

TRIBUNALE di RIETI - sentenza n. 425 del 18 settembre 2023

MALPRACTICE MEDICA: LA QUESTIONE DEL RISARCIMENTO DEL DANNO “DIFFERENZIALE”

Quando un paziente già compromesso nell'integrità fisica si sottoponga ad un intervento che, per cattiva esecuzione, determini una compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata in caso di riuscita dell'intervento, ai fini della liquidazione del danno col sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, cui va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità ineliminabile. A deciderlo è il Tribunale Rieti, con la sentenza n. 425 del 2023.

TRIBUNALE ORDINARIO di RIETI - SEZIONE CIVILE

Il Tribunale in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott. GIANLUCA MORABITO, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 476 /2020 promossa da:

S.M. (C.F. (...)), S.M. (C.F. (...)), F.B. (C.F. (...)) E M.M. (C.F. (...)), con il patrocinio dell'avv. LEONARDO BUGIOLACCHI, elettivamente domiciliati presso il suo studio in Roma, Piazza Giuseppe Mazzini 8, come da procura in calce al ricorso

RICORRENTI

CONTRO

ASL (P.IVA (...)), con il patrocinio dell'avv. Antonio Perelli, elettivamente domiciliata in Rieti, Via Cintia n. 55, come da procura in calce alla comparsa di costituzione

RESISTENTE

E NEI CONFRONTI DI

B.H.I. LIMITED (C.F. (...)), con il patrocinio dell'avv. Massimiliano Scipioni, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. Massimo Romeo in Roma, via Agostino Richelmy n. 38, come da delega rilasciata su foglio separato

TERZA CHIAMATA IN CAUSA

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato i Sig.ri S.M., S.M., F.B., M.M. convenivano in giudizio davanti a questo Tribunale la A. di R. esponendo tra l'altro: che il Sig. S.M. in data 9.03.2014 alle ore 20:15 circa era stato accolto presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero S. Camillo de Lellis di Rieti - Struttura complessa Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (struttura sanitaria afferente alla A.R.), pervenutovi a mezzo del servizio A.; che nel certificato di Pronto Soccorso alla sezione "Anamnesi" era annotato: "pz conferito da A. per verosimile intossicazione alcolica, verbalizzato rapporto di terzi relativo a presunta caduta del giovane apparentemente in ubriachezza in scarpata. Il pz nega dolore di alcun livello, riferisce as-

sunzione di circa 1 litro di vino, successivamente rammenta vomito": che nella scheda di soccorso redatta dall'Ares alla voce "Diagnosi presunta" risultava: "Stato soporoso. Riferiscono caduta. Intossicazione etilica"; che nonostante risultasse dai documenti che il Sig. S.M. era stato vittima di una caduta, non era stato disposto altro accertamento diagnostico se non un prelievo di sangue che aveva fatto propendere superficialmente il medico di P.S. per diagnosi di "Stato confusionale da abuso alcolico"; che in tale situazione, trascorse appunto circa 6 ore dall'accettazione in Pronto Soccorso, lo stesso medico che aveva posto la diagnosi iniziale e disposto il prelievo ematico (e che, a quanto risultante dalla cartella clinica, era l'unico ad avergli prestato assistenza, per l'intera durata della permanenza presso la struttura sanitaria), alle ore 2.36 del 10 marzo 2014, avendo ravvisato la "remissione della sintomatologia riferibile a stato confusionale" ed avendo ritenuto di valutare, sulla base di esame obiettivo, un GCS pari a 15, aveva optato per la dimissione; che nel frattempo il Sig. M. era stato raggiunto dai suoi genitori e durante le dimissioni la madre aveva chiesto al medico se fosse stato verificato il dolore tra il collo e la nuca a lei subito evidenziato dal figlio; che a quel punto il medico si era rivolto al paziente chiedendogli: "Ma perché hai male al collo" e ricevendo risposta affermativa aveva preso la sua testa tra le mani scuotendola per poi dire: "Si tratta di una distrazione, piuttosto non bere più ecc. ecc...", iniziando la "paternale"; che nella sezione "Note e prescrizioni" del certificato di P.S., nonostante fosse nota la circostanza della caduta, nessuna raccomandazione era stata posta per il caso in cui si fossero manifestati sintomi quali stato soporoso, vomito etc., ma si era rinvenuta solo una paternale nei confronti del ragazzo (testualmente: "profittare della circostanza per trarre insegnamento sull'assunzione in modo appropriato di alcolici"); che il ragazzo, frettolosamente e con grave negligenza, era stato dimesso, facendo rientro nella propria residenza in Roma, dove aveva presentato lieve stato di stordimento e nella serata dello stesso giorno, oltre ad essere inappetente, un leggero rialzo febbrile; che nel primo mattino del giorno 11.03.2014 i genitori, entrati nella camera del M., lo avevano trovato in stato fortemente soporoso, che digrignava i denti, si presentava scarsamente rispondente agli stimoli e manifestava bava alla bocca e vomito, per cui, insospettiti, avevano deciso immediatamente di condurlo presso il Policlinico Gemelli di Roma; che ivi il ragazzo era stato immediatamente sottoposto ad accertamenti, dai quali erano emersi "focolai emorragici intraparenchimali multipli bilaterali, falda ematica subdurale fronto-temporale sinistra, ematoma intraparenchimale ponto-mesencefalico" trattati nell'ambito di un ricovero durato dall'11 marzo al 7 aprile 2014; che durante la degenza al Policlinico, come evincibile dalla lettera di dimissioni, il paziente era stato sottoposto a seriali controlli TC e ad una RM del cranio documentanti l'evoluzione dei focolai emorragici cerebrali, tra cui di particolare rilievo la TC Cranio, Angio-Tc cranio e TC colonna vertebrale, dalle quali erano risultati "alcuni focolai emorragici recente intraparenchimali in sede corticale temporale sinistra, il maggiore nel giro temporale medio (...) ulteriori focolai nel giro frontale omolaterale, prevalentemente sotto corticali, delle dimensioni massime di circa 20mmXmm, associati a piccola quota di esame vaso genico adiacente (danno diffuso emorragico) Sottile falda ematica subdurale è inoltre apprezzabile in sede fronto-temporale sinistra. In sede sottotentoriale si segnala ematoma intraparenchimale che interessa il mesencefalo ed il ponte localizzato prevalentemente nella porzione dorsale della metà sinistra del mesencefalo e del ponte localizzato prevalentemente nella

