

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO di FIRENZE**  
Seconda sezione CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Luca Minniti  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di **I grado** iscritta al n. r.g. **2163/2015** promossa da:

**G. B.** (C.F. ...),

**S. N.**, (C.F. ...),

in proprio e quali esercenti la potestà sui minori **D. C.**, e **G. P. C.**,

con il patrocinio dell'avv. ULIVI GIANNOTTO elettivamente domiciliato in (omissis)

ATTORI

contro

**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA C.** (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv.  
BRANDI ENRICHETTA e dell'avv. PARIGI MARA (...) (omissis); , elettivamente domiciliato in  
(omissis) presso il difensore avv. BRANDI ENRICHETTA

CONVENUTO

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

Conclusioni per **G. B.** e **S. N.**, **quest'ultima sia in proprio che in nome e per conto di D. C. e G. P. C.**: *“Piaccia all'Ecc.mo Tribunale di Firenze, ogni contraria deduzione, eccezione ed istanza reietta, previa ammissione e assunzione delle ulteriori istanze in via istruttoria formulate dalla parte attrice, nelle quali anche in questa sede formalmente si insiste, ivi compresa la istanza di rinnovazione della CTU, accertata e comunque dichiarata la responsabilità della convenuta Azienda Ospedaliero Universitaria di C. a titolo sia contrattuale che extracontrattuale in relazione al ritardo nella esecuzione dello intervento chirurgico per cui è causa e al conseguente pregiudizio alla probabilità o chance di riuscita dello intervento chirurgico e comunque di sopravvivenza del paziente nonché alle conseguenti complicanze insorte nella fase post – operatoria tali infine da condurre a decesso del paziente nonché in ordine alle modalità e alla tempistica della dimissione ospedaliera, condannare Azienda Ospedaliero Universitaria di C., in persona del legale rappresentante pro – tempore, al risarcimento in favore delle parti attrici dei danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, da esse sofferti sia iure hereditatis che iure proprio in conseguenza delle condotte descritte nella premessa dell'atto di citazione introduttivo della lite, per i titoli e nelle misure indicate in atti oppure nelle diverse misure, maggiori o minori, che risultassero dovute e/o giuste all'esito dell'attività istruttoria, in ogni caso oltre interessi al tasso*

*legale e rivalutazione monetaria dal di del fatto al di del saldo e con vittoria di spese, funzioni e onorari del presente giudizio e refusione delle spese di CTU e CTP”.*

Conclusioni per l’**Azienda Ospedaliero Universitaria C.**: *“Piaccia all’Ill.mo Tribunale di Firenze, contrariis reiectis: in via preliminare dichiarare la nullità dell’atto di citazione per difetto della vocatio in ius per i motivi esposti in narrativa; ulteriormente in via preliminare pronunciare l’improcedibilità dell’azione promossa nei confronti della AOUC per non essere stato esperito il tentativo di mediazione ai sensi del D.lgs. 28/2010; preliminarmente, nel merito accertare e dichiarare la carenza di legittimazione attiva della signora N. relativamente alle somme chieste per D. C. e G. P. C. per i motivi esposti in narrativa; qualora l’ill.mo giudice adito lo ritenga necessario al fine del decidere, si chiede voglia ordinare alla controparte di integrare il contraddittorio nei confronti della azienda sanitaria F. e la fondazione D. G.; nel merito, in tesi, accertato il corretto operato dei sanitari di AOUC, rigettare le domande avanzate nei confronti della stessa perché infondate in fatto e in diritto; ancora nel merito, in ipotesi, accertato l’apporto causale della condotta tenuta dei professionisti di AOUC con riferimento alla causa azione del danno, condannare l’AOUC nei limiti della propria accertata responsabilità; ancora nel merito, in via di ulteriore ipotesi, dichiarare eccessiva e non provata la quantificazione dei danni effettuata dalla controparte in atto di citazione; in ogni caso con vittoria di competenze e le spese del presente giudizio”*

### **Ragioni in fatto ed in diritto della decisione**

Con atto di citazione regolarmente notificato si costituivano in giudizio le signore G. B., sia in proprio che nella sua qualità di erede legittima di R. N., e la signora S. N., sia in proprio, che nella sua qualità di erede legittima di R. N. nonché in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sui figli minori D. C. e G. P. C., per chiedere il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali da essi sofferti a titolo sia iure hereditatis che iure proprio quali conseguenze della morte del signor R. N., per responsabilità dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di C., oltre interessi al tasso legale e rivalutazione monetaria, con vittoria di spese e compenso professionale. All’epoca dei fatti gli attori erano rispettivamente la moglie convivente, la figlia e i nipoti di R. N.. Riferivano gli attori che il signor R. N., in data 02.08.2010 verso le 7:45 circa veniva soccorso da autoambulanza e condotto presso il pronto soccorso dell’ospedale di S. M. A. in (omissis) in ragione dell’improvvisa comparsa di un lancinante dolore toracico. A seguito di esami ematochimici, ecografici e visita medica il signor N. verso le ore 11:11 dello stesso giorno veniva dimesso dalla struttura per essere trasferito mediante autoambulanza presso l’ospedale di C. con diagnosi di *“dissecazione dell’arco aortico, dell’aorta ascendente e discendente con interessamento di entrambe le carotidi comuni e ipostenia arti superiori bilaterali”*, al fine di eseguire un intervento di cardiocirurgia, iniziato alle ore le 14:40. Concluso l’intervento verso le ore 20:00, il signor N. veniva trasferito prima nel reparto di terapia intensiva cardiocirurgica, presso il quale restava ricoverato sino al 09.09.2010, poi nel reparto di terapia sub-intensiva cardiocirurgica dello stesso ospedale e infine nel centro di riabilitazione cardiologica della fondazione D. G. in I., dal 28.9.2010 al 16.10.2010. Presso quest’ultima struttura si presentava con diagnosi redatta da personale sanitario dell’ospedale di C. di *“dissezione aortica di tipo A sottoposta ad intervento chirurgico (02.08.2010) di sostituzione dell’aorta ascendente sovracoronarica ed emiarco con protesi vascolare retta 30 mm, funzione sistolica globale del VS conservata, decorso post operatorio complicato da insufficienza respiratoria con necessità di prolungata ventilazione*

*meccanica e successiva tracheotomia percutanea, insufficienza renale che ha richiesto trattamento emofiltrativo, fibrillazione atriale, ischemia distale arti inferiori ed ischemia intestinale (verosimilmente da embolizzazione) sottoposta a laparotomia esplorativa e successiva revisione chirurgica per persistenza di quadro di addome acuto, scosse tonico-cloniche per cui è stata intrapresa terapia con acido valproico, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo”.*

In data 16.10.2010 veniva trasferito presso il pronto soccorso dell'ospedale S. M. A. in (omissis) in ragione di un quadro clinico peggiorato, caratterizzato da confusione mentale temporo-spaziale, maggiore rigidità con retropulsione del tronco e tendenza a cadere a sinistra, ipoastenia diffusa più accentuata, coordinamento molto più rallentato, episodi di scosse tonico-cloniche limitate all'arto superiore dx. Il giorno successivo, 17.10.2010, veniva trasferito al reparto di rianimazione dello stesso ospedale, presso il quale rimaneva ricoverato sino al giorno del suo decesso, intervenuto in data 19.11.2010.

