



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE CIVILE DI LECCE
PRIMA SEZIONE CIVILE

in persona della dr.ssa Viviana Mele, quale giudice monocratico, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al N 3851 del R.G. AA.CC. dell'anno 2016, trattenuta in decisione nell'udienza del 10 marzo 2022 e vertente

TRA

R. M., G. M. (in proprio e quale genitore esercente la potestà genitoriale sul minore F. M.), S. M. (in proprio e in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sui minori M. N. E M. A.), M. A. M. (in proprio e quale genitore esercente la potestà genitoriale sui minori C. J. E C. N.), G. M., G. M. (in persona degli eredi D. L. M. C., M. D., M. I., M. M.), A. M., M. A. M., tutti in proprio e quali eredi di F. M. rappresentati e difesi dall'Avv. Rosario Antonio Calcagnile

ATTORI

E

ASL LECCE, in persona del l.r. p.t.

rappresentata e difesa dall'Avv. F. Centonze

CONVENUTA

Oggetto: risarcimento del danno da responsabilità professionale medica



Conclusioni delle parti: come da verbale di udienza del 10 marzo 2022

MOTIVI DELLA DECISIONE

Gli attori hanno esposto che il proprio congiunto F. M., sottoposto a Terapia Anticoagulante Orale fin dal 2006, ha sospeso la stessa – su indicazione del personale sanitario della ASL Lecce - nel 2013. Gli attori hanno poi lamentato che, circa 3 mesi dopo la sospensione della terapia, il M. è stato ricoverato presso l’Ospedale Vito Fazzi di Lecce, dove in data 19.03.2013 è deceduto a seguito di trombosi della cerebrale media dx nella cisterna silviana, determinato dalla mancata assunzione della terapia anticoagulante.

Gli attori hanno dunque denunciato un errore nella cura ricevuta dal paziente e hanno agito in giudizio contro ASL Lecce, al fine di ottenere il risarcimento del danno patito iure proprio (da perdita del rapporto parentale e patrimoniale) e iure hereditatis (per perdita della vita, danno terminale e da mancato consenso informato).

ASL Lecce si è costituita con propria comparsa, negando ogni profilo di responsabilità a sé imputabile, contestando le diverse voci di danno e chiedendo il rigetto dell’avversa domanda.

In corso di causa G. M., fratello del de cuius, è deceduto e i suoi eredi si sono costituiti in prosecuzione.

La causa è stata istruita con CTU medico-legale e ulteriore approfondimento istruttorio sulla risposta resa dal consulente ed è stata trattenuta in decisione, previa concessione del termine massimo di legge per conclusionali e repliche.

a) Premessa e storia clinica del paziente



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

Come premesso, la vicenda in esame trae origine dalle cure cui F. M. è stato sottoposto e, in particolare, dalla Terapia Anticoagulante Orale cui è stato soggetto dal 2006 fino al dicembre 2012, pochi mesi prima della morte.

Nell'agire in giudizio, i familiari hanno lamentato che il danno è stato determinato dalla sospensione della terapia anticoagulante, in assenza di indicazioni che ne suggerissero l'opportunità, e dal conseguente verificarsi di una tromboembolia venosa che ha comportato il decesso del paziente.

Al fine di comprendere i singoli profili di responsabilità, è necessario in primo luogo ripercorre la storia clinica del paziente, nei suoi tratti più salienti.

- In data 20/08/2006 M. F. è stato ricoverato presso l'Ospedale di Scorrano a causa di una sospetta lesione del gemello mediale, come emerge dalla cartella clinica n. 4298/2006 (doc. n. 8).

Nel corso della degenza il paziente ha manifestato "tensione dolorosa ed edema dopo la stazione eretta", per cui in data 23/08/2006 è stato sottoposto ad ecocolordoppler venoso dell'arto inferiore sinistro con riscontro di "presenza di trombi omogenei adesi alle pareti a livello delle vene gemelle e soleali" e trattato con terapia anticoagulante con EBPM (Clexane 6000 unità ogni 12 ore sottocute). La consulenza medica effettuata in detta data ha evidenziato "paziente con trombosi venosa profonda soleale sinistra. In previsione della dimissione ospedaliera si suggerisce di continuare al proprio domicilio con la somministrazione di EBPM: Seledie 0.8 mi una volta al dì sottocute per un periodo di 3 mesi."

- Da tale momento, M. F. è stato preso in cura presso l'Ambulatorio per il Controllo della Terapia Anticoagulante orale e Studio della Trombofilia dell'Ospedale di Poggiardo, che prescrisse terapia con "Coumadin per TVP: Al sx, Calza monocollant compres. graduale classe II-III per Trombosi in atto" (doc. n. 9)
- Nel periodo dal 16/07/2006 al 30/06/2009 dal Diario terapia anticoagulante orale dell'U.O. Medicina generale del P.O. "F. Pispico" di Poggiardo si evince che tra le indicazioni della terapia con anticoagulanti orali è evidenziato "TVP", per cui fu prescritta terapia con Coumadin (doc. n. 10).
- Nel periodo dal 13/07/2010 al 03/12/2012 l'Ospedale di Poggiardo, per mezzo del proprio sanitario, dott.ssa M. C., ha rilasciato prescrizioni per il dosaggio della terapia anticoagulante con diagnosi di "Fibrillazione atriale. Trombosi venosa profonda" e prescrizione di terapia con Coumadin 5 mg/die fino al 17/01/2013.



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

Dall'11/07/2012 la diagnosi principale segnalata è solo "Fibrillazione atriale" (doc. n.11)

- La visita medica eseguita della Commissione Medica di Verifica del 13/09/2011 ha evidenziato "Esiti episodio confusionale su base vascolare; TI A carotideo; Disturbo d'ansia; Trombosi venosa profonda; stiramento con rottura parziale del gemello int. Gamba sx; episodi di tachicardia parossistica sopraventricolare trattata con ablazione con radiofrequenza. Insufficienza mitralica; disfunzione diastolica ventricolo sx; gonartrosi dx con lesione legamento crociato anteriore; lesione del corno posteriore del menisco esterno (in attesa di intervento chirurgie); poliartrosi con discopatie multiple. Broncopatia cronica diffusa" (doc. n. 12)
- In data 10/01/2013 M. F. presso il servizio di Cardiologia dell'Ospedale di Poggiardo è stato sottoposto dalla Dr.ssa M. C. ad esame ecocolordoppler vascolare con la seguente refertazione: "Velocimetria Doppler: "Non alterazioni emodinamicamente significative a carico degli assi arteriosi femoro-plopiteo-tibiali bilateralmente. Circolo venoso profondo e superficiale nella norma eccetto che una lieve incontinenza delle perforanti di Cockett a sx. Su richiesta del paziente si dichiara che è stata eseguita terapia anticoagulante orale per trombosi venosa profonda proseguita oltre la durata prevista per il sopraggiungere di Tachiaritmia SV con successiva ablazione e sospensione della TAO al mantenimento del ritmo sinusale e dall'assenza di TV" (doc. n. 13)
- In data 15-19/02/2013, M. F. è stato ricoverato presso l'Ospedale di Scorrano a causa di un "Trauma contusivo coscia sx con impotenza funzionale" e diagnosi di uscita: "Contusione coscia sin", con somministrazione, durante il ricovero, di terapia antalgica e crioterapia e prescrizione di terapia antidolorifica al bisogno, come emerge dalla cartella clinica n. 1064/2013 (doc. n. 14)
- In data 17-19/03/2013, M. F. è stato ricoverato presso l'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce a causa di una "Trombosi cerebrale dx. come emerge dalla cartella clinica n. 7562/2013 (doc. n. 15), In anamnesi patologica remota è stato segnalato: "Embolia cerebrale nel 93. Trombosi venosa profonda sx. Infarto del miocardio trattato con angioplastica nel 2008. Infortunio sul lavoro con rottura muscolo gamba dx circa un mese fa. Ha sospeso terapia anticoagulante circa 3 mesi fa". In anamnesi patologica prossima è stato annotato: "Intorno alle 23.15 ha accusato malessere con comparsa di vomito, latero-versione dei globi oculari verso l'alto, pallore. Chiamato il 118 viene ricoverato".



