

N. R.G. 14620/2019



TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Pietro Iovino ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **14620/2019** promossa da:

E. R. (C.F. *omissis*),

A. C. (C.F. *omissis*),

con il patrocinio dell'avv. COMINI STEFANIA, elettivamente domiciliato in VIA DEL GELSOMINO 5 50125 FIRENZE presso il difensore avv. COMINI STEFANIA

ATTORE/I

contro

AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNA POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI (C.F. 92038610371), con il patrocinio dell'avv. GERVASIO DIANA, elettivamente domiciliato in SANTO STEFANO N.58 40125 BOLOGNA presso il difensore avv. GERVASIO DIANA

CONVENUTO/I

CONCLUSIONI PRECISATE ALL'UDIENZA DEL 25.11.2021: come da note scritte depositate ai sensi dell'art. 221, commi 2 e 4, D.L. 34/20 conv. con mod. in L. 77/2020 e pertanto:

PARTE ATTOREA:

<< Gli attori E. R. ed A. C. precisano le seguenti conclusioni:

In ogni caso, voglia l'Ill.mo Tribunale respinte le eccezioni avverse ed accertata la responsabilità sanitaria della convenuta condannarla al pagamento in favore degli attori a titolo di risarcimento



del danno jure proprio per danno parentale, ed in denegata ipotesi per perdita di chance, per le somme da liquidarsi sulla base delle Tabelle di Milano e/o in via equitativa. Sulle somme liquidate si chiede la liquidazione del maggior danno a titolo di lucro cessante per mancata disponibilità delle somme spettanti ai danneggiati, con la conseguente condanna alla rivalutazione monetaria e agli interessi di natura compensativa calcolati secondo il Rendistato sulla somma annualmente rivalutata e/o in via equitativa. Con vittoria di spese e onorari di causa, di spese di CTP, di CTU, delle spese ed onorari in Mediazione >>.

PARTE CONVENUTA:

<< Voglia il Tribunale adito, nel merito, ogni contraria istanza rigettata, respingere la domanda attrice perché infondata in fatto e diritto, in punto an ed in punto quantum.

In via istruttoria, rinnovare la consulenza per le carenze logico scientifiche meglio esplicitate in atti e nelle osservazioni di parte convenuta rimaste prive di congruo riscontro, ovvero in subordine invitare il CTU ad offrire i chiarimenti di cui si è detto.

Con vittoria di compensi, spese anche generali, iva e cpa.

*

Si chiede la concessione dei termini massimi di legge per conclusionali e repliche.>>

FATTO E DIRITTO

1. Con atto di citazione, regolarmente notificato in data 17.9.2019, R. E., C. A. (in proprio e quali genitori esercenti la potestà sulla figlia minore R. C.), nonché C. E., N. M., R. W. e V. M. C., quali nonni paterni e materni, agivano *iure proprio* per danno parentale da responsabilità sanitaria della convenuta AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI per la morte del piccolo paziente R. C. A., rispettivamente figlio, fratello e nipote degli stessi.

1.1 Si costituiva l'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI, la quale, in via pregiudiziale, eccepiva l'improcedibilità della domanda avanzata da R. E. e C. A. in qualità di genitori della minore R. C., nonché da C. E., N. M., R. W. e V. M. C. per mancato esperimento della procedura di mediazione: condizione di procedibilità della domanda, trattandosi di una materia oggetto di mediazione obbligatoria. Requisito, invece, soddisfatto per i soli attori R. E. e C. A., in proprio.



Concludeva comunque nel merito per il rigetto della domanda.

1.1.1 In prima udienza, tenutasi in data 16.01.2020, la causa veniva rinviata per permettere l'instaurazione del procedimento di mediazione obbligatoria – pena l'improcedibilità della domanda – a coloro i quali non l'avevano già esperito.

Con note di trattazione scritta, parte attorea dava atto dell'esito negativo della mediazione. Tuttavia, parte convenuta insisteva sull'improcedibilità della domanda avanzata da C. E., N. M., R. W., V. M. C. e R. C. (rappresentata dai genitori R. E. e C. A.), poiché assenti all'incontro di mediazione.

Sussistendo una questione di procedibilità, la causa era posta in decisione a mente dell'art. 281-sexies c.p.c. e con sentenza 30.06.2020, dichiarata improcedibile la domanda avanzata da R. C. (rappresentata da R. E. e C. A.), C. E., N. M., R. W. e V. M. C., si disponeva la prosecuzione del giudizio limitatamente alle domande avanzate da R. E. e C. A., in proprio, con separata ordinanza.

1.2 La causa, debitamente istruita con CTU medico-legale e respinta ogni istanza di prova orale, era posta in decisione previa concessione dei termini ex art. 190 cpc nell'estensione massima.

2. La domanda è fondata e può essere accolta per quanto di ragione.

Sin dalla nascita il piccolo C. A. R. presentava diagnosi di ostruzione all'efflusso ventricolare destro e sinistro.

Considerata la presenza di un'anamnesi familiare positiva per difetti di formazione congeniti dei grossi vasi (2 morti perinatali) di natura genetica, già a 3 mesi veniva diagnosticata stenosi sopralvalvolare aortica (anche solo SSVA). Il bambino fino agli 11 mesi presentava sempre una totale stabilità clinico-funzionale, tuttavia l'elettrocardiogramma del marzo 2016 mostrava un aumento dei gradienti pressorei. Veniva, quindi, ricoverato in data 27.04.2016 per eseguire esame di angio-TC toracica in sedazione. In condizioni di anestesia generale, veniva sottoposto a tentativi di posizionamento di catetere venoso centrale senza successo. Il giorno successivo, nonostante l'assenza dell'accesso venoso centrale, veniva comunque sottoposto a sedazione, ma durante il mantenimento della predetta, si verificava una bradicardia



e, viste le condizioni di persistente attività elettrica cardiaca e assenza di polso, veniva, poi, intubato e sottoposto a massaggio cardiaco esterno e, poi, somministrata adrenalina in bolo ed in infusione previo incannulamento della vena giugulare interna di destra. Nelle ore successive si proseguiva il monitoraggio, tuttavia il bambino in data 29.4.2016, ore 1.54, decedeva.

Questi sostanzialmente sia pure in estrema sintesi, i fatti di causa non contestati.

2.1 Secondo la difesa attorea la *malpractice* medica sarebbe consistita nell'aver tenuto una condotta imprudente, negligente ed imperita, al punto da causare l'arresto cardio-circolatorio, *causam dans* del decesso, perché erano state disattese le linee guida e le raccomandazioni di buona pratica riguardanti organizzazione ed erogazione di servizi di anestesia e rianimazione pediatrica. In particolare, l'evento di depressione miocardica, indotta dai farmaci anestetici e sedativi, che si verificò il 28.04.2016, non può essere definito alla stregua di una generica complicanza, ma va considerato come evento concretamente prevedibile nello specifico per il profilo di rischio del paziente e soprattutto prevenibile con la semplice aderenza ai principi di buona pratica esigibili nel caso concreto. L'ischemia miocardica e il conseguente arresto cardiaco sono conseguenza diretta delle azioni ed omissioni dei sanitari, frutto di scelte imprudenti ed imperite. Non avrebbero dovuto programmare una procedura anestesiológica a 24 ore di distanza dalla precedente, in assenza di sopraggiunte indicazioni urgenti all'espletamento dell'angioTAC prevista.

2.1.1 L' Ospedale S. ORSOLA MALPIGHI, nella premessa d'ordine generale sulla natura contrattuale della responsabilità iatrogena e sul fatto che la causa ignota resta a carico del danneggiato relativamente all'evento dannoso mentre è a carico del danneggiante relativamente alla possibilità di adempiere, evidenzia invece il corretto operato dei medici e che, in ogni caso, ferma restando l'insussistenza dell'*an debeatur*, l'arresto cardiaco era una "*evenienza possibile*", amplificata ("*decuplicata*") nei pazienti affetti dalla sindrome sofferta dal piccolo, ma non certo riconducibile alla condotta dei sanitari, e non prevenibile, condotta che, pertanto, non aveva potuto influenzare negativamente il decorso della patologia nei termini prospettati o,



comunque, avere inciso sulla prognosi *quod vitam* del paziente. Del resto la madre era stata informata anche del rischio morte, benché di rara evenienza, per infarto miocardico acuto, da cui i soggetti affetti da Sindrome di Williams (di cui il piccolo soffriva) risultano maggiormente gravati rispetto alla popolazione generale (incidenza di morte improvvisa 10 volte superiore alla norma).

Infatti, il piccolo C. A. R. nasceva il 03.04.2015 con diagnosi prenatale di sospetta displasia valvolare aortica, confermata successivamente da accertamenti strumentali. In data 21.10.2015, previa acquisizione del consenso, il piccolo veniva ricoverato per l'esecuzione di una procedura radiologica programmata, ma non veniva eseguita per impossibilità a reperire un accesso periferico per la sedazione e l'infusione di mezzo di contrasto. In data 24.3.2016 emergeva peggioramento del quadro cardiocircolatorio. Si programmava, allora, ricovero per esecuzione della angioTC al fine di definire al meglio l'anatomia dell'albero arterioso polmonare e della regione sopravalvolare aortica. In data 27.04.2016 veniva acquisito nuovamente il consenso: erano chiaramente indicati per iscritto i rischi, tra cui l'infarto cardiaco. Si procedeva alla sedazione del bambino, ma le manovre per il reperimento della via venosa erano complicate da "*infruttuosi tentativi di posizionamento di CVC in femorale*". In considerazione dello sfavorevole bilancio rischio/beneficio, i sanitari decidevano di soprassedere e rimandare la procedura diagnostica al giorno successivo. Invero, in data 28.04.2016, previa acquisizione di nuovo consenso, si procedeva alla sedazione; ad esame radiologico completato – e non in prossimità del posizionamento del piccolo sul lettino radiologico, come si legge in citazione a pag. 4, improvvisamente si verificava bradicardia. In terapia intensiva proseguivano le manovre rianimatorie, già correttamente eseguite, ma le condizioni emodinamiche peggioravano progressivamente sino all'*exitus*.

2.2 Occorre, quindi, in questa sede soffermarsi soprattutto sul se siano ravvisabili o meno, un errato trattamento terapeutico, una relazione eziologica tra esso e i danni lamentati nonché l'arresto cardiaco.



Infatti, anche il mero accertamento dell'esistenza di un errore diagnostico e terapeutico, che con valutazione *ex post* è certamente avvenuto, non potrebbe in nessun caso comportare l'accoglimento, neppure parziale, della domanda, dovendosi preliminarmente vagliare l'eventuale rilevanza causale del comportamento dei sanitari.

Da un punto di vista logico, prima ancora che giuridico, occorre, infatti, verificare la sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'evento di danno lamentato (premature decesso ovvero in alternativa perdita di *chances* di guarigione).

3. In via preliminare, è opportuno ricordare e riaffermare, anche se nessuna della parti lo ha mai (anche solo) dubitato, ininfluenza all'uopo ogni riferimento nel giudizio civile al richiamo dell'art. 2043 cc fatto dal cd. Decreto Balduzzi (DL 13.09.2012 n. 158, conv in L 08.11.2012 n. 189), certamente applicabile *ratione temporis*, che la responsabilità in tema di colpa medica, va qualificata come contrattuale, in quanto derivante dal contratto (o dal contatto sociale) intervenuto tra il paziente e la struttura sanitaria (ospedaliera o casa di cura), avente ad oggetto le prestazioni medico sanitarie. Si deve tenere conto, perciò, che il medico o in genere il personale non medico, che opera all'interno di quella struttura sanitaria, poiché svolge un'attività a contenuto professionale, è tenuto nell'adempimento delle proprie obbligazioni, non già alla diligenza generica del buon padre di famiglia, bensì a quella più accurata e specifica del debitore qualificato, come prescrive l'art. 1176, 2° comma, c.c.; ciò comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica (Cass. 4852/99, 5945/00, 6386/01, 3492/02).

