

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di FIRENZE

Seconda sezione CIVILE

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

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. **9___/2016** promossa da:

C. IN PROPRIO E IN QUALITA' DI EREDE VV,

con il patrocinio dell'avv. F. D. e dell'avv. , elettivamente domiciliato in presso il difensore avv. F. D.

M. IN PROPRIO E IN QUALITA' DI EREDE VV, con il patrocinio dell'avv. F. D. e dell'avv. ,
elettivamente domiciliato in (omissis) presso il difensore avv. F. D.

ATTORE/I

contro

CASA DI CURA SS S.P.A. - CASA DI CURA PRIVATA IN LIQUIDAZIONE,

con il patrocinio dell'avv. RR e dell'avv. , elettivamente domiciliato in (omissis) presso il difensore avv. RG

CONVENUTO/I

Conclusioni:

Nell'interesse di parti attrici:

“Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, ogni contraria istanza disattesa:

- in via principale, accertare e dichiarare la riconducibilità della morte di XX, avvenuta in data 06.04.2001 presso l'ospedale DD di XX, a violazione dei doveri di diligenza, prudenza e perizia esigibili dai medici della Casa di Cura YY e/o a carenze organizzative e strutturali della stessa nel corso del ricovero per un intervento di protesizzazione d'anca, iniziato il 03.04.2001, e quindi a responsabilità degli stessi; condannare per l'effetto in solido la Casa di Cura YY S.p.A. – Casa di Cura Privata in liquidazione in persona del suo liquidatore e legale rappresentante pro tempore, quale gestore all'epoca dei fatti della Casa di Cura YY, all'integrale risarcimento di ogni danno, patrimoniale e non patrimoniale, iure hereditatis e iure proprio, subito da B. M. e B. C., in proprio e quali eredi di B. A., in conseguenza del decesso della propria congiunta, nella misura che verrà ritenuta di giustizia, il tutto oltre interessi e rivalutazione monetaria;

- in via subordinata, accertare e dichiarare che la violazione dei doveri di diligenza, prudenza e perizia esigibili dai medici Casa di Cura YY e/o le carenze organizzative strutturali della stessa hanno comportato una rilevante perdita di chance di sopravvivenza per la ; condannare per l'effetto , anche in questo caso, la Casa di Cura YY S.p.A. all'integrale risarcimento iure hereditatis di ogni danno, patrimoniale e non patrimoniale, subito dai Sig.ri C. e M. B., in proprio e quali eredi di B. A., nella misura che verrà ritenuta di giustizia, il tutto oltre interessi al tasso previsto dal D.leg.vo 231/2002 e rivalutazione monetaria;

- in ogni caso, condannare la convenuta al rimborso delle spese sostenute dagli attori nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. n. R.G. 316/14 e del procedimento di mediazione.

Con vittoria di spese del presente giudizio.”

Nell'interesse di parte convenuta:

“Piaccia all'On.le Tribunale adito, previe le declaratorie del caso e gli incombenti di rito, contrariis reiectis:

in via preliminare, accertare e dichiarare l'intervenuta prescrizione del diritto azionato dagli attori per tutti i motivi di cui in narrativa;

nel merito, nella denegata e deneganda ipotesi di superamento della predetta eccezione di prescrizione, accertare e dichiarare che la condotta dei sanitari operanti presso la Casa di Cura convenuta ha comportato esclusivamente una perdita di chance nelle aspettative di vita della Sig.ra XX e, per l'effetto respingere tutte le altre richieste risarcitorie,"

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato B. C. e B. M., in proprio e in qualità di eredi di XX e B. A., hanno convenuto in giudizio dinanzi al Tribunale di XX la Casa di Cura YY S.p.A. in liquidazione, nella persona del suo liquidatore e legale rappresentante *pro tempore*, affinché venga accertata e dichiarata la riconducibilità del decesso della di loro madre XX a violazione dei doveri di diligenza, prudenza e perizia esigibili dai medici della Struttura Sanitaria e/o a carenze organizzative e strutturali e per l'effetto venga condannata la stessa -in solido con i singoli medici- al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non, patiti dagli attori *iure proprio* e *iure hereditatis* in conseguenza dell'evento lesivo per cui è causa.