porzione dorsale della metà sinistra del mesencefalo e del ponte, con piccola quota ematica dispostalongo la parte laterale del VI ventricolo; si associa ipodensità del parenchima tronco tronco-encefalico in adiecenza all'ematoma, rigonfiamento del ponte e del mesencefalo, con scarsa apprezzabilità delle cisterne perimesencefaliche bilateralmente"; che dopo essere stato dimesso con diagnosi "multipli focolai emorragici cerebrali post-traumatici " e "abuso di alcolici", lo stesso giorno (7 aprile 2014) il M. era stato ricoverato presso la Fondazione S.L. per lo svolgimento di riabilitazione e cure; che l'obiettività all'ingresso aveva evidenziato "lieve deficit del VI nervo cranico sin con riferita diplopia; disfagia per i liquidi, disartria con voce strascicata, Ipoestesia tattile emisoma dx, maggiormente all'arto superiore. Lieve Mingazzini agli arti di sinistra: tremore marcato del capo e degli arti (maggiore agli superiori e a sn); necessita di aiuto per il controllo del tronco da seduto e per mantenere l'ortostatismo per la presenza di marcato tremore; atassia marcata del tronco in ortostatismo, non è possibile la deambulazione. Disturbo di coordinazione agli arti superiori che peggiora alla chiusura degli occhi"; che in data 13 giugno 2014 il paziente era stato dimesso dalla Fondazione S.L. e ricoverato nuovamente presso il Policlinico Gemelli, dove l'esame obiettivo neurologico aveva evidenziato in particolare "...disturbo di produzione del linguaggio di tipo disartrico con ipoarticolazione , stazione eretta e deambulazione possibile solo con appoggio bilaterale, di tipo pareto-spastico eretta e deambulazione possibile colo con appoggio bilaterale, di tipo paretospatico destra > sinistra ... movimenti involontari degli arti, del tronco e del capo indotti dall'attività motoria volontaria e per destra maggiore di sinistra, tali movimenti appaiono di ampia e media ampiezza, contenibili dall'assunzione di alcune posizioni e anche volontariamente"; che erano stati eseguiti controlli diagnostici strumentali, da cui erano risultati gli esiti del pregresso ematoma intraparenchimale mesencefalico e pontino; che in data 13 giugno 2014, il paziente era stato dimesso con programmazione di nuovo ciclo di riabilitazione neuromotoria presso struttura dedicata, per poi essere di nuovo ricoverato il 4 luglio 2014 con diagnosi di "tremore e s. atassica in esiti di trauma cranico con focolai emorragici multipli" e dimesso in data 4 settembre 2014 con indicazione degli obiettivi raggiunti: "il paziente ha presentato durante il ricovero un miglioramento della coordinazione e dell'atassia: lieve riduzione del tremore. Andatura atassica con l'ausilio di deambulazione semplice supervisione. Paziente dipendente nelle ADL": che il sig. M. si era da allora sottoposto a controlli periodici e terapie anche di supporto psicologico, in particolare a riabilitazione e fisioterapia e logopedica al D.G. e al centro Car per circa due anni, con mobilità possibile esclusivamente in carrozzina per più di un anno e mezzo, e poi con successive riabilitazioni fisioterapiche cicliche che duravano tutt'ora, nel numero di due tre cicli all'anno e necessitanti di essere eseguite permanentemente; che dalla memoria redatta dal Prof. D.D. e dal dott. C.G. risultava che le conseguenze sotto il profilo neurologico erano qualificabili in: "Sindrome parapareto-atassica e disartria con un DPTS di media entità" comportante un danno " differenziale" o "maggior danno" biologico valutabile nella misura del 40-50% del totale, in ragione del fatto che anche l'omesso intervento tempestivo di monitoraggio e terapia che avrebbe dovuto essere effettuato presso la struttura sanitaria afferente all'azienda resistente non avrebbe del tutto garantito che il paziente andasse essente da danni; che in data 25 marzo 2015 il sig. M. era stato riconosciuto invalido al 100% con indennità di compagno, con diagnosi "Sindrome parapare-

to-atassica e disartria, in esito a trauma cranico con molteplici focolai emorragici cerebrali"; che in data 22 maggio 2018 in sede di revisione del riconoscimento della I.C., la Commissione Medica lo aveva riconosciuto "INVALIDO CON TOTALE e permanente inabilità lavorativa" non più revisionabile, inoltre invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta; che palese era la responsabilità del personale sanitario del P.S. del Presidio Ospedaliero di Rieti e, per essa, ex artt. 1218 e 1228 c.c., della A. di R., per negligente e gravissima omissione di sottoposizione del sig. S.M. ad indagini diagnostiche strumentali nell'immediatezza del ricovero, a monitoraggi successivi, e per l'ancor più grave dimissione precoce, avvenuta a sole 6 ore dall'accesso in P.S., con chiaro errore diagnostico caratterizzato da superficialità, oltre che da gravi negligenza ed imperizia; che il sanitario di Pronto Soccorso appariva infatti essersi sin dall'inizio orientato per una diagnosi di intossicazione alcolica, a suo avviso confermata dagli esami ematici, per cui, avvenuta quella che si era verificata essere una remissione solo temporanea dei sintomi, aveva deciso di dimettere il giovane paziente, peraltro riempiendo lo spazio riservato alle note e prescrizione post-dimissioni con una "paternale" che a lui non certo competeva, laddove quello spazio avrebbe dovuto piuttosto contenere quella serie di indicazioni che vengono sempre seguite sulla base delle Linee guida e delle buone prassi per i casi di trauma cranico, anche lieve, vale a dire prestazione di particolare attenzione a sintomi quali vomito, stato soporoso, etc., del tutto omessi in questo caso; che la responsabilità per grave colpa omissiva era ancor più evidente se solo si pensava che sia dall'anamnesi riportata nel certificato di P.S., che nella scheda di soccorso A., la quale avrebbe dovuto obbligatoriamente, in base ai criteri di diligenza esigibile da un professionista medico di P.S., essere visionata dai sanitari del S. Camillo de Lellis, risultava la pressoché totale certezza che il sig. M. - probabilmente a causa dell'abuso alcolico - fosse caduto in una scarpata, come pure vi era la assoluta certezza, in quanto riportato nella scheda di soccorso Ares, che il paziente, al momento del prelievo da parte degli operatori del servizio A., si trovava in uno stato soporoso; che tale circostanza (caduta certa o anche meramente presunta) avrebbe dovuto obbligare, in maniera ancor più cogente, il personale sanitario a prendere in considerazione la probabilità che, a seguito della caduta, il M. avesse riportato un trauma cranico e/o altre lesioni interne, con la conseguenza che si sarebbe dovuta effettuare nell'immediatezza una TC del cranio, od anche una Tac total body, seguite da un'osservazione clinica di almeno 24 ore dal trauma (cfr. doc. 8, cit.); che il sig. S.M. aveva diritto al risarcimento integrale dal danno non patrimoniale subito in conseguenza dell'inadempimento di parte resistente, quantificato in un totale complessivo pari ad Euro 467.346,00 ovvero in altra somma, maggiore o minore, ritenuta di giustizia e comprensivo di adeguata personalizzazione; che dalla gravissima lesione subita dal sig. S.M. era derivato un relevantissimo danno non patrimoniale anche a suo padre S.M., rappresentato, nella specie, dal totale sconvolgimento delle abitudini familiari e di vita che da lunghi anni avevano caratterizzato il rapporto tra i due soggetti; che il gravissimo danno subito dal sig. S. aveva profondamente alterato, in senso negativo, il diritto del di lui padre, sig. S.M., a vedere realizzato lo sviluppo personale del figlio, vale a dire una delle ragioni per le quali aveva deciso di formare una famiglia ed avere figli (lesione degli artt. 2, 29 e e 30 Cost.); che identiche considerazioni valevano con riferimento alla posizione della madre F.B. e del fratello M.M.; che gli odierni ricorrenti tramite il proprio assistito avevano fat-

to richiesta di risarcimento danni all'A. di R., tramite pec che raccomandata; che in data 19 marzo il Sig. M. era stato sottoposto a visita medico legale presso il fiduciario incaricato dalla B.H.I. Limited (istituto assicuratore A. di R.); che verso la metà di ottobre 2019 era stata depositata la relazione del medico legale del fiduciario B., ma nonostante ripetuti solleciti, l'assicurazione non aveva provveduto a comunicare la valutazione relativa alla sussistenza di responsabilità dell'Azienda assicurata; che in data 24 febbraio 2020 la B. aveva reso noto che vi era stata una valutazione difforme tra quella del Comitato Valutazione Sinistri A. di R. e quella dell'incaricato della B.; che a questo punto, non volendo più procrastinare le trattative, in data 2 marzo 2020 si era provveduto ad inviare a mezzo pec istanza di mediazione al fine di soddisfare la condizione di procedibilità.