Aderente a una siffatta impostazione, deve rilevarsi il recente autorevole intervento sul punto della Suprema Corte, i cui condivisibili principi, *id est* <<...*la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate, e non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la c.d. responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale. PUNTO fermo, ai fini della filomachia, gli arresti delle sentenze delle Sezioni unite nel novembre 2008, e tra queste la n.26973,*



ed in particolare nel punto 4.3 del c.d. preambolo sistematico, che attiene ai c.d. contratti di protezione conclusi nel settore sanitario, ed agli incipit giurisprudenziali ivi richiamati, e seguiti da decisioni di consolidamento. >> (cfr. Cass. civ. Sez. III, Sent., 19.02.2013, n. 4030), è sufficiente qui richiamare come precedente conforme e condiviso [e conformemente Cass. n. 6093 del 2013; Corte di Cassazione, sez. III Civile, sentenza n. 26358/13; depositata il 25 novembre; Cass Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 8940 del 17/04/2014 (Rv. 630778); Cass. civ., sez. VI – 3, ordinanza 24 dicembre 2014 n. 27391 e quanto al merito Tribunale di Arezzo sentenza 14 febbraio 2013; Tribunale di Cremona Sezione I Civile Sentenza 19 settembre 2013 GI Borella].

3.1 Al caso di specie, non risulta applicabile la riforma operata con **la cd. legge Gelli-Bianco** (l. 8/03/2017, n. 24), atteso che, in ordine alle determinazioni di carattere sostanziale, quale quella relativa alla natura di responsabilità ascrivibile al medico e alla struttura sanitaria, opera la preclusione di cui all' art. 11 disp. prel. cod. civ. secondo cui *“La legge non dispone che per l'avvenire: essa non ha effetto retroattivo.”*

In ogni caso è evidente come quest'ultima riforma confermi la natura comunque contrattuale della responsabilità della struttura nei riguardi del paziente.

Ciò ovviamente è a dirsi per la quota di danno **iure hereditario**.

3.2.1 E' evidente, poi, che per la componente di **danno iure proprio**, domandato dal parente della vittima primaria della *malpractice* sanitaria, la natura della responsabilità rientra nel più generale schema dell'art. 2043 cc, con la conseguenza che il riparto dell'onere probatorio dovrà avvenire secondo lo schema classico della responsabilità aquiliana (cfr. in termini Cass. 6914/2012 e le recenti T. Bologna n. 21075/2015 del 23.09.2015, n. 20360 del 31.03,2016 e n. 1941 del 29.07.2016, nonchè T. L'Aquila n. 315/15 del 31.03.2015). Conseguentemente il presunto danneggiato dovrà provare il fallo illecito, il danno, l'elemento soggettivo della colpa o del dolo in capo al danneggiante ed infine il nesso causale.



4. Sotto il profilo del **grado di colpa**, di cui il medico o il personale sanitario in genere, deve rispondere, il disposto dell'art. 2236 c.c. va interpretato nel senso che la limitazione di responsabilità alle sole ipotesi di dolo e colpa grave non ricorre con riferimento ai danni causati per negligenza o imperizia, ma soltanto per i casi che richiedono la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (perché trascendono la preparazione media o non sono stati ancora studiati a sufficienza, ovvero dibattuti con riguardo ai metodi da adottare; cfr. Cass., Sez. III, sent. n. 5945 del 10.5.2000; Cass., Sez. III, sent. n. 4852 del 19.5.1999; Cass., Sez. III, sent. n. 11440 del 18.11.1997).

5. Per quanto attiene, poi, alla **ripartizione dell'onere probatorio** in tema di colpa medica, la costante giurisprudenza di legittimità ritiene che *«l'attore deve provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) ed allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato», mentre ha solo l'onere di allegare (ma non di provare) la colpa del medico. Invece, rimane «a carico del medico convenuto dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno»* (ex plurimis, Cass. 4792/2013, Rv. 625765) ed ancora che *«.....in tema di responsabilità professionale del medico ove sia dedotta una responsabilità contrattuale dell'ente ospedaliero e/o del medico per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è a carico del danneggiato solo la prova del contratto (o del contatto) e la prova 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, restando a carico di questi ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile* (Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 9



novembre 2006 n. 23918; Cass. 24 maggio 2006, n. 12362; Cass. 28 maggio 2004 n. 10297).» (Cass. civ., Sez. III, 16/01/2009, n. 975).

Questi principi sono stati chiariti e ribaditi con autorevolezza da **alcuni recenti arresti della Suprema Corte**, la quale ha posto in evidenza che “*ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l’inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è onere del danneggiato provare il nesso di causalità fra l’aggravamento della situazione patologica (o l’insorgenza di nuove patologie per effetto dell’intervento) e l’azione o l’omissione dei sanitari, mentre è onere della parte debitrice provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l’esatta esecuzione della prestazione; l’onere per la struttura sanitaria di provare l’impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile sorge solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità fra la patologia e la condotta dei sanitari*” ciò in quanto sussiste “*“un duplice ciclo causale, l’uno relativo all’evento dannoso, a monte, l’altro relativo all’impossibilità di adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all’evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante.*

Mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l’insorgenza (o l’aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto).

Conseguenzialmente la causa incognita resta a carico dell’attore relativamente all’evento dannoso, resta a carico del convenuto relativamente alla possibilità di adempiere. Se, al termine dell’istruttoria, resti incerti la causa del danno o dell’impossibilità di adempiere, le conseguenze sfavorevoli in termini di onere della prova gravano rispettivamente sull’attore o sul convenuto.



Il ciclo causale relativo alla possibilità di adempiere acquista rilievo solo ove risulti dimostrato il nesso causale fra evento dannoso e condotta del debitore. Solo una volta che il danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) è causalmente riconducibile alla condotta dei sanitari sorge per la struttura sanitaria l'onere di provare che l'inadempimento, fonte del pregiudizio lamentato dall'attore, è stato determinato da causa non imputabile. Solo una volta che il danneggiato abbia dimostrato che la patologia sia riconducibile, ad esempio, all'intervento chirurgico, la struttura sanitaria deve dimostrare che l'intervento ha determinato la patologia per una causa, imprevedibile ed inevitabile, la quale ha reso impossibile l'esecuzione esperta dell'intervento chirurgico medesimo"." (Cfr in motivazione Cass. n. 18392 del 26 luglio 2017).

Questa impostazione è stata ribadita dalla Suprema Corte con la pronuncia del 14 novembre 2017, n. 26824, secondo la quale <<sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c., solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta incerta, la domanda deve essere rigettata.>>

Ed ancor più di recente la giurisprudenza di legittimità ha puntualizzato che <<...compete al paziente che si assuma danneggiato dimostrare l'esistenza del nesso



causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento. Se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta incerta, la domanda deve essere rigettata.>> (cfr. Cass. n. 19204 del 19 luglio 2018).

6. Quanto alla **valutazione del nesso causale** costituisce allo stato *ius receptum* che «nel cosiddetto sottosistema civilistico, il nesso di causalità (materiale) - la cui valutazione in sede civile è diversa da quella penale (ove vale il criterio dell'elevato grado di credibilità razionale che è prossimo alla "certezza") - consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio (ispirato alla regola della normalità causale) del "più probabile che non".» (Cass. civ., Sez. III, 16/01/2009, n. 975) e che «La valutazione del nesso causale in sede civile, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., secondo i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché al 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, presenta tuttavia notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, stante la diversità dei valori in gioco tra responsabilità penale e responsabilità civile. Nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige infatti la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio".» (Cass. civ., Sez. III, 11/05/2009, n. 10741 e conformemente Cass. civ. Sez. Unite Sent. 11/01/2008, n. 576 (Rv. 600899) ed in termini Cass. civ. Sez. III, 26/07/2012, n. 13214 (Rv. 623565), Cass. civ. Sez. III, 18/07/2011, n. 15709 (Rv. 619502), Cass. civ. Sez. III, 02/02/2010, n. 2354 (Rv. 611336), Cass. civ. Sez. III, 07/07/2009, n. 15895 (Rv. 608952), Cass. civ. Sez. III, 05/05/2009, n. 10285 (Rv. 608403), Cass. civ. Sez. III, 16/01/2009, n. 975 (Rv. 606129).

6.1 In particolare con specifico riferimento alla **causalità omissiva** (o normativa, o ipotetica) la regola di giudizio, in forza della clausola generale di equivalenza prevista dall'art. 40 c.p., deve accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità



omissiva), nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli secondo le regole di avvedutezza e diligenza che devono guidare l' "*homo eiusdem condicionis ac professionis*".

Il ragionamento del giudice sul rapporto causale, adeguato e logicamente coerente, deve, pertanto, basarsi su regole di natura probabilistica, tali da consentire una generalizzazione sul nesso di condizionamento omissione/evento nel senso che, se l'azione doverosa fosse intervenuta, l'evento di danno si sarebbe evitato, sicché, essendosi per converso verificato, esso può essere oggettivamente imputato (causalità normativa) alla condotta omissiva, che, così, viene a costituire l'antecedente necessario dell'evento.

Ne consegue ancora che il giudice, partendo dalla condotta del (presunto) responsabile dovrà svolgere un'inferenza probabilistica (che rappresenta indubbiamente una "complicazione" nella formulazione del giudizio causale, ma) che non può essere pretermessa, onde la necessità di una formulazione di giudizio corretta e analitica che pervenga - senza affrettate approssimazioni e senza salti logici- alla conclusione, positiva o negativa, di sussistenza del legame causale tra condotta esaminata ed evento prodottosi.

L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica deve, poi, necessariamente passare attraverso l'enunciato "controfattuale" che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe assicurato apprezzabili probabilità di evitare (o, comunque, di ridurre significativamente) il danno lamentato dal contraente adempiente.

Del resto, la giurisprudenza del Supremo Collegio ha ritenuto, anche di recente, che *«..in relazione alla casualità omissiva, la positiva valutazione sull'esistenza del nesso causale tra omissione ed evento presuppone che si accerti che l'azione omessa, se fosse stata compiuta, sarebbe stata idonea ad impedire l'evento dannoso ovvero a ridurre le conseguenze, e non può esserne esclusa l'efficienza soltanto perché sia incerto il suo grado di incidenza causale.*



Questo accertamento a contrario o "controfattuale" si deve svolgere in base al principio della cd. preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" » (ex multis cfr. Cass. civ., sez. III, 27 novembre 2012, n. 20996, ma anche Cass. civ., Sez. III, 18/07/2011, n. 15709, Cass. civ., sez. III, 31 maggio 2005, n. 11609).

Impostazione questa ribadita di recente dalla Suprema Corte con le pronunce **cd San Martino bis** e segnatamente con le decisioni Cass. 28991/19 e 28992/19, che affrontano la questione dell'onere del paziente di provare il nesso di causalità dell'aggravamento lamentato.

6.2 E' opportuno anche premettere alcune brevi considerazioni in tema di danno da **perdita di "chance"**, anche alla luce dei più recenti approdi della giurisprudenza di legittimità.

Quest'ultima – dopo marcata oscillazione tra la tesi eziologica, secondo cui la *chance* deve intendersi quale lucro cessante, e quella ontologica, per la quale la *chance* deve riferirsi ad un danno emergente attuale e concreto – sembra ora aderire prevalentemente alla seconda impostazione, precisandone anche i confini rispetto alla distinta figura del danno futuro.

Il danno futuro – suscettibile di prevedibile realizzazione solo in un tempo successivo a quello in cui il danneggiato fa valere la sua pretesa – deve essere inteso quale lucro cessante, derivante dalla definitiva perdita del bene ultimo avuto di mira, perdita causata dal comportamento altrui.

La *chance*, invece, rappresenta una concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato, e non è una mera aspettativa di fatto; costituisce un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente valutabile. Pertanto, la perdita di *chance*, cioè la lesione (o perdita) della possibilità di raggiungere il suddetto risultato sperato e utile, del quale risulti provata la sussistenza, si configura come un vero e proprio danno emergente, concreto, attuale e risarcibile.

Come ha acutamente osservato la Suprema Corte in una delle sue pronunce più note sul tema, *«la domanda per perdita di chances è ontologicamente diversa dalla domanda di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato.*



Infatti, in questo secondo caso la stessa collocazione logico-giuridica dell'accertamento probabilistico attiene alla fase di individuazione del nesso causale, mentre nell'altro caso attiene al momento della determinazione del danno: in buona sostanza nel primo caso le chances sostanziano il nesso causale, nel secondo caso sono l'oggetto della perdita e quindi del danno» (Cass. 4400/2004, Rv. 570780).

