

N. R.G. 5257/2020



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di ANCONA
SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Sergio Casarella
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **5257/2020** promossa da:

M. P. (C.F. *omissis*), con il patrocinio dell'avv. PARADISI ROBERTO e dell'avv. , elettivamente domiciliato in VIA ARMELLINI, 14 60019 SENIGALLIA ITALIA presso il difensore avv. PARADISI ROBERTO

R. G. (C.F. *omissis*), con il patrocinio dell'avv. PARADISI ROBERTO e dell'avv. , elettivamente domiciliato in VIA ARMELLINI, 14 60019 SENIGALLIA ITALIA presso il difensore avv. PARADISI ROBERTO

D. D. P. (C.F. *omissis*), con il patrocinio dell'avv. PARADISI ROBERTO e dell'avv. , elettivamente domiciliato in VIA ARMELLINI, 14 60019 SENIGALLIA ITALIA presso il difensore avv. PARADISI ROBERTO

J. P. (C.F. *omissis*), con il patrocinio dell'avv. PARADISI ROBERTO e dell'avv. , elettivamente domiciliato in VIA ARMELLINI, 14 60019 SENIGALLIA ITALIA presso il difensore avv. PARADISI ROBERTO

D. D. (C.F. *omissis*), con il patrocinio dell'avv. PARADISI ROBERTO e dell'avv. , elettivamente domiciliato in VIA ARMELLINI, 14 60019 SENIGALLIA ITALIA presso il difensore avv. PARADISI ROBERTO

ATTORE/I

contro



A.S.U.R. AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE (C.F. 02175860424), con il patrocinio dell'avv. VAGNONI RICCARDO e dell'avv. , elettivamente domiciliato in P.zza Cesare Battisti n. 1 null 60015 Falconara Marittima presso il difensore avv. VAGNONI RICCARDO

CONVENUTO/I

OGGETTO: *Responsabilità medica.*

CONCLUSIONI

All'udienza del 22 marzo 2022 le parti hanno concluso come da processo verbale di udienza, da intendersi qui integralmente richiamato e ritrascritto.

FATTO E SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con ricorso *ex art.* 702 bis c.p.c., depositato in data 20 novembre 2020 e notificato il 14 dicembre 2020, **R. G., M. P., D. D. P., J. P., D. D.**, rispettivamente moglie, figlio, nipoti e nuora di G. P., convenivano in giudizio **ASUR MARCHE** e, per quanto d'interesse, esponevano che:

- in data 4.8.2016 G. P., già affetto da una grave spondilite anchilosante, cadeva accidentalmente da una scala all'interno della propria abitazione riportando politraumatismo contusivo cranico e toraco-vertebrale;
- il mattino seguente, a causa del persistente dolore, veniva trasportato presso il pronto soccorso dell'Ospedale di Senigallia dove i sanitari, pur conoscendo la grave patologia degenerativa vertebrale (spondilite anchilosante) di cui era affetto il paziente, si limitavano a effettuare un esame RX standard – che non evidenziava lesioni ossee di natura traumatica - senza ritenere utile procedere con ulteriori approfondimenti diagnostici facilmente fruibili, quali TAC o RMN, che avrebbero invece permesso di individuare immediatamente le già presenti lesioni vertebrali prodotte dalla caduta;
- il paziente veniva quindi dimesso con la diagnosi errata di: “*Trauma contusivo colonna dorsale e lombosacrale senza fratture*”, con prognosi di dieci giorni senza prescrizione di alcuna precauzione ortesica;
- nonostante il riposo domiciliare, le condizioni di salute di P. peggioravano progressivamente, e in data 14.8.2016 egli veniva nuovamente trasportato presso il pronto soccorso dell'ospedale di



Senigallia, dove i sanitari, nonostante la presenza di segnali clinici sufficientemente oggettivi per una sofferenza neurologica in evoluzione, nemmeno questa volta provvedevano tempestivamente ad effettuare un esame TAC, che veniva disposto solo dopo circa 12 ore dal ricovero, e all'esito del quale – sebbene risultasse una gravissima lesività traumatica neuro-midollare - si limitavano a chiedere un consulto telefonico con lo specialista neuro-chirurgo, omettendo di praticare qualsiasi trattamento farmacologico e ritardando il trasferimento presso un centro neurologico adeguato; solo il 15.8.2016 venivano effettuati consulenza neurologica - che evidenziava ipoestesia a livello D12-L1, deficit della forza degli arti inferiori, areflessia arti inferiori , consulenza chirurgica, consulenza rianimatoria e un esame RX del torace, e veniva nel pomeriggio predisposto il trasferimento del paziente presso la clinica di neurochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona;

- qui il paziente, ormai divenuto tetraplegico, veniva sottoposto ad un intervento chirurgico d'urgenza (a undici giorni di distanza dall'evento traumatico) di riduzione e stabilizzazione, all'esito del quale veniva ricoverato presso la divisione di rianimazione e terapia intensiva del medesimo ospedale per i trattamenti di sostegno dove rimaneva fino al 3.10.2016, per poi essere trasferito presso il reparto di terapia sub- intensiva ad alta valenza riabilitativa della casa di cura S. di Rimini, ove era sottoposto a cicli di intensa riabilitazione al fine di migliorare le condizioni di vita e per quanto possibile l'autonomia personale, pur nel quadro della insorta tetraplegia;
- in data 31.1.2017 il paziente veniva trasferito presso la clinica urologica dell'ospedale di Ancona per indagini specialistiche in ordine a riscontrata iperattività detrusionale e dissinergia sfinterica; rientrato presso la casa di cura veniva sottoposto ad appropriate terapie per far fronte alle turbe respiratorie che andavano migliorando;
- in data 30.3.2017, raggiunta una condizione di relativa stabilità dei parametri vitali ed ematochimici, veniva trasferito presso la RSA di Corinaldo;
- il giorno 1.4.2017, già dalle prime ore del mattino, il personale paramedico segnalava episodi di vomito e diarrea; nonostante il progressivo peggioramento delle sue condizioni generali, il paziente solo nel pomeriggio veniva trasportato presso il pronto soccorso dell'ospedale di Senigallia e successivamente ricoverato presso il reparto di medicina d'urgenza; tuttavia, alle ore 23:02 andava in arresto cardio-circolatorio e alle 23:40 se ne constatava il decesso;
- a seguito di tali fatti, i familiari incaricavano il dott. Walter Patumi di effettuare una perizia, che



riconosceva in capo ai sanitari dell'Ospedale di Senigallia una responsabilità per ritardo diagnosticoterapeutico della lesività vertebro-midollare, evidenziando come, nell'ipotesi di una tempestiva diagnosi della grave lesione osteo-articolare e di un tempestivo approccio chirurgico di stabilizzazione vertebrale, non si sarebbero verificate la complicanza midollare e tutte le successive conseguenze neurologiche che hanno condotto il paziente prima alla tetraplegia e poi alla morte;