Gli attori sostenevano, anche a mezzo di relazione medico-legale prodotta in atti, che presso il pronto soccorso dell'ospedale di S. M. A. in (omissis) vi fossero stati gravi ritardi diagnostici e terapeutici in occasione dell'accesso al pronto soccorso, posto che trascorsero circa 40 minuti prima dell'esecuzione del primo esame diagnostico. Ed inoltre che ulteriori gravi ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico sarebbero avvenuti anche presso l'ospedale di C., presso il quale il signor N. arrivò alle ore 11:38, mentre l'intervento fu iniziato alle 14.00. I suddetti ritardi avrebbero pregiudicato secondo gli attori non soltanto le probabilità di riuscita dell'intervento chirurgico ma anche di sopravvivenza post operatoria. Neppure sarebbe stata adeguata la scelta di dimettere il paziente dal reparto di terapia subintensiva cardiocirurgica dell'ospedale di C. per trasferirlo presso il centro di riabilitazione cardiologica della fondazione D. G. in I., posto che le condizioni del paziente erano tali da richiedere assistenza medica e infermieristica continuativa e da non consentire idoneo trattamento riabilitativo presso una struttura non idonea a garantire tale tipo di assistenza al paziente (paragrafi O-P-Q atto di citazione).

Per le suesposte ragioni chiedevano accertarsi la responsabilità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di C., sia a titolo contrattuale che extracontrattuale, con riferimento alla condotta dei sanitari del reparto di cardiocirurgia nei confronti di R. N. per la durata della sua degenza, quantificando i danni da risarcirsi, salvo liquidazione in via equitativa di questo Giudice, in: € 100.000,00 per il danno non patrimoniale sofferto da R. N. in conseguenza dell'agonia e morte determinate dalla condotta tenuta dai sanitari del reparto di cardiocirurgia dell'ospedale di C. da corrispondere iure hereditatis alle eredi G. B. e S. N.; € 250.000,00 per il danno non patrimoniale sofferto in proprio da G. B. a seguito dell'agonia e morte del marito; € 70.000,00 per il danno non patrimoniale sofferto in proprio da S. N. a seguito dell'agonia e morte del padre; € 30.000,00 ciascuno per il danno non patrimoniale sofferto in proprio da D. C. e G. P. C. a seguito dell'agonia e morte del nonno materno; € 3.660,00 per il danno patrimoniale rappresentato dalla spesa di redazione del parere medico-legale prodotto in atti. Somme sulle quali calcolare interessi legali sul capitale e rivalutazione monetaria. Oltre alla rifusione delle spese legali stragiudiziali.

Si costituiva in giudizio l'Azienda Ospedaliero-Universitaria C., di seguito anche AOUC, con comparsa depositata il 25.05.2015 contestando in fatto e in diritto quanto esposto e richiesto dagli attori e chiedendo il rigetto delle domande da questi avanzate.

In dettaglio, in via preliminare in rito la struttura eccepiva la nullità dell'atto di citazione per indeterminazione del *petitum* e della *causa petendi*, in ragione del fatto che non risulterebbe precisato se la misura del risarcimento chiesto in atti dagli attori dovesse essere considerato come limitato alla sola quota di responsabilità ascritta all'AOUC - posto che nelle regioni in fatto dell'atto

di citazione vengono dedotti plurimi inadempimenti di personale sanitario di differenti strutture - ovvero se tale misura rappresentasse il complessivo risarcimento richiesto, per l'integralità del danno subito. Tale indeterminatezza dell'oggetto della domanda avrebbe pregiudicato, a detta della convenuta, la sua difesa processuale, per non essere stata messa in condizioni di valutare se procedere alla chiamata in causa di eventuali corresponsabili ai sensi dell'art 106 c.p.c..

Sempre in via preliminare in rito chiedeva pronunciarsi l'improcedibilità dell'azione per non essere stato esperito il previo tentativo di mediazione ai sensi del d.lgs 28/2010 ed eccepiva la carenza di legittimazione processuale di S. N. per carenza del potere di rappresentanza e/o assistenza processuale di questa in favore dei figli minori D. e G. P. C.- non essendo presente in atti il mandato ad agire del padre sig. C. né l'autorizzazione del Giudice Tutelare ai sensi dell'art 320 co. 3 c.c., trattandosi di atto di straordinaria amministrazione - ovvero la carenza di legittimazione processuale per difetto di procura alle liti della sig.ra N. anche in nome e per conto dei figli minori, oltre che in proprio.

Nell'ipotesi di rigetto delle predette eccezioni, chiedeva a questo Giudice di valutarsi una integrazione del contraddittorio ai sensi dell'art 107 c.p.c. nei confronti dell'Azienda Sanitaria F. e della fondazione D. G.

Nel merito, contestava la fondatezza della avversa pretesa risarcitoria per inadempimento dei sanitari di AOUC, negando un ritardo di questi ultimi nel trattamento del paziente e chiedendo che, accertato il loro corretto operato, venisse conseguentemente rigettata la domanda degli attori. Eccepiva un ritardo nel contattare i soccorsi addebitabile agli attori in ragione del fatto che il paziente giunse al pronto soccorso alle ore 9:33, nonostante le sintomatologie si fossero manifestate alle 7:45. Contestava la sussistenza di un ritardo nel trattamento del paziente, poiché tra il suo arrivo intorno alle 11:40 e l'inizio dell'intervento alle 14:00 egli fu sottoposto ad accertamenti e visita anestesiológica, come risulterebbe da cartella clinica. Contestava anche la sussistenza di un nesso di causalità tra il preteso ritardo nel trattamento del paziente e il peggioramento del suo quadro clinico, sfociato poi nel decesso, in particolare deducendo che la letteratura medico-scientifica, in relazione agli interventi di cardiocirurgia come quello cui è stato sottoposto il sig. N., paziente ultrasessantacinquenne, evidenziasse - quali complicanze possibili e più frequenti - quelle stesse occorse al paziente: ischemia intestinale, insufficienza renale e fibrillazione atriale. Con ciò ritenendo le suddette complicazioni riconducibili alla fisiologica alea di rischio per tali interventi. Contestava di aver dimesso il paziente il 28.9.2010 mentre questi avrebbe versato ancora in gravi condizioni, osservando che al momento dell'accettazione del paziente presso il centro specializzato D. G. veniva annotato: *"paziente vigile, lucido, parzialmente orientato nel tempo e nello spazio, allettato, ... addome trattabile, prova indice naso eseguita correttamente, non segni di lato, no deficit di forza arti superiori, presenza di bendaggio arti inferiori che vanno medicati, PA 120/60, Sa =2 100% con =2 sl T 35,6°"*.

Per l'ipotesi di una propria soccombenza chiedeva limitarsi la conseguente condanna in relazione all'effettivo apporto causale dei sanitari di AOUC. In merito al quantum di risarcimento del danno non patrimoniale iure hereditatis quantificato per € 100.000,00 contestava la genericità di tale voce di danno e dei criteri adottati per la sua quantificazione, in riferimento alla voce di danno patrimoniale per spese legali ne eccepiva la carenza di prova, oltre che l'eccessiva misura, essendo stata prodotta in atti solo una bozza di notula e non già delle fatture.

Alla prima udienza del 9.7.2015 parte attrice si dichiarava remissiva circa l'eccezione di improcedibilità per mancato previo esperimento della mediazione obbligatoria rimettendosi a giustizia sul punto, contestava nel resto la comparsa di costituzione della convenuta. Questo

Giudice, sentite le parti, al fine di consentire l'esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione e non ritenendo necessaria la regolarizzazione della rappresentanza processuale ai sensi dell'art. 182 c.p.c. rinviava la causa all'udienza del 16.12.2015. In tale udienza, stante l'infruttuosità della procedura di mediazione medio tempore tentata, venivano richiesti e concessi i termini per memorie scritte ai sensi dell'art. 183 co.6 c.p.c..