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

- Su richiesta dei medici del Pronto Soccorso, il 17/03/2013, M. F. è stato sottoposto ad esame TAC CRANIO con riscontro di "Iperdensità della cerebrale media dx nella cisterna silviana... Dilatazione compensatoria degli spazi subaracnoidei in sede vermiana inferiore dx... Conclusioni: reperto di verosimile trombosi della cerebrale media dx nella cisterna silviana. Esito paroencefalico nel talamo dx ed esito atrofico in regione vermiana inferiore dx". All'esito degli esami di laboratorio è stata effettuata consulenza cardiologica che evidenziò: "Paziente affetto da cardiopatia ischemica cronica post IMA trattato nel 2008 con PTCA...Non sa riferire terapia cardiologica ad eccezione per TAO (sospesa dal Dicembre u.s.). Attualmente asintomatico per angina e dispnea. Marcatori IMA in aumento rispetto all'ingresso (alle 14 Troponina I 2.10 e CK-MB 9.0). ECG: RS FC 89 interrotto da numerosi BEV isolati. BBDX completo. Possibile pregressa necrosi inferiore. Terapia consigliata: TNT 2 fi in sf 500 mi e 20 ml/h; Cardicor 1.25 mg 1 cp ore 8; Torvast 40 mg 1 cp ore 20".
- In data 18/03/2013, nel diario clinico è stato segnalato "Paziente soporoso, risvegliabile facilmente, deviazione capo e sguardo a dx, emiplegia sinistra...S02 in calo. TC 39.5. ha effettuato EGA: ipossiemia. Inizia O2 Tp con ventimask con aumento S02 >90. AS sin pallido totalmente. TC diminuita al dermatatto, polso radiale assente. Si richiede ecodoppler arterioso AS". Pertanto, è stato sottoposto ad esame ecocolor Doppler arti sup. solo venosa con esito negativo per trombosi venosa profonda. L'ecocolor Doppler arti sup. solo arteriosa ha evidenziato: "Normomodulato il flusso a livello dell'a. succlavia e omerale prossimale. Flusso esile demodulato post stenotico all'a. omerale distale, all'a. radiale e ulnare"
- Alle 12.00 fu eseguita consulenza cardiologica la quale evidenziava: "Curva enzimatica positiva. Paziente non collaborante dunque non attendibile per sintomatologia. Utile ecocardio. Si conferma terapia in atto. Controlli ECG. Clexane e Asase non controindicazioni, al posto di Flectadol". Alle ore 15.00 del 18/03/2013 fu segnalato "Eseguito ecocolor Doppler, in attesa rx torace. Fatta richiesta urgente per ecocardiogramma.. .eseguito prelievo per marcatori IMA + ECG. Si posiziona casco per ventilazione, saturazione 98%".
- Alle ore 3.00 del 19/03/2013 fu constatato il decesso di M. F..

b) **La responsabilità da colpa medica – profili generali.**



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

Poiché la controversia in esame trae origine da allegata colpa professionale medica, occorre in via preliminare chiarire alcuni aspetti generali in materia di responsabilità della struttura sanitaria.

Come noto, l'ampio dibattito sviluppatosi nel corso degli anni ha portato pacificamente la giurisprudenza prima e il legislatore poi a ritenere che la responsabilità della struttura ospedaliera nei confronti del paziente sia di tipo contrattuale.

Si sono tuttavia registrati nel corso degli anni diversi orientamenti in merito alla ripartizione dell'onere probatorio.

La Cassazione ha precisato a Sezioni Unite che *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (nella specie la .S.C. ha cassato la sentenza di merito che - in relazione ad una domanda risarcitoria avanzata da un paziente nei confronti di una casa di cura privata per aver contratto l'epatite C asseritamente a causa di trasfusioni con sangue infetto praticate a seguito di un intervento chirurgico - aveva posto a carico del paziente l'onere di provare che al momento del ricovero egli non fosse già affetto da epatite)”* (Cass. civ., SU, n. 577 dell'11.1.2008).

Anche la giurisprudenza successiva, in merito alla ripartizione dell'onere della prova, ha chiarito che *“Nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. Ne consegue che qualora, all'esito del giudizio, permanga*



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore” (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 20547 del 30/09/2014).

In tempi recenti è stato tuttavia specificato che *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla vedova di un paziente deceduto, per arresto cardiaco, in seguito ad un intervento chirurgico di asportazione della prostata cui era seguita un'emorragia, sul rilievo che la mancata dimostrazione, da parte dell'attrice, della riconducibilità eziologica dell'arresto cardiaco all'intervento chirurgico e all'emorragia insorta, escludeva in radice la configurabilità di un onere probatorio in capo alla struttura)” (Cass. Civ., Sez. 3 - , Sentenza n. 18392 del 26/07/2017).* Tale indirizzo è stato confermato dalla giurisprudenza successiva: *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla paziente e dai suoi stretti congiunti, in relazione a un ictus cerebrale che aveva colpito la prima a seguito di un esame angiografico, sul rilievo che era mancata la prova, da parte degli attori, della riconducibilità eziologica della patologia insorta alla condotta dei sanitari, ed anzi la CTU espletata aveva evidenziato l'esistenza di diversi fattori, indipendenti dalla*



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

suddetta condotta, che avevano verosimilmente favorito l'evento lesivo)” (Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018).

In ogni caso, l'accertamento dell'esistenza del nesso causale deve essere compiuto secondo il criterio del “più probabile che non”: *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso”* (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 16123 del 08/07/2010).

Anche in tempi più recenti, Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 21008 del 23/08/2018, ha ribadito che occorre accertare il nesso causale secondo la regola del “più probabile che non”: *“La prova dell'inadempimento del medico non è sufficiente ad affermarne la responsabilità per la morte del paziente, occorrendo altresì il raggiungimento della prova del nesso causale tra l'evento e la condotta inadempiente, secondo la regola della riferibilità causale dell'evento stesso all'ipotetico responsabile, la quale presuppone una valutazione nei termini del c.d. "più probabile che non"”*.

c) Il caso in esame

Premesso quanto sopra in linea generale, si procede ora all'esame del caso di specie.



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

La soluzione del caso passa attraverso l'esame della CTU a firma del dr. Marchello. Il consulente ha in primo luogo evidenziato che la sospensione della terapia anticoagulante, disposta nel gennaio 2013 dopo oltre 6 anni di trattamento, è stata compiuta senza una dettagliata valutazione del caso di specie e senza un accertamento approfondito delle condizioni del paziente. Il consulente ha anche chiarito che tale sospensione, ritenuta arbitraria perché non giustificata dal quadro clinico e sconsigliata dalla buona practice medica, ha comportato con criterio del più probabile che non la morte del paziente.