A fondamento delle proprie pretese risarcitorie gli attori hanno dedotto quanto di seguito esposto:

in data 03.04.2001 XX veniva ricoverata presso la Casa di Cura YY, sita in XX, per essere sottoposta all'intervento di protesizzazione dell'anca; al momento del ricovero nella clinica la presentava "*ipertensione arteriosa e peggioramento scompenso cardiaco*" e si trovava in condizioni generali abbastanza precarie.

In data 05.04.2001 la veniva sottoposta ad intervento chirurgico preceduto da anestesia periferica, durante la quale veniva annotata in cartella clinica soltanto l'esecuzione di emostasi e non anche la trasfusione di sangue, richiesta invero il giorno precedente; nel corso della quattro ore e mezzo successive all'intervento il drenaggio della ferita raccoglieva 500 ml di sangue.

Alle ore 8:22 veniva eseguito esame emocromocitometrico che mostrava il crollo nella paziente dell'emoglobina al valore di 8,35 ge/100 ml con perdita di circa il 32,1% del patrimonio emoglobinico registrato due giorni prima. Alle ore 10:30 la accusava malessere e dolore epigastrico e le veniva accertato un notevole calo della pressione arteriosa; per tali ragioni alle ore 11:30 la stessa veniva sottoposta ad esami ematochimici ed ECG, che mostravano un progressivo sottoslivellamento del tratto ST dal quale si sarebbe dovuto evincere l'elevato rischio ischemico.

Solo alle ore 13:50 la paziente veniva sottoposta a trasfusione di sangue, al termine della quale le condizioni della stessa risultavano nettamente peggiorate.

Alle ore 15:50 venivano diagnosticati alla infarto ed edema polmonare che ne rendevano necessario il trasferimento presso l'Ospedale DD, dove la stessa giungeva in condizioni critiche con diagnosi di "*stato di shock emorragico associato a angor da discrepanza e congestione polmonare*". Alle ore 18:20, veniva registrato il decesso della paziente, provocato da edema polmonare acuto insorto a seguito di insufficienza cardiaca per infarto del miocardio.

A seguito del decesso della propria congiunta, ritenendo sussistente profili di negligenza ed imperizia dei sanitari dell'Istituto YY, nel 2003 B. C., B. M. e B. A. formulavano richiesta risarcitoria nei confronti della struttura sanitaria, alla quale non faceva seguito alcun riscontro. A seguito del decesso del di loro padre, B. A., gli attori reiteravano -con lettera del 22.09.2011- la già formulata richiesta di risarcimento, che veniva respinta dalla convenuta con lettera del 15.07.2012. B. C. e B. M. sperivano

inoltre tentativo di mediazione innanzi all'Organismo AR Net di RR che, stante l'assenza della convenuta all'incontro fissato, riportava esito negativo.

Con ricorso *ex art. 696 bis c.p.c.*, gli attori adivano il Tribunale di XX affinché venisse preventivamente accertata la responsabilità dei medici e della Casa di Cura YY nella causazione dell'evento per cui è causa; in tal sede, nonostante dalle risultanze della CTU medico-legale emergesse la YY responsabilità di parte convenuta nella causazione dell'evento lesivo per cui è causa, la struttura sanitaria non si mostrava disponibile a pervenire ad un accordo transattivo e ciò rendeva necessaria l'instaurazione del giudizio *de quo*.

A fondamento delle proprie pretese risarcitorie gli attori hanno dedotto quanto di seguito esposto:

per quanto concerne l'*an debeatur*, parti attrici hanno sostenuto *in primis* come per i fatti per cui è causa sussisterebbe una responsabilità in capo ai medici della Casa di Cura, nonché alla Struttura stessa, in ragione della condotta negligente, imprudente ed imperita posta in essere dai sanitari come di seguito specificata:

- imprudente indicazione dell'intervento di protesizzazione dell'anca per un soggetto in età avanzata ed in condizioni generali già precarie; - negligenza dei medici operatori e dell'anestesista nel non aver richiesto una consulenza cardiologica pre-operatoria; - imperizia e negligenza dei medesimi soggetti nel non aver provveduto all'immediata trasfusione di sangue a seguito del copioso sanguinamento sia intra-operatorio che post-operatorio.