Nel propri successivi atti parte convenuta ha svolto ulteriori plurime eccezioni riferite alla individuazione e delimitazione dell'oggetto del presente giudizio, in particolare ha eccepito un mutamento inammissibile di domanda già proposta, sia per avere l'attrice esteso tardivamente la propria richiesta risarcitoria, ai sensi dell'art 2055 c.c., sino a ricomprendere anche i danni ascrivibili alla responsabilità del personale sanitario di altre strutture, sia per aver introdotto tardivamente una domanda di risarcimento del danno da perdita di chance.

La causa veniva istruita attraverso produzione documentale e c.t.u. medico legale.

All'udienza del 13.07.2017 le parti precisavano le rispettive conclusioni e la causa veniva trattenuta in decisione con termini di legge per lo scambio di comparse conclusionali e memorie di replica.

\*\*\*

Nel merito la domanda è fondata e deve essere accolta nei limiti che si andranno ad illustrare.

Procedendo con l'esame delle questioni in rito devono essere esaminate le eccezioni: a) di nullità dell'atto di citazione per vizio dell'editio actionis; b) di mutamento inammissibile di domanda già proposta; c) di improcedibilità dell'azione per mancato previo esperimento del tentativo di mediazione; d) di carenza di capacità processuale del rappresentante legale e di nullità della procura ad litem.

In riferimento alle eccezioni sub a) e b), esse sono entrambe infondate e devono essere rigettate.

Per quanto riguarda l'eccezione sub a), nell'atto di citazione era da considerarsi sufficientemente determinato l'oggetto della domanda, come finalizzato ad ottenere l'integrale risarcimento dei danni patiti dagli attori in conseguenza dell'assunto inadempimento del personale sanitario dell'ospedale di C., sì che non è stato necessario disporre l'integrazione della domanda ai sensi dell'art 164 co. 5 c.p.c.

In particolare - e come meglio si illustrerà in riferimento all'eccezione sub b) - fin da principio risulta che parte attrice abbia introdotto in giudizio, quale fatto specifico da accertare, anche la perdita delle chances di guarigione per il paziente, in ragione della condotta del personale sanitario dell'Ospedale di C.. Allo stesso modo, la richiesta di risarcimento intende investire l'interezza dei danni subiti e non la sola quota di essi attribuibile alla responsabilità di AOUC. La narrazione di ulteriori profili di inadempimento addebitati ad altri soggetti (necessaria per finalità espositive) non pregiudica, infatti, al creditore la possibilità di promuovere azione risarcitoria nei confronti di uno solo dei debitori per l'interezza del danno, atteso il vincolo di solidarietà che l'art 2055 c.c. addossa ai soggetti imputabili per il fatto dannoso e la scindibilità delle rispettive obbligazioni risarcitorie.

Il richiamo esplicito operato dagli attori all'art 2055 c.c. avvenuto in un momento successivo alla notifica della citazione - a differenza dell'interpretazione che ne vuol dare la convenuta in termini di inammissibile modifica della domanda - attiene alla mera qualificazione giuridica del fatto costitutivo del diritto, o meglio alla disciplina a tale fatto applicabile, e non comporta alcuna modificazione dell'originaria domanda.

Per queste stesse ragioni circa l'oggetto della domanda, non era risultata accoglibile in corso di causa la richiesta di parte convenuta di valutarsi l'integrazione del contraddittorio nei confronti

delle altre due strutture che hanno avuto in cura il paziente ai sensi dell'art 107 c.p.c., la cui chiamata in causa doveva eventualmente essere tempestivamente richiesta dalla stessa convenuta che avesse avuto interesse a beneficiare della conseguente estensione soggettiva del giudicato.

Per quanto riguarda l'eccezione sub b) di novità della domanda di risarcimento del danno da perdita di chances di guarigione del congiunto, asseritamente formulata da controparte solo in sede di precisazione delle conclusioni, la convenuta argomenta la propria tesi richiamando il precedente Cass. Civ. sent. n. 21245/2012, che a sua volta ripropone le considerazioni sviluppate da Cass. Civ. sent. n. 4400/2004, *"...la domanda per perdita di chances è ontologicamente diversa dalla domanda di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato. Infatti, in questo secondo caso la stessa collocazione logico giuridica dell'accertamento probabilistico attiene alla fase di individuazione del nesso causale, mentre nell'altro caso attiene al momento della determinazione del danno: in buona sostanza nel primo caso le chances sostanziano il nesso causale, nel secondo caso sono l'oggetto della perdita e quindi del danno. Né può ritenersi, come pure sostenuto da parte minoritaria della dottrina, che con l'espressione "perdita di una probabilità favorevole" non si fa riferimento ad un danno distinto da quello finale, ma si descrive solo una sequenza causale, nella quale la certezza del collegamento fatto-evento si evince dalla sola probabilità del suo verificarsi, ed il risarcimento viene adeguato alla portata effettuale della condotta illecita sul danno finale. La ricostruzione più convincente, sulla quale si allinea la giurisprudenza dominante in materia di lavoro (Cass. 09/01/2003, n. 123, Cass.n. 23/01/2002, n. 734; Cass. n. 11340 del 1998), dissocia invece il danno come perdita della possibilità dal danno per mancata realizzazione del risultato finale, introducendo così una distinta ed autonoma ipotesi di danno emergente, incidente su di un diverso bene giuridico, la possibilità del risultato appunto. Ne consegue, nell'ambito della responsabilità dei medici, per prestazione errata o mancante, cui è conseguito il danno del mancato raggiungimento del risultato sperato, se è stato richiesto solo questo danno, non può il giudice esaminare ed eventualmente liquidare il danno da perdita di chances, che il creditore della prestazione sanitaria aveva, neppure intendendo questa domanda come un minus rispetto a quella proposta, costituendo, invece domande diverse, non ricomprese l'una nell'altra"*.

Nella fattispecie qui in esame gli attori nelle conclusioni dell'atto di citazione hanno domandato il *"risarcimento... dei danni tutti...da esse sofferti sia iure hereditatis che in proprio in conseguenza della condotta descritta nella premessa del presente atto, per i titoli e nelle misure ivi indicate..."*.

Nell'esaminare tale domanda, deve considerarsi che essa attiene a diritti di credito, vale a dire diritti cc.dd. eterodeterminati, la cui individuazione passa necessariamente per la puntuale delimitazione anche della loro causa petendi, oltre che del loro petitum, attesa la vigenza nel nostro ordinamento del principio dispositivo e del principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato.

Tale individuazione e delimitazione viene segnatamente svolta da parte attrice in due distinte parti del proprio atto introduttivo: al paragrafo P) dove afferma *"vi fu grave ritardo nella esecuzione dello intervento chirurgico (iniziato solo alle ore 14:00) tale da **recare pregiudizio alle probabilità di riuscita** dell'intervento chirurgico e di sopravvivenza post - operatoria in quanto il tempo di attesa ebbe a favorire la dissezione aortica e la conseguente insorgenza delle successive gravi complicanze [...] tali da integrare una concatenazione progressiva di eventi infausti che infine hanno condotto a decesso il paziente"* nonché ai paragrafi U e V dove rispettivamente le eredi del sig. N. domandano il *"...risarcimento integrale del danno non patrimoniale sofferto da R. N. in conseguenza della agonia e della morte determinate dalla condotta tenuta dai sanitari..."* e gli attori tutti domandano il *"...risarcimento integrale dei danni sia patrimoniali che non patrimoniali"*

*sofferti in conseguenza della agonia e della morte del congiunto imputabile alla condotta tenuta dai sanitari...”.*

