentuali di sopravvivenza indicate dai CCTTPP) ma in un evento più complesso *“ci troviamo di fronte a tutt’altro caso clinico, che non può assolutamente essere assimilato a quest’ultime patologie. Infatti il paziente presentava una fistola-aorto-enterica colonizzata; un’ulcera penetrante esofagea colonizzata; un’ischemia intestinale; un’endocardite batterica aorto-mitralica; ascessi multipli del rene sinistro; uno stato settico ed una tossicosi da necrosi intestinale” con rischio di mortalità dell’80%/90%.*

In accoglimento, della richiesta della parte attrice il G.I., assegnatario a quella data del procedimento, ha proceduto alla rinnovazione della CTU, nominando diverso collegio peritale. Tale scelta deve essere, in questa sede, pienamente condivisa. Infatti, i rilievi sollevati dai CCTTPP di parte attrice alle conclusioni contenute nella prima CTU colgono nel segno, in quanto emerge con evidenza dalla lettura della anamnesi che ad un dato fondamentale riferito dal paziente in sede di anamnesi al momento dell’accesso presso il pronto Soccorso dell’Ospedale di Amelia e a conoscenza anche dei sanitari del Nosocomio di Narni (cfr. *“riferita ipertensione arteriosa. Problemi valvolari che il paziente non sa precisare. Insufficienza aortica. Coartazione aortica.”*) non è stata prestata alcuna attenzione e ciò pur in presenza di giovane età del paziente e di accertata ipertensione. Questo elemento fa ritenere non condivisibile la conclusione presente nella prima CTU secondo la quale *“al momento degli avvenimenti descritti non vi era alcun elemento che potesse indirizzare i Sanitari verso una patologia toracica urgente, che è poi stata la causa dell’exitus.....”* tale presupposto posto a fondamento delle conclusioni rassegnate nella prima consulenza, è smentito dai contenuti dell’anamnesi. Parimenti, non risulta adeguatamente suffragata l’altra conclusione (probabile esito infausto anche in presenza di corretta diagnosi), mancando riferimenti a linee guida (invece presenti nelle osservazioni dei CTP) a sostegno della probabilità di esito infausto in caso di corretto intervento, risultando tale conclusione non suffragata da alcun riscontro che non sia la valutazione “personale” dei CCTTUU. Le considerazioni sopra riportate, che fanno ritenere non condivisibili le conclusioni presenti nella prima CTU, perché affette da errati presupposti di fatto e non sostenute da idonea letteratura di riferimento, assorbono le ulteriori censure alla CTU e all’operato dei CCTTUU, formulate dalla parte attrice.

In data 16 maggio 2019, veniva rinnovata la CTU nominando diverso collegio peritale. Le conclusioni presenti nella seconda CTU sono pienamente condivisibili in quanto fondate sulla corretta lettura delle risultanze delle cartelle cliniche e degli esami diagnostici, e scerve da vizi logico argomentativi.

Nella seconda CTU si legge nella ricostruzione dei ricoveri del paziente poi deceduto: *“Lo stesso Dott. Vittori afferma di aver anche lui raccolto l’anamnesi “mi riferiva di essere cardiopatico, non sapendo meglio precisare di quale specifica patologia fosse affetto” ma in realtà poi si legge nel certificato di P.S. all’anamnesi “riferita ipertensione arteriosa. Problemi valvolari che il paziente non sa precisare. Insufficienza aortica. Coartazione aortica”, si desume, quindi, che il sanitario aveva ben compreso le patologie che il paziente aveva riferito, quantomeno per l’ipertensione, l’insufficienza aortica e la coartazione aortica, tant’è che veniva misurata e, sono riportati ben tre valori, di cui uno riportato come a sinistra (si presuppone che sia stata misurata anche a destra, ambedue con valori elevatissimi)..... Da questa prima analisi dei dati riportati nel Pronto Soccorso di Amelia (anamnesi, ECG, rilievo di pressione indubbiamente molto alta in soggetto di 24 anni circa), si imponeva un approfondimento delle problematiche cardiache..... l’obiettività cardiaca non poteva essere nella norma, vista la patologia di cui era affetto il paziente e che è risultata anche dall’autopsia. Infatti, quantomeno all’ascoltazione*