Infatti, come è emerso dalla CTU medico legale espletata nell'ambito del procedimento *ex art. 696 bis c.p.c.*, i sanitari della Casa di Cura avrebbero dovuto disporre l'immediato trasferimento della paziente presso un ospedale provvisto di cardiologia emodinamica e di reparto di terapia intensiva già al momento della comparsa dei primi sintomi che avrebbero potuto far sorgere il sospetto di un infarto miocardico. Inoltre, la CTU disposta in sede di ATP avrebbe rilevato non solo una responsabilità omissiva dei medici della struttura sanitaria ma altresì una responsabilità da disorganizzazione ospedaliera della struttura stessa. Dunque da un lato sarebbe configurabile una responsabilità extracontrattuale in capo ai singoli operatori sanitari per non aver tempestivamente prestato alla le cure adeguate ad impedire il decesso della stessa, e dall'altro sussisterebbe altresì una responsabilità contrattuale da contatto sociale in capo alla Struttura sanitaria convenuta.

In secondo luogo gli attori hanno sostenuto come le risultanze istruttorie sarebbero idonee a soddisfare l'*onus probandi* in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra la condotta omissiva dei medici ed il decesso della paziente; infatti, dal momento che secondo una consolidata giurisprudenza di legittimità troverebbe applicazione il criterio del "più probabile che non", le conclusioni della CTU risulterebbero idonee a soddisfare la prova del nesso causale secondo tale principio probabilistico.

Per quanto attiene al *quantum debeatur*, sarebbe derivato in capo agli attori ed al di loro padre un danno da perdita del rapporto parentale con la propria congiunta da accertarsi a mezzo di prova testimoniale o in difetto da liquidare equativamente in euro 350.000 per ciascuno degli attori.

In ordine alle pretese *iure hereditatis* gli attori, quali unici eredi della , hanno sostenuto altresì la sussistenza del c.d. danno catastrofale, inteso come quello conseguente alla sofferenza patita dalla vittima a causa delle lesioni riportate; tale danno, rimesso alla valutazione equitativa del Giudice, spetterebbe agli istanti per le ore in cui la ha coscientemente vissuto l'aggravarsi delle proprie condizioni e percepito l'approssimarsi della morte.

In via subordinata, nel caso in cui dovesse essere ritenuto configurabile il mero danno da perdita di chances di sopravvivenza in capo alla , agli attori dovrebbe comunque essere riconosciuto, *iure*

hereditatis, il risarcimento che sarebbe spettato alla loro congiunta per il danno derivante da tale perdita liquidato equitativamente ex art. 1226 c.c.

Parti attrici hanno dedotto altresì la sussistenza di un danno patrimoniale in ragione delle spese sostenute dagli stessi nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c., pari ad euro 278,80, nonché di quelle sostenute per l'avvio del procedimento di mediazione, pari a complessivi euro 161,41.

Infine, sulle somme richieste sarebbero da computarsi altresì interessi legali e rivalutazione monetaria.

Con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata si è costituita in giudizio la Casa di Cura YY S.p.A. in liquidazione, in persona del liquidatore *pro tempore*, la quale ha contestato quanto *ex adverso* dedotto poiché ritenuto infondato in fatto ed in diritto per le ragioni di seguito esposte:

in via preliminare parte convenuta ha eccepito la prescrizione del diritto azionato dagli attori -in quanto il contenzioso di cui è causa sarebbe stato introdotto 13 anni dopo il decesso della - e ha contestato altresì la produzione da parte della convenuta di copia delle lettere interruttive della prescrizione, non essendo leggibile a distanza di anni il nominativo di chi ha materialmente ricevuto tali raccomandate.