Il quadro delle allegazioni offerto dagli attori risulta essere esaustivo ai fini dell'individuazione delle domande del presente giudizio e delle ragioni a loro fondamento. Non è in dubbio che il profilo di inadempimento dedotto in giudizio consista in un assunto ritardo nel trattamento chirurgico del paziente giunto presso la struttura di C. in condizione di urgenza. Il sopra riportato paragrafo P) dell'atto di citazione sintetizza le considerazioni svolte dal CTP nella propria relazione medico-legale, prodotta in atti quale allegato 10, specificando il contenuto della domanda attorea. Altrettanto specifiche sono le domande di cui ai paragrafi U e V. I danni-conseguenza, oggetto della richiesta di risarcimento avanzata, sono dunque: danno da perdita di chance per la riduzione dell'aspettativa di vita iure hereditario, danno biologico terminale iure hereditario e danno da perdita parentale. Per quanto sintetica l'espressione che nelle conclusioni dell'atto di citazione viene utilizzata richiamando genericamente i “*danni tutti*”, non può per questo considerarsi il danno da perdita di chances non contenuto fin dall'origine nelle domande degli attori, poiché specificato nella parte narrativa della citazione. Si richiama, sul punto, il precedente giurisprudenziale di Cass. civ. sent. n. 17023/2003 nel quale si afferma che: “*l'identificazione dell'oggetto della domanda va operata avendo riguardo all'insieme delle indicazioni contenute nell'atto di citazione e dei documenti ad esso allegati*”.

Conseguentemente, la precisazione delle conclusioni fatta da parte attrice rientra in quel margine di revisione consentito dall'art 189 c.p.c., laddove consente alle parti di precisare le proprie conclusioni nei limiti di quelle formulate negli atti introduttivi ed a norma dell'art 183 c.p.c., mentre non è condivisibile la tesi della convenuta per la quale tale formulazione costituisca una inammissibile *mutatio libelli*.

Proseguendo con l'esame della questione in rito sub c), avendo parte convenuta precisato le proprie conclusioni come da atto di costituzione e risposta, non può considerarsi come rinunciata in corso di causa l'eccezione di improcedibilità dell'azione per mancato esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione, la quale eccezione tuttavia deve essere rigettata, osservato che tale attività è stata regolarmente instaurata dagli attori successivamente alla prima udienza nel termine concesso, ai sensi dell'art 5 co 1 d.lgs 28/2010.

In riferimento all'eccezione dispiegata dall'Aouc di difetto di rappresentanza e/o di autorizzazione della sig.ra N., impropriamente qualificata come carenza di legittimazione attiva nei propri atti e attinente piuttosto la legittimazione processuale della stessa, tale eccezione risulta infondata e deve conseguentemente essere rigettata. La proposizione, infatti, dell'azione di risarcimento danni produce l'instaurazione di un giudizio relativo ad un atto di ordinaria amministrazione perché preordinata all'accrescimento del patrimonio del minore (o, comunque, alla sua tutela in senso migliorativo) e non comporta il rischio di arrecargli un pregiudizio. Trattandosi, nella controversia qui in esame, di atto di ordinaria amministrazione, l'azione risarcitoria può essere promossa da ciascun genitore disgiuntamente e non occorre l'autorizzazione del giudice tutelare.

Neppure può accogliersi l'eccezione di nullità della procura sollevata da AOUC osservato che nell'intestazione dell'atto di citazione viene chiaramente indicato che la sig.ra N. S. agisce sia in proprio che nella sua qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sui figli minori D. e G. P. C. e una tal forma risulta sufficiente per ritenere che anche la procura a margine sia stata conferita sia in nome proprio che in nome e per conto dei figli minori. In senso conforme può richiamarsi Cass. sent. n. 24263/2016 e i precedenti giurisprudenziali ivi citati, ove si afferma che: “[...]in ragione del collegamento tra la procura alle liti e l'atto di ricorso con il quale la procura

*forma corpo unico, il omissis abbia inteso conferire il potere rappresentativo non solo quale persona fisica, ma anche quale legale rappresentante della società omissis, i cui diritti pure sono oggetto di giudizio; in mancanza di elementi di prova contraria deve dunque applicarsi il criterio sussidiario dell'articolo 1367 cc., attribuendosi alla procura il significato che le consente l'esame integrale delle pretese azionate in giudizio".*

Passando ad esaminare il merito della vicenda qui in esame, non risulta provato un ritardo degli attori, dedotto dalla convenuta quale concorso di colpa, nel contattare il personale sanitario al momento dell'insorgere delle prime sintomatologie sul sig. N.; per contro il tempo trascorso tra i primi sintomi e l'arrivo al pronto soccorso risulta compatibile con la distanza tra l'abitazione del sig. N. e l'Ospedale di S. M. A. in (omissis), presso il quale fu condotto da autoambulanza.

Avendo parte convenuta precisato l'orario di arrivo del paziente presso la propria struttura nelle ore 11.40, anziché le 11.38 come indicato dagli attori, e non risultando dalla documentazione clinica un riferimento scritto per tale orario, può considerarsi pacifico ai sensi dell'art 115 c.p.c. che il paziente, condotto mediante autoambulanza dall'Ospedale di S. M. A. in (omissis) giunse all'ospedale di C. alle ore 11:40 circa.

Da documentazione clinica risulta che l'intubazione orotracheale sia avvenuta alle 14.00 e l'intervento vero e proprio sia iniziato alle ore 15.00. Conseguentemente il CTU correttamente osserva che *"vi è un intervallo di 2 ore e 30 tra l'arrivo e l'intubazione e di 3 ore e mezzo tra l'arrivo e l'inizio vero e proprio dell'intervento"*.

Una tale ritardata programmazione dell'intervento viene considerata dal CTU come non giustificabile dal punto di vista clinico, specialmente considerando che la patologia in questione risultava essere già stata diagnosticata in altra sede, consistendo indubbiamente in una emergenza chirurgica e, come correttamente osserva parte attrice, la struttura era informata dell'arrivo del paziente fin dalle 11:05 quando, in contatto con la struttura di (omissis), accettò il trasferimento del paziente.

La convenuta ha dedotto solo genericamente che alcune esigenze organizzative e/o diagnostiche avrebbero determinato l'intervallo di tempo tra l'arrivo del paziente e l'inizio dell'intervento. In particolare riferisce che il paziente fu sottoposto ad accertamenti e visita anestesiologicala, come risulterebbe da cartella clinica, e che fu allestita la sala operatoria in tale arco di tempo. La visita anestesiologicala risulta essersi effettivamente svolta ma non ne risultano annotati gli orari di inizio e fine. Allo stesso modo non risultano allegate nel presente giudizio altre specifiche circostanze idonee a giustificare le tempistiche organizzative seguite dall'AOUC, sulla quale gravava l'onere probatorio di un proprio corretto adempimento e dunque della scansione temporale delle attività necessarie che avrebbero ritardato l'intervento.

Anche tenendo conto dello svolgimento di visita anestesiologicala e della incomprimibilità di alcuni tempi tecnici illustrati dal CTU, quali la disponibilità di sangue e plasma - sangue che nella fattispecie risulta documentalmente esser stato inviato dalla struttura di (omissis) insieme al paziente, anche se non è stato precisato il numero di sacche e la presenza di sacche di plasma - e l'organizzazione della sala operatoria e della circolazione extracorporea in relazione alle esigenze del caso, è condivisibile la conclusione del CTU nel ritenere il ritardo tra l'arrivo del paziente e l'inizio dell'intervento eccessivo e, conseguentemente, il comportamento del personale sanitario negligente nel pronto trattamento del paziente. Di tale inadempimento sarà responsabile ai sensi dell'art 1228 c.c. l'azienda ospedaliero-universitaria di C..