Concludevano i ricorrenti come di seguito: "Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, respinta ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione: a) in via principale, accertare e dichiarare la sussistenza, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., della responsabilità professionale del personale sanitario dell'Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti e, per essa, della odierna resistente, per i motivi esposti, e, per l'effetto, pronunciare condanna, sempre ai sensi dell'art. 1228 c.c. per il fatto dei propri dipendenti e/o ausiliari, al pagamento: 1) in favore del sig. S.M. della somma di Euro 467.346,00 a titolo di risarcimento del gravissimo danno non patrimoniale, o di quella diversa, maggiore o minore, che risulterà di giustizia, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal dì del fatto sino all'effettivo soddisfo, come da insegnamento di Cass. civ., SS.UU., n. 1712/1995; 2) in favore del sig. S.M. della somma di Euro 165.000,00, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da macrolesione del congiunto, o di quella diversa, maggiore o minore, che verrà ritenuta di giustizia, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal dì del fatto sino all'effettivo soddisfo come da insegnamento di Cass. civ., SS.UU., n. 1712/1995; 3) in favore della sig.ra F.B. della somma di Euro 165.000,00 a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da macrolesione del congiunto, o di quella diversa, maggiore o minore, che verrà ritenuta di giustizia, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal dì del fatto sino all'effettivo soddisfo come da insegnamento di Cass. civ., SS.UU., n. 1712/1995; 4) in favore del sig. M.M. della somma di Euro 161.711,00 a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da macrolesione del congiunto, o di quella diversa, maggiore o minore, che verrà ritenuta di giustizia, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dal dì del fatto sino all'effettivo soddisfo come da insegnamento di Cass. civ., SS.UU., n. 1712/1995; b) in via del tutto subordinata, per la denegata ipotesi che dovesse essere accertato che tra la condotta del personale sanitario dell'Ospedale S. Camillo de Lellis, afferente all'azienda resistente e l'evento lesivo occorso al sig. S.M., esitato nel gravissimo, penosissimo ed estremamente penalizzante danno subito, non si dovesse ritenere sussistente un'efficacia causale pari almeno al 51% delle probabilità di risoluzione positiva della patologia, accertare e dichiarare la sussistenza della responsabilità professionale del personale sanitario dell'ospedale reatino per i motivi esposti, e, per l'effetto, pronunciare condanna dell'Azienda resistente, ai sensi dell'art. 1228 c.c. per il fatto dei propri dipendenti e/o ausiliari, al pagamento, in favore degli attori, di somme a titolo di risarcimento del danno da "perdita di chance" in una misura parametrata sulla quota di chance perduta, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria

dal di del fatto sino all'effettivo soddisfo, come da insegnamento di Cass. civ., SS.UU, n. 1712/199 Con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio".

La AUS di R., costituitasi in giudizio, in via preliminare chiedeva autorizzarsi la chiamata in causa di B.H.I. Limited Rappresentanza Generale, al fine di essere dalla stessa tenuta indenne, nei limiti delle condizioni di polizza, da qualsivoglia pagamento di somme a favore di parte ricorrente e nel merito chiedeva rigettarsi ogni domanda di controparte in quanto infondata in fatto ed in diritto e comunque non provata.

La B.H.I. LTD, a sua volta costituitasi, in via preliminare e/o pregiudiziale chiedeva accertarsi e dichiararsi la nullità del ricorso ex art. 702-bis c.p.c. per carenza dei fatti posti a fondamento della domanda e per l'indeterminatezza dell'oggetto, con conseguente declaratoria della nullità dell'atto di citazione per chiamata di terzo notificata dalla Azienda A. di R. alla B. ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 163, terzo comma, nn. 3 e 4 e 164 c.p.c..

Nel merito, la terza chiamata in causa chiedeva in via principale: accertarsi l'inammissibilità ed infondatezza delle deduzioni in fatto di cui al ricorso; accertarsi l'insussistenza di alcuna responsabilità in capo alla A. di R. per mancanza di prova sul nesso causale tra evento e danno addebitato all'Ente; respingersi in quanto infondate in fatto ed in diritto, nonché inammissibili e/o improcedibili, le domande tutte formulate dai ricorrenti nei confronti della A. di R. ed assolversi interamente la medesima da ogni domanda.

In via subordinata e per la denegata e non creduta ipotesi di accoglimento delle domande nei confronti della convenuta A. di R. e, quindi, nei confronti della B.H., la Compagnia chiedeva accertarsi l'inesistenza del danno e/o la riduzione dei danni richiesti dai ricorrenti, in quanto non provati e, comunque, richiesti senza che ricorressero i presupposti o fosse stata fornita adeguata prova; accertarsi e dichiararsi tenuta, la odierna comparente B.H., a prestare la copertura assicurativa nei limiti dei precisi accordi negoziali assunti tra Assicurato e Assicurazione, in forza della polizza azionata, con particolare riferimento alla franchigia aggregata annua di Euro 2.000.000,00; accertarsi e dichiararsi, nella denegata ipotesi di accertamento di profili di corresponsabilità tra i sanitari coinvolti e della A. di R., le rispettive quote di responsabilità ai fini dell'azione di rivalsa ovvero regresso tra coobbligati ex art. 2055 cod. civ, con riferimento alla eventuale diseguale efficienza causale delle condotte accertate e con riparto, in termini percentuali, delle rispettive colpe e responsabilità.

In corso di causa veniva svolta CTU medica ed all'esito il Giudice tratteneva il fascicolo in decisione, previa assegnazione alle parti dei termini di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

In via preliminare, deve essere respinta la domanda della Compagnia di Assicurazioni terza chiamata, volta alla declaratoria di nullità ex art. 164 c.p.c. dell'atto di citazione e, quindi, dell'atto di chiamata di terzo.

Ed invero, la difesa dei ricorrenti ha chiarito in modo esauriente il petitum e la causa petendi della domanda svolta nei confronti della banca opposta, che viene espressamente qualificata come volta alla declaratoria della responsabilità professionale della A. di R. in ordine ai fatti di causa e alla conseguente condanna della stessa al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali dagli stessi subiti.

Del resto, a dimostrazione del pieno rispetto del principio del contraddittorio, deve evidenziarsi che la B.H.I. Limited sin dalla comparsa di risposta (di ben 28 pagine) preso compiutamente posizione sui fatti posti da parte ricorrente e da parte resistente a fondamento delle rispettive domande, chiarendo punto per punto le ragioni della asserita infondatezza dell'atto di citazione.