Con riguardo alla prova del danno, ciò comporta anche un diverso onere per la parte: nel caso della perdita di *chance*, essa deve provare la perdita di una probabilità non trascurabile di raggiungere il risultato, mentre nell'ipotesi di danno futuro deve provare che, se fosse stato tenuto il comportamento legittimo, avrebbe raggiunto il risultato.

Un'ulteriore differenza fra le due tipologie di danno, poi, si coglie in tema di quantificazione del danno stesso.

In quello futuro il risarcimento è integrale con riferimento al bene leso, sebbene non possa *«compersi in base ai medesimi criteri di certezza che presiedono alla liquidazione del danno già completamente verificatosi nel momento del giudizio, e deve avvenire secondo un criterio di rilevante probabilità; a tal fine, il rischio concreto di pregiudizio è configurabile come danno futuro ogni volta che l'effettiva diminuzione patrimoniale appaia come il naturale sviluppo di fatti concretamente accertati ed inequivocamente sintomatici di quella probabilità secondo un criterio di normalità fondato sulle circostanze del caso concreto»*. (Cass. 10072/2010, Rv. 612602).

Il danno da perdita di *chance*, invece, è parametrato percentualmente sulla *chance* persa, nel senso che si deve assumere come parametro di valutazione il vantaggio economico complessivamente realizzato dal danneggiato, diminuito d'un coefficiente di riduzione proporzionato al grado di possibilità di conseguirlo, deducibile dagli elementi costitutivi della singola situazione giuridica (cd. coefficiente di riduzione). Peraltro, si è precisato che *«la perdita di chance è risarcibile indipendentemente dalla dimostrazione che la concreta utilizzazione della chance avrebbe presuntivamente o probabilmente determinato la consecuzione del vantaggio, essendo sufficiente anche la sola possibilità di tale consecuzione. L'idoneità della chance a determinare*



presuntivamente o probabilmente ovvero solo possibilmente la detta conseguenza è, viceversa, rilevante soltanto ai fini della concreta individuazione e quantificazione del danno, da effettuarsi eventualmente in via equitativa, posto che nel primo caso il valore della chance è certamente maggiore che nel secondo e, quindi, lo è il danno per la sua perdita, che, del resto, in presenza di una possibilità potrà anche essere escluso, all'esito di una valutazione in concreto della prossimità della chance rispetto alla consecuzione del risultato e della sua idoneità ad assicurarla» (Cass. 23846/2008, Rv. 604660).

Tuttavia, in nulla differiscono le ipotesi di danno – sia esso diretto ed immediato, sia esso da perdita di *chance* – quanto all'accertamento del **nesso di causalità**.

Come è noto, secondo l'esperienza tipicamente formatasi in ambito di giudizio aquiliano, devono essere effettuati due diversi accertamenti del nesso causale:

–in primo luogo, l'accertamento della causalità cd. materiale, ossia del collegamento tra comportamento e danno-evento, e della misura di tale collegamento nel caso di concorso di cause. In tale fase si deve prescindere da ogni valutazione di prevedibilità/previsione – sia soggettiva che oggettiva – da parte dell'autore del fatto, in quanto tale concetto fa parte della fattispecie della colpa, la cui analisi è collocata in un momento idealmente successivo alla ricostruzione della fattispecie oggettiva ed al (presupposto) accertamento del nesso causale. Dunque, solo il positivo accertamento del nesso di causalità materiale autorizzerebbe all'analisi della sussistenza o meno della colpa (o del dolo) dell'agente;

–in secondo luogo, quale *posterius* rispetto a quello precedente, l'accertamento della causalità cd. giuridica, ossia del nesso tra evento lesivo e danno-conseguenza, inteso come conseguenze di ordine economico ricollegate alla condotta dannosa. Tale accertamento consente di individuare le singole conseguenze dannose – le quali, si precisa, costituiscono il solo oggetto dell'obbligazione risarcitoria aquiliana –, in funzione di delimitazione dei confini di una (già accertata) responsabilità risarcitoria.

Peraltro, la dottrina e la giurisprudenza prevalenti ravvisano tale distinzione, rispettivamente, nel primo e nel secondo comma dell'art. 1227 c.c.: il primo, infatti,



attiene al contributo eziologico del creditore nella produzione dell'evento dannoso, mentre il secondo si riferisce al rapporto evento-danno conseguenza, rendendo irrisarcibili alcuni danni.

Ora, conclusa detta necessaria ricognizione, non possono non ricordarsi le regole probatorie che presiedono ai suddetti accertamenti.

Come di recente la Suprema Corte ha opportunamente precisato chiarendo un precedente equivoco generato dalla sentenza n. 21619/2007 (Rv. 599816), l'accertamento del nesso di causalità materiale – sia nel caso della causalità ordinaria che in quello della causalità da “*chance*” perduta (da intendere come possibilità di un risultato diverso e migliore, e non come mancato raggiungimento di un risultato solo possibile), «*implica sempre l'applicazione della regola causale “di funzione”, cioè probatoria, del “più probabile che non”, sicché, in questo caso, la ricorrenza del nesso causale può affermarsi allorché il giudice accerti che quella diversa - e migliore - possibilità si sarebbe verificata “più probabilmente che non”*» (Cass. 21255/2013, Rv. 628702). Infatti, non è possibile identificare un *tertium genus* di regola causale tra quella penalistica dell’*“alto grado di probabilità logica/conoscenza razionale”* e quella civilistica del *“più probabile che non”*, sicché anche la possibilità di conseguire un risultato diverso e migliore (la *chance*, appunto) deve essere indagata alla luce del (unico) criterio probatorio civilistico. Ovviamente, una cosa sono i criteri eziologici “di struttura” in forza dei quali compiere il giudizio sul nesso di causalità materiale – e presentano rilevanti analogie con quelli penali (artt. 40 e 41 c.p.) e che il giudice civile deve condurre applicando il principio della *“conditio sine qua non”*, temperato da quello della regolarità causale, a sua volta integrata dal rischio tipico e dallo scopo della norma violata –, un'altra cosa è la regola probatoria alla cui stregua effettuare tale giudizio.

Quanto all'accertamento del nesso di causalità giuridica, si deve fare riferimento alle regole degli artt. 1223 e 1226 c.c. (richiamati anche dall'art. 2056 c.c.) ed al criterio della cd. regolarità causale, per il quale – secondo un criterio di opportunità giuridica – il risarcimento deve comprendere le perdite che «*siano conseguenza immediata e*



diretta» del fatto lesivo. In altri termini, l'art. 1223 c.c. consente di selezionare i danni risarcibili sul piano della loro consequenzialità immediata e diretta rispetto all'evento. Pertanto, prima di affrontare il problema dell'ammontare del danno risarcibile, non può non essere risolta positivamente la questione causale, in quanto una conseguenza non legata in modo diretto ed immediato all'evento di danno è prima di tutto irrilevante sul piano eziologico. Infine, parimenti all'indagine sulla causalità materiale, poiché si rimane ancora nell'ambito della causalità vera e propria, anche nell'indagine sulla causalità giuridica si deve applicare la regola "di funzione", cioè probatoria, del "più probabile che non".

Giurisprudenza costante e consolidata ritiene, infatti, che *"il risarcimento da lesione di chance, intesa come concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene, presuppone l'onere di provare, sia pure presuntivamente o secondo un calcolo di probabilità, la realizzazione in concreto di alcuni presupposti per il raggiungimento del risultato sperato e impedito dalla condotta illecita della quale il danno risarcibile deve essere conseguenza diretta e immediata"* (ex multis SU. 1850/2009 e, più recentemente, Cass. 21270/2015).

Quanto infine all'aspetto peculiare della responsabilità medica si registra il recentissimo arresto di Cass. Sez. 3 Sentenza n. 05641 del 09/03/2018 secondo la quale: - << *Il c.d. "modello patrimonialistico", che storicamente ha costituito il riferimento teorico della evoluzione giurisprudenziale in tema di perdita di "chance", mal si concilia con la perdita della possibilità di conseguire un risultato migliore sul piano non patrimoniale; la "chance" patrimoniale, infatti, presenta i connotati dell'interesse pretensivo (mutuando tale figura dalla dottrina amministrativa), e cioè postula la preesistenza di un "quid" su cui sia andata ad incidere sfavorevolmente la condotta colpevole del danneggiante, impedendone la possibile evoluzione migliorativa, mentre la chance "non pretensiva", pur essendo anch'essa rappresentata, sul piano funzionale, dalla possibilità di conseguire un risultato migliorativo della situazione preesistente (segnatamente nel sistema della responsabilità sanitaria), è morfologicamente diversa dalla prima, in quanto si*



innesta su una preesistente situazione sfavorevole (cioè patologica), rispetto alla quale non può in alcun modo rinvenirsi un "quid" inteso come preesistenza positiva. Ne consegue che, in sede risarcitoria, il giudice di merito deve inevitabilmente tener conto di tale diversità, sia pure sul piano strettamente equitativo, ai fini della liquidazione del danno. >> (RV 6486-01);

- << *In caso di perdita di una "chance" a carattere non patrimoniale, il risarcimento non potrà essere proporzionale al "risultato perduto" (nella specie, maggiori "chance" di sopravvivenza di un paziente al quale non era stata diagnosticata tempestivamente una patologia tumorale con esiti certamente mortali), ma andrà commisurato, in via equitativa, alla "possibilità perduta" di realizzarlo (intesa quale evento di danno rappresentato in via diretta ed immediata dalla minore durata della vita e/o dalla peggiore qualità della stessa); tale "possibilità", per integrare gli estremi del danno risarcibile, deve necessariamente attingere ai parametri della apprezzabilità, serietà e consistenza, rispetto ai quali il valore statistico-percentuale, ove in concreto accertabile, può costituire solo un criterio orientativo, in considerazione della infungibile specificità del caso concreto. >> (RV 6486-02).*

Questa impostazione è stata di recente confermata dalla Suprema Corte con le sentenza **cd San Martino bis** e segnatamente dalla Cass. Sez. 3 - Sentenza n. 28993 del 11/11/2019.

7. Siffatti principi in tema di responsabilità professionale medica costituiscono oramai *ius receptum*.

7.1 Nel ribadire che **la responsabilità oggi in questione** può venire solo in rilievo come responsabilità ex art. 2043 cc e che, pertanto, parte attorea è gravata dal provare il fatto illecito, il danno, l'elemento soggettivo della colpa o del dolo in capo al danneggiante ed infine il nesso causale, l'estremo tecnicismo scientifico rende ovvio che il giudizio del Tribunale non può che basarsi sugli esiti della consulenza medico-legale.



Infatti, si è reso indispensabile e ciò valga ad evidenziare la natura percipiente della consulenza tecnica, indagare se l'assistenza medica ed infermieristica del piccolo C. A. R. ed i successivi trattamenti anche chirurgici, fossero, in primo luogo, necessari, e, in secondo luogo, risultassero eseguiti con adeguata perizia, in particolare con riferimento (non esclusivo) agli accertamenti diagnostici e al rinvio di essi al giorno successivo, disposti in occasione del ricovero del 27.4.2016 e fino all'intervenuto decesso del 29.04.2016; in particolare era necessario accertare se effettivamente, come allegato dagli attori:

- l'evento di depressione miocardica, indotta dai farmaci anestetici e sedativi, che si verificò il 28.4.2016, non può essere definito alla stregua di una generica complicanza, ma va considerato come evento concretamente prevedibile nello specifico per il profilo di rischio del paziente e soprattutto prevenibile con la semplice aderenza ai principi di buona pratica esigibili nel caso concreto;

- l'ischemia miocardica e il conseguente arresto cardiaco sono conseguenza diretta delle azioni ed omissioni dei sanitari, frutto di scelte imprudenti ed imperite;

- i sanitari non avrebbero dovuto programmare una procedura anestesiológica a 24 ore di distanza dalla precedente, in assenza di sopraggiunte indicazioni urgenti all'espletamento dell'angioTAC.