Non risulta, invece, che il trasferimento dall'AOUC del paziente ad altra struttura non ospedaliera per il trattamento post-operatorio potesse considerarsi precoce rispetto allo stato di salute del



paziente, come già era stato osservato nell'ordinanza del 26.04.2017 quando si è affermato, in punto di precocità o meno della dimissione ospedaliera dal reparto ospedaliero cardiocirurgico attrezzato verso la struttura non ospedaliera di terapia post – operatoria che è corretta la valutazione del CTU nella parte in cui ritiene che *“le condizioni cliniche sono riassunte nella lettera di dimissione del Dott. K., dove viene precisato che al momento del trasferimento dal C. (28/09) il P. si presentava vigile, lucido, con stabilità emodinamica e respiratoria, migliorando sul piano motorio sino al giorno precedente (15/10) il nuovo trasferimento al C.. Pur presentando una situazione clinica complicata (presenza di lesioni da decubito, portatore di cannula fenestrata con cuffia chiusa durante l'alimentazione), si può ritenere che al momento del trasferimento al D. G. il Sig. N. non necessitasse di trattamento intensivo in reparto cardiocirurgico”* escluda la precocità del trasferimento del paziente dalla struttura dell'AOUC alla struttura non ospedaliera post-operatoria. Individuato quindi, l'errore dei sanitari in termini di ritardato intervento chirurgico, occorre esaminare le possibili conseguenze che da esso siano derivate, in particolare se, senza tale errore, vi sarebbero state maggiori *possibilità* di conseguire un risultato utile per la salute del paziente e se, senza tale errore, il paziente avrebbe avuto *ragionevoli probabilità* di salvezza.

Nella fattispecie in esame si deve perciò distinguere tra contributo causale riferibile alla causa naturale – nella specie uno stato patologico di emergenza - e quello riferibile alla causa umana. In sede di accertamento del nesso causale tra condotta ed evento si applicherà il consolidato orientamento giurisprudenziale per il quale, in base ai principi di cui agli art. 40 e 41 c.p., *“qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica su cui incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; qualora, invece, quelle condizioni non possano dar luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo in tal caso operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, in quanto una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile”* (Cass. civ. sent. n. 2335/2001).

Il principio sembra temperato dal seguente approdo giurisprudenziale *“Qualora la produzione di un evento dannoso, quale la morte di un paziente, sia riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla situazione patologica del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla situazione patologica del soggetto deceduto (la quale sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale), il giudice deve procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle diverse concause, onde attribuire all'autore della condotta dannosa la parte di responsabilità correlativa, così da lasciare a carico del danneggiato il peso del danno alla cui produzione ha concorso a determinare il suo stato personale”*. (Cass. civ., 16.1.09, n. 975).

Non entra invece in gioco il principio, richiamato dalla difesa, ed affermato dalla Corte di Cassazione civile, sentenza 15991/11 del 21/07/2011, secondo cui : *“Qualora la produzione di un evento dannoso, quale una gravissima patologia neonatale, sia riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla condotta del sanitario, la quale incide su un soggetto già invalido al cento per cento per via di una pregressa situazione patologica totalmente indipendente da tale condotta, il giudice (una volta accertata, sul piano della causalità materiale l'autonoma efficienza eziologica della*

condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p.) non può operare su tale piano un'automatica riduzione equitativo-proporzionale dell'obbligazione risarcitoria in ragione della concausa naturale, ma deve ascrivere l'evento di danno interamente alla condotta illecita, salvo in seguito, sul piano della delimitazione dell'ambito del danno risarcibile, procedere, con criteri equitativi, alla valutazione della compensazione economica socialmente adeguata del pregiudizio, con prudente e ragionevole apprezzamento di tutte le circostanze del caso concreto e dei vari fattori incidenti sulla gravità della lesione”.

Ad avviso del giudicante il principio di diritto sopra esposto è riferibile alle concause relative al segmento della concausalità giuridica ( nesso tra evento e danno ) e non al profilo della causalità materiale ( nesso condotta od omissione ed evento ).

Per converso al caso in esame deve applicarsi il principio di diritto cui è approdata con pregevolissima motivazione la recente sentenza 18392/2017 della Corte di Cassazione della quale si ritiene utile riportare un ampio passaggio motivazione unitamente al principio di diritto.

Vi si legge infatti che *“Secondo la giurisprudenza di questa Corte ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile (fra le tante Cass. 16 gennaio 2009, n. 975; 9 ottobre 2012, n. 17143; 20 ottobre 2015, n. 21177). Come affermato da Cass. 12 settembre 2013, n. 20904, «dal punto di vista del danneggiato la prova del nesso causale quale fatto costitutivo della domanda intesa a far valere la responsabilità per l'inadempimento del rapporto curativo si sostanzia nella dimostrazione che l'esecuzione del rapporto curativo, che si sarà articolata con comportamenti positivi ed eventualmente omissivi, si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di preteso danno, che è rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui si era richiesta la prestazione o dal suo aggravamento fino anche ad un esito finale come quello mortale o dall'insorgenza di una nuova patologia che non era quella con cui il rapporto era iniziato». Grava quindi sul creditore l'onere di provare il nesso di causalità fra l'azione o l'omissione del sanitario ed il danno di cui domanda il risarcimento. Non solo il danno ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare. Ed invero se si ascrive un danno ad una condotta non può non essere provata da colui che allega tale ascrizione la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta. Se, al termine dell'istruttoria, resti incerti la reale causa del danno, le conseguenze sfavorevoli in termini di onere della prova gravano quindi sull'attore.*

*2.1.1. Nella giurisprudenza di questa Corte si rinviene tuttavia anche l'enunciazione del principio di diritto secondo cui nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno (Cass. 30 settembre 2014, n. 20547; 12 dicembre 2013, n. 27855; 21 luglio 2011, n. 15993 e già Cass. Sez. U. 11 gennaio 2008, n. 577). Si tratta di contrasto apparente con il principio di diritto sopra richiamato in quanto la causa che viene qui in rilievo non è quella della fattispecie costitutiva della responsabilità risarcitoria dedotta dal danneggiato, ma quella della fattispecie estintiva dell'obbligazione opposta dal danneggiante. Il riferimento nella*

giurisprudenza in discorso all'insorgenza (o aggravamento) della patologia come non dipendente da fatto imputabile al sanitario, ma ascrivibile ad evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza, e pertanto con onere probatorio a carico del danneggiante (Cass. 20 ottobre 2014, n. 22222), evidenza come in questione sia la fattispecie di cui agli artt. 1218 e 1256 cod. civ. Si deve a questo proposito distinguere fra la causalità relativa all'evento (causalità materiale) ed al consequenziale danno (causalità giuridica) e quella concernente la possibilità (rectius impossibilità) della prestazione. 2.1.2. La causalità relativa all'evento ed al danno consequenziale è comune ad ogni fattispecie di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, e caratterizza negli stessi termini, sia in ambito contrattuale che extracontrattuale, gli oneri di allegazione e di prova del danneggiato. Il danno è elemento costitutivo della fattispecie dedotta in giudizio ed essendo l'eziologia immanente alla nozione di danno anche l'eziologia è parte del fatto costitutivo dedotto che l'attore deve provare. Su questo tronco comune intervengono le peculiarità delle due forme di responsabilità. La responsabilità contrattuale sorge dall'inadempimento di un obbligo, sicché l'attore deve provare la fonte dell'obbligo. La responsabilità extracontrattuale richiede invece, stante la mancanza di un'obbligazione, un criterio di giustificazione, e tali sono il dolo e la colpa, che è pertanto onere dell'attore dimostrare. In base al c.d. principio di semplificazione analitica della fattispecie le cause di estinzione dell'obbligazione sono tema di prova della parte debitrice, e fra queste l'impossibilità della prestazione per causa non imputabile al debitore (art. 1256 cod. civ.), con effetto liberatorio sul piano del risarcimento del danno dovuto per l'inadempimento (art. 1218 cod. civ.). Il danneggiante deve dimostrare la causa imprevedibile ed inevitabile che ha reso impossibile la prestazione, cioè il caso fortuito (casus = non - culpa). La diligenza non attiene qui all'adempimento, ma alla conservazione della possibilità di adempiere, quale impiego delle cautele necessarie per evitare che la prestazione professionale divenga impossibile, e, riguardando non solo la perizia ma anche la comune diligenza, prescinde dalla diligenza professionale in quanto tale.