Ne segue l'inevitabile rigetto della domanda de qua.

Tanto premesso e passando al merito, occorre preliminarmente osservare che in tema di azione di risarcimento del danno da inadempimento o da inesatto adempimento contrattuale, ad avviso della giurisprudenza consolidata della Corte di Cassazione e nel solco della nota sentenza della Corte di Cassazione a Sezioni Unite n. 15333 del 2001, in applicazione dell'art. 1218 c.c. il creditore, fornita la prova del titolo dal quale trae fondamento la propria pretesa, ha il solo onere di allegare l'altrui inadempimento, mentre graverà sul debitore l'onere della prova del fatto estintivo dell'obbligazione, costituito dall'intervenuto esatto adempimento, in assenza della quale l'inadempimento potrà ritenersi provato.

Con specifico riguardo al tema della responsabilità professionale della struttura ospedaliera per violazione di obblighi connessi all'esecuzione di prestazioni di carattere sanitario, va ulteriormente osservato che l'accettazione del paziente in ospedale ai fini del ricovero comporta la conclusione tra le parti di un contratto cd. "atipico di spedalità", per effetto del quale la struttura sanitaria si obbliga verso corrispettivo, nei confronti del paziente, ad eseguire specifiche prestazioni - tra le quali, ma non in via esclusiva, l'intervento chirurgico - attraverso l'operato di propri sanitari ed a fornire ulteriori servizi di carattere accessorio, quali ad esempio la messa a disposizione del personale infermieristico, del personale paramedico e l'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie anche in vista di possibili complicazioni, nonché ulteriori prestazioni di carattere più prettamente "alberghiero" come vitto, alloggio ecc. (al riguardo si vedano, per tutte, Cass. civ. nn. 2042/2005; 13066/2004).

Ne consegue che la responsabilità della struttura sanitaria ha per l'appunto natura contrattuale e può scaturire tanto ex art. 1218 c.c. dall'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, quanto ex art. 1228 c.c. dall'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale della struttura, non rilevando in contrario neppure la circostanza che il medico sia stato scelto in quanto "di fiducia" del paziente.

Nella fattispecie, dalla documentazione versata in atti si evince l'intervenuto perfezionamento tra il sig. S.M. e la A.U. di R., a seguito del ricovero dell'attore presso il Presidio Ospedaliero S. Camillo De Lellis in data 09.03.2014, di un contratto di spedalità dal quale scaturiva l'obbligo, a carico dei sanitari incardinati nella struttura, di usare la diligenza particolarmente qualificata, di cui all'art. 1176, II co., c.c.: vi è, pertanto, la prova del titolo.

Quanto alla responsabilità, i ricorrenti hanno allegato significativi elementi in ordine alla gravità degli inadempimenti posti in essere dai sanitari, dei quali la struttura sanitaria è chiamata per l'appunto a rispondere ex art. 1228 c.c. ed alle conseguenze pregiudizievoli che ne sono derivate alla sig.ra M..

In tale prospettiva, il giudice ricorreva a CTU, i cui esiti - a sostanziale conferma delle relazioni tecniche depositate in atti dall'attore - hanno fornito la prova dell'inesatto adempimento, da parte dei sanitari inseriti nella struttura, dell'obbligazione professionale e del nesso causale tra i trattamenti medici malamente praticati ed i danni riportati dal sig. S.M..

Le conclusioni cui sono pervenuti gli ausiliari, in punto di condotta colposa dei sanitari e di nesso causale tra i gravi inadempimenti posti in essere dalla convenuta A. e i danni riportati dal paziente, appaiono esenti da vizi, logicamente e congruamente motivate e devono, pertanto, ritenersi pienamente condivisibili, risultando provati gli evidenti profili di negligenza, imprudenza ed imperizia a carico dei sanitari incardinati nella struttura.

Sul punto è, del resto, sufficiente osservare che per giurisprudenza costante (v., tra le tante, Cass. civ., Sez. II, n. 21504/2018): 1) ove il giudice di merito riconosca convincenti le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, non è tenuto ad esporre in modo specifico le ragioni del suo convincimento, poiché l'obbligo della motivazione è assolto già con l'indicazione delle fonti dell'apprezzamento espresso, dalle quali possa desumersi che le contrarie deduzioni delle parti siano state implicitamente rigettate; 2) il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento; non è, quindi, necessario che egli si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le conclusioni tratte.

Al riguardo, il dott. A.B. - medico chirurgo specialista in Neurologia - e il medico legale dott. C.R., sulla base della documentazione medica in atti, hanno premesso che il sig. M. "...in data 9.03.2014 ha riportato un trauma cranico con emorragie cerebrali multiple, compatibile con una caduta dal dirupo riferita da terzi ai sanitari del 118, che hanno prestato le prime cure".

In ordine alle condizioni attuali del paziente, i sanitari hanno evidenziato che "...il quadro neurologico allo stato attuale sia caratterizzato da esiti di pregressa emorragia cerebrale multipla compatibile con trauma cranico come riferito in anamnesi (precipitazione in stato di ebbrezza) complicato con deficit neurologico solo parzialmente regredito; persiste deficit motorio prevalentemente extra/para-piramidale con disartria, atassia e difficoltà di reclutamento muscolare prevalente degli arti di destra, e movimenti involontari brevi ed episodici dell'arto inferiore di destra destro a tipo mioclono da azione (emiballismo). Questi disturbi rispondono parzialmente al trattamento farmacologico, potenzialmente tossico, che necessita di periodici controlli oculistici e cardiologici. Tale quadro neurologico si sostanzia in un disturbo della deambulazione che risulta cauta ed instabile con limitazione delle prestazioni di "performance", oltre ad essere incidente sullo svolgimento manuale di alcune delle comuni attività di vita quotidiana; infine, sono presenti disturbi di grado lieve, quali difficoltà di deglutizione, deflessione del tono dell'umore, disestesie localizzate agli arti di destra oltre al dato strumentale di rare anomalie lente elettroencefalografiche (EEG)".

Quanto, nello specifico, alla condotta posta in essere dai sanitari, i CTU hanno accertato: che "...risultano piuttosto agevolmente individuabili comportamenti non conformi alle *leges artis*, nella gestione del traumatizzato cranico", posto che "Se è vero che al momento dell'accesso al

Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rieti non vi erano elementi oggettivi che potessero avvalorare la riferita caduta accidentale in una scarpata, i dati contenuti nel verbale A., unitamente a quelli acquisiti durante la visita clinica, avrebbero dovuto indurre i sanitari del PS a intraprendere il percorso diagnostico previsto per i traumi cranici minori a rischio alto"; che erano stati, infatti, rilevati: "a) una dinamica non nota, ma potenzialmente molto pericolosa; b) la perdita di conoscenza e l'amnesia per l'evento (soggetto trovato dai sanitari del 118 in stato soporoso); c) l'episodio di vomito riferito dal Sig. M. al sanitario del PS; d) l'abuso di alcol accertato anche laboratoristicamente; e) il riscontro all'ingresso di un GCS di 14".