La perizia collegiale dei **CTU Dr. Paolo Moreni specialista in Medicina Legale e della Assicurazioni ed al Dr. Demetrio Pittarello, specialista in Anestesia e Rianimazione e Specialista in Tossicologia medica**, offre, infatti, al giudicante alcuni importati spunti di riflessione per orientare la decisione nel senso sopra anticipato.

8. Ciò posto in doverosa premessa, deve giudicarsi dirimente il responso della c.t.u. nel senso che devono ravvisarsi elementi di responsabilità iatrogena nell'occorso



sotto differenti profili ad eccezione dell'attività prestata per la raccolta del consenso informato.

Occorre invero dire, come ha riferito il collegio peritale all'esito di una compiuta e approfondita disamina del caso in esame, disamina che non si espone a censure di sorta né sotto il profilo investigativo né sotto quello logico, che nello specifico può ritenersi che il decesso del piccolo C. A. R. è causalmente ascrivibile ad una multifattorialità individuabile nei seguenti fattori eziologici:

- a) una preanestesia, praticata il 28.04.2016, eccessiva nel dosaggio del farmaco adoperato;
- b) un monitoraggio emodinamico carente durante il tentativo di angioTAC;
- c) un'assenza di capnometria, volta a monitorare lo stato della respirazione;
- d) un mancato utilizzo di farmaci alternativi (Ketamina) al Sevorane;
- e) un'attivazione ECMO con flussi inadeguati.

8.1 Il Collegio peritale ha ampiamente motivato le suddette conclusioni, fornendo esaustiva risposta al quesito finalizzato ad accertare anche specifici aspetti di *malpractice*.

Nello specifico ha chiarito che <<... C. A. R. era affetto da una cardiopatia complessa nell'ambito di una rara malattia genetica, nota come stenosi sopraaortale dell'aorta (SSVA), caratterizzata da un restringimento del lume dell'aorta (in prossimità della sua origine) o di altre arterie (rami dell'arteria polmonare); in particolare il restringimento dell'aorta o dei rami polmonari può ostacolare il flusso ematico con conseguente ipertrofia ventricolare.....(pag.

9).....

La SSVA può fare parte della sindrome di Williams-Beuren, dovuta ad una microdelezione della regione 7q11.23, che coinvolge il gene dell'elastina e molti altri geni contigui.

Quando è associata alla sindrome di Williams-Beuren è identica alla SSVA isolata, tuttavia la sindrome di Williams-Beuren si associa anche a facies



caratteristica, disturbi del comportamento e ipercalcemia. Oltre a ciò i bambini affetti da sindrome di Williams presentano anomalie strutturali, complicazioni renali, disturbi a carico dell'apparato uditivo, deficit della crescita o sviluppo puberale precoce, scoordinazione motoria e compromissione della memoria a breve termine..... (pag. 9-10).....

Il rischio di morte improvvisa è elevato con una stima di 1/1000 pazienti (0.01–0.04/1000 nella popolazione normale). Pur tuttavia è frequente nell'ambito di procedure di sedazione/anestesia come riportato nella tabella sottostanteomissis..... In questi casi tuttavia si tratta di procedure nell'ambito di cateterismi cardiaci dove la manipolazione con cateteri genera instabilità emodinamica responsabile dell'arresto cardiaco. (pag. 10-11).....

Relativamente all'iter diagnostico il piccolo paziente è stato correttamente gestito, sono stati effettuati controlli periodici che hanno evidenziato l'evoluzione progressiva delle stenosi sopravalvolare aortica e dei vasi polmonari tali da richiedere un approfondimento mediante una angioTAC.

Le finalità degli esami di immagine strumentali sono quelli di caratterizzare morfologicamente e topograficamente le stenosi, tanto dell'aorta sopravalvolare che dell'albero arterioso polmonare, da cui è possibile derivare la scelta sull'opzione di tecnica chirurgica, nonché un ulteriore giudizio circa l'indicazione di per sé all'intervento, in virtù di un bilanciamento prognostico rischio/beneficio, o ancora la valutazione della tipologia di intervento consensuale sull'albero polmonare.

Relativamente all'indagine angioTAC è un esame relativamente semplice che richiede un accesso venoso periferico, non necessariamente un catetere venoso centrale, che nel nostro caso è stato possibile effettuare solo il giorno prima dell'esame diagnostico.

In questi casi solitamente l'iniezione del mezzo di contrasto ha luogo in una vena del braccio o della mano.

Il tentativo di cannulazione di un accesso venoso centrale (vena femorale) avvenuto il giorno precedente risultato infruttuoso non era indispensabile ai fini dell'esame



diagnostico. Si consideri che solitamente durante un cateterismo cardiaco, che come abbiamo visto rappresenta una situazione che può favorire l'instabilità emodinamica, viene utilizzato un accesso periferico (non centrale), tanto più in un esame diagnostico non invasivo è sufficiente un accesso periferico..... (pag. 12).....

Riguardo l'utilizzo dei gas alogenati il sevorane, secondo la SIAARTI e la SARNePI, può essere somministrato per la sedazione in ambito pediatrico.....

Nel caso in esame è stato somministrato dopo una iniziale induzione al 4%, alla concentrazione del 2% che rientra quindi nel dosaggio consentito.

Si trattava comunque di un piccolo paziente con rischio elevato (ASA classe IV) (tabella

1-2) che meritava tutte le attenzioni al fine dell'esame diagnostico per cui era necessario monitorizzarlo adeguatamente.....

A tale riguardo è stata rilevata la pulsiossimetria, la frequenza cardiaca e la PAO. [1]

Ma mentre la pulsiossimetria è stata registrata nel corso dell'esame così come la frequenza cardiaca, rimane da indagare la causa di questa bradicardia spinta che sicuramente è stata associata ad una ipotensione importante, o forse è più probabile che l'ipotensione sia stata la causa della bradicardia, anche se con saturazione arteriosa nella norma.

Per quanto attiene alla pressione arteriosa l'unica rilevazione riguarda l'inizio della procedura (70/30 mmHg) che comunque era bassa rispetto alla rilevazione della pressione arteriosa (110/60 mmHg) avvenuta il giorno prima durante il tentativo di incannulazione del CVC. (da ricordare che la premedicazione è avvenuta con ipnovel rettale a 6,5 mg – dove la dose rettale prevista in pazienti > 6 mesi è da 0,3 – 0,5 mg/kg).

¹ La nota in questione non fa parte della CTU ma è a cura del redattore: PAO è un acronimo di Pressione Arteriosa Omerale.



In tal senso è ipotizzabile un sovradosaggio di benzodiazepine durante la premedicazione, che come è noto può provocare ipotensione con depressione cardiorespiratoria, come riferito nel RCP, eventi questi che si sono manifestati nel corso dell'anestesia per l'angioTAC.

A tale riguardo se fosse stata misurata ripetutamente la pressione arteriosa si sarebbe rilevato un calo pressorio e si sarebbero potuto prendere provvedimenti al fine di aumentarne il valore. Sarebbe stato sufficiente somministrare ed anticipare farmaci vasopressori per far fronte a questo evento (etilefrina, synefrina, calcio cloruro, ...) per antagonizzare gli effetti ipotensivanti dal momento che era già in atto una idratazione con elettrolitica pediatrica. In tal senso corretto anche l'utilizzo dell'adrenalina in presenza di bradicardia come si evidenzia nella tabella sottostante, così come anche l'atropina..... (pag. 13-15).....

Rimanendo sempre nel campo dell'anestesia praticata a C. A. sarebbe stato preferibile, vista la patologia in atto, utilizzare farmaci che dal punto di vista anestesiológico hanno un minor impatto emodinamico e di conseguenza riducono l'incidenza di ipotensione. In tal senso anziché i gas alogenati poteva essere utilizzata la Ketamina che come è noto è un anestetico generale ampiamente utilizzata per le analgosedazioni e per interventi chirurgici, in genere di breve durata, soprattutto in campo pediatrico. Si tratta di un anestetico di carattere dissociativo in grado di sopprimere la respirazione molto meno rispetto alla maggior parte di altri anestetici disponibili e che presenta una buona stabilità emodinamica. In tal senso la ketamina ha proprietà uniche che la rendono utile per anestetizzare pazienti a rischio di ipotensione..... (pag. 16)..... >> (cfr. CTU alle pagine indicate in neretto tra parentesi tonda)

8.2 Da ciò discende una prima individuazione di responsabilità ossia l'aver adottato **nella premedicazione ed in un dosaggio eccessivo, un farmaco**, che, benchè previsto dalle linee guida, tuttavia per le peculiarità del caso di specie ben poteva essere sostituito da un altro (**Ketamina**) maggiormente adatto a prevenire proprio quelle complicazioni (ipotensione con depressione cardiorespiratoria), poi, concretamente verificatesi. Discende, poi, una seconda individuazione rappresentata



dall'insufficiente monitoraggio delle pressione arteriosa, necessario sia perché il 28.04.2016 essa si presentava molto più bassa rispetto al giorno precedente sia perché la situazione particolarmente critica del piccolo paziente rendeva necessario un monitoraggio costante della pressione arteriosa e del tutto insufficiente l'unico effettuato all'inizio delle operazioni, costituente di per sé un campanello di allarme.

Infatti, il Collegio ha accertato che dalla unica rilevazione della pressione all'inizio dell'esame (70/30 mmHg) emerge che questa era decisamente molto più bassa rispetto alla rilevazione del giorno precedente (110/60 mmHg, durante il tentativo fallito di posizionamento di un Catetere Venoso Centrale – anche CVC), fatto che doveva sconsigliare l'utilizzo delle sostanze impiegate, tanto più in una misura superiore alle Linee Guida (6,5 mg anziché 5 mg, posto che il peso corporeo del piccolo paziente era di kg. 10). Per queste ragioni il Collegio peritale ritiene causalmente rilevante l'accertato sovradosaggio di benzodiazepine durante la premedicazione, che ha come effetto noto la ipotensione con depressione cardiorespiratoria, eventi questi che si sono manifestati nel corso dell'anestesia per l'angioTAC del 28/4, ove la pressione arteriosa era già decisamente più bassa, come premesso, rispetto al giorno precedente.

Infatti, nonostante l'utilizzo dei gas alogenati sia previsto dalle Linee Guida SIAARTI e SARNePI per la sedazione in ambito pediatrico, sarebbe stato necessario, considerati i valori pressori arteriosi del 28/4, utilizzare la Ketamina, anestetico generale ampiamente utilizzato per le analgo-sedazioni e per interventi chirurgici, in genere di breve durata, con proprietà uniche per anestetizzare pazienti a rischio di ipotensione.

Dal punto di vista anestesilogico l'utilizzo di Ketamina avrebbe avuto di per sé un minor impatto emodinamico e di conseguenza avrebbe ridotto il rischio e l'incidenza di ipotensione, posto che la pressione arteriosa si presentava decisamente più bassa il giorno dell'esame rispetto al giorno precedente.

Questo è il comportamento alternativo che avrebbe potuto scongiurare quanto invece accaduto, secondo un giudizio probabilistico improntato al criterio civilistico del più probabile che non.



Inoltre è rimasto accertato dal Collegio peritale che è stato rilevato un solo parametro pressorio all'inizio della procedura e che questa non era una condotta adeguata a far fronte ad eventuali complicanze: esattamente quelle che si sono verificate. Sarebbe stato invece necessario un monitoraggio costante del valore della pressione arteriosa, come del resto avvenuto il giorno precedente. Questo è l'altro comportamento alternativo che i sanitari avrebbero dovuto tenere.