doveva essere presente un soffio diastolico così come successivamente rilevato a Narni. Questo comprova che, oltre a non aver approfondito le motivazioni della pressione così alta, è stato effettuato un esame obiettivo assolutamente superficiale senza che sia stata mai presa in considerazione una ipotesi di patologia cardiaca, PERALTRO, PRESENTE IN ANAMNESI.... Nonostante tutto ciò, sino alle ore 21.21, quando è stato trasferito a Narni, non è stata monitorata la pressione arteriosa né è stata somministrata alcuna terapia specifica antiipertensiva. Così come, quantunque il paziente avesse riferito di coartazione aortica e patologia valvolare associata, nessuno richiedeva radiografia del torace che, rientra negli accertamenti routinari poiché serve per completare le informazioni sulla morfologia cardiaca ma anche per cogliere eventuali segni radiologici di coartazione aortica quali le incisioni costali. Nonostante il sospetto diagnostico di colica renale 'inseguito' dai sanitari di Amelia, non doveva essere, comunque, così tanto sottovalutato quello che era l'elemento principale del paziente: la pressione alta (200/100) e l'anamnesi indicativa per sicura coartazione aortica con problemi valvolari seppur, questi ultimi, imprecisati..... In conclusione, per quanto riguarda l'analisi delle attività sanitarie espletate presso il P.S. dell'ospedale di Amelia, presentano censurabilità nel non aver posto corretta diagnosi e non aver approntato immediatamente la idonea terapia come previsto dalle numerose linee guida e rilievi scientifici internazionali" (viene citata ampia bibliografia tutta anteriore ai fatti di causa). Alla luce di tali risultanze i CCTTUU evidenziano come i sanitari del Pronto soccorso di Amelia, avrebbero dovuto sia compiere maggiori approfondimenti per verificare la eventuale presenza di problemi cardiaci, sia indirizzare il paziente ad un centro di secondo livello.

Quanto alla condotta dei sanitari dell'Ospedale di Narni dove il paziente giungeva dopo il trasferimento da Amelia i CCTTUU rilevano: "Procedendo ad analizzare gli elementi successivi, il paziente P., viene trasferito presso l'ospedale di Narni per effettuare l'ecografia addominale ed eventuale ricovero. Sempre dalla relazione del Dott. Vittori, risulta che ha accompagnato il paziente con ambulanza sino a Narni e che nel passaggio di consegne ai sanitari avrebbe riferito che il Sig. P. aveva già espletato il videat cardiologico con ecocardiogramma che aveva, a suo dire, escluso patologie acute in atto: rimane comunque oscuro dove sia il risultato dell'avvenuto ecocardiogramma e chi avrebbe formulato la diagnosi negativa per patologie cardiache in atto! A sostegno di quanto da noi sottolineato rispetto al sospetto di colica renale, eseguiva appena giunto a Narni, ecografia dell'addome che non evidenziava né calcoli, né dilatazione delle vie escretrici o altra alterazione ecografica, fatta eccezione per una 'lieve splenomegalia' mentre, all'esame obiettivo (che si considera eseguito all'arrivo del paziente in nosocomio, come da consolidata prassi medica) risultava "aia cardiaca ingrandita. Ritmo regolare. Frequenza nella norma. Soffi: diastolico su focolaio aortico da rigurgito". Come si può evidenziare, un esame obiettivo ben diverso da quello eseguito meno di due ore prima ad Amelia. Ricordiamo che, il soffio diastolico, come trovato a Narni, è sempre patologico e può significare, ad esempio, un'insufficienza aortica o polmonare. Nonostante ciò, nessuno ha ritenuto di approfondire alcun aspetto cardiovascolare, quantunque fossero presenti sia all'anamnesi che all'obiettività clinica segni di coartazione in un soggetto con evidente ipertensione arteriosa, anche in assenza di riscontro strumentale negativo di patologie renali. Non risultano in cartella clinica di Narni, ulteriori accertamenti elettrocardiografici o ecografici; solo alle ore 14.20 del 17.1.2013 viene effettuato un esame radiografico" con refertazione dell'esame "IL GIORNO SEGUENTE A PAZIENTE DECEDUTO"..... all'ospedale di Narni, molto si poteva fare sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico per ovviare a quanto accaduto ben 19 ore dopo presso lo stesso nosocomio ovvero la rottura massiva dell'aneurisma che ha portato al decesso del paziente. Anche i sanitari di Narni, infatti, non hanno dato nessun valore sia alla crisi ipertensiva grave che alla coartazione aortica di cui era portatore né, tantomeno, hanno messo in atto esami strumentali che evidenziassero la patologia valvolare di cui in anamnesi. Anche loro come i sanitari di Amelia non hanno preso minimamente in considerazione quanto linee guida e la scienza medica determinano quale percorso diagnostico nei casi di ipertensione arteriosa, coartazione aortica e patologia valvolare" (nelle note della CTU a pag. 92 viene citata amplissima bibliografia con precisa indicazione delle fonti).