Si riportano le conclusioni rese dal CTU nella prima perizia, depositata il 16.10.2017:

Rispondendo ai quesiti posti dalla S.V. Ill. ma, dopo l'analitica ricostruzione della storia clinica con l'acquisizione concorde della documentazione cardiologica, si deve ritenere che il trattamento apprestato al sig. M. F. presso il centro FCSA n. 464 Medicina Interna dell'ospedale di Poggiardo fino al 03 Dicembre 2012, rientra nelle prestazioni professionali di media capacità, ovvero i problemi affrontati non presentano profili tecnici di speciale difficoltà, attività propria dei centri preposti su tutto il territorio Nazionale per la prevenzione e la cura delle malattie che comportano rischi di trombofilia. In tale centro la dr. M. C. ha prestato il proprio servizio seguendo il sig. M. F. dal 13/07/2010 fino al controllo del 03/12/2012, quando programmava l'ulteriore controllo per il 02/01/2013 con prescrizione di Coumadin. Lo stesso sanitario, in data 10/01/2013, eseguiva presso il servizio di cardiologia dell'U.O. di Medicina Generale dell'ospedale di Poggiardo esame ecocolordoppler arti inferiori sul sig. M. in esito al quale certificava: " ... Su richiesta del paziente si dichiara che è stata eseguita terapia anticoagulante orale per trombosi venosa profonda proseguita oltre la durata prevista per il sopraggiungere di Tachiaritmia SV con successiva ablazione e sospensione della TAO al mantenimento del ritmo sinusale e dall'assenza di TV". Ammettendo quindi di essere a conoscenza dell'avvenuta "sospensione del trattamento", non indicava che la decisione dipendesse da scelta di altri sanitari (MMG, specialista cardiologo), da determinazione del paziente, da necessità di espletare a breve eventuale trattamento chirurgico, né segnalava complicanze emorragiche . Pertanto, la decisione della sospensione del trattamento anticoagulante con Coumadin già in atto dal 15 settembre 2006 (peraltro con



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

omissione del dovuto consenso) appare senz'altro arbitraria e censurabile in quanto non conforme alle indicazioni e linee guida previste per il suddetto trattamento. Al sig. M., con il ricovero del 17/03/2013 effettuato d'urgenza, si accertava: "EMIPLEGIA SINISTRA DA TROMBOSI DELL'ARTERIA CEREBRALE MEDIA DESTRA" con EXITUS in data 19 Marzo 2013 alle ore 3.00 . Il soggetto, all'epoca della sospensione del trattamento, risultava affetto da un quadro patologico ben più complesso di quanto diagnosticato dal sanitario che lo teneva in cura e che, arbitrariamente, aveva modificato la diagnosi iniziale del 15/09/2006 di "TVP A.I. sx" in "Fibrillazione atriale , trombosi venosa profonda" (13/07/2010) e, successivamente, (11/07/2012) in "Fibrillazione atriale"; quadri patologici, peraltro, non documentati da opportune verifiche strumentali pur essendo stato, il soggetto, sottoposto ad intervento di "ablazione" nel settembre 2008.

Il complesso patologico di cui il sig. M. soffriva è idoneamente indicato nella certificazione del curante dr. D. B. F. del 13/09/2011 con DIAGNOSI: "Esiti episodio confusionale su base vascolare; TIA carotideo; Disturbo d'ansia; Trombosi venosa profonda; stiramento con rottura parziale del gemello int. Gamba sx; Episodi di tachicardia parossistica sopraventricolare trattata con ablazione con radiofrequenza. Insufficienza mitralica; disfunzione diastolica ventricolo sx; gonartrosi dx con lesione legamento crociato anteriore; lesione del corno posteriore del menisco esterno (in attesa di intervento chirurgico); poliartrosi con discopatie multiple. Broncopatia cronica diffusa" (doc. n. 12 avv. Calcagnile). Quadri patologici, quelli cardiaci, idoneamente rappresentati anche nella certificazione specialistica del cardiologo che lo teneva in cura (dr. M. F.) il quale, in data 12/04/2011 certificava: "è affetto da ARITMIA SOPRA VENTRICOLARE (TPSV) TRATTATA CON ABLAZIONE DI DOPPIA VIA NODALE. INSUFFICIENZA MITRALICA. DISFUNZIONE DIASTOLICA VENTRICOLO SINISTRO". E' evidente, altresì, come il dr. F., in data 06/03/2012, prescriveva: "Prosegua Coumadin 5 mg. Per INR target 2 -3".

Il rilievo dell'assenza di alterazioni emodinamicamente significative a carico dei vasi degli arti inferiori nel gennaio 2013 (soprattutto alla luce della censurabile raccolta anamnestica) era, dunque, del tutto insufficiente per stabilire la sospensione del trattamento esponendo a grave rischio trombotico il soggetto. A nostro parere la sospensione della terapia ha messo in essere una condizione che ha con elevato



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

grado di probabilità (se non certamente) favorito la causa della morte rappresentata dalla trombosi arteriosa della cerebrale media da embolia cardiogena, con una perdita di chance che può essere percentualmente indicata con il 60% come per altro si evince dalle evidenze scientifiche.

Nella replica alle osservazioni dei CCTTP, il CTU ha chiarito quanto segue: “Come ampiamente indicato nelle nostre motivazioni, l’approfondimento diagnostico era l’elemento base fondamentale ai fini di una adeguata e corretta valutazione del rischio-beneficio e, quindi, motivo principale ai fini di qualunque decisione circa il trattamento.

Avevamo, perciò, specificato in conclusione che “anche nella certificazione specialistica del cardiologo che lo teneva in cura (dr. M. F.)”, i quadri patologici cardiaci erano idoneamente rappresentati, al fine di sottolineare come la decisione di procedere nel trattamento, o meglio nel sospenderlo, doveva essere necessariamente sottesa allo studio completo del paziente e non solo alla diagnosi iniziale di Trombosi in atto (scheda del 15/09/2006) e/o di Fibrillazione Atriale (peraltro rappresentata genericamente esclusivamente con indicazione Ricovero cardiologia Gallipoli x ablazione - 08/09/2008); patologia cardiaca, quest’ ultima (F. A.) mai più verificata e/o confermata strumentalmente.

Entrambi i suddetti quadri patologici non davano più segnali clinici della loro presenza al momento della decisione di sospendere il trattamento nel dicembre 2012, da lungo tempo. ...

Correttamente il CT di parte convenuta evidenzia come “E’ noto a tutti che sia l’evento traumatico che la posizione allettata aumentano il rischio di trombosi specie in un soggetto predisposto. La predisposizione era nota al medico curante”; tutto ciò era noto anche agli specialisti ortopedici i quali, peraltro, già con il primo ricovero, disposero una consulenza internistica (26/08/2006). Tuttavia, questa si rese necessaria solo dopo il rilievo/accertamento della trombosi venosa e per la quale veniva correttamente prescritta la specifica terapia anticoagulante. E’ doveroso segnalare, tuttavia, che proprio quanto indicato dal CTP riguardo alla negatività dei fattori della coagulazione al momento del ricovero prima dell’ exitus (“appaiono del tutto normali ... a differenza di altri valori ematochimici”) conferma trattarsi di problematica insorta a livello cardiocircolatorio e, perciò, avevamo ritenuto opportuno



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

l'approfondimento scientifico riguardo al valore del D – Dimero e degli enzimi cardiaci; ciò ha consentito di rafforzare la nostra convinzione sulla natura cardiogena del trombo e sul meccanismo embolico dell'ischemia cerebrale e non su altre cause (aterosclerosi). È per quanto detto che abbiamo ritenuto censurabile la decisione del medico (che per altro seguiva da anni il paziente) di sospendere arbitrariamente il trattamento senza una adeguata ponderazione del complesso patologico, omettendo esiti importanti certamente esistenti (Embolia cerebrale '93, TIA carotideo '95, IMA trattato con angioplastica nel 2008, Insufficienza mitralica, disfunzione diastolica). Patologie che, se confermate, dovevano essere debitamente prese in considerazione ai fini della corretta applicazione delle "Linee guida per la TAO" e del relativo rischio – beneficio.