Le sopra richiamate evidenze ad avviso degli specialisti "...avrebbero dovuto orientare verso l'esecuzione di un esame TC all'ingresso, un monitoraggio clinico non inferiore alle 24 ore, la ripetizione dell'esame TC prima della dimissione e il rilascio delle informazioni sul monitoraggio domiciliare del traumatizzato cranico".

Al contrario, "I sanitari si sono invece limitati a controllare le condizioni cliniche - descrivendone invero un miglioramento - per circa 6 ore e 25 minuti, tempo insufficiente per monitorare le possibili complicanze, senza eseguire i doverosi accertamenti strumentali e senza rilasciare all'atto della dimissione l'informativa in parola".

Evidenziano, ancora, i periti che "La lesività a livello cerebrale si sarebbe potuta verosimilmente evidenziare strumentalmente e clinicamente in epoca più precoce rispetto a quanto accaduto e forse già in sede di Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rieti, presso il quale l'allora paziente era stato trasportato a mezzo ambulanza" e che "In ogni caso risulta censurabile la condotta dei sanitari del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Camillo de Lellis i quali, in violazione delle linee guida in materia, non hanno eseguito un esame TC cerebrale e non hanno rispettato un congruo tempo di osservazione (24 ore), dimettendo in maniera intempestiva l'allora paziente senza rilasciare neanche l'informativa prevista per i traumatizzati cranici".

Ne discende, ad avviso dei consulenti (v. a pag. 26 della relazione), "...la sussistenza di un comportamento colposo da parte dei sanitari reatini" che "...appare un dato - a nostro avviso - evidente e comunque neanche esplicitamente contestato dai Consulenti dell'Assicurazione nel corso delle operazioni peritali".

La conclusione a pag. 29 della CTU è nel senso che "...risulta censurabile la condotta dei sanitari del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Camillo de Lellis i quali, in violazione delle linee guida in materia, non hanno eseguito un esame TC cerebrale e non hanno rispettato un congruo tempo di osservazione (24 ore), dimettendo in maniera intempestiva l'allora paziente senza rilasciare neanche l'informazione prevista per i traumatizzati cranici".

Alla luce delle considerazioni che precedono deve essere, in definitiva, accertata la responsabilità contrattuale dell'AUR, in ordine ai fatti di causa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1218 c.c., disposizione che a fronte del dimostrato inadempimento, pone a carico del debitore inadempiente l'onere di provare l'assenza di colpa e cioè che l'inadempimento sia stato determinato da impossibilità della prestazione per causa a sé non imputabile; prova nella specie non fornita dalla difesa della convenuta.

Venendo ora allo scrutinio del nesso causale tra l'inadempimento ascrivibile alla struttura sanitaria e le conseguenze lesive sofferte dal M., occorre rilevare che in caso di condotte che abbiano

dato luogo (come nel caso che ci occupa) ad eventi lesivi sul piano fattuale-fenomenico, la fattispecie si compone di una condotta (attiva o omissiva), di un danno evento (da intendersi come evento fattuale in sé lesivo di un interesse giuridicamente tutelato nella vita di relazione), di un nesso causale tra condotta ed evento, nonché infine di un danno-conseguenza, patrimoniale o non patrimoniale, causalmente ricollegabile al danno evento e che deve essere come tale provato, non potendo considerarsi in re ipsa per il semplice fatto del verificarsi dell'evento lesivo (Cass. civ. n. 10120/09).

Con specifico riguardo al tema dell'accertamento del nesso causale, si ritiene che in ambito di responsabilità civile (ma anche di responsabilità contrattuale, avuto riguardo all'accertamento del nesso tra condotta inadempiente ed evento lesivo) operino gli artt. 40 e 41 c.p., in base ai quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla scorta del quale, all'interno della serie causale, occorre dare rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione ex ante - del tutto inverosimili (Cass. civ. n. 12923/2015).

A ciò va, peraltro, aggiunto che anche in virtù delle diverse finalità al cui assolvimento risultano preposti il processo penale ed il processo civile - il primo ispirato ad una logica essenzialmente sanzionatoria, il secondo imperniato su una logica di carattere compensativo/riparatorio -, la causalità in materia civilistica deve essere distinta da quella penalistica, nel senso che nella prima, diversamente che nella seconda, vige il principio del "più probabile che non", mentre nel processo penale opera la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (al riguardo si veda, tra le altre, Cass. civ., Sez. III, n. 23933/2013); la diversità dei valori in gioco nei due tipi di processi giustifica, infatti, una differenza negli standard probatori ed il diverso livello di incertezza da assumersi come ragionevolmente accettabile (Trib. Reggio Emilia, 27.02.2014).

Tornando al caso che ci occupa, i CTU hanno rilevato che "la condotta omissiva ha comportato un ritardo diagnostico e terapeutico delle emorragie cerebrali, che sono state evidenziate soltanto il giorno 11.03.2014 presso il pronto Soccorso del Policlinico Gemelli di Roma" e che "una condotta diversa avrebbe potuto migliorare l'evoluzione clinica della lesività encefalica, influenzando sul decorso clinico e sulla prognosi neurologica".

Alla stregua delle considerazioni che precedono deve, pertanto, ritenersi che le condotte omissive poste in essere dai sanitari incardinati nella A. di R., come evidenziate dai CTU, abbiano concorso ad aggravare la patologia dalla quale risultava già affetto il sig. S.M. al momento del suo accesso presso l'Ospedale S. Camillo De Lellis di Rieti.

Con riguardo all'accertamento del nesso causale tra evento lesivo (aggravamento della condizione patologica già in atto nel paziente) e danni non patrimoniali allo stesso eziologicamente riconducibili, i consulenti hanno rilevato che "...la quota di danno iatrogeno riconducibile al ritardo diagnostico-terapeutico sia quantificabile nella misura dell'8% (intervallo compreso tra il 28% e il 35%)", laddove il 35% costituisce, evidentemente, l'invalidità permanente accertata e il 27% l'invalidità permanente che sarebbe comunque residua in capo al paziente con l'adozione di corrette modalità terapeutiche.

In proposito, i CTU hanno specificato che "Pur nelle difficoltà valutative rappresentate più estesamente in sede di considerazioni medico-legali, si ritiene che il ritardo diagnostico-terapeutico

abbia determinato un prolungamento dei periodi di malattia e di convalescenza, quantificabili rispettivamente in giorni 60 di incapacità temporanea assoluta e in giorni 120 di incapacità temporanea parziale al 50%. L'attuale quadro - caratterizzato da deficit motorio prevalentemente extra/para-piramidale con disartria, atassia e difficoltà di reclutamento muscolare prevalente degli arti di destra, movimenti involontari brevi ed episodici dell'arto inferiore di destra destro a tipo mioclono da azione (emiballismo), difficoltà deambulatorie, lieve disfagia e sintomatologia depressiva - è nel complesso valutabile nella misura del 35%. La quota di maggior danno iatrogeno è valutabile nella misura dell'8% (intervallo compreso tra 28% e 35%)".

Ai fini della liquidazione equitativa del danno non patrimoniale scaturente dalla lesione dell'integrità psico-fisica ex artt. 1226 e 2056 c.c., si ritiene di applicare le tabelle in uso al Tribunale di Milano aggiornate all'anno 2022, anche a seguito della nota sentenza della III Sez. della Corte di Cassazione n. 12408 del 7.06.2011, che ha individuato nei valori di riferimento per la liquidazione del danno alla persona adottati da detto Tribunale, i parametri da ritenersi equi e cioè in grado di garantire la parità di trattamento e da applicare in tutti i casi in cui la fattispecie concreta non presenti circostanze idonee ad aumentarne o a diminuirne l'entità.