Accertato l'errore diagnostico i CCTTUU (rilevando che "la diagnosi delle patologie riportate dal Sig. P., non era, in virtù della sintomatologia clinica e dell'anamnesi, di grande difficoltà se si fossero attenuti, tutti i sanitari, alle normali prassi stabilite dalla scienza medica") hanno analizzato quali sarebbero dovute essere le terapie da intraprendere, oltre quelle già indicate per trattare con efficacia e tempestività l'ipertensione arteriosa. Secondo i CCTTUU: "Una volta giunti alla diagnosi, attraverso l'esecuzione di

una TC toraco addominale come è stato poi fatto a Terni (purtroppo troppo tardi), il paziente si poteva sottoporre ad intervento chirurgico che, se eseguito tempestivamente avrebbe portato a verosimile risoluzione del quadro, secondo il più probabile che non. Infatti, al di là di quanto detto da parte attorea, relativamente all'intervento cardiocirurgico con la tecnica del frozen elephant trunk, secondo le più acclarate evidenze scientifiche, l'intervento doveva rimuovere la coartazione aortica unitamente al segmento aneurismatico con la sostituzione della valvola aortica bicuspidale. Intervento chirurgico che, secondo molti studi, prevede ovviamente una mortalità ospedaliera che oscilla tra l'8 e il 12% a seconda dei soggetti esaminati ma, nel caso de qua, non gravava sul paziente alcuna comorbilità escluse le patologie cardiache di cui era portatore. Quindi, secondo studi scientifici del periodo, ma anche successivi, la sopravvivenza dei pazienti a questo tipo d'intervento, SE EFFETTUATOTEMPESTIVAMENTE, è di circa il 75% rispetto al quoad vitam."

Alla luce di tali premesse nella seconda consulenza i CCTTUU hanno concluso come segue:

- sull'errore nella diagnosi: *"La diagnosi, sia presso il Pronto Soccorso Di Amelia che di Narni, non è stata né corretta, né tempestiva"; "i dati clinici a disposizione dei sanitari, in particolare l'anamnesi unitamente al riscontro della grave ipertensione, non erano di difficile interpretazione.";*
- sulla sussistenza del nesso causale tra errore diagnostico, mancati corretti interventi e evento: *"Il grande ritardo, 20 ore circa, nella prospettazione diagnostica è in rapporto causale con l'evento morte."*
- con riferimento alla c.d. perdita per il paziente della "chance" di vivere per un periodo di tempo più lungo rispetto a quello poi effettivamente vissuto *"Certamente la mancata diagnosi della patologia in essere, ha comportato la possibilità per il paziente di vivere un periodo di tempo più lungo rispetto a quello effettivamente vissuto."*

Tali conclusioni sono state sostanzialmente condivise da CCTTPP di parte attrice mentre i CCTTPP di parte convenuta hanno contestato:

- mancata rappresentazione della complessità del quadro clinico;
- non condivisione della valutazione data dai CCTTUU in merito alla necessità di interventi terapeutici volti ad intervenire sulla ipertensione rilevata;
- mancata indicazione degli interventi terapeutici e chirurgici in grado di evitare l'evento;
- contestazione delle conclusioni ritenendo i CCTTPP che l'evento morte nella situazione in cui versava il P. si sarebbe comunque verificato;
- assenza del contributo del medico specialista.