Tutto ciò ci ha consentito di ritenere censurabile l'operato del Sanitario preposto al controllo della terapia anticoagulante, a fronte di altre eventuali azioni o omissioni sicuramente sopravvenute e ancor più ininfluenti nel rapporto causale (occasioni) proprio per la mancata alterazione dei valori della coagulabilità che ribadiamo fanno propendere per una formazione di coaguli a livello delle cavità cardiache e non da stasi o da alterazione aterosclerotica parietale".

Il CTU, dunque, ha riconosciuto un chiaro errore medico nella sospensione della TAO in assenza di indicazioni e valutazione specifica dei fattori di rischio e ha ritenuto che tale errore abbia condotto il paziente alla morte.

Nel corso della perizia, tuttavia, il CTU ha richiamato giurisprudenza del Consiglio di Stato e, avventurandosi in terreno che gli è estraneo, ha parlato di danno da perdita di chance. Sulla base di tale declaratoria, ASL ha ritenuto il danno accertato non coincidente con quello richiesto in citazione e la scrivente, al fine di avere chiarezza sulla questione, ha emesso ordinanza del 04.01.2021, in cui ha chiarito i profili del danno da perdita di chance, trascrivendo una Sentenza della Corte di Cassazione con est. il dr. Scarpa (cui si rimanda).

La controversia in esame è stata fortemente discussa sotto il profilo dell'accertamento medico-legale, in quanto in corso di causa si è appreso che il CTU nominato ha avuto un giudizio contro la ASL Lecce.

Sulla ricusazione del CTU ci si è già espressi con provvedimento del 29.11.2017, cui si rimanda.



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

La questione deve tuttavia essere ulteriormente esaminata nella presente sede, in quanto la ASL ha ritenuto che il giudicante, nel trascrivere parte della sentenza n. 5641/18 della Corte di Cassazione sul danno da perdita di chance e nel chiedere al CTU in quale delle ipotesi ivi previste dovesse collocarsi la sua risposta, abbia di fatto consegnato la soluzione della controversia nelle mani del CTU, a sé ostile.

La valutazione della risposta resa dal dr. Marchello sarà dunque compiuta con estremo rigore, al fine di rendere completa risposta alle perplessità della convenuta. La questione dirimente riguarda la valutazione del se il CTU abbia accertato un danno morte del paziente (nel senso che, in assenza di sospensione della terapia anticoagulante, la morte non si sarebbe verificata) o un danno da perdita di chance (nel senso che, in caso di prosecuzione nella terapia, la morte si sarebbe comunque potuta verificare, con una probabilità del 40% circa).

Il dilemma sorge per la risposta resa dal CTU nella propria perizia, ove si legge “*A nostro parere la sospensione della terapia ha messo in essere una condizione che ha con elevato grado di probabilità (se non certamente) favorito la causa della morte rappresentata dalla trombosi arteriosa della cerebrale media da embolia cardiogena, con una perdita di chance che può essere percentualmente indicata con il 60% come per altro si evince dalle evidenze scientifiche: “Attualmente la TAO, la cui efficacia nella prevenzione dell’ictus e delle tromboembolie sistemiche è stata ampiamente dimostrata in trial clinici randomizzati di prevenzione primaria e secondaria , è in grado di ridurre sensibilmente (del 64%) il rischio trombo embolico dei pazienti affetti da FA, ma il suo utilizzo espone ad un aumento del rischio di sanguinamenti maggiori (1 - 3 % per anno)”;* “Linee guida AIAC” - G Ital Cardiol / vol. 14 / Marzo 2013 (pag. 227). (pag. 40, bozza datata 20.09.2017).

Peraltro, la terminologia impiegata dal CTU risente all’evidenza da quanto attestato dalla CTP a firma della dr.ssa Candelli, CTP di parte attrice, richiamata e trascritta dal CTU, in cui si conclude per una lesione della chance in capo al paziente. Va sin d’ora chiarito che, sebbene la propria consulente di parte avesse parlato di perdita di chance, gli attori hanno agito per danno da morte e da perdita del rapporto parentale, quindi identificando il danno esattamente con la perdita della vita e non di un risultato migliore sperato. Tale qualificazione è infatti indubbia, posto che gli



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

attori – aderendo a un orientamento pressoché isolato – hanno richiesto iure hereditatis il danno da morte.

Risulta dunque una lettura del difensore degli attori che, pur a fronte di una perizia di parte che parla di “chance”, ha richiesto un danno da perdita della vita e da perdita del rapporto parentale.

La stessa terminologia, di “chance”, è stata richiamata dal CTU nelle proprie conclusioni e ciò ha reso necessario l’approfondimento istruttorio che ha portato a rimettere la causa sul ruolo.

Il concetto giuridico di “chance” è certamente complesso e di non immediata comprensione, tanto che dottrina e giurisprudenza intervengono costantemente sull’argomento per rendere chiarimenti e fornire definizioni che siano il più possibile scevre da fraintendimenti. Ciò implica che l’uso di una terminologia da parte del CTU, soprattutto ove sorretta da richiami giurisprudenziali che non spetta certamente al medico interpretare, non è risolutiva e non è vincolante per il giudice. Nel caso in esame, la questione da risolvere è all’apparenza semplice: atteso l’accertamento di una colpa medica nella sospensione della terapia in assenza delle condizioni che la potessero suggerire; atteso che la TAO consente di prevenire i trombi nel 60% dei casi (con una residua possibilità di un verificarsi un trombo per il 40% dei casi); atteso che il M. è morto, tre mesi dopo la sospensione della TAO, in conseguenza di un trombo; tutto ciò premesso, si ritiene che l’errore nella sospensione della terapia anticoagulante abbia determinato il decesso del paziente (che, in costanza di terapia, non si sarebbe verificato) o abbia solo diminuito per questi le chance di sopravvivere?

La risposta resa dal CTU può essere letta, a garanzia di oggettività nella valutazione, con l’ausilio di un caso affrontato di recente dalla Corte di Cassazione e relativo proprio alla mancata attuazione di una terapia anticoagulante, con decesso per verificarsi di trombosi e CTU che ha attestato l’efficacia della TAO nel 68/70% dei casi.

Scriva la S.C.: *“11. Osserva il Collegio come la censura in esame colga un punto critico non adeguatamente esplorato nella sentenza impugnata, e segnatamente la questione concernente l’accertamento dei profili di rilevanza colposa della condotta omissiva dei sanitari (diversi dal radiologo Buccellato) specificamente riguardante la*



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

mancata somministrazione dell'eparina, ossia l'effettiva sussistenza di elementi obiettivi di valutazione che avrebbero certamente reso esigibile il riconoscimento della necessità di adottare tale presidio farmacologico terapeutico in considerazione della stasi cui il paziente era stato costretto dal sinistro stradale, indipendentemente dal fatto che detta stasi fosse stata imposta dalla frattura ossea o da altra causa.

12. In breve, al di là della circostanza concernente l'obiettivo diagnosticabilità della frattura ossea del bacino, varrà considerare come la valutazione clinica dei sanitari (diversi dal radiologo) che ebbero immediatamente a disposizione gli elementi costitutivi del quadro clinico del G., all'atto della relativa presentazione presso il pronto soccorso, avrebbe verosimilmente dovuto comprendere la prospettiva, concretamente verosimile, di una persistente condizione di stasi del paziente per un tempo ragionevolmente significativo, in considerazione della relevantissima sintomatologia dolorosa dallo stesso riportata.

13. Ciò posto, la prevedibile formazione di una trombo-embolia polmonare dovuta alla prolungata immobilità alla quale il paziente fu costretto a seguito del trauma subito (trombo-embolia polmonare che gli stessi giudici palermitani hanno riconosciuto come alla base del decesso del G.), avrebbe in ipotesi necessariamente dovuto indurre i sanitari del pronto soccorso, indipendentemente dall'esistenza della frattura del bacino e della sua mancata evidenziazione, ad assumere le necessarie contromisure terapeutiche (e, in primo luogo, a provvedere alla somministrazione dell'eparina), essendo chiaro come l'immobilizzazione di un paziente costituisca un importante fattore di rischio per trombosi venosa profonda, e ciò a prescindere da un trauma, essendo tutti i pazienti allettati soggetti a un concreto rischio di trombosi (cfr. pag. 13 della sentenza impugnata).