- in data 28.2.2019 i ricorrenti, conformemente a quanto disposto dall'art. 8, comma 1, L. 24/2017, proponevano ricorso *ex art. 696 bis c.p.c.* avanti questo Tribunale (R.G. 1292/2019), nell'ambito del quale venivano nominati CTU la dott.ssa Rossella Valerio e il dott. Daniele Fumelli, i quali nel corso delle operazioni peritali formulavano proposta conciliativa che veniva accettata dai ricorrenti ma non dall'ASUR;
- stando alle risultanze della CTU medico-legale nel giudizio *ex art. 696 bis c.p.c.*, sussistevano profili di responsabilità in capo alla parte convenuta per il danno non patrimoniale patito dal *de cuius* e dai suoi familiari: *“i sanitari del Pronto Soccorso di Senigallia non hanno soppesato correttamente i fattori di rischio relativi al quadro di spondilite anchilosante. Gli stessi avrebbero dovuto far eseguire la TC o la RMN. Ciò avrebbe consentito di evidenziare le fratture riportate a seguito della caduta. I sanitari di conseguenza hanno omesso di effettuare un approfondimento clinico-strumentale che era fortemente consigliato in quanto la radiografia del rachide non consentiva di evidenziare la presenza di fratture a causa delle diffuse calcificazioni determinate dalla spondilite anchilosante. Pertanto, sostanzialmente il paziente viene dimesso senza aver completato l'iter diagnostico che ne avrebbe determinato l'ospedalizzazione”*; *“In conclusione, la corretta tempestiva diagnosi delle fratture vertebrali avrebbe comportato scelte terapeutiche diverse da quelle effettivamente poste in essere, evitando lo sviluppo delle complicanze neurologiche e anticipando la stabilizzazione dell'urgenza delle stesse”*;
- tuttavia, in sede di contro-osservazioni i CTU - pur ribadendo la sussistenza di colpa medica per imperizia e indicando in quattro mesi la malattia temporanea totale iatrogena risarcibile - a precisa richiesta del CTP Patumi di specificare la sussistenza di nesso di causalità tra omessa tempestiva diagnosi e morte del paziente, hanno affermato, in contraddizione con quanto sopra riportato, che *“non è accertato il meccanismo a cascata ... in quanto si ritiene che la morte sia in relazione causale con le complicanze manifestatesi nei mesi successivi all'evento lesivo, come causa sopravvenuta”*;
- i ricorrenti incaricavano, pertanto, il dott. Sandro Carletti (specialista in neurochirurgia), il quale, unitamente al già nominato CTP Patumi, individuava la causa della morte nelle complicanze



midollari e neurologiche che sarebbero state evitate da una immediata diagnosi e conseguente urgente stabilizzazione delle fratture riportate in seguito alla caduta.

Tanto premesso in fatto, svolte le considerazioni in diritto, i ricorrenti concludevano chiedendo al Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, come di seguito:

“in via preliminare ed in rito: acquisire il fascicolo relativo al procedimento di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. (G.I. Dott. Corinaldesi – R.G. n. 1292/2019), pendente innanzi all’Intestato Tribunale Civile di Ancona, in via principale: accertata la responsabilità dei sanitari della Asur Marche in persona del legale rappresentante pro-tempore, condannare la convenuta al risarcimento in favore dei ricorrenti di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali patiti dagli stessi iure proprio e iure hereditatis (in relazione, in questo caso, alle posizioni di R. G., D. D. P. e J. P.) a seguito degli errori medico-sanitari commessi a seguito della caduta occorsa il giorno 4.08.2016 al sig. G. P. da cui sono derivate lesioni personali iatrogene e poi la morte quale conseguenza della omissione diagnostica e mancata stabilizzazione chirurgica e, danno così quantificati:

IURE HEREDITATIS

- Per i signori R. G., D. D. P., J. P., quali eredi del Sig. G. P. (avendo M. P. rinunciato all’eredità come risulta da atto di successione allegato) e quindi “iure hereditatis” : € 109.851,00 complessivi o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, così suddivisi: € 54.922,5 in favore di G. R. o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia; € 27.462,75 in favore di P. D. D. o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia; € 27.462,75 in favore di P. J. o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia;

IURE PROPRIO

- Per il Sig. M. P. : € 300.000,00 o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia*
- Per la Sig.ra R. G.: € 300.000,00 o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia*
- Per il Sig. D. D. P.: € 90.000,00 o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia*
- Per la Sig.ra J. P.: € 90.000,00 o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia*
- Per la Sig.ra D. D.: € 30.000,00 o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia In tutti i casi vi è da aggiungere la rivalutazione monetaria ed interessi dal dovuto al saldo effettivo; in via meramente subordinata*
- accertata la responsabilità dei sanitari della Asur Marche in persona del legale rappresentante pro-tempore in ordine alle lesioni patite dal Sig. G. P. condannare la convenuta al risarcimento in favore dei signori R. G., D. D. P. e J. P. “iure*



hereditatis” al pagamento della complessiva somma di € 109.851,00 o diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, così suddivisi: € 54.922,5 in favore di G. R. o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia; € 27.462,75 in favore di P. D. D. o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia; € 27.462,75 in favore di P. J. o la diversa somma maggiore o minore ritenuta di giustizia oltre rivalutazione monetaria ed interessi dal dovuto al saldo effettivo

- *In ogni caso con vittoria di spese di giudizio, diritti, onorari, rimborso forfettario, Iva e Cpa come per legge, anche in relazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c., procedimento le cui spese di giudizio andranno necessariamente liquidate nella presente fase”.*

Si costituiva in giudizio **ASUR MARCHE**, che avversando le opposte pretese, osservava quanto segue:

- controparte depositava il presente ricorso solo in data 20.11.2020 e quindi oltre il termine di novanta giorni dalla scadenza del termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso *ex art. 696 bis c.p.c.* (introdotto in data 28.2.2019), da cui l'improcedibilità dell'azione;
- non veniva documentalmente provato il rapporto di parentela con il *de cuius* della ricorrente D. D., da cui la carenza di legittimazione attiva in capo alla stessa;
- l'obbligo di eseguire esami di secondo livello (TAC total body, ecografia addome) sussiste, in base al profilo di assistenza del trauma maggiore in uso presso l'ospedale di Senigallia pubblicato nel 2013 sul sito Intranet Aziendale e successivamente nella Delibera della Giunta della Regione Marche n. 988 del 29/08/2016, soltanto per i traumi maggiori (cadute da altezza superiore ai 5 metri), tra cui non rientra la caduta occorsa al *de cuius*; ciò considerato, non evidenziando il referto radiologico fratture della colonna dorsale e lombare, tenuto conto dei pochi sintomi riferiti dal paziente, i sanitari non hanno ravvisato la necessità di procedere a indagini radiologiche di secondo e terzo livello; peraltro il paziente non effettuava la visita ortopedica consigliata né si ripresentava al pronto soccorso se non dopo dieci giorni, durante i quali altri traumi e/o manovre incongrue potrebbero aver aggravato la situazione;
- anche in occasione del secondo accesso al pronto soccorso, il paziente lamentava solo dolore lombare irradiato agli arti inferiori con nessuna sintomatologia neurologica; solo il medico del turno successivo, rivalutando il paziente, ha evidenziato comparsa di parestesie agli arti inferiori e ha quindi ordinato l'esecuzione di TAC della colonna lombo sacrale; visto il referto, il medico di guardia, come da protocollo, avviava procedura di teleconsulto neurochirurgico con l'ospedale



regionale di Ancona inviando via web allo specialista le immagini TAC, prospettando una possibile centralizzazione per intervento chirurgico di stabilizzazione della lesione traumatica lombare; tuttavia, il neurochirurgo, pur ipotizzando un eventuale intervento chirurgico di stabilizzazione, non dava il benessere per la centralizzazione, ciò in quanto, fungendo la neurochirurgia di Ancona da HUB per tutta la regione Marche, egli classificava il paziente come soggetto da centralizzare in un momento successivo, solo dopo completamento degli accertamenti diagnostici (RMN), sicché il trasferimento veniva eseguito il 15.8.2016;

- il giorno 1.4.2017 il paziente giungeva al pronto soccorso in codice rosso in una situazione ormai talmente deteriorata da non poter più essere recuperata;
- pertanto, nessuna negligenza, imprudenza o imperizia nel trattamento del paziente può essere imputata ai sanitari dell'ospedale di Senigallia;
- i CTU in sede di ATP hanno riconosciuto come alcuna censura possa essere mossa ai sanitari con riferimento all'accesso del 14.8.2016, affermando che *“la relazione dei C.C.T.T.U.U. [...] non ha rilevato contestazioni all'operato dei medici o ritardi che possano aver apportato effettive conseguenze negative al paziente”*; inoltre, benché i CTU abbiano riconosciuto un'imperizia da cui sarebbe derivato al paziente un danno di natura temporanea stimato in quattro mesi, gli stessi hanno escluso l'esistenza del nesso di causalità tra l'imperizia e l'*exitus* del paziente.

Tanto premesso in fatto, svolte le considerazioni in diritto, la convenuta concludeva come segue:

“Piaccia all'Ill.mo Sig. Presidente del Tribunale, contrariis reiectis,

- *in via preliminare-pregiudiziale: dichiarare l'improcedibilità e/o la inammissibilità e/o la nullità della domanda avversaria per i motivi esposti in narrativa, con ogni conseguente statuizione;*
- *in via preliminare-pregiudiziale: dichiarare la carenza di legittimazione attiva della Sig.ra D. D. nel procedimento de quo per tutti i motivi esposti in narrativa con ogni conseguente statuizione;*
- *nel merito: senza che ciò comporti rinuncia alle precedenti assorbenti eccezioni svolte in via preliminare-pregiudiziale rigettare, con ogni conseguente statuizione, tutte le domande dei ricorrenti, perché infondate in fatto ed in diritto per tutti i motivi di cui in narrativa;*
- *nel merito in via subordinata: nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle richieste avversarie contenere nei limiti del giusto e dell'equo il danno riportato dai ricorrenti, per tutti i motivi di cui in narrativa.*



In ogni caso con vittoria di spese, anticipazioni, compenso professionale, diritti ed onorari, Cap ed Iva come per legge”.

Mutato il rito in ordinario di cognizione, espletata l'istruttoria con l'acquisizione della documentazione depositata dalle parti e l'espletamento di CTU, all'udienza del 22 marzo 2022 la causa veniva trattenuta in decisione con l'assegnazione dei termini di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

L'eccezione di improcedibilità del ricorso per inosservanza del termine di cui all'art. 8, comma 3, L. 24/2017 deve essere respinta.

Invero, tale disposizione - prevedendo che *“Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-bis del codice di procedura civile”* - non intende sancire l'improcedibilità dei ricorsi depositati oltre il termine ivi previsto bensì, al contrario, stabilire che la domanda diviene procedibile anche se la conciliazione non riesce o se il procedimento *ex art. 696 bis c.p.c.* non si conclude entro il termine di sei mesi dalla sua introduzione, consentendo al ricorrente di salvaguardare gli effetti della domanda mediante deposito di ricorso *ex art. 702 bis c.p.c.* da effettuarsi entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine di sei mesi di cui sopra.

Il rispetto del termine di novanta giorni è, pertanto, esclusivamente funzionale a preservare gli effetti sostanziali e processuali della domanda introdotta con il ricorso *ex art. 696 bis c.p.c.*

Si può discutere se, ai fini della salvezza degli effetti della domanda, sia o meno necessario - nell'ipotesi di relazione peritale depositata oltre i sei mesi dal deposito del ricorso *ex art. 696 bis c.p.c.* - introdurre il procedimento sommario di cognizione entro novanta giorni dalla scadenza del suddetto termine di sei mesi.