In secondo luogo, parte convenuta ha sostenuto come le risultanze della CTU espletata in sede di ATP non sarebbero idonee a corroborare la prova del nesso di causalità diretta tra la condotta dei sanitari della Casa di Cura e l'evento lesivo, bensì a soddisfare l'*onus probandi* in ordine alla sola perdita di chance.

La causa è stata istruita a mezzo di prove documentali e, previa concessione alle parti dei termini per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica, è stata spedita a decisione nelle forme di cui all'art. 281 *quinquies*, comma 1, c.p.c.

Tanto premesso preliminarmente si osserva che il credito vantato dagli attori non può considerarsi prescritto poiché risultano prodotte varie lettere stragiudiziali con le quali hanno interrotto la prescrizione. La difesa della convenuta appare infondata e generica limitandosi a genericamente affermare che a distanza di tanti anni non appare leggibile il nominativo del ricevente.

Tale deduzione appare inconferente e smentita dalle stesse copie delle cartoline di ricevimento da cui emerge che l'addetto postale aveva consegnato le lettere all'incaricato della Casa di Cura; parimenti generica e non dirimente appare la contestazione sulla conformità della copia delle lettere e cartoline agli originali, atteso che l'eccezione è priva del tutto dell'indicazione specifica degli aspetti per i quali si assume che la copia differisca dall'originale e tale eccezione è per giunta genericamente rivolta a tutte quanti gli atti interruttivi e non specificamente ad uno (vd. per tutte sull'irrelevanza di eccezioni di mancata conformità prive dei requisiti di contenuto minimi cass. **Ordinanza n. 29993 del 13/12/2017**). A tali argomenti si aggiunge che la Casa di Cura e la sua assicuratrice non si sono presentate in mediazione, dove ben avrebbero potuto eccepire la prescrizione al fine di evitare un inutile processo preceduto peraltro dal procedimento ex art. 696 bis c.p.c..

D'altra parte è scritto espressamente nell'art. 8 comma 4 bis decreto legislativo n. 28/2010 che il giudice possa trarre argomenti di prova nel successivo giudizio ex art. 116 c.p.c. dalla mancata partecipazione alla mediazione senza giustificato motivo; e non risulta che la prescrizione sia stata nella fase pre-giudiziale il motivo che aveva giustificato la mancata presentazione alla mediazione.

A tali argomenti si aggiunge che, come risulta da una lettera inviata agli attori dal liquidatore, il sinistro venne denunciato dalla Casa di Cura alla sua compagnia assicuratrice, segno evidente della regolare ricezione delle richieste risarcitorie stragiudiziali.

Nel merito si osserva che sono emerse numerose negligenze nell'operato della Casa di Cura YY di XX, a cominciare dall'omissione di visita cardiologica ed ECG nonché di visita anestesiologicala necessarie a valutare adeguatamente il rischio dell'intervento di protesizzazione dell'anca.

Infatti, risulta che la paziente di anni 78 avesse delle preesistenti patologie anche a carico del cuore, che avrebbero certamente dovuto indurre i sanitari a valutare attentamente, anche con esami strumentali (ECG) il rischio operatorio al quale si associa normalmente un'anemizzazione per sanguinamento intra e post operatorio. La paziente, infatti, in base ai precedenti elettrocardiogrammi risultava affetta da "blocco atrioventricolare di primo grado, ipertrofia da sovraccarico del ventricolo sinistro, extrasistoli per battiti sopra ventricolari isolati e valori di emoglobina lievemente inferiori rispetto alla norma (12,3- RDW 15,9) Ciononostante nessun controllo preoperatorio risulta fatto sull'organo del cuore.

Tutto ciò manca nella cartella clinica e dunque deve ritenersi che non è stato fatto; infatti, le omissioni della cartella clinica vanno interpretate, in combinato disposto agli artt. 1218 c.c. e 116 c.p.c., in senso sfavorevole alla struttura (vd. per tutte cass. **Cass. civ. Sez. III, 08-11-2016, n. 22639 che recita** "Va cassata la pronuncia di merito che, nel rigettare la domanda di risarcimento dei danni da responsabilità medica, ha fatto gravare l'incompletezza della *cartella clinica* sul paziente, deducendone *l'assenza* della prova del nesso causale").