14. Sul punto, il giudice a quo, dopo aver (correttamente) riconosciuto come un'eventuale terapia eparinica avrebbe probabilmente evitato la formazione del trombo e il conseguente decesso del G., ha tuttavia aggiunto, richiamando sul punto le dichiarazioni rese dal dott. Padania (consulente del pubblico ministero in sede penale), come la terapia eparinica fosse idonea a proteggere il paziente traumatizzato da una trombosi venosa profonda solo nel 68/70% dei casi, non potendo escludersi una certa percentuale di casi che, nonostante il trattamento con terapia eparinica, si



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

concludono ugualmente con la morte del paziente (cfr. pag. 14). 15. In forza di tali premesse - e dunque sul presupposto dell'inesistenza di alcuna "prova certa" dell'efficacia causale della terapia eparinica ("nessuna prova certa, quindi, che la terapia in questione [...] avrebbe comunque evitato il verificarsi della tromboembolia polmonare") - il giudice a quo ha tratto la conclusione dell'inesistenza di un prospettabile nesso di causalità materiale tra l'omissione imputabile ai medici convenuti e il decesso del paziente, attesa la mancata dimostrazione, in chiave probatoria, che un eventuale comportamento terapeutico corretto dei medici (ricostruito in termini controfattuali) avrebbe evitato, in termini causali, la verifica dell'evento letale così come in concreto manifestatosi.

16. Nei termini indicati, la motivazione della corte territoriale non si sottrae alle censure articolate nel motivo in esame.

17. Sul punto, varrà considerare come, secondo il consolidato insegnamento della giurisprudenza di questa Corte, in tema di responsabilità civile (sia essa legata alle conseguenze dell'inadempimento di obbligazioni o di un fatto illecito aquiliano), la verifica del nesso causale tra la condotta omissiva e il fatto dannoso si sostanzia nell'accertamento della probabilità (positiva o negativa) del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto. Tale giudizio deve essere effettuato sulla scorta del criterio del "più probabile che non", conformandosi a uno standard di certezza probabilistica, che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana) (Sez. 3, Ordinanza n. 23197 del 27/09/2018, Rv. 650602 - 01).

18. Nel caso di specie, il giudice a quo, lungi dall'esigere, ai fini del riconoscimento del nesso di causalità tra l'omissione ascritta ai sanitari convenuti e il decesso del G., la 'prova certa' dell'efficacia salvifica del trattamento eparinico (sulla base di uno standard probatorio, quello della certezza capace di resistere ad ogni 'ragionevole



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

dubbio', valido ed efficace ai fini della ricostruzione della responsabilità penale di un imputato di reato), avrebbe viceversa dovuto orientare il giudizio sull'efficacia rappresentativa degli elementi probatori acquisiti nella prospettiva della preponderanza dell'evidenza, ossia della maggior probabilità (in termini logici o 'baconiani') del successo terapeutico della somministrazione di eparina rispetto all'esito contrario. Una verifica che, già sul piano astratto, l'avvenuto riconoscimento dell'idoneità della terapia eparinica a proteggere il paziente traumatizzato da una trombosi venosa profonda nel 68/70% dei casi (cfr. pag. 14 della sentenza impugnata) avrebbe consentito di avviare a un giudizio affermativo (circa la positiva sussistenza del nesso di causalità), una volta (eventualmente) escluso il decorso o l'incidenza di serie causali alternative. (Cass. Civ., sez. 3, sentenza n. 8114 del 2022, pagg. 8-13).

Come evidente, in un caso sovrapponibile a quello in esame e in applicazione della medesima riconosciuta efficacia della terapia anticoagulante da parte del Consulente palermitano, si è giunti (nella lettura della S.C.) al medesimo risultato cui è giunto il dr. Marchello: l'errore medico ha certamente determinato la morte del paziente, il quale in costanza di terapia anticoagulante, secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza, non sarebbe andato incontro a tale eventualità.

La Corte di Cassazione, nel caso sopra riportato, ben ricollega la percentuale del 68/70% dei casi (64% secondo il dr. Marchello) al profilo della causalità e non a quello dell'evento di danno e riconosce dunque l'esistenza del nesso di causalità secondo il profilo del "più probabile che non". Essendo noto che, nel 64% (o 70% o 68%, non rileva) la terapia anticoagulante impedisce il trombo ed essendo accertato che, in presenza di indicazioni per tale terapia, la stessa non fu attuata, si riconosce il nesso di causalità tra mancata somministrazione della malattia e morte del paziente per trombosi, secondo il criterio del "più probabile che non".

Del resto, il Consulente di parte convenuta, anche nella presentazione delle osservazioni alla CTU depositata il 15.04.2021, non ha contestato la qualificazione come perdita di chance, ma ha riferito che non ci sia colpa e ha concentrato la sua considerazione sul nesso causale e non sul danno prodotto.

Come la Suprema Corte si preoccupa di specificare, "l'incertezza del risultato è destinata ad incidere non sulla analisi del nesso causale, ma sulla identificazione



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

del danno, poiché la possibilità perduta di un risultato sperato (nella quale si sostanzia la chance) è la qualificazione/ identificazione di un danno risarcibile a seguito della lesione di una situazione soggettiva rilevante (comunque afferente al diritto alla salute), e non della relazione causale tra condotta ed evento, che si presuppone risolta positivamente prima e a prescindere dall'analisi dell'evento lamentato come fonte di danno” (Cass. Civ. 28993/2019).

Da tempo, dunque, la Corte di Cassazione si preoccupa di tenere distinto il profilo del nesso di causalità (che è invero quello cui si riferisce, nel caso di specie, il 64% accertato dal CTU e erroneamente indicato come chance) da quello dell'evento prodotto (che è, nel caso in esame, non la lesione di una chance di sopravvivenza, ma la morte).

Con tali precisazioni è possibile ora interpretare il supplemento di perizia depositato dal CTU in data 15.04.2021.

Il CTU ha dichiarato: *“Nel caso di specie, la sospensione del farmaco Coumadin prescritta dalla dr.ssa C., ha favorito e determinato l'insorgenza dell'evento trombotico che ha causato la morte del M. Quindi, la terapia è essenziale per la guarigione (nel caso specifico la mancata formazione del trombo, causa della morte). Perciò la negligenza del medico che ha deciso di sospendere la terapia, ha determinato la trombosi della cerebrale media dx nella cisterna silviana e, conseguentemente, il decesso.*

In buona sostanza, l'evento trombotico non si sarebbe verificato se il paziente non avesse sospeso - su prescrizione medica - il Coumadin. ... La prescrizione di continuazione di assunzione della terapia anticoagulante ha un unico scopo di prevenzione della manifestazione della complicanza, impedendo la formazione di coagulo (ne avrebbe consentito la guarigione clinica), scopo della terapia (vedi Coumadin bugiardino) intesa come livello stazionario del paziente che avrebbe potuto proseguire la propria vita per un tempo indeterminabile, compatibilmente con le preesistenti patologie.

Il concetto di chance introdotto in perizia è, pertanto, da intendere nei seguenti termini. Come affermato nell'elaborato peritale, la TAO ha una efficacia ampiamente dimostrata in trial clinici di prevenzione primaria e secondaria.



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

S'intende, per prevenzione primaria, la forma classica e principale di prevenzione e comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione, combattendo le cause e i fattori predisponenti. La prevenzione secondaria ha come obbiettivo l'individuazione precoce dei soggetti ammalati o ad alto rischio, per poter ottenere la guarigione o impedire l'insorgenza e la progressione della malattia.