In merito a tali rilievi si riportano le conclusioni dei CCTTUU che si condividono pienamente: *"Per quanto riguarda, in ultimo, un ulteriore rilievo che ci viene mosso e che riguarda la terapia chirurgica, sottolineiamo ancora una volta che, la responsabilità dei sanitari attiene la mancata diagnosi (differenziale) di coartazione aortica e valvola aortica bicuspidale in paziente con ipertensione arteriosa secondaria e grave e aneurisma dell'aorta ascendente; limitandosi, nonostante le condizioni critiche del paziente, alla sola ipotesi di sospetta colica renale, senza mai considerare la più probabile etiologia cardio vascolare. Una volta posta la diagnosi il percorso terapeutico avrebbe portato a l'intervento chirurgico (con trasferimento tempestivo e non 20 ore dopo) presso il vicino ospedale di Terni con tecnica di frozen elephant trunk oppure attraverso la semplice resezione della coartazione aortica unitamente alla sostituzione del tratto aneurismatico, ambedue avrebbero evitato (in ragione del più probabile che non) la perforazione dell'aneurisma metastenotico post coartazione in fistola aorto esofagea e conseguentemente lo shock emorragico finale. Del resto, l'intervento cardio chirurgico avrebbe dato al Sig. P. altissime possibilità di sopravvivenza e guarigione, maggiori dell'80% (mortalità a meno del 13%). Possiamo concludere che, con elevata probabilità, l'evento morte non si sarebbe verificato qualora fosse stata posta in essere la condotta invece omessa."*

Dall'esame delle valutazioni contenute nelle due CTU disposte nel corso dei giudizi di desume che mentre la prima CTU non ha spiegato le ragioni per le quali pur in presenza di precisa anamnesi in merito a problemi cardiaci e alla rilevazione di elevata ipertensione (definita nella seconda CCTTUU di grado severo) i medici di entrambi gli ospedali non abbiano compiuto alcun accertamento specifico e non abbiano neppure considerato una diagnosi differenziale, al contrario nella seconda CCTTU tali aspetti sono approfonditi e con accurata spiegazione degli interventi terapeutici e chirurgici possibili una volta individuata la rilevata la patologia da cui era affetto il paziente. Parimenti a fronte della affermazione contenuta nella prima CCTTUU che l'evento morte si sarebbe prodotto anche in presenza di corretta diagnosi per la complessità degli interventi chirurgici ai quali avrebbe dovuto essere sottoposto il paziente

con elevatissima probabilità di esiti infausti, senza che tali affermazioni siano state sostenute con riferimento a congrua letteratura specialistica, nella seconda CCTUU questi riferimenti sono presenti e copiosi e non sono stati efficacemente contestati dai consulenti di parte convenuta.

Risarcimento del danno

Accertato per quanto sopra esposto il nesso causale tra la morte di P. F. e gli errori colposi commessi dai sanitari dell'Ospedale di Amelia e di Narni, cui consegue l'accertamento della responsabilità dei sanitari dell'Azienda convenuta occorre quantificare i danni prodotti.

Gli attori hanno chiesto il risarcimento *iure haereditatis* dei danni che si sarebbero prodotti nella sfera giuridica del *de cuius* nel lasso di tempo intercorso tra il ricovero e l'evento morte, evidenziando la responsabilità contrattuale della parte convenuta con la quale il P. aveva concluso un contratto di ospedalità. Preliminarmente deve rilevarsi come non possa essere risarcito il “*danno da perdita della vita*”, essendo il bene “vita”, nella disponibilità del solo titolare dello stesso ed insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, mancherebbe pertanto in capo agli odierni attori la legittimazione a far valere il credito risarcitorio (v. Cass., SS.UU., 15350/2015, “*La vita è un bene giuridico autonomo rispetto alla salute, fruibile solo in natura dal titolare e insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, sicchè, ove il decesso si verifichi immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali, deve escludersi la risarcibilità iure haereditatis di tale pregiudizio, in ragione - nel primo caso - dell'assenza del soggetto al quale sia collegabile la perdita del bene e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio, ovvero - nel secondo - della mancanza di utilità di uno spazio di vita brevissimo*”, e da ultimo Cass. 13261/2020).

Secondo consolidata giurisprudenza può essere, invece, risarcito *iure haereditatis* il danno non patrimoniale identificato (ferma la unitarietà del danno non patrimoniale e utilizzando le definizioni che seguono solo a livello definitorio):

- nel c.d. danno biologico terminale definito come “*Quel pregiudizio che si verifica tutte le volte in cui tra la lesione e la morte si interponga un apprezzabile lasso di tempo*” (...) “*tale periodo giustifica il riconoscimento, in favore del danneggiato, del c.d. danno biologico terminale, cioè il danno biologico stricto sensu (ovvero danno al bene salute)*”;
- nel danno c.d. catastrofale (o danno Morale Terminale) definito come “*il danno da percezione, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'exitus, se nel tempo che si dispiega tra la lesione ed il decesso la persona si trovi in una condizione di "lucidità agonica"*” in questo caso è “*irrilevante, a fini risarcitori, il lasso di tempo intercorso tra la lesione personale e il decesso nel caso in cui la persona sia rimasta "manifestamente lucida"*”.