Tuttavia, la questione è agli attuali fini irrilevante, non ponendosi un problema di prescrizione, ma essendo stata meramente eccepita l'improcedibilità dell'azione, la quale, alla luce di quanto osservato, è certamente procedibile, avendo i ricorrenti assolto al prescritto onere di consulenza tecnica preventiva.

Quanto all'eccezione di carenza di legittimazione attiva in capo alla ricorrente D. D., si evidenzia come la convenuta, a ben vedere, prospetti un problema non di legittimazione processuale bensì - più propriamente



- di titolarità sostanziale della pretesa da parte della D., sicché la relativa eccezione sarà trattata unitamente al merito.

Nel merito, le conclusioni rassegnate dal CTU designato, con riferimento alla valutazione dell'operato (omissivo) dei sanitari e della sua incidenza sul danno patito dal *de cuius*, sono da considerarsi condivisibili, essendo l'elaborato peritale dallo stesso redatto immune da vizi logici e/o giuridici.

Passando ora ad analizzare gli aspetti dirimenti della controversia occorre, innanzitutto, sottolineare che l'oggetto del presente giudizio, determinato in base alle prospettazioni di parte ricorrente, riguarda la responsabilità dei sanitari dell'Ospedale di Senigallia che hanno trattato il paziente G. P. in occasione del primo dei due accessi al pronto soccorso del suddetto presidio ospedaliero.

Si deve notare come i ricorrenti muovano sostanzialmente ai sanitari dell'Ospedale di Senigallia, facente capo all'ASUR Marche, il seguente addebito: non aver soppesato correttamente i fattori di rischio relativi al paziente P. (settantanovenne affetto da spondilite anchilosante) e avere pertanto omesso di effettuare un approfondimento diagnostico che la buona pratica medica avrebbe imposto in simili circostanze e che avrebbe consentito una corretta diagnosi delle lesioni riportate e un tempestivo intervento di stabilizzazione vertebrale, il quale avrebbe – a sua volta - evitato l'insorgere delle complicazioni midollari e poi neurologiche che hanno condotto il paziente alla paraplegia e successivamente alla morte.

A fronte di tale contestazione, integrante specifico profilo di responsabilità medica connesso al danno patito dal paziente e al suo successivo decesso, seguiva la richiesta di danno biologico terminale e morale catastrofale *iure hereditatis* nonché di danno da lesione del rapporto parentale azionato *iure proprio*.

Si è di fronte, dunque, ad una lamentata condotta omissiva, che deve essere trattata secondo l'iter metodologico di cui ora si dirà.

Sul punto, si ricorda che l'accertamento del nesso di causalità è un passaggio logicamente e cronologicamente anteriore all'accertamento della colpa.

Solo una volta che sia dimostrato che la condotta attiva od omissiva del sanitario sia stata causa dell'evento lesivo sofferto dal paziente, sarà possibile procedere ad accertare se questa condotta possa anche dirsi contraria alle regole dell'arte.

Giova altresì ricordare che in campo civile, ai fini dell'accertamento della causalità materiale, trova applicazione la teoria della *conditio sine qua non* (elaborata in ambito penalistico in relazione agli artt. 40 e 41 c.p.): pertanto, il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento sussiste qualora in assenza del comportamento ascritto all'agente, l'evento non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato in misura



apprezzabilmente diversa (in base al ragionamento controfattuale *ex post*).

Il ragionamento controfattuale *ex post* deve essere condotto mediante la sussunzione degli eventi sotto leggi scientifiche.

Nel caso di specie, la condotta lesiva ascritta ai sanitari è di tipo omissivo: parte ricorrente allega, infatti, l'omessa diagnosi di fratture della colonna vertebrale e il conseguente mancato tempestivo intervento di stabilizzazione, idoneo ad evitare la lesione midollare e le conseguenze neurologiche che hanno portato allo svilupparsi della paraplegia e poi al decesso del paziente.

È necessario quindi precisare che in caso di causalità omissiva si richiedono due verifiche: prima di tutto si deve accertare quale sia la causa naturale che ha originato l'iter causale in cui la condotta sanitaria si sarebbe dovuta inserire; in secondo luogo, accertata tale causa, occorre applicare il ragionamento controfattuale *ex post*, verificando se, qualora il sanitario avesse tenuto la condotta conforme alla diligenza e prudenza professionale, l'azione doverosa omessa, alla luce di una legge scientifica di copertura, avrebbe potuto evitare l'evento lesivo verificatosi.

Facendo applicazione di tali principi, nel caso di specie può, innanzitutto, ritenersi accertata la sussistenza di nesso causale tra la condotta omissiva dei sanitari dell'Ospedale di Senigallia e l'insorgenza nel paziente di patologia neurologica, nonché l'imputabilità di tale omissione ad imperizia dei suddetti sanitari.

Il CTU preliminarmente richiama quanto osservato dai CTU nominati in sede di ATP: *“le evidenze in letteratura, in presenza di un trauma di lieve entità, in un paziente con fattori di rischio (spondilite, età avanzata, dolore, caduta) indicano che l'esecuzione del solo esame rx sia un approfondimento insufficiente”*, *“Inoltre nella prima valutazione al PS di Senigallia non sono state considerate le fratture costali e della clavicola che hanno condotto ad un versamento pleurico (emotorace)”*, *“Tutto ciò dimostra una incompleta o insufficiente valutazione clinica obiettiva che ha tenuto conto della lieve dinamica dell'incidente e del referto radiografico, piuttosto che della valutazione clinica”*, *“I sanitari del PS di Senigallia, non hanno soppesato correttamente i fattori di rischio relativi al quadro di spondilite anchilosante”*, *“Gli stessi avrebbero dovuto sottoporre il paziente a TC/RMN”*, *“I sanitari hanno omesso di effettuare un approfondimento clinico strumentale che era fortemente consigliato, in quanto la sola radiografia, non consentiva di evidenziare la presenza di fratture a causa delle diffuse calcificazioni da spondilite anchilosante”*, *“Il paziente veniva dimesso non completando l'iter diagnostico”*, *“In conclusione la corretta e tempestiva diagnosi delle fratture vertebrali avrebbe comportato scelte terapeutiche diverse evitando lo sviluppo delle complicanze neurologiche (paraplegia) ed anticipando la stabilizzazione delle stesse”*, *“Si profila COLPA MEDICA PER IMPERIZIA in paziente con guarigione prevista in 4 mesi, che a distanza di 8 mesi non era guarito con permanenza della invalidità totale al 100%”*.