Il ctu sul punto, non essendo un giurista ha, invece, concluso dicendo che siccome nulla risulta annotato sulla valutazione del rischio operatorio, deve ritenersi che l'intervento era stato considerato come "indicato".

Tale conclusione del ctu non è evidentemente condivisibile in senso giuridico per le ragioni anzidette.

Dunque deve ritenersi che i sanitari avessero omesso le visite e gli accertamenti strumentali necessari a valutare l'indicazione all'intervento, in una paziente per la quale massimamente doveva essere fatta questa valutazione perché avente di base una patologia cardiaca ossia uno scompenso cardiaco e un'età avanzata.

A riprova della grave negligenza che precede milita l'anemizzazione della paziente post-intervento risultata superiore a quella che normalmente ci si attende per quel tipo di intervento di protesi d'anca e sul punto ci si riporta agli studi richiamati dal ctu.

In cartella è annotato un valore di emoglobina 8.3 inferiore a quello normale atteso per detto intervento e inferiore di un terzo circa rispetto ai valori originari pre-intervento (la paziente aveva valori normali di emoglobina prima di essere operata).

Dunque seppure il ctu non abbia adeguatamente considerato la totale omissione (doverosa in quel caso) della valutazione del rischio operatorio mediante quantomeno una visita cardiologica e un ECG, ha comunque rilevato delle gravi omissioni successive all'intervento che sono consistite sostanzialmente nel ritardo con cui, a fronte di un sospetto di patologia cardiaca acuta ed evento ischemico, sospetto collocabile quantomeno al momento della somministrazione del farmaco Carvasin, hanno del tutto omesso di inviare immediatamente la paziente all'Ospedale di DD, per l'immediato trattamento della patologia cardiaca cui era associato il dolore epigastrico, sintomo tipico dell'ischemia pre-infarto miocardico.

Il ctu ha riferito che il paziente, se non trattato nelle prime due ore dalla comparsa dei primi sintomi, muore nel 70% dei casi ha riferito che il paziente è stato tardivamente trattato con un ritardo di almeno 3 ore, ciò che costituisce *ritardo critico ai fini della prognosi quoad vitam*.

Il ritardo nell'invio presso struttura specializzata ben può collocarsi anche anteriormente alle 3 ore riferite dal ctu, atteso che l'elettrocardiogramma evidenziante lo slivellamento ST è **delle h. 10,43;**

inoltre la paziente aveva già dolore epigastrico e aveva perso molto più sangue del solito nel corso dell'intervento del giorno prima e nelle 3 ore successive all'intervento,; inoltre aveva 78 anni e aveva di base una patologia cardiaca.

L'ambulanza venne, invece, chiamata **soltanto alle h. 15.30.**

Sulla responsabilità sanitaria in caso di omesso invio immediato del paziente presso strutture specializzate si veda per tutte App. Perugia, 08-06-1993 *“Sussiste colpa nell'esercizio della professione medica quando vi è violazione dei principi di diligenza, prudenza e perizia nell'adempimento dell'obbligo di intervento attraverso l'adozione di tutte le misure di emergenza necessarie, quali la pronta convocazione di specialisti ovvero l'immediato trasferimento del paziente presso strutture all'uopo specializzate”*

Inoltre si rileva che l'emotrasfusione venne praticata solamente alle h. 10,45 del 6 aprile e dunque subito dopo l'EKG.

Stanti poi le cennate carenze della cartella clinica, che vanno lette sfavorevolmente per la convenuta, non è stato annotato nemmeno a che ora il Carvasin s.l. venne somministrato e il ctu non ha potuto stabilire se venne somministrato prima o dopo l'elettrocardiogramma e appare anche anomalo che le annotazioni in cartella non seguano, come dovrebbe avvenire, le successioni temporali delle prestazioni sanitarie (vd. pag. pag. 12 rigo 16; pag. 5 nono rigo dal basso; pag. 3 ultimo rigo).