Applicando la più recente giurisprudenza di legittimità (per tutte Cass. civ. n. 18056/2019) elementi per ritenere la sussistenza:

- del danno biologico terminale sono: sussistenza di un lasso di tempo significativo tra l'evento dannoso e la morte; fondamento medico legale; forzosa rinuncia alle attività quotidiane durante il periodo della invalidità; sussistenza anche quando la vittima sia stata incosciente;
- del danno catastrofale sono: è ravvisabile anche se non sussiste un lasso di tempo rilevante; non ha fondamento medico legale; consiste in un moto dell'animo; sussiste solo quando la vittima sia stata cosciente e consapevole.

Nella specie il breve lasso di tempo intercorso tra il ricovero del P. e l'evento morte (meno di un giorno dalle ore 20,00 del 16 gennaio 2013 quando il paziente faceva ingresso nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Amelia fino alle ore 17,40 quando sopraggiungeva il decesso) impedisce di ritenere risarcibile il c.d. danno biologico terminale, in quanto il danno alla salute da invalidità temporanea si apprezza in giorni, e non in frazioni di giorni. Al contrario sussistono i presupposti per la liquidazione del canno c.d. catastrofale, essendo provato che il P. ha avuto coscienza e percezione della sofferenza e dell'imminente evento letale. Infatti, dalle riportate cartelle cliniche si evince che il P. era vigile sia durante la permanenza nel Pronto Soccorso di Amelia, sia durante il ricovero in Narni (quando ha avuto una prima crisi superata con gli interventi sanitari ma perfettamente percepita essendo svenuto in bagno). Era inoltre vigile nel corso del trasporto di urgenza all'Ospedale di Terni avendo parlato in ambulanza con il medico, ed essendo indicato come cosciente dal medico rianimatore poco prima del decesso in sala tac (cfr. quanto sopra riportato).

La liquidazione di tale danno, tuttavia, non può avvenire prendendo a parametro – come pare desumibile

dai contenuti della citazione degli attori – le tabelle per l'invalidità permanente, elaborate prendendo a parametro la vita media futura presunta del *de cuius*, poiché nella specie l'intervenuto decesso ha reso impossibile il sorgere in capo al soggetto leso del diritto al risarcimento del danno, prendendo come parametro lo spazio di vita residua che avrebbe presumibilmente avuto se non avesse subito lesioni e non fosse, invece, per queste deceduto. La liquidazione deve essere effettuata utilizzando i valori equitativi che per non essere arbitrari devono essere ancorati agli indici indicati nelle apposite tabelle elaborate in materia. In particolare, le tabelle in uso presso il Tribunale di Roma (alle quali si intende aderire cfr. infra) indicano per la liquidazione del danno c.d. catastrofale nel caso di decesso senza che i postumi si siano stabilizzati, un importo pari ad € 10.000 per ogni giorno di sopravvivenza dopo la acquisizione della consapevolezza della concreta probabilità del decesso fino a 5. Ancorando la liquidazione a tale parametro equitativo tenendo conte delle circostanze del caso concreto e valutando che il *de cuius* secondo quanto emerge dalla lettura delle cartelle cliniche riportate ha presumibilmente avuto percezione dell'imminenza della morte nella fase finale del ricovero (svenimento, sanguinamento, rianimazione, trasferimento d'urgenza all'Ospedale di Terni) si ritiene equo determinare un importo totale di € 10.000 (oltre interessi come di seguito indicati)