Sentenza n. 963/2022 pubbl. il 08/08/2022
RG n. 5257/2020
Repert. n. 2358/2022 del 08/08/2022

Dopodiché, egli fa proprie le richiamate conclusioni su questo specifico punto: *“Le conclusioni dei CCTTUU hanno chiaramente imputato ai medici che hanno tenuto in cura il signor P. G., imperizia con ritardata diagnosi e trattamento. Di conseguenza essi si sono resi responsabili dello sviluppo di una sindrome neurologica paraplegica in un paziente, con politrauma e con patologia di spondilite anchilosante sovrapposta AS”*; *“Eseguendo una valutazione globale del sinistro si riscontra un chiaro nesso causale tra l’evento traumatico, il suo ritardato riconoscimento e di conseguenza il suo ritardato trattamento come ben descritto dalla relazione dei CCTTUU. Tali condotte hanno determinato un quadro di paraplegia flaccida che si è manifestato nonostante la stabilizzazione della frattura con osteosintesi posteriore”*.

Alla luce di tali conclusioni, deve riconoscersi alla coniuge del defunto nonché ai due nipoti, in proporzione alle rispettive quote ereditarie, il risarcimento del danno biologico temporaneo differenziale patito da P. a causa della riscontrata omessa diagnosi, quantificato dai CTU in quattro mesi di inabilità assoluta.

In ossequio ai principi enunciati dalla Suprema Corte (vedasi, da ultimo, Cass. civ., sez. III, 5 maggio 2021, n. 11719; Cass. civ., sez. III, 26 maggio 2020, n. 9888; Cass. civ., sez. VI, ord., 6 ottobre 2020, n. 21508; Cass. civ., sez. III, 20 giugno 2019, n. 16592; Cass. civ., sez. VI, ord., 17 settembre 2019, n. 23153; Cass. civ., sez. III, 12 luglio 2018, n. 18328), tale danno viene liquidato - sulla base del valore assegnato dalle cd. tabelle di Milano ad un giorno di invalidità temporanea assoluta (euro 99,00) - in euro 11.880,00, somma che si ritiene di innalzare, in via equitativa, ad euro 25.000,00, così da ricomprendere anche la componente morale cd. catastrofale.

Si tratta ora di stabilire se anche il decesso del paziente sia da ricondursi causalmente alla condotta colposa omissiva dei sanitari.

Punto di partenza di tale indagine è la constatazione che, in assenza di esame autoptico, la causa diretta della morte non è stata oggetto di accertamento empirico (il decesso è stato registrato come avvenuto per arresto cardiocircolatorio, ma da cosa tale arresto cardiocircolatorio sia dipeso non è dato sapere), sicché si tratterà di vagliare una pluralità di scenari ipotetici alternativi al fine di individuare, se possibile, quello più probabile.

Secondo la prospettazione di parte ricorrente, l’ipotesi maggiormente probabile è che la morte sia conseguenza delle complicanze neurologiche causate dall’omissione colposa dei sanitari di cui si è detto sopra.

Ebbene, essendovi una correlazione soltanto probabilistica tra i due eventi (patologia neurologica e decesso del paziente), la prima può dirsi causa del secondo solo laddove sia possibile escludere che, nel caso di specie, abbiano avuto un’efficacia eziologicamente rilevante eventuali fattori causali alternativi.



Sul punto, merita di essere aperta una breve parentesi, al fine di chiarire perché ci si stia interrogando sulla sussistenza di decorsi causali alternativi (indagine tipicamente svolta in sede di accertamento della causalità attiva), quando ciò che i ricorrenti imputano ai sanitari è una condotta omissiva.

Ebbene, nel caso di specie, di decorsi causali alternativi può parlarsi perché – accertata la sussistenza del nesso di causalità (di tipo omissivo) tra l'omessa diagnosi e le complicanze neurologiche (paraplegia) - si tratta ora di accertare l'ultimo segmento del nesso di causalità al fine di stabilire se l'ipotesi prospettata dai ricorrenti (secondo cui la morte del paziente sarebbe da ricondurre alle suddette complicanze neurologiche) sia, in applicazione della regola di giudizio del “più probabile che non”, quella maggiormente probabile. Questo ultimo tratto del nesso causale va accertato secondo le modalità proprie di accertamento della causalità attiva (e quindi escludendo la ricorrenza, nel caso di specie, di possibili decorsi causali alternativi) perché, a ben vedere, di causalità attiva si tratta, dovendosi ora rispondere alla domanda se la paraplegia e le complicanze ad essa collegate abbiano condotto il paziente alla morte, e quindi, in base al ragionamento controfattuale, se in assenza della paraplegia l'evento morte si sarebbe o meno verificato. Certo poi sarà comunque necessario, qualora tale indagine dia esito positivo, ricondurre l'evento morte alla condotta dei sanitari a monte, che è e resta omissiva (sicché ci si dovrà in seguito domandare se la condotta doverosa omessa avrebbe evitato l'evento morte).

Ciò premesso, nella CTU si dà conto, come anticipato, dell'esistenza, nel caso in esame, di una pluralità di possibili decorsi causali alternativi.

Il CTU nominato enumera, infatti, una serie di fattori di rischio, ciascuno dei quali potrebbe aver avviato il decorso causale che ha condotto al decesso del paziente.