La non imputabilità della causa di impossibilità della prestazione va quindi valutata alla stregua della diligenza ordinaria ai sensi dell'art. 1176 comma 1, cod. civ., mentre la diligenza professionale di cui al comma 2, quale misura del contenuto dell'obbligazione, rappresenta il parametro tecnico per valutare se c'è stato l'adempimento (diligenza determinativa del contenuto della prestazione). C'è inadempimento se non è stata rispettata la diligenza di cui all'art. 1176 comma 2, c'è imputabilità della causa di impossibilità della prestazione se non è stata rispettata la diligenza di cui al comma 1.

Nel primo caso la diligenza mira a procurare un risultato utile, nel secondo caso mira a prevenire il danno (la distinzione è tuttavia relativa perché l'una può determinare il contenuto dell'altra). La diligenza conservativa della possibilità di adempiere si distingue anche dal *neminem ledere*. Nel caso di quest'ultimo la negligenza non è violazione di un dovere di comportamento nei confronti di un determinato soggetto ma criterio per attribuire la responsabilità se il danno si verifica, mentre la diligenza che specifica l'obbligazione implica un dovere di adozione di cautele, in termini anche di contegni positivi, per la conservazione della possibilità di adempiere, dovere che vige indipendentemente dalla verifica del danno e che precede l'adempimento. Il debitore non deve dare causa, con un comportamento negligente, all'impossibilità della prestazione. Non si rimprovera qui al debitore il mancato rispetto della regola (preesistente) di esecuzione esperta della prestazione professionale quale obbligazione di comportamento, ma la scelta di agire in un modo piuttosto che in un altro che sarebbe stato efficace ai fini della prevenzione della causa che ha reso impossibile la prestazione. Tale causa resta non imputabile se non prevedibile ed evitabile.

*La colpa del debitore risiede non nell'inadempimento, che è fenomeno oggettivo di mancata attuazione di una regola di comportamento (ed in particolare della regola di esecuzione esperta della prestazione professionale), ma nel non aver impedito che una causa, prevedibile ed evitabile, rendesse impossibile la prestazione.*

*La causa di non imputabilità dell'impossibilità di adempiere è, come si è detto, in quanto ragione di esonero da responsabilità, tema di prova del debitore/danneggiante. Il debitore che allegghi la fattispecie estintiva dell'obbligazione per impossibilità sopravvenuta per causa non imputabile deve provare sul piano oggettivo il dato naturalistico della causa che ha reso impossibile la prestazione e sul piano soggettivo l'assenza di colpa quanto alla prevenzione della detta causa. 2.1.3. Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle.*

*Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante. Mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto). Conseguenzialmente la causa incognita resta a carico dell'attore relativamente all'evento dannoso, resta a carico del convenuto relativamente alla possibilità di adempiere. Se, al termine dell'istruttoria, resti incerti la causa del danno o dell'impossibilità di adempiere, le conseguenze sfavorevoli in termini di onere della prova gravano rispettivamente sull'attore o sul convenuto.*

*Il ciclo causale relativo alla possibilità di adempiere acquista rilievo solo ove risulti dimostrato il nesso causale fra evento dannoso e condotta del debitore. Solo una volta che il danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) è causalmente riconducibile alla condotta dei sanitari sorge per la struttura sanitaria l'onere di provare che l'inadempimento, fonte del pregiudizio lamentato dall'attore, è stato determinato da causa non imputabile. Solo una volta che il danneggiato abbia dimostrato che la patologia sia riconducibile, ad esempio, all'intervento chirurgico, la struttura sanitaria deve dimostrare che l'intervento ha determinato la patologia per una causa, imprevedibile ed inevitabile, la quale ha reso impossibile l'esecuzione esperta dell'intervento chirurgico medesimo. Va in conclusione affermato che **«ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è onere del danneggiato provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre è onere della parte debitrice provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione; l'onere per la struttura sanitaria di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile sorge solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità fra la patologia e la condotta dei sanitari».** “.*

Il principio di diritto magistralmente giustificato nella citata sentenza deve trovare applicazione nel caso di specie ove un'attenta analisi è necessario svolgere con riferimento alla patologia e alle condizioni pre-operatorie del sig. N., indicate dal CTU come uno dei due fattori determinanti l'outcome chirurgico, insieme al tempo entro cui il paziente giunge sul tavolo operatorio.

Le osservazioni del CTP di parte attrice depositate a seguito di richiesta di chiarimenti del CTU nel contraddittorio tra le parti, non intaccano le valutazioni - e relative conclusioni - espresse dal CTU, condivise da questo Giudice e che si andranno di seguito ad esporre.

In particolare il CTP ritiene che le condizioni pre-operatorie del paziente potessero considerarsi non aggravate da complicanze cardiache, renali e neurologiche, complicanze che, se presenti, avrebbero inciso significativamente sulle probabilità di sopravvivenza del paziente. Tale valutazione del CTP però contrasta con i dati clinici del paziente, così sinteticamente esposti dal CTU *“la situazione del Sig. N. era delicata già al momento del suo arrivo al P.S. dell’Ospedale S. M. A. (sul piano clinico condizione di vasocostrizione, asimmetria di lato dei valori di P.A., perdita di forza all’arto superiore sinistro, lieve deviazione della rima buccale poi non più segnalata, non rilevabilità dei polsi radiali e successiva comparsa di ipostenia all’arto superiore destro - sul piano laboratoristico aumento di creatinina, indice di una iniziale compromissione della funzione renale – sul piano strumentale la T.C. ha evidenziato una situazione di dissecazione estesa ai tronchi sovra aortici ed alla aorta addominale, il che spiega la sintomatologia verosimilmente neurologica a livello rima buccale e degli arti superiori). Vi erano pertanto i presupposti per ritenere il caso non favorevole sul piano prognostico per la presenza di segni di malperfusione cerebrale, attuale e, forse, intestinale (vedasi la segnalazione di “Ripetuti episodi di diarrea addome trattabile ma dolente soprattutto in fianco e fossa il sx ...” alla visita anestesiologicala)”* (pag. 29 relazione).

Dunque un quadro clinico evidenziante un insufficiente apporto ematico (malperfusione) su più organi, idoneo a pregiudicare le probabilità di sopravvivenza del paziente.

La circostanza che in occasione della visita anestesiologicala le condizioni cliniche del paziente fossero state annotate come “discrete” - elemento più volte sottolineato da parte attrice per sostenere che il peggioramento di salute e decesso del paziente fossero esclusivamente attribuibili agli inadempimenti del personale sanitario - non solo non è idoneo a confutare i dati clinici, laboratoristici e strumentali che erano stati già raccolti presso l’Ospedale di S. M. A. sopra riportati (i quali dati deponono già *da soli* per un quadro clinico critico), ma è smentita dall’annotazione fatta sempre nel corso di tale visita anestesiologicala di *“ripetuti episodi di diarrea addome trattabile ma dolente soprattutto in fianco e fossa il sx ...”* la quale, insieme ai dati raccolti presso l’Ospedale di S. M. A., era già sintomatica di potenziali complicazioni gastro intestinali.