Nel caso di specie, il M. si trovava nella fase c.d. di prevenzione primaria volta ad ostacolare l'insorgenza della trombosi. In effetti, essa non si sarebbe verificata se vi fosse stata continuità nell'assunzione del Coumadin. Tutti i soggetti che sviluppano una trombosi vengono "collocati" nella prevenzione secondaria. Una volta effettuata la sospensione, il sig. M. è stato "catapultato" nella fase di prevenzione secondaria, ossia nella fase in cui la malattia si manifesta e bisogna impedirne la progressione. Pertanto, una volta venuto ad esistenza il trombo, la terapia che ne consegue, al fine di sciogliere il coagulo, ha una efficacia di circa il 64%. Nel nostro caso, dunque, il sig. M. non avrebbe sviluppato il trombo qualora la terapia non fosse stata inopinatamente sospesa. Tuttavia, essendosi verificato tale evento, ne è conseguita la formazione trombotica che, pur trattata, risente dei limiti percentuali (64%) di efficacia (chance in questo senso), sopra descritti.

Il CTP di parte convenuta, dr. Causo, ha contestato tale conclusione nel modo che segue: "Ed allora, al di là del richiamo della Sentenza della Cassazione, ritorniamo all'accertamento del nesso causale fra condotta " omissiva" e danno da perdita di chance di sopravvivenza. ... Avendo il soggetto eseguito una ablazione del punto di stimolo cardiaco per eliminare la tachiaritmia sopraventricolare con successivo mantenimento del ritmo cardiaco regolare, e non essendo più rilevabile al Doppler la trombosi venosa profonda, il Medico ha sospeso la terapia con anticoagulanti orali per evitare il rischio opposto di emorragia (linee guida AIAC 2010 per la gestione delle fibrillazioni atriali aggiornate al 2013 ; nel caso risk score= 0/1). Fin qui è tutto regolare senza ombra di dubbio. ... Dal diario clinico si apprende che il paziente in data 18.03.2013 "ha ripreso a deambulare con stampelle" quindi vuol dire che il 1516-17 è stato allettato. È noto che la posizione allettata e la riduzione funzionale dell'arto sono elementi di rischio aumentato per le trombosi e le trombo embolie. Tant'è che si prescrive l'eparina a basso peso molecolare. Quindi seguendo la



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

criteriologia medico legale tra la condotta della Dr.ssa C. e l'evento invocato : 1. Criterio temporale non esiste 2. Criterio di sufficienza non dimostrato, anzi 3. Criterio di esclusione: l'evento traumatico e l'immobilizzazione successiva possono essere causa sufficiente e temporalmente collegata alla tromboembolia rilevata il 17.03.2013. In ogni caso l'evento traumatico va considerato, banalmente, nell'ambito delle condizioni che definiscono l'interruzione del nesso di causa”.

Come evidente, è lo stesso consulente di parte convenuta a concentrarsi sul nesso di causalità, riconoscendo che la questione della percentuale di prevenzione della TAO si colloca sul piano della causalità e non su quello del danno prodotto. E nel caso di specie, sebbene il CTP ritenga che la condizione di allettamento sia elemento che favorisce le trombosi, non può non evidenziarsi che, essendo il

M. già soggetto a conclamato rischio trombosi e con precedenti casi, una terapia anticoagulante non interrotta gli avrebbe consentito, secondo il criterio del più probabile che non, di affrontare i pochi giorni di allettamento in assenza di trombosi.

Difatti il CTU nella risposta alle osservazioni chiarisce quanto segue: *“perciò, se il sig. M. avesse continuato il trattamento come era doveroso, qualsiasi ulteriore rischio di alterazione del ritmo cardiaco, insufficienza valvolare mitralica, disfunzione diastolica del ventricolo sinistro (embolia cardiogena), trombosi arteriosa di coronarie o carotidi e/o venosa profonda da stasi per flebite, allettamento, compressione esterna o emoconcentrazione, sarebbe stato vanificato, evitando, così, la formazione di trombi o coaguli (emboli) e il loro passaggio nel circolo cerebrale, fino ad ostruire l'arteria cerebrale media destra, causa ultima dell'ictus e, nel caso del sig. M., del decesso (essendo state escluse clinicamente altre cause).*

In ragione di quanto sopra, si condividono le conclusioni del CTU, si riconosce la responsabilità della struttura sanitaria e si dichiara la sussistenza del nesso di causalità tra l'erronea sospensione della TAO e il decesso del M..

Chiarito quanto sopra in punto di an, si procede ora alla determinazione del quantum.

d) Danno iure hereditatis: da perdita della vita e danno da agonia



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

Gli attori hanno chiesto, in primo luogo, il risarcimento del danno da perdita della vita in capo al congiunto F. M..

La giurisprudenza maggioritaria – cui la scrivente aderisce – esclude invero che possa riconoscersi un danno da perdita della vita, in quanto nel momento in cui si verifica la morte il soggetto giuridico che dovrebbe patire il danno non è più esistente e, dunque, non è possibile il maturare di una situazione giuridica soggettiva da trasmettere agli eredi.

Tale domanda è dunque rigettata.

Gli attori hanno poi chiesto il risarcimento del danno da agonia, determinato dal dolore e dall'angoscia cui il familiare sarebbe stato sottoposto a causa della malpractice medica, in quanto la morte non è stata immediata.

Sotto tale profilo va evidenziato che gli attori richiamano massime giurisprudenziali dell'attesa lucida della morte, invero riconoscibile nei casi in cui la morte sia sopraggiunta in un lasso di tempo considerevole (nel senso di non limitato a pochi minuti), ma pur sempre circoscritto.

La giurisprudenza ha infatti chiarito che *“In caso di illecito civile che abbia determinato la morte della vittima, il danno cosiddetto "catastrofale", conseguente alla sofferenza dalla stessa patita - a causa delle lesioni riportate - nell'assistere, nel lasso di tempo compreso tra l'evento che le ha provocate e la morte, alla perdita della propria vita (danno diverso sia da quello cosiddetto "tanatologico", ovvero connesso alla perdita della vita come massima espressione del bene salute, sia da quello rivendicabile "iure hereditatis" dagli eredi della vittima dell'illecito, poi rivelatosi mortale, per avere il medesimo sofferto, per un considerevole lasso di tempo, una lesione della propria integrità psico-fisica costituente un autonomo danno "biologico", accertabile con valutazione medico legale) deve comunque includersi, al pari di essi, nella categoria del danno non patrimoniale ex art. 2059 cod. civ., ed è autonomamente risarcibile in favore degli eredi del defunto”* (Cass. Civ., Sez. 3, Sentenza n. 7126 del 21/03/2013).

Cass. Civ., Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 23153 del 17/09/2019 ha precisato che *“In materia di danno non patrimoniale, in caso di morte cagionata da un illecito, nel periodo di tempo interposto tra la lesione e la morte ricorre il danno biologico terminale, cioè il danno biologico "stricto sensu" (ovvero danno al bene "salute"), al*



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

quale, nell'unitarietà del "genus" del danno non patrimoniale, può aggiungersi un danno morale peculiare improntato alla fattispecie ("danno morale terminale"), ovvero il danno da percezione, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'"exitus", se nel tempo che si dispiega tra la lesione ed il decesso la persona si trovi in una condizione di "lucidità agonica", in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte, essendo quindi irrilevante, a fini risarcitori, in tale ipotesi, il lasso di tempo intercorso tra la lesione personale ed il decesso. (Nella specie, la S.C. ha cassato con rinvio la sentenza impugnata che aveva escluso il diritto al risarcimento del danno morale terminale, e, quindi, la sua conseguente trasmissibilità "iure hereditatis", senza accertare se la vittima si trovasse in una condizione di "lucidità agonica", nonostante fosse emerso che il lasso temporale tra lesione e morte, tutt'altro che "brevissimo", ammontasse ad alcune ore)".