Ciò posto, ai fini della quantificazione dell'ammontare del risarcimento dovuto deve, peraltro, osservarsi che ad avviso della giurisprudenza di legittimità, nell'ipotesi (che qui ci occupa) di danno cd. "iatrogeno differenziale" - consistente nell'aggravamento della patologia, o in una nuova patologia, conseguenza dell'inadempimento del sanitario, che si sarebbe verificata in misura minore in ragione della preesistente condizione del paziente al momento dell'accettazione - non può procedersi al calcolo del danno semplicemente sottraendo dalla percentuale di invalidità permanente in concreto verificatasi a seguito dell'errore medico la percentuale che comunque si sarebbe venuta a determinare anche in assenza di malpractice dei sanitari ed associando il valore monetario derivante dall'applicazione delle tabelle alla risultante così ottenuta.

Al riguardo è stato, infatti, osservato che "In tema di responsabilità medica, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residua anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario" (Cass. Civ. n. 6341/2014).

È errato, in sostanza, calcolare l'importo del danno effettuando l'operazione aritmetica sulle percentuali di invalidità, in quanto l'operazione corretta va fatta sul montante risarcitorio ricavabile dall'applicazione delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano, posto che in tali ipotesi l'ammontare del danno riconducibile alla responsabilità dei sanitari non corrisponde al punto risultante dalla differenza tra le due percentuali, ma va stabilito operando, per l'appunto, la differenza tra il montante risarcitorio contemplato dal sistema tabellare milanese per l'invalidità di cui è in concreto portatore il paziente e quello corrispondente all'invalidità ineliminabile e normalmente risultante dal trattamento medico (intervento chirurgico o altro): in tale prospettiva si rende, pertanto, necessario "prima" liquidare il danno in Euro e "poi" effettuare le operazioni

aritmetiche, non già effettuare i calcoli utilizzando i numeri delle percentuali di invalidità (v., da ultimo, App. Venezia, Sez. IV, 16.10.2017).

In applicazione delle sopra indicate coordinate ermeneutiche occorrerà, allora, in prima battuta procedere alla traduzione in termini monetari dell'invalidità permanente "effettiva" riscontrata dal CTU in capo all'attore in misura pari, appunto, al 35%: invalidità che tenuto conto dell'età (20 anni) del sig. M. all'epoca dei fatti di causa ed in applicazione delle citate tabelle milanesi, determinerebbe l'importo di Euro 229.177,00 all'attualità.

Può quindi passarsi a calcolare l'importo corrispondente all'invalidità del 27% (avendo i CTU considerato 8 punti percentuali di invalidità, quale "intervallo compreso tra 28% e 35%") che sarebbe residua in capo all'attore se il trattamento fosse stato correttamente eseguito e che risulterebbe - sempre in applicazione delle tabelle milanesi - pari a Euro 171.018,00 all'attualità.

A questo punto, si rende necessario effettuare la sottrazione tra le predette somme (Euro 229.177,00 - Euro 171.018,00), la cui risultante di Euro 58.159,00 costituisce, in definitiva, l'importo del danno non patrimoniale liquidabile a tale titolo all'attualità in favore del M., quale conseguenza dalla accertata lesione dell'integrità psico-fisica per la quota riconducibile all'operato dei sanitari incardinati nella struttura ospedaliera.

La difesa di parte attrice ha chiesto, peraltro, liquidarsi un ulteriore importo a titolo di personalizzazione del danno non patrimoniale asseritamente derivante dalla perdita - sotto molteplici profili - delle possibilità realizzatrici del M. in conseguenza della grave invalidità sofferta.

Al riguardo, deve rilevarsi che in base all'orientamento della giurisprudenza di legittimità, se è vero che la voce di danno tradizionalmente qualificato come "morale" può senz'altro trovare ristoro, è tuttavia altrettanto vero che la relativa liquidazione, in aggiunta a quella del danno biologico, è consentita - alla luce dei principi generali in tema di onere della prova - non in virtù di un mero automatismo, ma soltanto laddove il danneggiato allegghi tutte le circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza/turbamento e la prova degli stessi, anche mediante lo strumento delle presunzioni (v., da ultimo, Cass. civ. n. 17209/2015).

Sul tema, per giurisprudenza costante (v., per tutte, Cass. civ., Sez. III, n. 5243/2014), una volta esclusa la praticabilità della liquidazione separata di danno biologico e danno morale, si deve pervenire ad una liquidazione unitaria che tenga conto anche di questa peculiare componente a connotazione soggettiva.

Uno dei modi possibili per pervenire, necessariamente sempre in via equitativa, a questa liquidazione unitaria è l'adozione di tabelle che includano nel punto base la relativa considerazione, dando perciò per presunta - quindi, in media, generalizzata, secondo l'id quod plerumque accidit - l'esistenza di un tale tipo di pregiudizio, pur se non accertabile per via medico-legale, operando perciò non sulla percentuale di invalidità, bensì con aumento equitativo della corrispondente liquidazione.

Così opinando, la liquidazione c.d. tabellare ben può considerare anche la componente prettamente soggettiva data dalla sofferenza morale conseguente alla lesione della salute, sia pure in una dimensione, per così dire, standardizzata, come risulta essere stato fatto con le tabelle elabo-

rate dal Tribunale di Milano, alla stregua delle esplicazioni fornite in occasione della loro diffusione.

Tornando al caso che ci occupa, l'importo liquidato a titolo di danno non patrimoniale da lesione dell'integrità psico-fisica in base alle tabelle milanesi già tiene conto, per l'appunto, di detta componente standardizzata di personalizzazione del danno.

A tale componente può, peraltro, aggiungersi una ulteriore personalizzazione - come previsto nelle stesse tabelle - ove si dimostri che in conseguenza della particolare condizione soggettiva venutasi a determinare per effetto dell'evento lesivo, il paziente abbia subito strascichi ulteriori, sul piano della sofferenza personale, rispetto a quelli normalmente derivanti da fatti del tipo di quello per cui è causa.

Nel caso che ci occupa, non v'è dubbio che l'aver l'attore visto pregiudicata in via definitiva - in conseguenza della patologia dalla quale lo stesso è affetto, al cui aggravamento ha concorso la condotta della A. - la possibilità di realizzare la propria persona e le proprie aspirazioni, abbia provocato nel sig. M. la lesione del diritto costituzionalmente tutelato alla libertà di autodeterminazione in ordine alle proprie scelte esistenziali, ex art. 2 Cost., in termini di perdita, appunto, delle possibilità realizzatrici della persona umana, irrimediabilmente ed inevitabilmente pregiudicate dall'evento traumatico di che trattasi, che ad ogni evidenza ha comportato l'estrema difficoltà, per l'attore, di compiere attività anche semplici della vita quotidiana implicanti la necessità di movimento fisico e di orientamento nello spazio, così limitando lo spettro delle possibilità e condizioni di realizzazione cui lo stesso legittimamente aspirava.