Tali fattori causali alternativi sono: a) la spondilite anchilosante di cui il paziente era affetto già prima del trauma, rispetto alla quale il CTU scrive: *“Essa colpisce lo 0.2% della popolazione caucasica, 4 volte più frequente nel maschio che nella femmina. Essa si manifesta con lesioni articolari ma anche in altri distretti come patologie cardiache per anomalia di conduzione cardiaca (il paziente era affetto da blocco di branca sinistra), fibrosi polmonare e limitazione della espansione della gabbia toracica per anchilosi delle articolazioni costo trasversarie e costo sternali, patologia dell'aorta ascendente (aortite, stenosi, rigurgito)”*; b) l'ipertensione arteriosa di cui il paziente era affetto già prima del trauma; c) le fratture costali multiple e della clavicola riportate in seguito alla caduta, *“che si sono complicate in emotorace bilaterale che ha dovuto necessitare di ripetuti drenaggi polmonari bilaterali . Le condizioni polmonari non hanno permesso di estubare il paziente nel post-operatorio. Per tale ragione i rianimatori, con consulenza dei colleghi della chirurgia di urgenza di Ancona, sono stati costretti ad eseguire in data 26 agosto una tracheostomia con sonda rimasta in sede fino al*



giorno del decesso, per eseguire aspirazioni bronchiali periodiche”; d) “la frattura di C7 (chalkstick fracture) che ha necessitato l'utilizzo di un collare a tipo Philadelphia per un lungo periodo costringendo il paziente ad un ulteriore motivo di allettamento. In data 18.8 e 22.8 dal diario clinico si evidenzia un deficit stenico degli arti superiori, una EMG eseguita in quei giorni non escludeva il possibile interessamento neurologico anche degli arti superiori”; e) la “frattura di D10-D11 (chalkstick fracture) instabile complicata da paraplegia con assenza di controllo sfinterico con necessità di utilizzo di catetere vescicale a permanenza. In data 28 agosto eseguita urinocultura e ATB con isolamento di STREPTOCOCCUS con indicazione a trattamento con Bactrim sciroppo, altra urinocultura con isolamento di E.COLI”.

IL CTU ha poi eseguito una ricerca bibliografica sulle complicanze delle lesioni mieliche – ritenute dai ricorrenti causa del decesso del loro familiare - le quali pure costituiscono tutte possibili fattori causali dell'evento morte: a) complicanze polmonari, che “sono la causa più frequente di morte in fase acuta” e “sono costanti nelle fratture cervicali alte” quale è quella che ha interessato il paziente P.; b) complicanze cardiovascolari “per diminuzione delle masse muscolari funzionanti, del ritorno venoso, della funzionalità respiratoria”; c) complicanze gastro-intestinali, “che aumentano con l'aumentare della longevità del paziente plegico per insorgenza di disfunzioni intestinali complesse e difficili da trattare”; d) “Disreflessia o iperreflessia anatomica”, “i sintomi prodromici sono cefalea, piroreazione, stato di ansia, tachicardia, bradicardia ed ipertensione. L'ipertensione può determinare anche la morte per crisi comiziali. Fibrillazione, arresto cardiaco, emorragia cerebrale e coma”.

Egli ha poi condotto un'ulteriore ricerca bibliografica sull'incidenza probabilistica delle possibili cause di morte in pazienti con lesioni mieliche.

Secondo un primo studio, l'incidenza osservata è la seguente: il 34,1% dei pazienti oggetto di osservazione è deceduto per patologie respiratorie, il 26,7% per cause cardiovascolari o cerebrovascolari, il 13,9% per neoplasie, l'11,5% per patologie urogenitali, il 5,3% per patologie digestive, il 4,5% per suicidio. Un secondo lavoro riporta “un tasso di mortalità in lesioni spinali del 18.5% nel primo anno 183 casi su 990 pazienti. La prevalenza delle cause di morte nel primo anno era per patologia polmonare ed embolia”, quindi “nel primo anno post lesione mielica un certo numero di pazienti vanno incontro alla morte, i dati sono intorno al 20-30%”, “Nell'ambito delle cause di morte esse si concentrano fondamentalmente come esito di quattro condizioni assai frequenti la insufficienza respiratoria, la insufficienza cardiocircolatoria, le patologie dell'apparato digerente a tutti i livelli ed infine le infezioni urinarie”.

Osserva poi il CTU che “Nel caso specifico del signor P. G. queste si sono presentate in tutta la loro gravità, creando una patologia multifattoriale, che durante gli 8 mesi post lesionali hanno costretto il paziente a vivere in precarie condizioni presso reparti di rianimazione, di post acuzie e di riabilitazione ed infine RSA. Quando il soggetto è stato trasferito in una struttura RSA, forse in maniera frettolosa data la storia clinica, e non ponderata tenendo conto dei fattori di rischio che presentava, la



morte è avvenuta nel giro di 48 ore senza che al momento della complicanza fosse presente un sanitario che forse avrebbe potuto prestare i soccorsi necessari”.

Dopo aver ribadito che *“complicanze oggettivamente presentatesi hanno trovato facile terreno su di un soggetto già fragile per”* la concomitante sussistenza dei fattori di rischio di cui sopra, il CTU ha così concluso: *“Dovendo giungere a delle conclusioni, posso ritenere che il decesso del signor P. G. (arresto cardiocircolatorio) possa essere ritenuto conseguenza probabile delle complicanze respiratorie e cardiache da lesione spinale T10-T11 aggravate ed agevolate da condizioni preesistenti AS e dal trauma toracico con fratture costali ed emotorace”.*

Dell'ulteriore conclusione secondo cui *“se la complicanza del decesso fosse accaduta in una struttura ospedaliera e non in un RSA, probabilmente avrebbe avuto un exitus differente (BRONCOAPSIRAZIONE, ASPIRAZIONE GASTRICA) e quindi si afferma che forse il trasferimento del paziente ancora instabile potrebbe essere stata troppo frettolosa”* non potrà tenersi conto, esulando tale indagine dal quesito posto al CTU, che, su richiesta dei ricorrenti, è stato meramente chiamato ad accertare la sussistenza o meno di nesso causale tra la complicanza midollare e la morte del paziente.

Peraltro, e ciò è dirimente, al momento delle dimissioni il paziente si trovava presso l'ospedale Torre Pedreira di Rimini, sicché tale ulteriore riscontrato profilo di colpa medica non è imputabile ai sanitari della convenuta.

Quindi, il CTU, facendo uso delle proprie competenze specialistiche, afferma la riconducibilità causale dell'evento morte, in base alla scienza medica, alle complicanze respiratorie e cardiache da lesione spinale. Spettano, però, al giudice, a questo punto, le valutazioni giuridiche sia in punto di nesso di causalità tra l'evento morte e la condotta omissiva dei sanitari sia in punto di colpa.

Innanzitutto, con riferimento al nesso di causalità, si mette in evidenza come le conclusioni cui è pervenuto il CTU siano chiare nel senso di stabilire - seppure non in termini di certezza ma di probabilità - che le *“complicanze respiratorie e cardiache da lesione spinale”* siano la causa della morte del paziente, anche se non in via esclusiva ma concorrente con le condizioni preesistenti (spondilite anchilosante e trauma toracico), le quali hanno aggravato e agevolato l'insorgenza di tali complicanze.