Il ctu ha riferito dunque che si trova annotato in cartella come la paziente fin dalla notte del 5 aprile stesse male e lamentasse dolore epigastrico (sintomo dell'ischemia) e che la mattina del 6 aprile somministrarono il Carvasin sublinguale, farmaco che si somministra proprio nei casi di ischemia; non si condivide come non ha condiviso anche il ctu, la tesi della convenuta secondo cui la somministrazione di quel farmaco non significa che i sanitari avessero il sospetto di un evento ischemico perché è un farmaco di frequente uso ad adiuvandum; infatti, la compresenza del dolore epigastrico per giunta a seguito dell'intervento chirurgico che aveva determinato la perdita di 500 cc. di sangue e dunque un'anemizzazione superiore alla norma, con drastica riduzione dell'ossigenazione del muscolo cardiaco, unitamente allo scompenso cardiaco di base non potevano che creare il sospetto di infarto del miocardio, come difatti risulta essere accaduto per la comprovata somministrazione del Carvasin, come opinato correttamente dal ctu. Tale sospetto era poi confermato dallo slivellamento del tratto ST merso all'elettrocardiogramma finalmente eseguito la mattina del 6 aprile 2001. non condivisibilmente i convenuti sostengono che quello slivellamento era compatibile anche con l'ipopotassiemia di cui pure la paziente soffriva e dunque non potesse sorgere neanche allora il sospetto di patologia infartuale.

Dunque i sanitari si configurarono il sospetto di un infarto in atto sin dalla mattina del 6 aprile ma ciononostante, contro ogni buona prassi, omisero l'invio immediato al Policlinico DD, distante solamente 4,5 km. e dotato di tutte le attrezzature necessarie a trattare quella patologia acuta prima che evolvesse alle h. 14,45 in edema polmonare, che denota una insufficienza miocardica gravissima (vd. piè pag. 12 ctu).

I medici del YY decisero di chiamare l'ambulanza troppo tardi, alle 15,30 a fronte di evidenza strumentale e clinica di inizio infarto alle h. 10,43 e dunque la paziente non poté ricevere, a causa di questa grave omissione, la cura di elezione da attuare prontamente entro due ore dai sintomi, per sopravvivere con molta probabilità all'evento, ossia l'angioplastica e le cure descritte dal ctu.

Quando giunse al pronto soccorso la paziente aveva già un edema polmonare acuto suggestivo per insufficienza miocardica acuta grave.

I medici del DD correttamente tentarono prima di ristabilire un equilibrio dinamico non potendosi procedere diversamente come indicato dal ctu. Nessuna colpa è stata correttamente ascritta all'Ospedale DD.

È quindi emerso che i medici della Casa di Cura omisero di valutare preventivamente il rischio operatorio e dunque ben può leggersi sfavorevolmente tale omissione ex art. 116 c.p.c. e 1218 c.c., nel senso che l'intervento non era nemmeno indicato in un paziente con quel quadro clinico e quell'età; in secondo luogo non hanno proceduto ad un controllo cardiologico neanche nelle ore immediatamente successive all'intervento nonostante il valore dell'emoglobina inferiore a quello atteso per quel tipo di intervento e nonostante i dolori anche epigastrici della paziente e il suo malessere registrato fin dalla notte dell'intervento; omisero infine l'invio della paziente con trasporto in emergenza verso l'Ospedale vicino dotato di tutte le attrezzature adeguate per poter affrontare con esito positivo molto probabile, la patologia infartuale in atto e della quale erano emersi plurimi sintomi anche in rapporto al quadro di base; l'omesso invio tempestivo a DD è stato posto in relazione di causalità con la mancata sopravvivenza e dunque col decesso e ciò ricorrendo al più probabile che non e anche indicando la maggiore percentuale di sopravvivenza nel 60/70% in caso di comportamento corretto dei sanitari.

Il fatto che il ctu, che è un medico e non un giurista, abbia utilizzato la locuzione "sarebbe sopravvissuta con una probabilità del 60/70%", e abbia richiamato la chance di sopravvivenza, non deve vincolare il Giudice al fine di qualificare il danno in termini di perdita di chance, laddove, come in questo caso, è chiaro che il ctu abbia inteso porre una relazione causale diretta anche se non certa, ma comunque altamente probabile, tra il decesso e le mancate cure tempestive della patologia infartuale in atto, e che poteva essere trattata in un centro specializzato salvando la vita della paziente con una probabilità del 60/70%.