8.3 Sussistono, poi, nello specifico ulteriori elementi di criticità nel comportamento dei sanitari, laddove il Collegio peritale ha chiarito che <<... *Nell'ambito del monitoraggio della ventilazione del paziente è noto che la causa principale di effetti collaterali da sedazione/anestesia è la depressione respiratoria e l'ostruzione delle vie aeree. Nella sedazione moderata e profonda anche se non vi sono evidenze in letteratura sull'utilità della valutazione della respirazione con l'osservazione o l'auscultazione del torace, si ritiene che riduca i rischi di eventi avversi. Quando ciò non è possibile, la capnografia è attualmente lo strumento più valido di monitoraggio della ventilazione, anche durante ventilazione spontanea con apposite cannule nasali. A tale riguardo il monitoraggio automatico dell'apnea, ottenuto mediante capnografia, che non è stata rilevato nel nostro caso, è considerato un parametro di sicurezza nel paziente in stato di sedazione (Tabella VI)..... Questa tecnica ha dei limiti di precisione nella lettura dei parametri assoluti (pazienti non intubati e di peso inferiore ai 10 kg), ma è uno strumento prezioso di informazione..... Dà informazioni in continuo sulla frequenza del respiro e dà all'istante notizia se vi è arresto respiratorio o compromissione della ventilazione.....*

Pertanto è chiaramente definita la capacità della capnografia nel diminuire i rischi nella sedazione profonda e comunque anche l'osservazione e l'auscultazione, nelle procedure in cui siano tecnicamente possibile, dovrebbero essere almeno controllate. Solo quando l'osservazione diretta non sia possibile, in particolare nei pazienti in sedazione profonda, la capnografia è indicata come monitoraggio della sedazione pur se con limiti di precisione nella lettura dei valori assoluti (Classe



C).....(pag. 16-17)..... >>

Questo terzo elemento di criticità riguarda pur sempre una evidenziata carenza di monitoraggio, ciò in quanto il piccolo paziente presentava un rischio elevato (ASA classe IV) (tabella 1-2) che meritava particolari e non ordinarie, attenzioni nel corso dell'esame diagnostico. Secondo il Collegio era assolutamente necessario monitorizzarlo adeguatamente ed il monitoraggio della ventilazione è definito come indispensabile, posto che la causa principale di effetti collaterali da sedazione/anestesia è proprio la depressione respiratoria e l'ostruzione delle vie aeree. Il Collegio precisa che era **la capnografia** lo strumento più indicato per il monitoraggio della ventilazione, che non è stata rilevata nel nostro caso, e che è considerata un parametro di sicurezza nel paziente in stato di sedazione, in quanto ha il vantaggio di accertare proprio l'insorgenza del rischio che si è verificato nel nostro caso, perché dà informazioni in continuo sulla frequenza del respiro e dà all'istante notizia se vi è arresto respiratorio o compromissione della ventilazione, fornendo anche, indirettamente, evidenza sulla profondità della sedazione e sull'eventuale gravità della compromissione respiratoria attraverso il valore della CO₂ di fine espirazione (EtCO₂) (cfr. in particolare CTU pag. 17).

Questo il comportamento alternativo, non tenuto ed esigibile e doveroso secondo buona prassi, che avrebbe potuto indirizzare differentemente gli eventi.

8.4 Infine ulteriori elementi di criticità nel comportamento dei sanitari sono stati individuati laddove il Collegio peritale, escludendoli in ordine alle manovre rianimatorie a seguito della bradicardia ed ai tempi impiegati per intubamento, somministrazione di farmaci vasoattivi importanti e per il trasferimento in reparto di Alta Intensità di Cure e l'attivazione della macchina ECMO, ha chiarito che <<... *Sul punto è da rilevare l'attivazione dell'ECMO con flussi inadeguati alla portata cardiaca necessaria, nonostante il riempimento volemico. Per questo motivo si è mantenuta l'acidosi che si è perpetuata anche nelle ore successive all'assistenza ECMO. In caso di flusso inadeguato per carenza di ritorno venoso era indicato il*



posizionamento di una seconda cannula di drenaggio in giugulare interna destra, dal momento che era stata incannulata anche la giugulare sinistra per la somministrazione del farmaci vasoattivi..

.....(pag. 19)..... >>

Un quarto elemento di criticità riguarda, pertanto, il flusso inadeguato dell'ECMO² per carenza di ritorno venoso fino all'*exitus*. Il Collegio ha ritenuto necessario il posizionamento di una seconda cannula di drenaggio in giugulare interna destra, dal momento che era stata incannulata anche la giugulare sinistra per la somministrazione del farmaci vasoattivi, posizionamento che tuttavia non fu eseguito.

Per tale ragione, a causa dei flussi dell'ECMO inadeguati alla portata cardiaca necessaria, si è mantenuta e non è stata contrastata l'acidosi, che si è perpetuata anche nelle ore successive fino all'*exitus*.

Questo il comportamento alternativo, non tenuto ed esigibile e doveroso secondo buona prassi, che avrebbe potuto indirizzare diversamente gli eventi.

8.5 I consulenti d'ufficio, pertanto, e conclusivamente ritengono che <<
il decesso del piccolo C. A. R. è causalmente ascrivibile a

- *preanestesia eccessiva;*
- *monitoraggio emodinamico carente durante il tentativo di angioTAC;*
- *assenza di capnometria;*
- *possibilità di utilizzare farmaci alternativi al sevoflurano (Ketamina);*
- *attivazione ECMO con flussi inadeguati.*

Relativamente, infine, al quesito sub 3.2, come anticipato nella parte analitica che precede, dalla documentazione sanitaria esaminata risultano acquisiti consensi anestesiológicos e radiológicos per esami con mezzi di contrasto con attestazione di avvenuta, adeguata, informazione. >> (cfr. pag. 19-20 CTU).

8.6 Questi punti dolenti e controversi della vicenda, sono stati ribaditi ed affrontati anche in replica alle osservazioni del CTP di parte convenuta.

² L'Ecmo è un dispositivo di assistenza atto a garantire un flusso cardiocircolatorio in situazioni di urgenza/emergenza.



Anche in tal frangente l'opinione peritale non è mutata, perché anche in questo caso le risposte, sottolineandosi come lo specialista di parte attorea (Dott. Raffaele La Russa), le cui valutazioni risultano a tratti anche illuminanti, nulla ha osservato, hanno affermato ovvero ribadito che:

--- La SSVA con Sindrome di Williams (di cui non v'è traccia diagnostica alcuna in atti) è identica alla SSVA isolata (di cui soffriva certamente il piccolo paziente), nel senso che gli aspetti cardiocirurgici e cardiologici pediatrici delle due condizioni presentano un quadro di sostanziale sovrapposibilità.

--- Sebbene la letteratura preveda l'utilizzo dei farmaci impiegati nello specifico dai sanitari per la sedazione, ciò tuttavia non significa che la causa (o concausa) del decesso sia indipendente dal loro utilizzo. << *Esiste una spiegazione fisiopatologica che nel caso di ipotensione spiega chiaramente l'evoluzione così come è avvenuta. Il decesso non è intrinseco alla patologia, ma legato al fatto che questi stessi farmaci, nel caso specifico, hanno provocato delle variazioni emodinamiche causa dell'arresto cardiaco.* >> (cfr. pag. 21 CTU).

Infatti, le benzodiazepine somministrate in 6,5 mg, dose superiore a quella di 5 mg (da 0.3 a 0.5 mg/Kg) indicata dalle Linee Guida in un paziente dal peso di 10 Kg, rappresentano certamente una criticità. Nonostante il dosaggio teoricamente può essere aumentato in caso di necessità, tuttavia non vi era alcuna necessità nel caso in esame, posto che la durata delle benzodiazepine è di 60-90 minuti, tempo sufficiente per avere e mantenere effetti emodinamici.

--- I dati clinici al 28/4 imponevano una più corretta e ponderata valutazione dei rischi proprio per la presenza di valori pressori assai più bassi rispetto a quelli del giorno prima e consigliavano l'utilizzo di altri anestetici, anche indipendentemente dalle dosi, proprio perché il bambino il giorno dell'esame (28.4) presentava una pressione sensibilmente più bassa rispetto al giorno precedente.

--- Le variazioni emodinamiche, causate dalla anestesia eccessiva e/o inadeguata al caso clinico (in particolare valori pressori iniziali e non monitorati nel prosieguo) sono progredite e non sono state efficacemente contrastate fino all'*exitus*, *in primis* per la



mancata capnometria ed il mancato monitoraggio delle condizioni del bambino, ed anche in fase di rianimazione per il ritardo nella somministrazione di adrenalina e la mancanza di flussi adeguati. Probabilmente, se fosse stata misurata ripetutamente e non una sola volta inizialmente, la pressione arteriosa, si sarebbe potuto rilevare *ab initio* il calo pressorio e si sarebbero potuti prendere tutti i provvedimenti al fine di aumentarne il valore e così salvare la vita al bambino. << *Il fatto che l'arresto cardiaco non fosse avvenuto il 27/4/2016 è testimoniato dal monitoraggio emodinamico che ha evidenziato una buona pressione arteriosa e frequenza cardiaca.* >> (cfr. pag. 22 CTU).

--- Sarebbe stato più opportuno l'utilizzo di Ketamina, per le ragioni ampiamente illustrate nella relazione, e sarebbe stato sufficiente somministrare ed anticipare farmaci vasopressori per far fronte all'evento (etilefrina, synefrina, calcio cloruro) per antagonizzare gli effetti dell'ipotensione dal momento che era già in atto una idratazione con elettrolitica pediatrica, anche con l'utilizzo maggiormente tempestivo dell'adrenalina, in presenza di bradicardia. <<*Relativamente all'utilizzo dell'adrenalina, anche se controverso, in situazione di arresto cardiaco aumenta nell'immediato le resistenze sistemiche e ciò favorisce la perfusione coronarica (nell'arresto cardiaco tutte le flow-chart pongono indicazione all'utilizzo dell'adrenalina)..... Inoltre, se è pur vero che in letteratura sono documentati 2 casi di arresto cardiaco con utilizzo di Ketamina è altrettanto vero che in 1 caso riguarda l'utilizzo in sala operatoria (in questo caso si riporta anche il pancurionium, noto miorilassante, per cui si tratta di intervento cardiocirurgico che come è noto rappresenta in sé un rischio elevato) e l'altro il Cath Lab in cui sicuramente la manipolazione sul cuore o le aritmie stesse possono essere state causa di arresto.*

Ancora, se la Ketamina come è noto ha effetti svantaggiosi e deleteri perché può indurre un aumento del VO₂ miocardico, della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa (così come documentato nella tabella) è pur vero che questi stessi effetti sono quelli che contrastano una possibile ipotensione con bradicardia per cui solo se il



piccolo paziente fosse stato adeguatamente monitorato si sarebbe potuto scegliere un trattamento farmacologico appropriato.>> (cfr. pag. 22-24 CTU).

--- Infine non è sostenibile la tesi secondo cui l'arresto sia avvenuto durante la "coda" dell'anestesia, posto che è provato dai dati clinici che *<<.....è avvenuta una progressiva e costante riduzione della frequenza cardiaca con assai probabile progressiva riduzione della pressione arteriosa, che ha portato all'arresto cardiaco; arresto cardiaco conseguente alla ipotensione e bradicardia spinta.>>* (cfr. pag. 22 CTU), che non è stata monitorata (capnometria, osservazione) né contrastata *ab initio* con efficacia di mezzi e di tempo.

--- E', quindi, da escludersi categoricamente, con motivazione immune da qualsiasi apparente vizio logico, una possibile reazione avversa al mezzo di contrasto.

Del resto proprio le osservazioni dei CTP dell'Azienda Ospedaliera inducono a ritenere che la tesi *de qua* sia non plausibile, in quanto, nonostante i sanitari siano intervenuti farmacologicamente (Trimeton e Solumedrol – cfr. Osservazioni pag. 11) per contrastare l'ipotensione legata all'ipotizzata reazione al mezzo di contrasto, la terapia approntata non ha dato alcun risultato, nel senso che non si è contrastata la progressione della complicanza intervenuta e che ha posto in essere una serie di fattori causali scatenanti, poi, l'arresto cardiaco terminale.

8.6.1 Conseguentemente secondo l'apprezzamento fatto dal Collegio peritale può ricavarsi il giudizio secondo il quale il decesso non è legato né è intrinseco alla patologia, ma dipende dal fatto che i farmaci adoperati, nel caso specifico dove la pressione arteriosa era molto bassa, costituiscono, insieme al mancato monitoraggio costante del dato pressorio arterioso, l'inizio della serie causale o concausale che ha condotto il piccolo all'arresto cardiaco, passando attraverso un monitoraggio non adeguato ed una fase finale (in fase di rianimazione per la mancanza di flussi adeguati) incongrua.