Quanto al danno non patrimoniale *iure proprio* richiesto dagli attori, il c.d. danno parentale, tale danno ha il fondamento nel danno direttamente sopportato dai prossimi congiunti per la perdita del loro caro, dovendo ravvisarsi in tale evento la lesione di interessi di rango costituzionale inerenti alla persona (art. 2,29 e 30 Cost.). E' riconducibile a tale categoria di danno la lesione del rapporto parentale intercorrente con il prossimo congiunto deceduto. Trattandosi di danno conseguenza è necessario accertare la prova del danno, anche applicando criteri presuntivi, nelle ipotesi in cui, come nel caso di specie, non risulti un particolare atteggiarsi del concreto assetto dei rapporti intercorrenti prima della morte tra vittima e congiunto, e sempre che non emergano elementi da cui desumere la sussistenza di contrasti e dissapori tra defunto e congiunti. In applicazione di criteri presuntivi, secondo l' *id quod plerumque accidit*, potrà riconoscersi la lesione del rapporto e, quindi, l'invocato risarcimento ai congiunti più prossimi, tra i quali sicuramente devono essere compresi i genitori e le sorelle. Pertanto, in caso di morte, il prossimo congiunto che chieda il risarcimento della voce di danno in esame sarà tenuto ad allegare e provare il pregiudizio patito in conseguenza della lesione del rapporto parentale, potendo i congiunti più stretti usufruire, come detto, delle semplificazioni probatorie fondate su massime di esperienza.

Nel caso di specie essendo gli attori genitori e sorelle del defunto possono essere applicate le richiamate presunzioni; è inoltre incontestato che nessuno degli attori risultava convivente al momento dell'evento dannoso, ed anzi risulta dagli atti che il defunto si era trasferito da tempo in Italia (come indicato nella narrativa degli stessi atti della parte attrice). Per costanze giurisprudenza il danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale non è previsto per i soli familiari conviventi, poiché il rapporto di convivenza, pur costituendo elemento probatorio finalizzato a provare l'intensità del legame, non può essere considerato elemento di prova della mancanza del legame in assenza di convivenza (v. di recente Cass. 24689/2020). Giova comunque evidenziare come nel caso di specie gli attori non abbiano fornito alcun elemento di prova per dimostrare che il defunto, da lungo tempo trasferito in una località diversa e lontana da quella di origine e dal luogo di residenza di alcune delle attrici, abbia mantenuto contatti diretti e continui con i familiari odierni ricorrenti. Tale elemento dovrà essere considerato nella quantificazione del danno, nel senso di incidere fortemente sulla sua riduzione rispetto ai parametri medi desumibili dalle tabelle applicate.

La liquidazione del danno deve essere effettuata in applicazione dei parametri contenuti nelle tabelle, dovendo privilegiare tra le Tabelle elaborate nel Tribunale di Milano e quelle elaborate nel Tribunale di Roma queste ultime in quanto basate su criteri di calcolo che privilegiano un sistema a punti basato sulla attribuzione al danno di un punteggio numerico a seconda della sua presumibile entità e nella moltiplicazione di tale punteggio per una somma di denaro, che costituisce il valore ideale di ogni punto, con l'applicazione di ulteriori correttivi che consentono la personalizzazione basata su cinque fattori di influenza del risarcimento - una volta ritenuta provata la esistenza di una seria relazione affettiva (il grado del rapporto di parentela esistente tra la vittima ed il congiunto avente diritto al risarcimento, potendosi presumere che il danno sia maggiore quanto più stretto il rapporto; l'età del congiunto: il danno è tanto maggiore quanto minore è l'età del congiunto superstite; l'età della vittima: anche in questo caso è ragionevole ritenere che il danno sia inversamente proporzionale all'età della vittima, in considerazione del progressivo avvicinarsi al naturale termine del ciclo della vita; la convivenza tra la vittima ed il

congiunto superstite, dovendosi presumere che il danno sarà tanto maggiore quanto più costante e assidua è stata la frequentazione tra la vittima ed il superstite; presenza all'interno del nucleo familiare di altri conviventi o di altri familiari non conviventi, in quanto il danno derivante dalla perdita è sicuramente maggiore se il congiunto superstite rimane solo, privo di quell'assistenza morale e materiale che gli derivano dal convivere con un'altra persona o dalla presenza di altri familiari, anche se non conviventi.). Nella specie pur partendo dalla applicazione delle richiamate tabelle si ritiene di dover pervenire alla stessa liquidazione per ciascuno dei genitori e per ciascuna delle 4 sorelle. In tal senso depone in primo luogo la stessa domanda di parte attrice avendo i familiari richiesto la stessa liquidazione distinta solo per grado di parentela (gli attori hanno formulato identica richiesta per padre e per madre e per ciascuna delle sorelle). Pure se i danneggiati hanno diverse età, la madre è più giovane del padre del defunto di circa 6 anni, e tra le 4 sorelle vi è una differenza di età (essendo nate in un lasso di tempo che intercorre tra il 1977 e il 1985) le differenze anagrafiche riportate non paiono giustificare una differenziata liquidazione, poiché le differenze anagrafiche riportate in applicazione di parametri equitativi e del criterio dell'*id quod plerumque accidit*, fanno ritenere sostanzialmente identica la sofferenza patita da ciascuno dei due genitori, e da ciascuna delle 4 sorelle. Deve essere considerata per la concreta liquidazione del danno, come sopra detto, la mancata convivenza degli attori con il *de cuius*, essendosi il P. trasferito in Italia senza alcuno dei familiari anni prima del decesso.