Il discorso del ctu è un discorso evidentemente di causalità piuttosto che di qualificazione del tipo di danno prodotto.

Sussiste dunque causalità tra evento morte e condotta negligente della Casa di Cura YY, la quale dovrà risarcire il danno da morte ai figli come danno iure proprio, anche per la quota del coniuge A. B. deceduto nell'anno 2011.

Applicando le tabelle milanesi per il danno da perdita del congiunto al minimo, tenuto conto dell'età del congiunto deceduto e dunque dell'entità di rapporto perduto per i congiunti, si liquida a ciascun congiunto la somma di euro 165.000,00, e dunque in totale euro 495.000,00 da devalutare al 6.4.2001 e rivalutare con interessi sulla somma via via rivalutata, da suddividere tra i due attori.

Considerato inoltre che gli attori avevano introdotto il procedimento di mediazione al quale non aveva partecipato né la casa di cura in liquidazione né la sua compagnia assicurativa R. M., e considerato che neanche a seguito della perizia preventiva non avevano ottenuto soddisfazione del credito e nemmeno accenti, trova applicazione la responsabilità aggravata ex art. 96 comma 3 c.p.c. in rapporto con l'art. 8 comma 4 bis decreto legislativo n. 28/2010 e al principio di causalità del processo. Si veda sul collegamento tra (in generale tutti) gli strumenti di mediazione "preventiva" e l'art. 96 comma 3 c.p.c. es. **Trib. Torino Sez. III, 18-01-2017** "Il rifiuto di aderire all'invito alla negoziazione assistita, ai sensi del D.L. n. 132/2014, assume rilevanza sul piano giudiziale atteso che il giudice successivamente adito potrà valutarlo ai fini delle spese, anche ex art. 96 c.p.c.. **Tribunale Roma Sez. XIII, 29-05-2017** L'ingiustificata mancata partecipazione di una parte al procedimento di *mediazione* demandata disposta dal giudice è valutabile ai fini della decisione nel merito della causa (art. 116 c.p.c. in relazione all'art. 8 del D.Lgs. n. 28/2010). Il mancato rispetto dell'ordine impartito dal Giudice ai sensi dell'art. 5, co. 2

della legge integra colpa grave e può fondare la condanna per **responsabilità aggravata** ai sensi dell'art. 96, co. 3, c.p.c..

La quantificazione dell'indennizzo ex art. 96 comma 3 c.p.c. viene rapportata all'importo delle spese legali o un loro multiplo (vd. cass. ord. 21570/2012) e va a compensare il fatto di aver dovuto affrontare un doppio procedimento (696 bis c.p.c. e quello ordinario), a ciò dedicando tempo, energia e denaro destinabili ad altre attività dell'esistenza.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

1. condanna la convenuta a corrispondere a ciascuno degli attori la somma di euro 247.500,00 da devalutare al 6.4.2001 e rivalutare con interessi al tasso di legge fino al soddisfo;
2. condanna la convenuta a rimborsare agli attori le spese del giudizio che liquida per questo giudizio ordinario in euro 565,00 per spese vive (contributo unificato, marche e notifica), euro 25.664,44 per onorari, e per il procedimento 696 bis c.p.c. in euro 278,00 per spese vive, euro 6000,00 per onorari, oltre spese di ctu liquidate in causa 696 bis c.p.c., oltre accessori di legge, e oltre euro 161,41 per spese di mediazione.
3. Condanna la convenuta ad indennizzare gli attori ex art. 96 comma 3 c.p.c. corrispondendo una somma per ciascuno pari all'importo delle spese legali quantificate nel presente giudizio (euro 25.000,00 per ciascuno degli attori).
4. Condanna la convenuta a versare all'entrata del bilancio dello Stato la somma di euro 877,00 ex art. 8 comma 4 bis d.lvo 28/10.

Firenze, 21 giugno 2018

Il Giudice

dott. SS