Pertanto, escluso che tali condizioni preesistenti siano state da sole sufficienti a cagionare l'evento, il principio di equivalenza causale impone di ritenere le suddette complicanze - pur se in concorso con altri fattori causali - *condicio sine qua non* dell'evento morte.

Tale evento va ora riportato alla condotta omissiva dei sanitari che ebbero in cura P. al momento del primo accesso al pronto soccorso il 4.8.2016.



Sentenza n. 963/2022 pubbl. il 08/08/2022
RG n. 5257/2020
Repert. n. 2358/2022 del 08/08/2022

Ebbene, alla luce delle conclusioni del CTU di cui si è appena detto, è ora agevole operare il giudizio doppiamente controfattuale proprio della causalità omissiva ed affermare che – se le “*complicanze respiratorie e cardiache da lesione spinale*” sono la causa del decesso – la condotta doverosa omessa (consistente nell’effettuazione di indagini diagnostiche più specifiche, che avrebbero rivelato la presenza di fratture ossee e consentito una tempestiva stabilizzazione chirurgica) avrebbe evitato l’insorgenza della lesione spinale e delle correlate complicanze e di conseguenza anche il decesso.

Così accertato il nesso di causalità tra l’omissione dei sanitari e la morte, si addivene all’ultima verifica necessaria, quella relativa alla sussistenza della colpa, da svolgersi, in questo caso, con il dovuto rigore. Infatti, mentre ai fini della risarcibilità del danno biologico richiesto *iure hereditatis*, il paradigma normativo di riferimento è quello della responsabilità contrattuale – rispetto alla quale si può discutere se costituisca un’ipotesi di responsabilità oggettiva ovvero per colpa presunta -, rispetto al danno da lesione del rapporto parentale richiesto *iure proprio* dai congiunti della vittima, la responsabilità della struttura sanitaria convenuta è certamente di natura extracontrattuale, non essendo invocabile la figura dei cd. “terzi protetti dal contratto”, il cui ambito d’applicazione è da ritenersi circoscritto ai soli “wrongful birth damages” (vedasi, da ultimo, Cass. 26 luglio 2021, n. 21404; Cass. Sez. 3, sent. 8 luglio 2020, n. 14258; Cass. Sez. 3, sent. 6 marzo 2020, n. 14615).

Di conseguenza, l’onere di provare la sussistenza dell’elemento soggettivo dell’illecito grava sul danneggiato che pretende di essere risarcito.

In punto di accertamento della colpa, la più recente giurisprudenza di legittimità afferma che “*Ai fini della responsabilità risarcitoria ex art. 2043 c.c. per omissione, non è sufficiente la sussistenza di un obbligo giuridico di impedire l’evento dannoso quale criterio oggettivo integrante il nesso di causalità materiale, ma occorre altresì un criterio soggettivo di imputazione della responsabilità relativo ad un addebito quantomeno colposo all’agente*” (Cass., Sez. 3 - , Ordinanza n. 3294 del 03/02/2022 Rv. 663775 - 01).

Ebbene, nel caso di specie – indiscussa la sussistenza in capo ai sanitari di un obbligo giuridico di impedire l’evento lesivo, ed accertata da parte del CTU la violazione delle regole dell’arte dai parte degli stessi – si ritiene che, considerata l’età del paziente (79 anni), le pregresse patologie di cui egli era affetto e di cui i sanitari erano a conoscenza (tra le quali la spondilite anchilosante, foriera di rischi specifici rispetto agli eventi poi concretizzatisi), la natura dell’incidente (caduta da una scala), la particolare zona del corpo urtata dal soggetto (la schiena), l’evento morte del paziente quale conseguenza delle complicazioni insorte in seguito al sinistro fosse – in base alla regola di giudizio del “più probabile che non”- concretamente



prevedibile dai sanitari, tenuto conto anche del livello di diligenza esigibile dagli stessi.

Quanto al giudizio di evitabilità, da condursi applicando il criterio dell'“aumento del rischio” – essendo l'attività medica governata da regole cautelari il cui rispetto non può mai assicurare l'evitabilità dell'evento, ma solo la riduzione del rischio di sua verificaione – si osserva come l'omessa diagnosi ed il conseguente ritardato intervento terapeutico abbiano certamente aumentato il rischio di verificaione dell'evento morte; così come la condotta doverosa omessa avrebbe, al contrario, ridotto il rischio di esito infausto.

Così accertata la sussistenza dell'elemento soggettivo, si può, infine, passare alla valutazione della sussistenza dei danni conseguenza di cui si richiede il risarcimento.

Preliminarmente, giova ricordare come, in tema di danno non patrimoniale derivante da morte causata da un illecito, *“escludendo che sia possibile limitare la «società naturale», cui fa riferimento l'art. 29 Cost., al ristretto ambito della sola c.d. famiglia nucleare, questa Corte ha avuto già occasione di precisare che il danno da perdita del rapporto parentale, in quanto danno iure proprio dei congiunti, è risarcibile ove venga provata l'effettività e la consistenza di tale relazione, e in particolare l'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto, non essendo al riguardo richiesto che essa risulti caratterizzata altresì dalla convivenza, quest'ultima non assumendo a connotato minimo di relativa esistenza”* (Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 18284 del 25/06/2021 Rv. 661702 - 01).

Ciò premesso, in ordine alle singole posizioni dei ricorrenti, si osserva quanto segue.

Per la coniuge R. G. ed il figlio M. P., provata la relazione di parentela, nonché, con riferimento alla coniuge, la convivenza (mediante produzione della dichiarazione di successione), i capitoli di prova, formulati al fine di dimostrare la consistenza dei rapporti intercorrenti con il *de cuius*, sono stati reputati superflui, in quanto anche una eventuale conferma degli stessi da parte dei testi comunque non avrebbe rivelato l'esistenza di relazioni diverse da quelle normalmente intercorrenti tra coniugi o tra padre e figlio, che quindi ben possono ritenersi provate per presunzione.

Cionondimeno, le allegazioni di parte ricorrente sulle modalità di svolgimento dei suddetti rapporti fungeranno da utili parametri per la quantificazione del risarcimento.