La malperfusione gastro-intestinale non viene rilevata clinicamente dal CTU ma induttivamente evidenziata secondo un ragionamento logico privo di censure e, perciò, condivisibile. In particolare il CTU evidenzia che sulla base della letteratura scientifica si può ritenere che *“la manifestazione clinica della ischemia mesenterica è spesso insidiosa ed aspecifica per cui il livello di attenzione verso questa complicanza deve rimanere elevato, specie se il P. presenta alti livelli di lattati e dolore addominale”*, sintomi presenti nel paziente stanti i ripetuti episodi di diarrea e il dolore addominale evidenziati nella cartella clinica redatta presso l’AOUC e l’insorgenza di acidosi lattica in sede operatoria. La presenza di tale ulteriore complicazione del quadro clinico *“che si manifesta in meno del 5% dei pazienti con dissecazione aortica di tipo A, complica grandemente la gestione di questi pazienti ed il tasso di mortalità intraospedaliero è quasi tre volte più alto che nei pazienti senza questa complicazione”* (pag. 30 relazione).

Altri fattori che vanno ad incidere sulla mortalità intraospedaliera di pazienti affetti da dissecazione aortica, presenti nel caso in esame, sono: l’età superiore ai 70 anni, l’insufficienza renale e il deficit dei polsi, fattori citati anche dallo stesso CTP di parte attrice attraverso letteratura scientifica.

Ad essi deve aggiungersi anche la considerazione che *“la dissecazione è un problema sistemico che predispone alla recidiva ed i cui fattori di rischio possono essere considerati l’età avanzata, l’ipertensione, il diametro aortico e le condizioni del “falso” lume (pervietà o meno), il che porta a concludere che, tranne che nei casi confinati all’aorta ascendente l’intervento chirurgico non è mai del tutto curativo”* (pag. 30 relazione). Nel caso in questione l’intervento riguardava non solo la

sostituzione dell'aorta ascendente sovracoronarica ma anche dell'emiarco aortico. Dalla cartella clinica dell'intervento risulta: *“arteria succlavia che appare completamente dissecata...aorta ascendente appare notevolmente dilatata dal piano valvolare sino all'emergenza dell'arteria anonima con presenza di ematoma parietale... è presente lesione intimale nell'aorta ascendente e con dissezione che interessa il seno di Valsalva destro e non coronarico...”*.

L'intervento chirurgico in sé, comportante arresto di circolo in ipotermia profonda e perfusione cerebrale selettiva, è comunemente considerato importante dalla letteratura scientifica. *“Vi sono state poi complicanze sia in sala operatoria che nel post operatorio, peraltro tutte descritte in letteratura: in sala operatoria ipotensione con necessità di NA a basso dosaggio e acidosi lattica. Nel post operatorio insufficienza respiratoria che ha richiesto prolungata ventilazione meccanica fino a tracheostomia percutanea (13/08/2010), insufficienza renale con necessità di trattamento emofiltrativo (sospeso dal 12/08); per la comparsa di scosse tonico cloniche durante i primi tentativi di risveglio è stata intrapresa terapia con depakin. Si sono verificate inoltre fibrillazione atriale, ischemia distale agli arti inferiori ed ischemia intestinale sottoposta a laparotomia esplorativa e successiva revisione chirurgica per persistenza del quadro di addome acuto”* (pagg. 29-30 relazione).

Tanto il CTU quanto i CCTTPP hanno concordemente affermato che la tempestività dell'intervento chirurgico risulta determinante per la buona riuscita dell'intervento; il CTU riporta da letteratura scientifica che *“la mortalità senza intervento chirurgico aumenti dell'1% per ogni ora dall'insorgenza dei sintomi nell'arco delle prime 24 ore, del 29% entro 48 h e del 44% entro 7 giorni”* mentre il CTP di parte attrice riporta letteratura che diverge solo sulla prima percentuale, indicata nell'1-2% per ogni ora.

Fermo il fatto che risulta appurato che vi fu negligente ritardo di circa 3 ore e mezzo del personale sanitario dell'AOUC nel procedere con l'intervento chirurgico sul paziente, a voler applicare la richiamata correlazione statistica tra patologia e mortalità, questo significherebbe dedurre un tasso di mortalità aumentato del 3,5% ovvero tra il 3,5 e il 7%, a seconda che si applichi la legge statistica richiamata dal CTU o dal CTP di parte attrice.

In questa sede non si può tuttavia ricavare deduttivamente l'esistenza del rapporto di causalità da una legge scientifica, persino se di carattere universale, attraverso forme di automatismo. A partire dalla c.d. sentenza Franzese, Cass. pen., SS.UU., sent. n. 30328/2002, è stato, infatti, abbandonato il criterio della probabilità statistica, in favore del concetto di “probabilità logica” che implica un giudizio complessivo: partendo pur sempre dalle leggi statistiche deve effettuarsi una verifica aggiuntiva della credibilità della legge di copertura nel caso concreto. La soglia di probabilità cui deve accedersi in sede civile, però, è meno elevata di quella richiesta in sede penale, stanti le diversità morfologiche e funzionali delle due discipline (in proposito si vedano Cass. civ. 21619/2007 e Cass. SS.UU. Sent. n. 576/2008), pertanto per riconoscere la sussistenza di nesso di causa non sarà necessario raggiungersi una soglia di “elevata credibilità razionale” bensì anche solo un soglia meno elevata che, con diverse forme espressive, viene individuata nelle “serie ed apprezzabili possibilità”, “ragionevole probabilità” ecc., obbedendo alla logica del “più probabile che non”.

Entrano in gioco, nella fattispecie in esame, le valutazioni inerenti l'aumento del rischio di riuscita dell'intervento nei pazienti di età superiore ai 70 anni e nei pazienti che all'esordio presentano complicanze (tamponamento cardiaco, ischemia, infarto miocardico o malperfusioni cerebrali, renali o viscerali). Alcune di tali complicanze, sopra puntualmente sintetizzate, gravavano il sig. N. fin dai primi rilievi effettuati nel pronto soccorso, determinando disfunzioni multi-organo e

incidendo significativamente sulle sue probabilità di guarigione. L'estensione della dissezione rendeva la problematica stessa recidivante, a ciò si aggiungevano le complicazioni post operatorie che pregiudicavano l'omeostasi del paziente.

Nella vicenda qui in esame relativa al sig. N. non può ritenersi che l'inadempimento del personale sanitario, consistito nella ritardata esecuzione dell'intervento di circa tre ore e mezzo, abbia determinato la morte del paziente, risultando, piuttosto, più probabile che non che la patologia che affliggeva il paziente avrebbe comunque prodotto quelle complicazioni cliniche, in ultimo sfociate nel decesso.

La significativa compromissione del quadro clinico del paziente, manifestatasi già prima del suo trasferimento presso la struttura di C., era tale da pregiudicare di per sé le probabilità di successo anche di un tempestivo intervento chirurgico. Per contro, l'entità del ritardo del personale di AOUC non si dimostra tale da acquisire sull'exitus infausto un'efficacia causale preponderante e assorbente rispetto alle patologie pregresse del paziente.

In definitiva non è possibile affermare, in termini di probabilità logica, che senza le 3 ore e mezzo di ritardo il paziente avrebbe avuto ragionevoli probabilità di guarigione. E dunque non può dirsi che la ritardata esecuzione dell'indicato intervento chirurgico abbia con ragionevole probabilità direttamente provocato le complicazioni e infine morte del paziente.