Nell'atto di citazione, tuttavia, l'allegazione relativa al caso specifico è limitata a *"nel caso di specie la morte non è stata immediata"*.

L'allegazione è estremamente scarna e in sé di fatto nulla. La valutazione del danno non patrimoniale da parte del giudice deve essere compiuta con particolare rigore, dovendosi ormai costantemente rifuggirsi – dalle SU. 11.11.2008 in poi – da ogni tentazione di automatismo o di duplicazione nel risarcimento del danno non patrimoniale.

Il danno da attesa lucida della morte è invero volto a compensare una lesione estrema che la vittima patisce nel momento finale della propria vita, quando comprende che la morte sta per sopraggiungere e avverte la disperazione massima di chi altro non può fare che attendere lucidamente la propria inevitabile fine. Il riconoscimento in concreto di tale danno richiede la prova di diversi elementi (l'intervallo di tempo considerevole ma non così lungo da far rivivere la speranza, la condizione di lucidità del soggetto, la sofferenza del medesimo) e impone in via preliminare un'allegazione specifica della parte.

Nel caso in esame, gli attori hanno richiesto € 831.369,00 unicamente deducendo che la morte *"non è stata immediata"*, di fatto rivendicando tale danno quasi fosse in re ipsa e non richiedesse neppure uno sforzo di allegazione.



La domanda, nei termini in cui è stata formulata, non può dunque in alcun modo accogliersi, difettando finanche l'allegazione degli elementi costitutivi di quanto richiesto.

e) Danno iure hereditatis da omesso consenso informato

Gli attori hanno chiesto il risarcimento del danno patito dal de cuius per non essere stato adeguatamente informato sulla terapia cui è stato sottoposto e sulle caratteristiche del trattamento, nonché sui rischi derivanti dalla relativa sospensione.

In via generale si ricorda che *“In materia di responsabilità per attività medicochirurgica, l'acquisizione del consenso informato del paziente, da parte del sanitario, costituisce prestazione diversa rispetto a quella avente ad oggetto l'intervento terapeutico, con la conseguenza che l'errata esecuzione di quest'ultimo dà luogo ad un danno suscettibile di ulteriore e autonomo risarcimento rispetto a quello dovuto per la violazione dell'obbligo di informazione, anche in ragione della diversità dei diritti - rispettivamente, all'autodeterminazione delle scelte terapeutiche ed all'integrità psicofisica - pregiudicati nelle due differenti ipotesi”* (Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 16892 del 25/06/2019).

Nel caso di specie è stata sentita come teste la dott.ssa M. C., rispetto alla quale è stata eccepita l'incapacità a testimoniare, non ribadita tuttavia in sede di precisazione delle conclusioni.

La dottoressa ha dichiarato di aver fornito al M. chiara informativa sulla terapia, spiegando in modo dettagliato tutto ciò che riguardava la TAO.

La posizione della dr.ssa C. è certamente di interesse all'esito della lite, in quanto la discussione del caso è del tutto incentrata sulla sua responsabilità e sulla colpa della stessa per aver deliberato la sospensione della terapia e non aver eventualmente fornito informazione completa al paziente.

La teste, dunque, è del tutto inattendibile, essendo stata chiamata a rispondere su capitoli che riguardano un addebito specifico a lei mosso.

Ciononostante, dalla documentazione in atti emerge che il M. ricevette idonea informazione sul trattamento cui era sottoposto e sull'utilità dello stesso. Egli,



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

infatti, ha inteso chiarire immediatamente, nel gennaio 2013, che era stato sottoposto a TAO fino al mese precedente, con ciò dimostrando di aver compreso l'importanza del trattamento e l'ambito di riferimento.

Del resto, lo scrupolo con cui per sei anni il paziente si sottopose ai periodici e frequenti controlli dell'INR necessari per il dosaggio dell'anticoagulante conferma una sua piena consapevolezza dell'importanza del trattamento e di ogni elemento rilevante per lo stesso.

Quanto al profilo specifico della sospensione, non può ritenersi che le informazioni da darsi a un paziente del tutto privo di competenza medica siano tali da spingersi a fornirgli gli strumenti necessari per valutare se il rapporto rischi/benefici fosse maggiore nel senso della trombosi o dell'emorragia, per cui non si può presumere in alcun modo che il M. non sia stato adeguatamente informato sotto tale profilo né che egli potesse valutare se accettare l'uno o l'altro rischio, eventualmente rifiutando la sospensione della TAO.

Per tali ragioni, il danno da mancata adeguata informazione non è riconosciuto nel caso di specie.

f) Danno iure proprio dei familiari

Gli attori hanno richiesto il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale.

Poiché la domanda è stata presentata da soggetti legati da rapporti differenti, va esaminata la posizione di ciascuno. Si ritiene superfluo l'esame della risarcibilità del danno da perdita del rapporto parentale in capo a coniuge, figli e fratelli, su cui non sussistono specifiche contestazioni ed essendo ormai tale concetto universalmente riconosciuto.

Parimenti non discusso è il danno da perdita del rapporto nonno/nipote, ormai previsto anche nelle Tabelle per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale e nel caso di specie provato espressamente per mezzo di testimoni e documentazione fotografica.

Quanto all'eventuale diverso onere probatorio da richiedersi ai familiari, poi, è sufficiente rilevare che la CTU ha riconosciuto un comportamento colposo del



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

personale medico, il nesso di causalità tra fatto illecito colposo e morte e l'evento di danno identificato con la morte. Sussiste, dunque, anche per i familiari la prova dell'an.

Sempre in via generale, va rilevato che parte attrice ha chiesto anche in conclusionale l'applicazione delle Tabelle di Milano, nonostante sia oggi predominante la giurisprudenza che invoca l'applicazione della Tabella a punti redatta dal Tribunale di Roma.

La scrivente, in presenza di domanda formulata sulla base della Tabella del Tribunale di Milano, non ritiene di discostarsi da tale richiesta. Sarà tuttavia chiarito che il risultato cui si perviene risulta conforme alle Tabelle del Tribunale di Roma, che prevedono la possibilità di un adeguamento del sistema a punti nella valutazione del caso concreto. Del resto, un sistema automatico di pura applicazione delle Tabelle a punti, se posto al di fuori della possibilità di un adattamento al caso di specie, porterebbe a risultati opposti rispetto a quelli sperati: non si avrebbe omogeneità di liquidazioni, ma si perverrebbe a liquidazioni uguali per casi differenti.

Per tale ragione, la liquidazione è in questa sede compiuta prendendo in esame la Tabella di Milano e quella di Roma e operando le opportune limature per consentire un risarcimento limitato al danno effettivamente patito.

Sempre sotto un profilo generale, va rilevato che la richiesta di ulteriore personalizzazione che gli attori compiono per la famiglia nucleare non è ammissibile, in quanto costituisce una richiesta di mera duplicazione di un danno già calcolato in tutte le sue componenti secondo le Tabelle meneghine. Tali tabelle, al pari di quelle romane, sono congegnate per includere ogni caratteristica del caso di specie e non lasciano spazio alcuno per eventuali personalizzazioni: ogni liquidazione è in sé personalizzata.

Va poi rilevato che è risultato che il de cuius convivesse con la moglie, un figlio e un nipote e che vi erano un altro figlio che viveva in un Paese vicino (con due nipoti del M.) e una figlia che viveva a Frosinone. La famiglia residuata dopo la morte del de cuius, dunque, è rimasta numerosa e coesa, con la presenza di familiari conviventi e non conviventi che hanno certamente contribuito a compensare la perdita del M..