8.7 Quanto al valore da accordare alla perizia d'ufficio è evidente che la meticolosità dell'accertamento, l'ampia garanzia di contraddittorio assicurata ed esercitata dalle parti, l'assenza di elementi oggettivi contrastanti e soprattutto di



elementi di incongruità, specie se si tiene nel debito e doveroso conto quanto assunto in replica alle osservazioni del CTP, rendono del tutto inutile disporre un nuovo o un supplemento di, accertamento nel presente processo civile.

Una siffatta valutazione, oltre che presidio dei principi di economia dei mezzi giuridici e della ragionevole durata del processo, come voluta dall'art. 111, 2^a co., Cost., è inoltre supportata da elementi obiettivi legati al fatto che, a differenza dei consulenti di parte, quello d'ufficio è tenuto al giuramento di verità, che lo pone a differenza dei primi, in posizione di assoluta equidistanza, in quanto gli impone una terzietà nell'esame del caso e nello studio, che non è richiesta né è esigibile da chi per definizione costituisce un ausilio della parte e del suo difensore.

Consegue a ciò che appare inutilmente dispendioso in termini di tempo e di risorse economiche accedere a nuova consulenza sulla ricostruzione della vicenda.

9. Conclusivamente, applicando i principi di diritto e giurisprudenziali già richiamati **al caso che ci occupa**, non possiamo che ritenere come verità, verosimilmente e con giudizio di alta verosimiglianza, non solo processuale, che la gestione complessiva del paziente è da ritenersi non del tutto corretta e, quindi, non può andare esente da ogni censura, posto che in base ad una necessaria e rigorosa valutazione *ex ante* vi erano elementi sufficienti per attuare una condotta ed utilizzare farmaci differenti. In estrema sintesi un'altra condotta o un atteggiamento alternativo ben avrebbe potuto modificare secondo il criterio "del più probabile che non" il tragico epilogo della vicenda.

Conseguentemente non può che affermarsi l'avvenuta prova della sussistenza di relazione causale tra azioni/omissioni e danno lamentato, dovendosi necessariamente pervenire alla conclusione che un diverso comportamento dei sanitari avrebbe probabilmente consentito al povero figlioletto di R. E. e C. A. di giovare di un differente decorso della malattia, e di usufruire di possibilità terapeutiche che gli avrebbero assicurato ed offerto maggiori probabilità di sopravvivenza ossia quelle previste per tutte le persone egualmente affette dalla malattia di cui era portatore.



La <<.....patologia di cui era affetto C. A. era una cardiopatia complessa nell'ambito di una rara malattia genetica, nota come stenosi sopralvalvolare dell'aorta (SSVA) caratterizzata da un restringimento del lume dell'aorta (in prossimità della sua origine) o di altre arterie (rami dell'arteria polmonare), in particolare il restringimento dell'aorta o dei rami polmonari che ostacolava il flusso ematico con conseguente ipertrofia ventricolare. Il rischio di morte improvvisa è elevato con una stima di 1/1000 pazienti (0.01–0.04/1000 nella popolazione normale), ed è frequente nell'ambito di procedure di sedazione/anestesia.....La prognosi in termini di sopravvivenza, come già specificato, dopo chirurgia cardiaca, rimane comunque buona e sovrapponibile a quella della popolazione generale fino alla terza decade di vita, la sopravvivenza è buona fino a 10 anni (96 %) e a 20 anni del 77 % (Anesth Analg 2008;107:1848 –54), secondo dati più recenti aggiornati al 2014 è del 90.5% a 20 anni..>> (cfr. pag. 20 CTU).

La rilevanza causale dell'operato dei sanitari non potrà che comportare l'accoglimento della pretesa principale attorea: danno da perdita del rapporto parentale, atteso che nessun rilievo va accordato alla perdita di chance, posto che la *malpractice* è stata la causa del decesso e, quindi, di un danno certo ed individuato nella sua consistenza fenomenica, e non della perdita della possibilità di conseguire un risultato differente o migliore.

Ciò dicasi non senza ricordare che, come dimostrano le omissioni ed i ritardi, certamente un addebito anche colposo può muoversi al personale sanitario operante.

9.1 Conseguenze a quanto detto che **la complicanza**, intesa come evenienza conosciuta e non prevenibile e come tale idonea ad elidere il nesso di causalità, è concetto giuridico estraneo allo specifico caso, atteso che è stato processualmente dimostrato come essa sia dipesa con criterio di alta verosimiglianza dalla condotta imperita del sanitari.

A tal proposito è stato autorevolmente osservato che << *Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una*



"complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile.>> [cfr. Cass. civ. Sez. III, 30-06-2015, n. 13328 (rv. 636015) e recentemente Cass. 28985/2019 in motivazione par. 4]. Con l'ulteriore aggiunta doverosa che il fatto non prevedibile o non evitabile deve essere, *in primis*, individuato in maniera specifica ed, *in secundis*, deve soddisfare in maniera ancora più incisiva il criterio causalistico del "più probabile che non" rispetto al fatto causale addebitabile a responsabilità iatrogena.

10. In ordine al danno ed alla sua quantificazione si osserva quanto segue.

Parte attorea ha lamentato e chiesto il ristoro dei danni *iure proprio* per la perdita del rapporto parentale – affettivo, in qualità di genitori.

Premesso che per costante giurisprudenza della Corte di Cassazione in materia, *"il soggetto che chiede iure proprio il risarcimento del danno subito in conseguenza della uccisione di un congiunto per la definitiva perdita del rapporto parentale lamenta l'incisione di un interesse giuridico diverso sia dal bene salute, del quale è titolare (la cui tutela ex art. 32 Cost., ove risulti intaccata l'integrità psicofisica, si esprime mediante il risarcimento del danno biologico), sia dall'interesse all'integrità morale (la cui tutela, ricollegabile all'art. 2 Cost., ove sia determinata una ingiusta sofferenza contingente, si esprime mediante il risarcimento del danno morale soggettivo), e ciò in quanto l'interesse fatto valere è quello alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli art. 2,29 e 30 Cost. Trattasi di interesse protetto, di rilievo costituzionale, non avente natura economica, la cui lesione non apre la via ad un risarcimento ai sensi dell'art.*



2043 c.c., nel cui ambito rientrano i danni patrimoniali, ma ad una riparazione ai sensi dell'art. 2059 c.c., senza il limite ivi previsto in correlazione all'art. 185 c.p. in ragione della natura del valore inciso, vertendosi in materia di danno che non si presta ad una valutazione monetaria di mercato” (Cass., n. 2557/2011). Dal punto di vista delle conseguenze della lesione, il pregiudizio può manifestarsi come sofferenza interiore o come sconvolgimento delle abitudini di vita dei congiunti, che hanno subito un danno riflesso in conseguenza della degenza e del decesso che ha colpito la vittima primaria.

Si tratta, dunque, di valutare gli elementi allegati e provati da parte attorea: questa prova può fondarsi anche su presunzioni: *“Se dunque il danneggiato (quantomeno) alleghi il fatto base della normale e pacifica convivenza del proprio nucleo familiare e che il decesso del (o le gravi lesioni subite dal) proprio congiunto all'esito del fatto evento lesivo hanno comportato una sofferenza interiore tale da determinare un'alterazione del proprio relazionarsi con il mondo esterno, inducendolo a scelte di vita diverse, incombe al danneggiante dare la prova contraria idonea a vincere la presunzione della sofferenza interiore, così come dello "sconvolgimento esistenziale" riverberante anche in obiettivi e radicali scelte di vita diverse, dalla perdita (o anche solo dalla "lesione": cfr. Cass., 3/4/2008, n. 8546; Cass., 14/6/2006, n. 13754; Cass., 31/5/2003, n. 8827; Cass., Sez. Un., 1/7/2002, n. 9556) del rapporto parentale secondo l'id quod plerumque accidit normalmente discendono per lo stretto congiunto (v. Cass., Sez., Un., 11/11/2008, n. 26972; Cass., 12/6/2006, n. 13546; Cass., Sez., Un., 24/3/2006, n. 6572) (Cass., n. 10527/2011). Inoltre, come sempre affermato dalla Corte di Cassazione, “ciascuno dei familiari superstiti ha diritto, in proporzione alla durata e alla intensità del vissuto, alla composizione del restante nucleo che può prestare assistenza morale e materiale, avuto riguardo sia all'età della vittima primaria che a quella dei familiari danneggiati, alla personalità individuale di costoro, alla loro capacità di reazione e sopportazione del trauma, ed ad ogni altra circostanza del caso concreto - che deve esser allegata e provata, ancorché presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza, essendo danni-conseguenza, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare - ad una liquidazione comprensiva di tutto il*



pregiudizio non patrimoniale subito (Cass. 1410, 24015 del 2011)” (Cass., n. 9231/2013).

Del resto il cd. danno riflesso (o da rimbalzo), di elaborazione pretoria, può essere definito come quel danno, conseguente ad un evento dannoso, che si produce, non nella sfera della vittima diretta del fatto illecito, bensì dei suoi prossimi congiunti e che è risarcibile, *iure proprio*, in ragione della (possibile) natura plurioffensiva del fatto illecito (cfr. Cass. civ., Sez. Un., 01/07/2002, n. 9556, Cass. civ., sez. III, 31/05/2003, n. 8827 e n. 8828).

Ed invero, in giurisprudenza, è pacifico che il danno da uccisione o grave lesione del congiunto, *“in quanto danno - conseguenza, consiste in una perdita, ossia nella privazione di un valore personale, costituito dall'irreversibile venir meno del godimento del congiunto e dalla definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali essi normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare; perdita, privazione e preclusione che, in relazione alle diverse situazioni, possono avere diversa ampiezza e consistenza in termini di intensità e protrazione nel tempo”* (così Cass. civ. sez. III, 31/05/2003, n. 8828).

Ai fini della risarcibilità, la giurisprudenza ha chiarito che occorre, *in primis*, una relazione con la vittima diretta del fatto illecito, sia essa fondata su un vincolo familiare riconosciuto come tale dalla legge (ciò ad es. nel caso di famiglia fondata sul matrimonio), ovvero su una situazione di fatto qualificata (così come accade nel caso di convivenza *more uxorio*), ed, in secondo luogo, che la lesione sia apprezzabile in virtù dell'effettivo rapporto esistente con la vittima e dell'incidenza concreta sullo svolgimento della vita di relazione.

La *ratio* sottesa è, infatti, quella di escludere ogni automatismo derivante dal mero rapporto parentale, nel chiaro intento di scoraggiare il proliferare di infondate pretese risarcitorie basate sul mero legame di sangue, senza che alcuna effettiva lesione si sia prodotta nella sfera giuridica del parente della vittima.

Nel caso, poi, si tratti della moglie e/o dei figli e/o dei genitori, magari anche conviventi, è evidente che, poiché trattasi indiscutibilmente di parente stretto del



danneggiato, le lesioni subite da questo si sono certamente riflesse sul coniuge e/o sul figlio e/o sul genitore e la prova delle sofferenze patite, lo sconvolgimento delle abitudini di vita subito, può dirsi raggiunta mediante il ricorso a presunzioni semplici.

Si evidenzia, infatti, che la giurisprudenza di legittimità, nell'ipotesi del giudizio risarcitorio azionato da un congiunto appartenente allo stretto nucleo familiare del danneggiato, ha chiarito che *“l'attore può invocare, per dimostrare la sussistenza del danno, anche il solo ricorso alle presunzioni semplici; egli, tuttavia, non può mai sottrarsi all'onere di allegazione dei fatti materiali costitutivi della propria pretesa.”* (cfr. Cass. civ., sez. III, 06/04/2011, n. 7844).