Compite tali premesse deve liquidarsi per ciascuno degli attori un importo che calcolato in base ai valori medi dettati dalla richiamata tabella appositamente elaborata dal Tribunale di Roma (basata sul c.d. "sistema a punti", e, come tale, in grado di assicurare una maggiore uniformità: v. da ultimo Cass. 26300/2021 e Cass. 10579/2021), va comunque personalizzato applicando, oltre ai criteri correttivi sopra indicati (mancanza di convivenza, uniformità della liquidazione per i due genitori e per le 4 sorelle) una considerevole riduzione in considerazione delle già precarie condizioni di salute del P. al momento del primo ricovero (tali da far presumere un'aspettativa di vita, in caso di guarigione, certamente inferiore alla media, anche in considerazione del pregresso rifiuto dello stesso a seguire i consigli terapeutici impartiti al momento delle dimissioni dall'Ospedale di Cagliari), per cui, in definitiva, appare equa la liquidazione dei seguenti importi:

- € 180.000,00 per ciascuno dei genitori (importo calcolato considerando l'età della vittima 25 anni, l'età media dei due genitori 58 anni -padre 61 madre 55- grado di parentela, pervenendo così ad importo massimo liquidabile di € 264.780,90, importo da ridurre nei termini indicati in considerazione della mancanza di convivenza da lungo tempo e della presenza di altri familiari e valutando altresì a livello di ulteriore elemento di personalizzazione la congenita situazione di salute del *de cuius*, e la resistenza a seguire le cure)

- € 90.000 per ciascuna delle sorelle (importo calcolato considerando l'età della vittima 25 anni, l'età media delle sorelle arrotondata per eccesso - 27,30,34,35 età considerata nel calcolo 32- grado di parentela pervenendo così ad importo massimo liquidabile di € 175.520,60, importo da ridurre, in misura percentuale maggiore rispetto alla riduzione applicata ai genitori non essendo stata data prova della convivenza con le sorelle nel periodo pregresso all'arrivo in Italia, e considerati gli altri elementi già richiamati per la liquidazione del danno subito dai genitori).

Deve essere accolta la domanda di condanna della parte resistente al pagamento del danno patrimoniale quantificato nell'importo pari alle spese funebri sostenute come documentate in atti, €2.401,81 (cfr fattura del 23 gennaio 2013 in atti allegato 9), importo non contestato dalla parte convenuta.

Per tutti i motivi sopra esposti, la convenuta deve essere condannata al pagamento:

- in favore degli attori a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure haereditatis*, della somma complessiva di € 10.000, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17 gennaio 2013 (trattandosi di importo già rivalutato e liquidato ai valori attuali: v. Cass. 7272/2012 e Cass. 5503/03) e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza (data in cui il debito diventerà di valuta, producendo poi solo interessi; sul cumulo tra interessi e rivalutazione nella quantificazione del risarcimento del danno da fatto illecito v. *ex multis*, Cass. 12140/2016, Cass. 18243/2015, Cass. 12698/2014, Cass. 4184/06 e Cass. 9517/02);

- in favore di P. D. e P. M., a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure proprio*, in quanto genitori del defunto (cd danno parentale) delle ulteriori somme, di € 180.000,00 ciascuno oltre interessi al saggio legale sulle predette somma devalutate al 17.1.2013 (per i medesimi motivi di cui sopra) e

progressivamente rivalutate, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente ordinanza;

- in favore di C. OLIVA, A. A., C. M., C. E., a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure proprio*, in quanto sorelle del defunto, le ulteriori somme, rispettivamente, di € 90.000 ciascuna oltre interessi al saggio legale sulle predette somma devalutate al 17.1.2013 (per i medesimi motivi di cui sopra) e progressivamente rivalutate, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

- in favore degli attori a titolo di risarcimento del danno patrimoniale, la somma complessiva di € 2.401,81, oltre interessi legali dalla data della fattura, con gli interessi calcolati sulla stessa somma via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza.