In una diversa ottica deve invece essere esaminata la causalità da perdita di chance, la quale si attesta tout court sul versante della mera possibilità di conseguimento di un diverso risultato terapeutico, da intendersi, rettamente, non come mancato conseguimento di un risultato soltanto possibile, bensì come sacrificio della possibilità di conseguirlo, intesa tale aspettativa (la guarigione da parte del paziente) come "bene", come diritto attuale, autonomo e diverso rispetto a quello alla salute (in tal senso la già richiamata sentenza Cass. civ. sent. n. 21619/2007).

Nell'esame della domanda da perdita di chance l'accertamento probabilistico circa la raggiungibilità del risultato attiene alla determinazione del danno e non all'individuazione del nesso causale, come invece avviene nella domanda risarcitoria per mancato raggiungimento del risultato sperato. Non si tratta quindi di accertare la probabilità di conseguire il risultato ma la differente *possibilità* di conseguire un risultato utile o, comunque migliore, sempre in termini di ragionevole probabilità (si veda la sopra già citata Cass. Civ. sent. n. 4400/2004).

Secondo la nozione data dalla Suprema Corte con la sentenza n. 4400/04, la chance, o concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato, non è una mera aspettativa di fatto ma costituisce una entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione, onde la sua perdita, id est la perdita della possibilità di conseguire il risultato utile del quale risulti provata la sussistenza, configura un danno concreto ed attuale.

Nel caso in esame, dove non è possibile affermare che l'evento-morte si sarebbe o meno verificato in relazione alla condotta dei sanitari, si può però dire che il paziente ha perso, per effetto dell'inadempimento sopra accertato, delle chances che statisticamente aveva, quanto meno di godere di una più lunga sopravvivenza. Conseguentemente trova accoglimento la domanda risarcitoria avanzata dagli attori a titolo ereditario per la perdita di tali chances di una qualitativamente migliore e/o quantitativamente maggiore sopravvivenza.

La quantificazione di tale danno, da commisurarsi alla mera possibilità di conseguire un bene giuridico e non alla perdita del risultato, deve avvenire secondo un criterio equitativo puro ai sensi degli artt. 1226 e 2056 c.c. (in merito si veda Cass. civ. sent. n. 23846/2008), che dovrà altresì tenere conto dello scarto temporale tra la durata della sopravvivenza effettiva e quella della

sopravvivenza possibile in caso di intervento chirurgico corretto. Infatti *“quando il fatto illecito non è la causa della morte in sé, ma solo della morte in quella data e non successivamente, il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale in favore degli aventi diritto, non potrà che investire detta anticipazione della morte, ed avere quindi come termine di riferimento il lasso di tempo intercorrente tra la data in cui l’evento si è effettivamente verificato e quello in cui si sarebbe presumibilmente verificato se il fatto illecito acceleratore dei fattori patogenetici preesistenti non vi fosse stato”* (Cass. civ. sent. n. 7195/2014).

Orbene, nel caso di specie, nel procedere alla liquidazione dei danni si terrà in debito conto: dello stato di salute complessivo del sig. N., come sopra puntualmente analizzato ed aggravato da plurime complicanze; delle possibilità di sopravvivenza del paziente quantificate dal CTU nel 2-3% (valutazione condivisa da questo Giudice); del non trascurabile arco di tempo tra la data dell’insorgenza della patologia (nonché data dell’intervento chirurgico) e la data del decesso (quasi 3 mesi e mezzo) durante il quale presso altra struttura il paziente contrasse anche infezione da acinetobacter baumani multiresistente (21.10.2010) e dovette essere sottoposto a posizionamento di pacemaker temporaneo, fattori che ulteriormente accelerarono il peggioramento del suo quadro clinico.

A titolo di risarcimento del danno da perdita di chance va riconosciuta la somma complessiva stimata in via equitativa ex artt. 1226 e 2056 c.c. di € 25.000,00, da ripartirsi in quote uguali tra le eredi legittime G. B. e S. N.. Su tale somma liquidata in valori attuali, spettano gli interessi compensativi al tasso legale dal giorno del decesso (19.11.2010), calcolati sulla somma svalutata a tale data e via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat fino alla data di pubblicazione della presente sentenza.

Non può riconoscersi invece il risarcimento, iure hereditatis, di un danno biologico c.d. terminale quale lesione al bene salute per l’evenienza che il paziente sia rimasto in vita per un periodo di tempo apprezzabile successivamente alla detta lesione, osservato che, per le ragioni sopra illustrate, non può affermarsi che la morte, con ragionevole probabilità, sia stata determinata dall’inadempimento dei sanitari. Considerato che il danno da perdita di chance è stato liquidato al paragrafo precedente in misura omnicomprendente, esso tiene conto anche del sacrificio della possibilità di un periodo di sopravvivenza più lungo o di miglior qualità sicché una eventuale ulteriore liquidazione di questi stessi pregiudizi sotto la voce descrittiva di danno biologico c.d. terminale iure hereditatis determinerebbe, per contro, un’inammissibile duplicazione risarcitoria.

Esaminando le ulteriori richieste risarcitorie avanzate dagli attori, queste dovranno essere disattese alla luce del fatto che il ritardato trattamento chirurgico non ha - come più volte si è detto - determinato la morte, ma ne ha determinato la sola anticipazione, così riducendo l’aspettativa di vita, comunque molto ridotta in considerazione di tutti gli elementi già sopra delineati di cui il paziente era portatore, e determinando pertanto la perdita di chance di un prolungamento della vita.

Non può riconoscersi perciò un danno da perdita di chance di protrazione del rapporto parentale, richiesto da tutti gli attori non perché in astratto non sia configurabile ad avviso del giudicante, ma perché in concreto, nel caso in esame, non appare aver un valore apprezzabile .

I parenti del paziente dal breve lasso di tempo di possibile maggiore sopravvivenza non avrebbero ottenuto di godere della presenza e del rapporto con la persona cara scomparsa perché la patologia ne aveva significativamente aggravato le condizioni al punto da rendere probabile il decesso indipendentemente dal ritardo nell’effettuazione dell’intervento chirurgico.

Osservato che le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, la quale ha natura di allegazione difensiva tecnica, rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, trova



accoglimento la domanda di risarcimento del danno patrimoniale per € 3.660,00. Su tale somma liquidata alla data dell'esborso effettivo spettano gli interessi compensativi al tasso legale fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, calcolati sulla somma via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat.

Le spese stragiudiziali devono ritenersi tutte connesse all'attività preparatoria del giudizio.

Le spese di lite e della ctu espletata in corso di causa seguono la soccombenza, sono poste a carico della parte convenuta e sono liquidate come da dispositivo, in applicazione dei principi dettati dal D.M. Giustizia 10.03.2014 n. 55 tenuto conto del valore effettivo della controversia.

P.Q.M.

il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra istanza ed eccezione rigettata o assorbita, così provvede:

a) condanna la parte convenuta Azienda Ospedaliero Universitaria C. al pagamento delle seguenti somme:

- a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale iure hereditatis in favore di G. B. e S. N. € 12.500,00 per ciascuna, oltre interessi compensativi al tasso legale dal 19.11.2010, calcolati sulla sorte capitale svalutata a tale data e via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat fino alla data di pubblicazione della presente sentenza;

- rigetta le altre domande;

b) condanna la parte convenuta Azienda Ospedaliero Universitaria C. alla rifusione delle spese di lite in favore degli attori che si liquidano in € 1.241,00 per spese ed € 7.000,00 per compensi professionali, oltre rimborso forfettario al 15%, iva e cpa, come per legge;

c) pone le spese della ctu e relative integrazioni definitivamente a carico della parte convenuta.

Firenze, 24 novembre 2017

Il Giudice  
dott. Luca Minniti