In definitiva, la obiettiva gravità delle lesioni complessivamente riportate dal paziente, il persistere delle problematiche a distanza di anni dalla data del ricovero, il successivo riconoscimento della condizione di invalidità al 100%, con ogni conseguenza anche sul piano delle relazioni sociali e gli inevitabili strascichi della problematica inevitabilmente incidenti sulla qualità della vita quotidiana del sig. M., inducono - tenuto conto della quota di invalidità riconducibile all'operato della A. che ha, comunque, concorso a produrre detto pregiudizio - a ritenere ulteriormente personalizzabile il montante risarcitorio sino ad un totale di Euro 70.000,00, in tale importo dovendo ritenersi, per l'appunto, ricompreso il danno cd. "morale" in applicazione del principio generale di onnicomprensività del risarcimento del danno, sposato dalla più recente giurisprudenza di legittimità (Cass. civ., SS.UU., n. 26972/2008), secondo cui il danno patrimoniale costituisce, per l'appunto, una categoria ampia ed onnicomprensiva all'interno della quale non sono ammissibili ulteriori sotto distinzioni, se non con valore meramente descrittivo.

I CTU hanno, altresì, accertato che i ritardi e le omissioni ascrivibili ai sanitari della A. di R. hanno influito "...anche sulla durata della malattia e della lunga convalescenza con i relativi trattamenti riabilitativi..." e che "Esaminato il decorso clinico e il carteggio in atti, si possono quindi riconoscere un danno biologico temporaneo assoluto di 60 giorni e un danno biologico temporaneo parziale al 50% di 120 giorni".

Il totale dovuto in favore dell'attore a titolo di danno non patrimoniale da lesione dell'integrità fisica sub specie di invalidità temporanea ammonta, quindi, a Euro 11.880,00, di cui Euro 5.940,00 per 60 giorni di inabilità temporanea assoluta ed Euro 5.940,00 per 120 giorni di inabilità temporanea parziale al 50%.

In definitiva, conformemente all'impostazione della giurisprudenza della Corte di Cassazione (n. 12408/2011, cit.) e delle citate tabelle milanesi circa la natura necessariamente onnicomprensiva della liquidazione del danno non patrimoniale, il totale dovuto in favore dell'attrice a tale titolo ammonta a complessivi Euro 81.880,00 all'attualità (Euro 70.000,00 + Euro 11.880,00).

Oltre alla sorte capitale così come sopra complessivamente liquidata competono gli interessi, intesi, a mente dei noti principi sanciti dalla S.C. con sent. n. 1712/1995, come "lucro cessante", computabili sui singoli scaglioni annualmente rivalutati secondo il criterio indicato nella stessa pronuncia, pari al rendimento che presumibilmente la persona danneggiata avrebbe ricavato dalle somme dovute, se le avesse tempestivamente percepite, utilizzandole nei più comuni sistemi di investimento, venendo pacificamente in considerazione un debito di valore, per un totale dovuto all'attualità (comprensivo di sorte capitale, rivalutazione e lucro cessante come sopra determinato) di Euro 87.527,75.

Nulla compete a titolo di danno patrimoniale, non essendo state riscontrate spese mediche, né compete alcunché in relazione a terapie riabilitative, leggendosi a pag. 30 delle conclusioni della CTU, tra l'altro, che "È verosimile che nel futuro il Sig. M. dovrà sostenere spese per terapie riabilitative di mantenimento. Terapie che sarebbe stato chiamato a praticare in ogni caso per le conseguenze lesive del trauma cranico e a prescindere dalla componente di danno iatrogeno" e difettando, pertanto, il nesso causale tra l'inadempimento della convenuta e detti esborsi.

In conclusione, la AUS di R. dovrà essere condannata a corrispondere a S.M., per i titoli di cui sopra, il suddetto importo di Euro 87.527,75, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale.

Sul totale delle somme così liquidate per sorte capitale ed interessi competono, infine, gli interessi legali, con decorrenza dalla data della presente decisione al saldo, ex art. 1282 c.c..

Con riguardo alle domande di risarcimento dei danni asseritamente sofferti iure proprio da S.M. (padre di S.), F.B. (madre) e M.M. (fratello) occorre, viceversa, chiamare in causa l'istituto della responsabilità extracontrattuale, atteso che i suddetti prossimi congiunti del paziente non hanno avuto alcun rapporto negoziale diretto con la struttura sanitaria in cui lo stesso stava ricoverato e possono, pertanto, far valere la violazione, da parte della struttura sanitaria, non di una specifica obbligazione contrattuale, bensì del dovere generico di *neminem laedere* nella vita di relazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2043 c.c..

Tanto premesso, ritiene il Tribunale che dette domande non possano trovare accoglimento, per le ragioni di seguito esposte.

Sul tema, va premesso che ai prossimi congiunti di persona che abbia subito, a causa di fatto illecito, lesioni personali, può spettare anche il risarcimento del danno non patrimoniale concretamente accertato da lesione del rapporto parentale, in relazione ad una particolare situazione affettiva della vittima, non essendo ostativo il disposto dell'art. 1223 c.c., in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso e che in tal caso, traducendosi il danno in un patema d'animo ed anche in uno sconvolgimento delle abitudini di vita del soggetto, esso non è accertabile con metodi scientifici e può essere accertato in base a indizi e presunzioni che, anche da soli, se del caso, possono essere decisivi ai fini della sua configurabilità (Cass. civ., Sez. III, n. 13540/2023; già Cass. n. 8546 del 2008).

Si è osservato, ad esempio, che in tema di danni conseguenti a sinistro stradale, il danno "iure proprio" subito dai congiunti della vittima non è limitato al solo totale sconvolgimento delle loro abitudini di vita, potendo anche consistere in un patimento d'animo o in una perdita vera e propria di salute. Tali pregiudizi possono essere dimostrati per presunzioni, fra le quali assume rilievo il rapporto di stretta parentela esistente fra la vittima ed i suoi familiari che fa ritenere, secondo un criterio di normalità sociale, che essi soffrano per le gravissime lesioni riportate dal loro prossimo congiunto (Cass. n. 11212 del 2019; Cass. n. 7748 del 2020).

Si opina, infine, nel senso che sul punto non sussista, in effetti, alcun "limite" normativo per il danno da lesione del rapporto parentale, nel senso che possa sussistere soltanto se gli effetti stabiliti dal danno biologico sul congiunto siano particolarmente elevati (Cass. n. 1752 del 2023).

Tornando al caso che ci occupa, ad avviso del giudicante difetta il nesso causale tra l'inadempimento della convenuta A. e i danni non patrimoniali da lesione del rapporto parentale asseritamente subiti ex artt. 2, 29 e 30 Cost. dai prossimi congiunti del sig. S.M. in conseguenza della patologia dallo stesso subita.

Ed invero, la quota di responsabilità accertata dai CTU in capo ai sanitari incardinati nella struttura ha comportato un aggravamento delle condizioni del paziente sostanzialmente quantificabile in 8 punti percentuali di invalidità permanente, atteso che l'invalidità riscontrata è stata pari al 35% e che in assenza delle omissioni ascrivibili ai medici, la stessa sarebbe stata comunque pari al 27%.