Le spese di lite seguono la soccombenza ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e sono liquidate in dispositivo, in applicazione della tabella allegata al D.M. 55/2014 (come aggiornata dal D.M. 37/2018), oltre accessori di legge, spese e contributo unificato; non viene applicato l'aumento di cui all'art. 4, co. 2, d.m. 55/2014 (la cui attribuzione è meramente discrezionale e della quale nella specie non ricorrono i presupposti, non avendo la pluralità di attori comportato per il loro difensore, se non in via del tutto marginale, l'esame di specifiche e distinte questioni di fatto o di diritto: v. sul tema Cass. 712/2018).

Gli onorari di entrambe le CTU, come liquidati nel corso del procedimento, vanno posti (nei rapporti interni tra le parti, e ferma restando la solidarietà passiva *ex lege* di tutte le parti nei confronti del consulente: v. Cass. 3239/2018, Cass. 17739/2016, Cass. 23133/2015, Cass. 25179/2013 e Cass. 28094/09) a carico della convenuta, sempre in base al criterio della soccombenza.

Non sussistono i presupposti per applicare la richiesta condanna ex art. 96, comma terzo, non essendo provati i presupposti per l'applicazione della norma dettata per la disciplina delle spese nel processo e non applicabile per la mancata partecipazione del tentativo di mediazione, che ha già sanzione specifica (cfr. *infra*).

In applicazione dell'art. 8, comma 4 bis, d. leg.vo 28/2010, poiché la parte convenuta pur ritualmente invitata, non ha partecipato al procedimento di mediazione previsto quale condizione di procedibilità della domanda attorea ai sensi dell'art. 5, co. 1-bis, d.lgs. 28/2010, e poiché tale mancata partecipazione non può ritenersi giustificata dalla comunicazione di non adesione inviata dalla stessa convenuta, la stessa deve essere condannata al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio.

P.Q.M.

Definitivamente pronunciando così dispone:

- accertata la responsabilità contrattuale della AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2 per le ragioni di cui in motivazione, condanna la stessa convenuta al pagamento della somma complessiva di € 10.000, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17 gennaio 2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

- accertata la responsabilità extracontrattuale della AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2 per le ragioni di cui in motivazione, condanna la stessa convenuta al pagamento delle seguenti somme:

1) in favore di P. M. € 180.000,00, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17.1.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

2) in favore di P. D. € 180.000,00, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17.1.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

3) in favore di C. OLIVA € 90.000, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17.1.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

4) in favore di A. A. € 90.000,00, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17.1.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

5) in favore di C. M. € 90.000,00, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17.1.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

6) in favore di CRISTEI E. € 90.000,00, oltre interessi al saggio legale sulla predetta somma devalutata al 17.1.2013 e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

- condanna l'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2 al pagamento in favore degli attori della somma di € 2.401,81 a titolo di risarcimento del danno patrimoniale oltre interessi legali dal 23 gennaio 2013, con gli interessi calcolati sulla stessa somma via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

- condanna l'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2 alla rifusione in favore degli attori delle spese processuali, che liquida in € 25.000,00 (di cui € 4.000,00 per la fase di studio, € 2.000,00 per la fase introduttiva, € 12.000,00 per la fase istruttoria e/o di trattazione, ed € 7.000,00 per la fase decisionale) oltre spese forfettarie (15%), CPA e IVA se dovuta, nonché in € 1.713,00 per spese vive (C.U. e marca da bollo);

- pone le spese di entrambe le consulenze tecniche d'ufficio, nella misura liquidata con i decreti emessi in corso di causa, integralmente a carico della convenuta;

- condanna l'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N.2, ai sensi dell'art. 8, co. 4-bis d.lgs. 28/2010, al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio.

Si comunichi alle parti costituite.

Così deciso in data 12 gennaio 2022

Il giudice
dott.ssa Monica Velletti