Inoltre, si rileva che la Corte di Cassazione ha chiarito che, al fine assicurare un risarcimento integrale del pregiudizio subito da ciascun danneggiato, occorre che il giudice, consideri tutte le circostanze del caso concreto e che, pertanto, *“tenga conto sia del danno morale (da identificare nella sofferenza interiore soggettiva patita sul piano strettamente emotivo, non solo nell'immediatezza dell'illecito, ma anche in modo duraturo, pur senza protrarsi per tutta la vita) che di quello cd. dinamico-relazionale. (consistente nel peggioramento delle condizioni e abitudini, interne ed esterne, di vita quotidiana). - Conseguentemente - [...] ciascuno dei familiari ha diritto ad una liquidazione comprensiva di tutto il danno non patrimoniale subito, in proporzione alla durata e intensità del vissuto, nonché alla composizione del restante nucleo familiare in grado di prestare assistenza morale e materiale, avuto riguardo all'età della vittima e a quella dei familiari danneggiati, alla personalità individuale di costoro, alla loro capacità di reazione e sopportazione del trauma e ad ogni altra circostanza del caso concreto, da allegare e provare (anche presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza) da parte di chi agisce in giudizio, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare.”* (così Cass. civ., sez. III, 17/04/2013, n. 9231).

Al riguardo, si rammenta anzitutto che, secondo la giurisprudenza di legittimità, *“Il danno non patrimoniale, consistente nella sofferenza morale patita dal prossimo congiunto di persona lesa in modo non lieve dall'altrui illecito, può essere dimostrato*



con ricorso alla prova presuntiva ed in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza ed alla gravità delle ricadute della condotta. In caso di fatto illecito plurioffensivo, ciascun danneggiato - in forza di quanto previsto dagli artt. 2,29,30 e 31 Cost., nonché degli artt. 8 e 12 della Convenzione Europea dei diritti dell'uomo e dell'art. 1 della cd. "Carta di Nizza" - è titolare di un autonomo diritto all'integrale risarcimento del pregiudizio subito, comprensivo, pertanto, sia del danno morale (da identificare nella sofferenza interiore soggettiva patita sul piano strettamente emotivo, non solo nell'immediatezza dell'illecito, ma anche in modo duraturo, pur senza protrarsi per tutta la vita) che di quello "dinamico-relazionale" (consistente nel peggioramento delle condizioni e abitudini, interne ed esterne, di vita quotidiana)." Cassazione civile, sez. III, 26/07/2019, n. 20287).

Ancora, "[...] la prova del danno può essere fornita anche con presunzioni semplici, riferita agli elementi fattuali dai quali desumere l'esistenza e l'entità del pregiudizio.

E tale profilo è stato espressamente evidenziato dalla Corte, con riferimento al notorio stravolgimento della vita familiare causato dalla perdita improvvisa di un figlio di meno di quattro anni e ciò sulla base dello stretto vincolo di parentela, dell'intangibilità della sfera degli affetti, dell'età della vittima e dei verosimili radicali cambiamenti dello stile di vita, conseguenti alla sofferenza interiore determinata dalla consapevolezza della perdita del rapporto parentale; la Corte territoriale ha fatto corretta applicazione del principio secondo cui "l'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima ... è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo" (cfr. Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 3767 del 15/02/2018 e da ultimo, Cass. Sez. 3, n. 25843 del 13/11/2020)" Cassazione civile, sez. VI, 25/05/2021, n. 14422).



10.1. Nel caso di specie, i ricorrenti hanno fornito la prova della qualità di genitori del piccolo paziente e, sulla scorta di massime d'esperienza, è indubbio che essi abbiano subito un'intensissima sofferenza e ciò non soltanto in ragione dello strettissimo vincolo di sangue che li legava al defunto, ma anche avuto riguardo alle modalità dell'evento (ospedalizzazione per un esame radiologico, rapido peggioramento delle condizioni cliniche) e delle sue conseguenze.

Nel caso in esame, quindi, il predetto onere è stato sufficientemente assolto da parte attorea, tuttavia, si osserva che le allegazioni compiute con riferimento ai danni patiti, descrivono sofferenze e sconvolgimenti di vita nonché di abitudini familiari, che, pur nella loro drammaticità, non presentano un'apprezzabilità superiore rispetto a quello che, secondo *l'id quod plerumque accidit*, ci si attende da vicende analoghe a quelle del caso *de quo*; ciò, dunque, dovrà essere tenuto in debito conto, relativamente alla determinazione dell'ammontare risarcibile. Certamente un'amplificazione di esse potrebbe discendere dall'aver già perso due precedenti figli, anch'essi in tenerissima età, proprio per patologie cardiache, ma è anche vero che ad eventi così infausti è ragionevole opinare che essi emotivamente non erano del tutto impreparati, non foss'altro che per l'espressa prefigurazione del rischio morte paventato dai sanitari nel corso della raccolta del consenso informato. Certo è che mai ci si può rassegnare alla perdita incolpevole di un figlio.

Altro aspetto caratterizzante della vicenda, poi, è la presenza di una figliola e dei nonni, aspetti questi che però incidono con relativa efficacia sul dolore. In ultimo non può essere sottaciuto che l'aspettativa di vita del piccolo, se pur non era del tutto sovrapponibile a quella di un soggetto sano, tuttavia, avrebbe potuto allietare per moltissimi anni la vita dei genitori e ciò con altissima probabilità per almeno trent'anni di "normalità" e, quindi, per buona parte della loro ulteriore esistenza in vita.



In merito alla quantificazione del danno ricordiamo che secondo la Corte di Cassazione, con principi applicabili anche al caso di specie “[...] *in caso di perdita definitiva del rapporto matrimoniale e parentale, ciascuno dei familiari superstiti ha diritto ad una liquidazione comprensiva di tutto il danno non patrimoniale subito, in proporzione alla durata e intensità del vissuto, nonché alla composizione del restante nucleo familiare in grado di prestare assistenza morale e materiale, avuto riguardo all'età della vittima e a quella dei familiari danneggiati, alla personalità individuale di costoro, alla loro capacità di reazione e sopportazione del trauma e ad ogni altra circostanza del caso concreto, da allegare e provare (anche presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza) da parte di chi agisce in giudizio, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare.*” (Cassazione civile, sez. III, 26/07/2019, n. 20287). Si richiama, inoltre, l’ampia motivazione della sentenza Cass. n. 18284/2021.

10.2 Ciò premesso, si procederà alla liquidazione in applicazione delle Tabelle di Milano notoriamente utilizzate da questo Tribunale (nella versione da ultimo aggiornata al marzo 2021), tenendo conto che, ai fini del danno da lesione del rapporto parentale, bisognerà prendere come parametri di riferimento gli importi previsti per il danno “da perdita” del rapporto parentale: come chiarito dalle stesse Tabelle, la difficoltà di tipizzazione delle infinite variabili dei casi concreti, suggerisce l’individuazione solo di un possibile tetto massimo della liquidazione, fissato nel tetto massimo previsto per l’ipotesi estrema di perdita del rapporto parentale.

10.2.1 Dagli elementi acquisiti al processo, risulta altresì certo che il nucleo familiare, costituito dal povero bimbo deceduto (anni 1), dal padre E. R. (anni 44), dalla madre A. C. (41 anni) e dalla sorella (7 anni), all'epoca dei fatti conviveva nella propria abitazione. All’epoca il nucleo familiare allargato era costituito anche da tutti i nonni sia paterni che materni.

Ai fini della valutazione del danno, come evidenziato, occorre tenere conto di tutte le circostanze del caso concreto, tipizzabili, in particolare: nella sopravvivenza o meno di altri congiunti del nucleo familiare, nella convivenza o meno di questi ultimi, nella



qualità ed intensità della relazione affettiva familiare residua, nella qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta, nell'età della vittima primaria e secondaria.

Rilevato che nell'atto di citazione non viene allegata alcuna circostanza o fatto costitutivo in ordine al radicale sconvolgimento di vita causato dalla morte del prossimo congiunto, deve ritenersi che la sofferenza causata dalla perdita del rapporto parentale di parte attorea sia risarcibile alla stregua di presunzioni, che fanno collocare l'entità del risarcimento e la relativa liquidazione in quelle che sono le conseguenze "ordinarie" inerenti al pregiudizio, ovvero quelle che qualunque persona, nelle stesse condizioni e vittima di lesioni analoghe, subirebbe.

Tenendo conto di tutti gli elementi ed i criteri di valutazione emersi, l'ammontare del risarcimento deve essere determinato - tenendo in considerazione il preesistente rapporto di convivenza di parte attorea con il figliolo defunto, ma anche l'età minima di quest'ultimo all'epoca dell'intervento chirurgico e soprattutto del decesso - in euro 300.000,00 per ciascuno dei due genitori conviventi, non trascurando il fatto che detto pregiudizio pare essersi particolarmente concentrato sul versante della sofferenza interiore patita nell'assistere inermi agli eventi e, avendo prodotto - a lungo termine - importanti modificazioni soprattutto sul piano affettivo, ma non in una sfera esistenziale extra familiare.

10.3. Questo Tribunale, sia detto in chiusura, non ignora che la tecnica di liquidazione del danno prescelta è stata posta in discussione da una recente pronuncia della Corte di Cassazione, in quanto ritenuta inadeguata a perseguire le esigenze di uniformità sottese ad ogni valutazione equitativa (Cass. n. 10579/2021). Nella pronuncia vengono individuati i due principali limiti al sistema tabellare milanese in materia di danno da perdita o lesione del rapporto parentale: da un lato, esso "*si limita ad individuare un tetto minimo ed un tetto massimo, fra i quali ricorre peraltro una assai significativa differenza (ad esempio a favore del coniuge è prevista nell'edizione 2021 delle tabelle un'oscillazione fra Euro 168.250,00 e Euro 336.500,00)*" (Cass. n. 10579/2021); dall'altro lato, non si fa ricorso al criterio del punto variabile, il quale



consentirebbe di tradurre la clausola generale dell'equità in una fattispecie, con ciò circoscrivendo l'esercizio della discrezionalità del giudice in sede di liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale e assicurando, conseguentemente, l'uniformità di trattamento sul territorio nazionale. Proprio tali elementi precludono alla Tabella di garantire *"la funzione per la quale è stata concepita, che è quella dell'uniformità e prevedibilità delle decisioni a garanzia del principio di eguaglianza. L'individuazione di un così ampio differenziale costituisce esclusivamente una perimetrazione della clausola generale di valutazione equitativa del danno e non una forma di concretizzazione tipizzata quale è la tabella basata sul sistema del punto variabile. Resta ancora aperto il compito di concretizzazione giudiziale della clausola, della quale, nell'ambito di un range assai elevato, viene indicato soltanto un minimo ed un massimo. In definitiva si tratta ancora di una sorta di clausola generale, di cui si è soltanto ridotto, sia pure in modo relativamente significativo, il margine di generalità. La tabella, così concepita, non realizza in conclusione l'effetto di fattispecie che ad essa dovrebbe invece essere connaturato"* (Cass. n. 10579/2021).

A fronte di tali considerazioni, la Corte di Cassazione auspica la predisposizione di *"una tabella per la liquidazione del danno parentale basata sul sistema a punti, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione. In particolare, i requisiti che una tabella siffatta dovrebbe contenere sono i seguenti: 1) adozione del criterio "a punto variabile"; 2) estrazione del valore medio del punto dai precedenti; 3) modularità; 4) elencazione delle circostanze di fatto rilevanti (tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza) e dei relativi punteggi"* (Cass. n. 10579/2021).

L'evidente intento di ripetersi lodevolmente nel percorso di "supplenza legislativa" si colloca sulla scia dell'orientamento consolidato della Suprema Corte, già assunto nella materia *de qua* con l'elevazione a parametro nazionale dei criteri tabellari meneghini; è però altrettanto evidente che i parametri/requisiti suddetti non sono certo misconosciuti dalle Tabelle Milanesi.



Dunque, la Cassazione detta una precisa linea, discostandosi dal precedente consolidato ed inveterato orientamento sulla complessiva validità delle Tabelle Milanesi, che però, invero, si può cogliere come parametro di riferimento attualmente ancora valido e corretto per l'ipotesi di liquidazione *de qua* in altra coeva pronuncia (cfr. Cass. 3^a del 05.05.2021 n. 11719), tuttavia però a ben vedere la Suprema Corte non sceglie né indica un modello astratto, anche se è palese l'ispirazione a quello in uso presso il Tribunale di Roma, così come apertamente emerge anche da successive pronunce (Cass. 26300/2021; 1198/2022 e 15924/2022).