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

Tale elemento viene messo in evidenza al fine di quantificare il danno, dovendosi valutare la persistenza di familiari conviventi e non conviventi.

Quanto alla convivenza del figlio G. e del nipote S., si fa riferimento alla prova orale assunta in corso di causa, raccolta personalmente dal giudice e risultata pienamente attendibile.

Quanto ai rapporti con gli altri nipoti, si rileva che per N. è stata attestata una frequentazione tendenzialmente quotidiana, mentre per A. si evidenzia che la nascita nel 2014 ne esclude un danno (non essendo corretta l'affermazione secondo cui A., nata nel 2014, avrebbe avuto un anno nel 2013 e non essendosi chiesto un danno da perdita della chance di un rapporto futuro con un nonno mai conosciuto).

Per J. e N., al contrario, si tiene conto della circostanza che il rapporto era solo nel periodo estivo e telefonico di sera e si valuta l'età delle nipoti (al fine di individuare il reale rapporto che si è potuto creare per effetto del prevalente rapporto telefonico).

Infine, per ciascuno dei nipoti si attesta la permanenza in vita della nonna, dei genitori e di fratelli, cugini e zii, a conferma di un nucleo familiare residuo coeso.

Per i fratelli del de cuius, si tiene conto dell'età degli stessi e, per G., della morte intervenuta in corso di causa (con la conseguenza di un evento certo che fa da correttivo alla durata presunta del rapporto).

Per tutte le voci si tiene conto dell'età del de cuius al momento del decesso (63 anni) e delle sue condizioni generali di salute.

Sulla base di tali dati, si procede alla liquidazione del danno per ciascuno degli attori.

- A) **M. R.**, moglie, anni 56 al momento della morte del marito, convivente. In tale caso il danno è liquidato in **€ 285.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi e l'età di vittima e danneggiato).

- B) **G. M.**, figlio, anni 39 al momento della morte del padre. Il danno è liquidato in **€ 180.000,00** (valorizzandosi, come detto, la convivenza col padre, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi e l'età di vittima e danneggiato).



C) **S. M.**, figlio, anni 35 al momento della morte del padre. Il danno è liquidato in **€ 160.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi e l'età di vittima e danneggiato e l'assenza di convivenza).

D) **M. A. M.**, figlia, anni 33 al momento della morte del padre.

Il danno è liquidato in **€ 160.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi e l'età di vittima e danneggiato e l'assenza di convivenza).

E) **F. M.**, nipote, anni 13 al momento della morte del nonno, convivente.

Il danno è liquidato in **€ 50.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato, la convivenza).

F) **N. M.**, nipote, anni 2 al momento della morte del nonno, non convivente.

Il danno è liquidato in **€ 40.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato e l'assenza della convivenza).

G) A. M.

Essendo nata dopo la morte del nonno, non ha diritto al risarcimento richiesto

H) **J. M.**, nipote, anni 6 al momento della morte del nonno, convivente in estate e risiedente in altra Regione

Il danno è liquidato in **€ 40.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato, la frequentazione solo telefonica in inverno, la convivenza estiva).



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

I) **N. M.**, nipote, anni 1 al momento della morte del nonno, convivente d'estate (per un solo anno) e risiedente in altra Regione, con rapporto telefonico di difficile percezione a causa dell'età.

Il danno è liquidato in **€ 30.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato e gli altri elementi indicati in premessa).

L) **G. M.**, nipote, non convivente, 16 anni al momento della morte del nonno, sul cui rapporto col nonno nulla è stato provato in punto di convivenza. Il danno è liquidato in **€ 30.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato e la mancanza di prova della convivenza).

M) **G. M.**, fratello maggiore, anni 64 al momento della morte della vittima, morto il 10.11.2021, con proprio nucleo familiare residuo

Il danno è liquidato in **€ 30.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato, la determinazione della morte di G. come evento che avrebbe comunque interrotto il rapporto parentale prima della durata della vita presumibile).

N) **A. M.**, fratello minore, anni 60 al momento della morte della vittima

Il danno è liquidato in **€ 40.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato).

O) **M. A. M.**, sorella, anni 55 al momento della morte della vittima

Il danno è liquidato in **€ 40.000,00** (valorizzandosi, come detto, la persistente esistenza di familiari conviventi e non conviventi, l'età di vittima e danneggiato).

Tutti gli importi liquidati a titolo di danno non patrimoniale includono già gli accessori maturati alla data odierna, per cui su di essi si disporrà maggiorazione unicamente degli interessi in misura legale, dalla data odierna al soddisfo. Per i nipoti divenuti maggiorenni dopo la morte del nonno la liquidazione è fatta in proprio e non in favore dei genitori quali esercenti la potestà genitoriale.



g) Danno da perdita del contributo economico

Gli attori hanno chiesto il risarcimento del danno patrimoniale da perdita del contributo economico reso dal congiunto, ritenendo che lo stesso avrebbe destinato la maggior parte del proprio stipendio di custode del cimitero e successivamente la maggior parte della pensione ai bisogni della propria famiglia.

Sul punto è stata acquisita documentazione INPS, in cui è attestato che la vedova del M., R. M., ha ricevuto la pensione di reversibilità derivante dalla morte del marito, continuando dunque a percepire un reddito prodotto dall'attività lavorativa già svolta dal marito.

Il minor importo della pensione rispetto allo stipendio del de cuius è del tutto compensato dalla circostanza che l'emolumento serve ora al mantenimento della sola vedova e non anche del marito di costei e che l'introito soddisfa le esigenze di un solo individuo, con la conseguenza che nessun danno si è verificato nel patrimonio della M..

Tale voce di danno non è dunque liquidata.

h) Le spese di lite

Le spese di lite seguono la soccombenza, secondo il danno liquidato in sentenza.

Le spese di CTU seguono parimenti la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce – Prima Sezione Civile, definitivamente pronunciando nella causa N 3851/2016 RG, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa:

- a) Accerta e dichiara la responsabilità di ASL Lecce nella determinazione del danno per cui è causa;
- b) Per l'effetto, condanna ASL Lecce al risarcimento del danno in favore degli attori, liquidato:
 - b.1) in € 285.000,00 in favore di M. R.;



Repert. n. 2451/2022 del 23/06/2022

- b.2) in € 180.000,00 in favore di M. G.;
- b.3) in € 160.000,00 in favore di M. S.;
- b.4) in € 160.000,00 in favore di M. A. M.;
- b.5) in € 50.000,00 in favore di F. M.;
- b.6) in € 40.000,00 in favore di N. M., in persona del padre esercente la potestà genitoriale S. M.;
- b.7) in € 40.000,00 in favore di J. M., in persona della madre esercente la potestà genitoriale M. A. M.;
- b.8) in € 30.000,00 in favore di N. M., in persona della madre esercente la potestà genitoriale M. A. M.;
- b.9) in € 30.000,00 in favore di G. M.;
- b.10) in € 30.000,00 in favore di G. M., in persona delle eredi D. L. M. C., D. M., I. M. e M. M., pro quota;
- b.11) in € 40.000,00 in favore di A. M.;
- b.12) in € 40.000,00 in favore di M. A. M.

oltre interessi in misura legale dalla data odierna al soddisfo;

c) Condanna ASL Lecce alla refusione delle spese di lite in favore di parte attrice, liquidate in € 36.145,00 per compenso ed € 1.740,00 per spese vive, oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge, con distrazione in favore dell'avv. Rosario Antonio Calcagnile, che ha reso la dichiarazione di rito;

d) Pone le spese di CTU in via definitiva a carico di ASL Lecce.

Lecce, 18/06/2022

Il giudice
Dott.ssa Viviana Mele