Ne discende che le problematiche tutte di carattere neurologico riscontrate nel paziente si sarebbero, comunque, verificate anche ove parte convenuta avesse adempiuto ai propri obblighi con la diligenza professionale richiesta dall'art. 1176, II co., c.c., avendo i consulenti riscontrato la riconducibilità delle stesse, in punto di nesso causale, ai fatti riferiti da terzi ai sanitari del 118 intervenuti sui luoghi (trauma cranico con emorragie cerebrali multiple dovuto alla verosimile caduta in una scarpata di persona in stato di intossicazione alcolica - v. annotazione cartella clinica P.S. n. (...) - all. 1 al fascicolo di parte attrice) in conseguenza dei quali il M. venne sottoposto al primo ricovero in Ospedale e come - del resto - evincibile a pag. 30 delle conclusioni della CTU ove si legge, tra l'altro, che "È verosimile che nel futuro il Sig. M. dovrà sostenere spese per terapie riabilitative di mantenimento. Terapie che sarebbe stato chiamato a praticare in ogni caso per le conseguenze lesive del trauma cranico e a prescindere dalla componente di danno iatrogeno".

Ne segue l'inevitabile reiezione della proposta domanda, in quanto giuridicamente infondata.

L'Azienda convenuta ha svolto, a sua volta, domanda di manleva nei riguardi del terzo B.H.I. Limited chiedendo che, nel caso di accoglimento della domanda attorea, la citata Compagnia di Assicurazioni venga dichiarata tenuta a manlevarla da ogni onere economico derivante dalla soccombenza.

Il terzo ha contestato la domanda, rilevando "...la sussistenza di precisi limiti previsti dalla polizza con riferimento alla sussistenza di una franchigia aggregata annua (ossia l'ammontare massimo cumulato di indennizzi che l'assicurato ritiene a proprio carico per più sinistri che colpiscono la polizza nella medesima annualità assicurativa) pari ad Euro 2.000.000,00 fino a concorrenza della quale, i sinistri vengono liquidati a carico dell' Ente Assicurato (cfr. polizza B.

doc. 2 fascicolo B.)" e sostenendo, di conseguenza, che "...nella denegata ipotesi di riconoscimento di responsabilità in capo alla A. di R. ovvero ai sanitari curanti, la B. sarà tenuta a garantire solo laddove il sinistro non risulti coperto dalla franchigia aggregata prevista per ciascun anno solare pari all'importo di Euro 2.000.000,00. Pertanto, nella denegata ipotesi di condanna, B. presterebbe garanzia solo nel caso in cui l'importo risarcitorio non dovesse essere assorbito dalla franchigia aggregata annua pari ad Euro 2.000.000,00".

La tesi coglie nel segno, atteso che a pag. 2, punto n. 13 della polizza versata in all. 2 al fascicolo della Compagnia viene espressamente indicata una "Franchigia Aggregata Annuale, operante sugli importi dei sinistri al netto della franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento di cui al precedente punto 11: EUR 2.000.000", il che implica che risultando l'ammontare del danno liquidato nella presente sede inferiore al suddetto importo, la copertura assicurativa non può dirsi in concreto operante.

Del resto, la difesa della A. di R. non ha in alcun modo replicato alle argomentazioni svolte dalla Compagnia in comparsa di risposta, non depositando la memoria istruttoria n. 1 e non prendendo posizione, al riguardo, neppure nei successivi scritti difensivi.

La domanda della convenuta dovrà essere, pertanto, respinta siccome giuridicamente infondata. Il rigetto della domanda di manleva impone, infine, di dichiarare assorbita la domanda del terzo volta a sentire "accertare e dichiarare, nella denegata ipotesi di accertamento di profili di corresponsabilità tra i sanitari coinvolti e della A. di R., le rispettive quote di responsabilità ai fini dell'azione di rivalsa ovvero regresso tra coobbligati ex art. 2055 cod. civ, con riferimento alla eventuale diseguale efficienza causale delle condotte accertate e con riparto, in termini percentuali, delle rispettive colpe e responsabilità", in proposito dovendosi, altresì, evidenziare l'assenza di chiamata in causa dei sanitari che hanno avuto in cura il sig. M. presso l'Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti, non essendo stata nella presente sede esercitata alcuna azione di regresso e, quindi, non essendo stato richiesto un "...accertamento di profili di corresponsabilità tra i sanitari coinvolti e della A. di R." (non risultano avanzate domande in tal senso, posto che l'unica richiesta risarcitoria è stata proposta dai sigg.ri S.M., F.B., M.M. e S.M. nei confronti della A. di R.), con conseguente carenza d'interesse della Compagnia allo scrutinio della relativa questione.

L'accoglimento solo parziale della domanda dei ricorrenti - assistiti tutti da un unico difensore - induce a compensare in ragione del 50% ex art. 92, II co., c.p.c. le spese di lite tra gli stessi e la A., liquidate come in dispositivo, con condanna di quest'ultima al rimborso del restante 50% in favore dei primi.

Le spese di lite relative ai rapporti processuali tra convenuta e terzo seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo.

Le spese di CTU, liquidate con separato provvedimento, devono essere poste definitivamente a carico della Azienda convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda, istanza o eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- accerta e dichiara - nei termini e nei limiti di cui in motivazione - la responsabilità contrattuale della ASL di R. in ordine ai fatti di causa, per l'effetto condannandola a corrispondere a S.M., a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, la somma complessiva di Euro 87.527,75, oltre agli interessi legali a far tempo dalla data di pubblicazione della presente decisione e sino all'effettivo soddisfo;
- respinge le domande avanzate iure proprio da S.M., F.B. e M.M. nei confronti della convenuta;
- respinge la domanda di manleva proposta dalla ASL di R. nei riguardi del terzo B.H.I. Limited;
- dichiara assorbita la domanda del terzo, volta a sentire "accertare e dichiarare, nella denegata ipotesi di accertamento di profili di corresponsabilità tra i sanitari coinvolti e della A. di R., le rispettive quote di responsabilità ai fini dell'azione di rivalsa ovvero regresso tra coobbligati ex art. 2055 cod. civ, con riferimento alla eventuale diseguale efficienza causale delle condotte accertate e con riparto, in termini percentuali, delle rispettive colpe e responsabilità";
- compensa in ragione del 50% le spese di lite relative ai rapporti processuali tra parte ricorrente e parte resistente, liquidate in complessivi Euro 15.197,13, di cui Euro 1.094,13 per esborsi ed Euro 14.103,00 a titolo di compensi professionali, oltre alle spese forfetarie ex art. 2 D.M. n. 55 del 2014 ed oltre i.v.a. e c.p.a. come per legge, condannando la parte resistente a rimborsare alla parte ricorrente la restante quota del 50%;
- condanna la A. di R. a rifondere al terzo le spese di lite relative alla chiamata in causa, liquidate in complessivi Euro 12.000,00 a titolo di compensi professionali, oltre alle spese forfetarie ex art. 2 D.M. n. 55 del 2014 e oltre a IVA e CPA come per legge;
- pone definitivamente a carico della Azienda convenuta le spese di CTU, liquidate con separato provvedimento.

Conclusionione

Così deciso in Rieti, il 15 settembre 2023.

Depositata in Cancelleria il 18 settembre 2023.