Per i nipoti D. D. P. e J. P. e la nuora D. D., pur essendo documentalmente provato il rapporto di parentela tra i due nipoti e la vittima, e presumendosi il rapporto di affinità tra la nuora e il *de cuius* (essendo provata la sola convivenza e non anche il vincolo di coniugio tra D. D. e M. P.), non si è ritenuto di espletare l'istruttoria orale in quanto le allegazioni che i ricorrenti hanno chiesto di poter confermare tramite prova per testimoni rappresentano l'esistenza di relazioni non caratterizzate da quella consistenza ed effettività



Sentenza n. 963/2022 pubbl. il 08/08/2022
RG n. 5257/2020
Repert. n. 2358/2022 del 08/08/2022

che la giurisprudenza di legittimità richiede perché possa ritenersi sussistente un danno da perdita del rapporto parentale che sia giuridicamente rilevante e meritevole di tutela risarcitoria.

Nel caso di specie, infatti, dopo il trasferimento della famiglia di M. P. a Rimini, avvenuto nel corso del 2009, i nipoti e la nuora erano soliti incontrare il *de cuius* con una frequenza ridottissima pari a sole due volte al mese circa.

Sicché non appare superata quella soglia minima di intensità ed effettività del rapporto che consente di inferire dalla morte del congiunto – in base al meccanismo presuntivo - la produzione di un danno non patrimoniale apprezzabile nella sfera dei richiedenti.

Venendo, dunque, alla liquidazione, ai fini della quale si adottano come parametro di riferimento le specifiche tabelle elaborate dal Tribunale di Milano aggiornate a giugno 2022, si reputa equo riconoscere alla coniuge convivente R. G. la somma pari ad euro 120.000,00, in ragione dell'avanzata età della vittima al momento del decesso (80 anni) nonché della ancora più avanzata età della richiedente (88 anni)- in sintesi il “valore punto” 2022 della tabella genitori/figli/coniuge ed assimilati, pari ad euro 3.365,00 è stato moltiplicato per numero 34 punti (10 punti per età vittima primaria, 8 per età vittima

secondaria e 16 per convivenza) ed il risultato di 114.410 euro è stato arrotondato per eccesso a 120.000,00 visto che non sono stati attribuiti ulteriori punti per assenza altri familiari nel nucleo.

Al figlio M. P. può riconoscersi la somma pari ad euro 90.000,00, in considerazione dell'avanzata età della vittima, del trasferimento del figlio in altra città a far data dall'anno 2009 e della limitatissima frequenza degli incontri con il padre da tale momento e fino a quello del decesso (di circa tre volte al mese), che di per sé non sarebbe sufficiente ad integrare quel minimo di consistenza che il rapporto parentale deve necessariamente assumere affinché la sua lesione divenga suscettibile di risarcimento, ma che nel caso di specie è compensata dai contatti telefonici quotidiani che M. P. ha intrattenuto con suo padre – in sintesi il “valore punto” innanzi indicato è stato moltiplicato per 28 punti (10 punti per età vittima primaria e 18 per età vittima secondaria) ed il risultato di 94.220,00 ridotto per difetto a

90.000,00 per tener conto di quanto innanzi indicato circa il grado di effettività della relazione parentale.

Le somme così indicate sono già rivalutate in quanto il danno non patrimoniale è stato quantificato in applicazione di tabelle già attualizzate.

Non vanno, invece, riconosciuti interessi compensativi, non avendo parte ricorrente formulato specifica domanda in tal senso, né avendo allegato, così come sarebbe stato suo onere, l'esistenza di un danno e cioè



Sentenza n. 963/2022 pubbl. il 08/08/2022
RG n. 5257/2020
Repert. n. 2358/2022 del 08/08/2022

che la somma rivalutata che viene liquidata è inferiore a quella di cui avrebbe disposto alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo (cfr: Cass., sent. 22347 del 2007 e ord. 18654 del 2018).

Sulle somme riconosciute decorrono invece interessi nella misura legale dalla pronuncia al saldo.

Stante il parziale accoglimento delle domande di parte ricorrente, le spese di lite del presente giudizio nonché del procedimento di consulenza tecnica preventiva *ex art. 696 bis c.p.c.*, parametrate al valore della causa così come risultante all'esito della decisione, sono compensate parzialmente in ragione di un terzo.

Per i restanti due terzi le spese sono poste a carico di parte resistente in quanto soccombente principale.

Analogo criterio segue il riparto delle spese delle CTU svolte nell'ambito di entrambi i procedimenti.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando nella causa iscritta al R.G. n. 5257/2020, respinta ogni altra istanza, domanda ed eccezione, in parziale accoglimento delle domande di parte ricorrente:

- condanna **ASUR MARCHE** a corrispondere a **R. G., D. D. P. e J. P.**, pro quota ereditaria, la somma complessiva di euro 25.000,00, già attualizzata, oltre interessi legali dalla pronuncia al saldo;
- condanna **ASUR MARCHE** a corrispondere a **R. G.** la somma di euro 120.000,00, già attualizzata, oltre interessi legali dalla pronuncia al saldo;
- condanna **ASUR MARCHE** a corrispondere a **M. P.** la somma di euro 90.000,00, già attualizzata, oltre interessi legali dalla pronuncia al saldo;
- rigetta nel resto le domande;
- compensa le spese del procedimento di consulenza tecnica preventiva e del presente giudizio nella misura di un terzo;
- condanna **ASUR MARCHE** a corrispondere a parte ricorrente, a titolo di rimborso dei restanti due terzi delle spese di lite, per detta percentuale, la somma di euro 2.430,00 per compenso professionale relativo alla fase di consulenza tecnica preventiva e la somma di euro 8.953,33 per compenso professionale relativo al presente giudizio, oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CPA come per legge, oltre anticipazioni ridotte in pari misura;
- pone le spese di CTU di entrambi i procedimenti definitivamente a carico di parte



Sentenza n. 963/2022 pubbl. il 08/08/2022
RG n. 5257/2020
Repert. n. 2358/2022 del 08/08/2022

ricorrente nella misura di un sesto e di parte resistente nella restante misura di cinque
sesti.

Ancona 8 agosto 2022

Il Giudice
dott. Sergio Casarella

Provvedimento redatto con la collaborazione del M.O.T. dott.ssa Maria Elena Faleschini