La sentenza in esame, pur nella consapevolezza dell'impatto e della sua portata dirimpante rispetto alla linea passata, non fornisce, quindi, espresse indicazioni in merito al nuovo regime di riferimento, se non per l'indicazione metodologica da adottare (tabella a punti), così come invece era già avvenuto in precedenza proprio per le Tabelle milanesi, elevate a parametro nazionale di riferimento in una sorta di supplenza al vuoto normativo, né fornisce un "regime transitorio" di riferimento. La Corte, infatti, si è limitata a disciplinare l'ipotesi in cui il giudice di merito si discosti dalla tabella a punto variabile e non invece l'ipotesi in cui manchi una tabella che fornisca i parametri di quantificazione del danno. Così si legge nella motivazione della Corte: *"Resta infatti fermo che, ove la liquidazione del danno parentale sia stata effettuata non seguendo una tabella basata sul sistema a punti, l'onere di motivazione del giudice di merito, che non abbia fatto applicazione di una siffatta tabella, sorge nel caso in cui si sia pervenuti ad una quantificazione del risarcimento che, alla luce delle circostanze del caso concreto, risulti inferiore a quella cui si sarebbe pervenuti utilizzando la tabella in discorso, o comunque risulti sproporzionata rispetto alla quantificazione cui l'adozione dei parametri tratti da tale tabella avrebbe consentito di pervenire. Il criterio per la valutazione delle decisioni adottate sulla base del precedente orientamento è dunque quello dell'assenza o presenza di sproporzione rispetto al danno che si sarebbe determinato seguendo una la tabella basata sul sistema a punti. Ove una tale sproporzione ricorra, il criterio di giudizio riposa nell'esame della motivazione della decisione"* (Cass. n. 10579/2021).



Nell'assenza di una tabella a punto variabile di riferimento, che abbia un espresso avallo da parte della Suprema Corte, così come già accaduto per quelle predisposte dal Tribunale di Milano elevate al rango di parametro di riferimento nazionale, ed in attesa di una nuova predisposizione da parte di quest'ultimo, che il dibattito dottrinale e giurisprudenziale dà per imminente, allora appare del tutto inevitabile regularsi prendendo a spunto, da un lato, le Tabelle di Milano esistenti e dall'altro i parametri individuati dalla Suprema Corte con il *revirement* operato con la decisione in questione, fornendo dati puntuali ai quali improntare la liquidazione in concreto.

Nello specifico il discostamento dalle tabelle capitoline discende dall'indubitabile circostanza che la pericolosa condizione di salute per la grave malformazione cardiaca induce a ritenere che la sopravvivenza del piccolo non sarebbe stata esattamente sovrapponibile a quella di un coetaneo non gravato dalla cardiopatia congenita sofferta.

10.3.1 A questo proposito, poi, il Tribunale non può non registrare come analoghe perplessità, non sul metodo auspicato dalla Suprema Corte, ma sul suo modello da seguire, sono state registrate da altre pronunce di merito. In particolare si è opinato che *<<Il «tetto minimo» (come lo definisce CC III 21.4.2021 n. 10579) riportato dalla tabella dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano per ciascuna figura di congiunto e denominato «valore monetario base» («valore monetario medio» nella versione del 2018) esprime – lo si legge nella relazione illustrativa – l'«uniformità pecuniaria di base» (C. Cost. 14.7.1986 n. 184) volta a impedire una valutazione «del tutto diversa» da persona a persona di una lesione identica (CC III 7.6.2011 n. 12408) ed è il portato di un monitoraggio nazionale della giurisprudenza di merito, che denota una maggior diffusione della Tabella di Milano (cfr. T Milano X 7.7.2021 n. 5947), quindi può soddisfare l'obiettivo di uniformità e prevedibilità delle decisioni auspicato dalla Corte di Cassazione, mentre il valore del punto della tabella del foro capitolino (€ 9.806,70) è determinato solo «sulla base dei concreti importi già liquidati dal Tribunale di Roma» (par. 61). Al pari del «tetto massimo» (CC III 21.4.2021 n. 10579),*



inoltre, il «tetto minimo» è la sintesi di parametri già coincidenti con le variabili ritenute rilevanti dalla giurisprudenza.

La scelta di affidare alla discrezionalità del giudice il suo eventuale incremento riflette la percezione dell'opinabilità di automatismi che correlano l'intensità del dolore al tempo per cui si prolunga o alla composizione della famiglia e, a latere, dell'unicità delle relazioni umane, la cui irripetibilità può conferire alla variabile astratta, come il dato anagrafico, contenuti opposti (se la scomparsa del coniuge giovane rende straziante la perdita in rapporto alla promessa di una comunione familiare, il decesso del coniuge anziano apre un vuoto indicibile nella persona che ha concepito e vissuto la maggior parte della propria esistenza al suo fianco).

Proprio l'unicità e l'infungibilità degli affetti rendono la loro perdita tendenzialmente uguale ai fini della sua compensazione (consentendo di assestarla, con una liquidazione parimenti trasparente nei criteri, su un valore medio unico), perché, al di fuori di casi eccezionali, il dolore di ciascuno per il distacco da una persona cara in confronto alla sofferenza di persone in analoga condizione è imparagonabile, sicché il valore medio costituisce naturalmente il minimum nella prospettiva del congiunto e la sua personalizzazione non può fondarsi sulla normale irripetibilità del legame affettivo o sulla tragicità della causa del decesso, bensì su peculiarità anomale o straordinarie della lesione e/o delle sue ripercussioni.

Non deve trascurarsi, infine, che nel vigente sistema della responsabilità civile per la circolazione stradale l'interesse particolare del danneggiato confligge con l'interesse ultra-individuale e sociale degli assicurati alla sostenibilità dei premi assicurativi (C. Cost. 16.10.2014 n. 235), quindi la declinazione del criterio equitativo (art. 1226 c.c.) con il ricorso allo strumento tabellare deve realizzarne un contemperamento ragionevole, la cui attuazione è dubbio possa avvenire allineando l'attuale risarcimento medio a valori sensibilmente superiori, quali sono le poste determinabili secondo il sistema della Tabella di Roma. >> (cfr. T. Modena GI M. Grandi Sentenza n. 1418/2021 del 19/10/2021, pubblicata il 20/10/2021)



Anche questo stesso Tribunale non ha mancato di osservare che << *Inevitabile ricavarne, pertanto, come questo Tribunale ha reputato in talune pronunce, che, nell'assenza di una tabella a punto variabile di riferimento, che avesse un espresso avallo da parte della Suprema Corte, così come già accaduto per quelle predisposte dal Tribunale di Milano, elevate al rango di parametro di riferimento nazionale, ed in attesa di una nuova predisposizione da parte di quest'ultimo, che il dibattito dottrinale e giurisprudenziale dà per imminente, era apparso inevitabile regolarsi prendendo a spunto, da un lato, le Tabelle di Milano esistenti, e dall'altro, i parametri individuati dalla Suprema Corte con il revirement operato con la decisione in questione, fornendo dati puntuali ai quali improntare la liquidazione in concreto. In tal senso si vedano le sentenze 2 agosto 2021 est. ARCERI e 20 dicembre 2021 est. IOVINO.*

Vi è tuttavia da rilevare che l'indicazione espressa delle tabelle romane è poi avvenuta, facendole assurgere a parametro preferibile di liquidazione, ad opera della sentenza n. 11689 dell'11 aprile 2022 (Pres. Est. Travaglino), mentre già con la sentenza n. 33005 del 2021, di poco successiva alla pronuncia n. 10579 del 2021, la Corte aveva già statuito i seguenti principi di diritto:

“ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale mediante il criterio tabellare il danneggiato ha esclusivamente l'onere di fare istanza di applicazione del detto criterio, spettando poi al giudice di merito di liquidare il danno non patrimoniale mediante la tabella conforme a diritto;”;

“al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'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, da indicare come indefettibili, 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”.

Prendendo atto che le recenti prese di posizione da parte della Cassazione, di netto favore per le tabelle romane, non rappresentano ancora orientamento consolidato, e che, per decidere la controversia che occupa, pare opportuno attribuire un risarcimento che rispetti entrambi i criteri di liquidazione come sopra individuati (tabelle di Milano con gli adeguamenti già individuati dalla giurisprudenza di merito, tabelle romane da applicarsi secondo il sistema “a punti”), si osserva quanto segue.
>> (cfr. T. Bologna GI A. Arceri Sentenza resa in causa RG 14301/2020 del 13/05/2022, pubblicata in pari data)

10.4 In ogni caso si può osservare che prendendo a spunto le tabelle capitoline non si giungerebbe ad un risultato sensibilmente difforme da quello raggiunto, atteso che secondo l’adozione del sistema di calcolo a punto, predisposto dal Tribunale di Roma, si giungerebbe ad una liquidazione pressoché sovrapponibile³ e dove la differenza per difetto riscontrabile nella soluzione oggi prescelta si spiega proprio per la peculiarità del caso di specie, legata al fatto della particolare gravità della malattia che non avrebbe assicurato una sopravvivenza secondo statistiche di mortalità valide ordinariamente per la popolazione sana.

11. Sulle somme tutte indicate, previa ovvia devalutazione trattandosi di somme attualizzate alle Tabelle Milanesi 2021, andranno corrisposti l’ulteriore rivalutazione, secondo gli indici ISTAT di categoria dalla data del sinistro, alla data della presente pronuncia, e gli interessi legali, questi ultimi da calcolarsi sulle somme rivalutate anno per anno a decorrere dal sinistro (cfr. in termini Cass. SU 1712/95) fino alla presente decisione.

³ Punti riconosciuti per il grado di parentela 20



Infatti, trattandosi di debito di valore, va accolta la richiesta di rivalutazione monetaria, determinata secondo gli indici Istat, mirante a ripristinare la situazione patrimoniale del danneggiato quale era prima del fatto illecito che ha generato il danno sino alla data della decisione definitiva. Considerato che la maggior somma così attribuita rappresenta il valore monetario del bene perduto dal danneggiato, va riconosciuto anche il danno provocato dal ritardato pagamento in misura pari agli interessi legali, facendo ricorso, al riguardo, a criteri presuntivi ed equitativi, da calcolare sulla somma via via rivalutata, (cfr., in termini, Cass. S.U. n. 1712/1995).

Dalla presente sentenza decorreranno unicamente gli interessi legali

12. Le spese, avuto riguardo al giudizio del c.t.u. e all'apprezzamento che se ne fatto in questa sede, vanno addebitate secondo soccombenza nella misura liquidata in dispositivo.

Analogo criterio di addebito dovrà riguardare le spese di CTU, come già liquidate, che, pertanto, dovranno definitivamente gravare parte convenuta, così onerata di rimborsare

Punti in base all'età della vittima	5
Punti in base all'età del genitore	3
Punti per la convivenza tra la vittima e il genitore	4
Punti totali	32
Totale	€ 313.814,40

alla controparte quanto già anticipato a tale titolo. Le spese di CTP, come documentate, possono essere riconosciute nell'ammontare richiesto, rilevandosene la congruità e così liquidate come da dispositivo.

Per la fase di mediazione può essere riconosciuto in ragione dell'attività concretamente prestata l'importo complessivo di €. 1.000,00 per compensi, oltre rimborso forfetario 15%, oltre IVA e CPA se dovuti e nelle aliquote legali, oltre €. 96,00 per spese vive.

PQM

Il Tribunale di Bologna in funzione di giudice monocratico, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza respinta o assorbita:



- A) Accoglie la domanda principale e condanna parte convenuta al pagamento in favore di R. E. e C. A. della somma di €. 300.000,00 ciascuno, oltre interessi e rivalutazione, come indicati in parte motiva, oltre alle spese di lite, che liquida complessivamente in €. 518,00 + 27,00 + 96,00 + 2.500,00 (CTP) per spese ed €. 22.000,00 + 1.000,00 per compensi, oltre rimborso forfetario 15%, oltre IVA e CPA se dovuti e nelle aliquote legali.
- B) Pone le spese di CTU definitivamente a carico di parte attorea, che condanna a rimborsare alla controparte quanto a tale titolo già eventualmente anticipato. C) Dichiaro la sentenza esecutiva ex lege.

Bologna, 01.06.2022

Il Giudice
Dott. Pietro Iovino

