

N. R.G. 91/2022



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di PESCARA

RESPONSABILITA' AQUILIANA E ALTRO CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Patrizia Medica ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **91/2022** promossa da:

M/o. D. S. (C.F. ...), **M/a. D. S.** (C.F. ...) e **D. P.** (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. T. B. e dell'avv. N. F. elettivamente domiciliati in VIA ... N... , presso il difensore avv. T. B.

ATTORI

contro

A. (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. D. E. L. elettivamente domiciliata in VIA ..., presso il difensore avv. D. E. L.

PARTE CONVENUTA

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni del 20.11.2024 tenuta nelle forme della trattazione scritta, le parti hanno così concluso:

gli attori hanno chiesto che il Tribunale, accertata la responsabilità dei sanitari che ebbero in cura la sig.ra F. P. presso l'A.O. '...' di ..., condanni la A. al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale, cd. da perdita anticipata della vita e/o cd. da perdita di chance di sopravvivenza e/o di più lunga sopravvivenza e/o di guarigione, subito dagli attori, sia iure proprio che in qualità di eredi di F. P.

Vinte le spese da distrarre in favore dell'Avv. T. B. procuratore antistatario.

La convenuta, contestando gli esiti della CTU, ha chiesto il rigetto delle domande formulate dagli attori.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione



1. Con atto di citazione ritualmente notificato e depositato in data 5.1.2022, M/o. D. S., M/a. D. S. e D. P., rispettivamente figli e fratello di F. P., nata il 03.02.1945 e deceduta il 10.07.2020, hanno convenuto in giudizio la A chiedendo la condanna della struttura sanitaria al risarcimento dei danni da loro subiti, sia iure proprio che iure ereditario, a seguito del decesso di F. P., da loro addebitato alla condotta dei sanitari dipendenti della A.

A sostegno della domanda hanno dedotto che F. P. di 75 anni era stata ricoverata in data 28.6.2020, presso l'Ospedale ... di ..., a causa di un infortunio domestico all'esito del quale aveva riportato la frattura persottotrocanterica, con rima inversa e terzo frammento femore destro ed era stata operata solo in data 10.07.2020, dopo 12 giorni dall'ingresso in ospedale.

Assumevano che, nel corso della degenza, fossero stati omessi i necessari controlli, finalizzati ad accertare l'esistenza di perdite ematiche occulte, evidenziando che la paziente era deceduta il giorno stesso dell'intervenuto.

2. Con comparsa depositata il 23.3.2022 si è costituita la A. di ..., contestando le avverse pretese.

Ha eccepito che gli attori si erano limitati a contestare una serie di omissioni da parte dei sanitari che avevano avuto in cura la sig.ra F. P., senza nulla indicare in relazione al diverso esito che avrebbe potuto avere il decorso della patologia della medesima, nell'ipotesi di corretto comportamento.

3. Considerata la natura tecnica della controversia è stata disposta CTU medico legale, finalizzata ad accertare il corretto svolgimento delle procedure di cura ed assistenza prestate alla defunta.

L'incarico è stato conferito ad un collegio peritale composto dal dott. A. N. specialista in Medicina Legale, dal dott. R. D. C., specialista in Ortopedia e dal dott. M. F., Spec. in Anestesia e Rianimazione, che hanno depositato la relazione il 22.5.2023.

4. Previa assunzione della prova per testi capitolata dagli attori, la causa è stata rinviata per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 20.11.2024, all'esito della quale è stata trattenuta in decisione, con assegnazione alle parti dei termini indicati nell'art. 190 cpc.

A. Sulla sussistenza, in capo agli attori, della qualità di eredi di F. P.

Gli attori hanno allegato il certificato delle cause del decesso di F. P.

Hanno inoltre prodotto due certificati storici dello stato di famiglia, dai quali emerge che M/o. D. S. e M/a. D. S. sono figli di F. P. e D. P. è il fratello di F. P.

B. Sulle coordinate giuridiche della fattispecie di cui è processo

b.1 Prima di procedere all'esame del merito della vicenda, appare opportuno delineare la disciplina giuridica della fattispecie, al fine di un corretto riparto dell'onere probatorio gravante sulle parti processuali.



Al riguardo, è necessario ulteriormente distinguere tra le somme risarcitorie domandate dagli attori iure proprio e quelle domandate iure hereditatis.

Quanto alla domanda formulata dagli attori M/o. D. S. e M/a. D. S. sia iure proprio che in qualità di eredi della sig.ra F. P., va precisato che il rapporto contrattuale tra paziente e struttura sanitaria (o medico) esplica i suoi effetti tra le sole parti del contratto, sicché l'inadempimento della struttura o del professionista genera responsabilità contrattuale esclusivamente nei confronti dell'assistito, che può essere fatta valere dai suoi congiunti iure hereditario, senza che questi ultimi, invece, possano agire a titolo contrattuale iure proprio per i danni da loro patiti.

Con riferimento ai danni richiesti iure proprio dagli attori, la disciplina applicabile è quindi quella di cui all'art. 2043 c.c. con i relativi corollari probatori.

b.2 Con riguardo all'azione esercitata dagli attori iure hereditatis, l'evoluzione giurisprudenziale inerente la distribuzione degli oneri probatori tra creditore e debitore della prestazione obbligatoria muove dalla nota pronuncia a Sezioni Unite del 11.1.2008 n. 577 la quale, conformemente alla disciplina generale vigente in materia contrattuale, ha chiarito che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante nella causazione del danno evento.

Gli approdi interpretativi più recenti hanno registrato un contrasto tra quella parte di giurisprudenza che rimane fedele a tale impostazione (Cass. civ. sez. III del 12.9.2013; Cass. civ. sez. III del 30.9.2014 n. 20547; Cass. civ. sez. III del 13.10.2017 n. 24073) e una corrente la quale ha precisato e ampliato contenuto e portata dell'impostazione più risalente, con specifico riferimento alla prova dell'esistenza del nesso di causalità materiale intercorrente tra danno ed evento.

Ad oggi, l'ultima delle impostazioni segnalate risulta essere maggioritaria.

Più specificamente, la Suprema Corte ha precisato che, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno, l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. civ. sez. III del 26.7.2017 n. 18392). Secondo tale approdo, nei giudizi risarcitori aventi ad oggetto medical malpractice si delinea 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 e inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto) (Cass. civ. sez. III del 29.1.2018 n. 2061). Ne consegue che il nesso eziologico tra condotta sanitaria ed evento dannoso è riconducibile all'onere della prova a carico del danneggiato, nel senso che questi è tenuto a prospettare detta relazione causale alla stregua di criteri rispondenti a leggi scientifiche o fondati su presunzioni logiche e dunque astrattamente idonei a fondare l'accertamento della causalità materiale ex artt. 40 e 41 c.p., in quanto in concreto l'assunto dimostrativo dovrà essere verificato in giudizio alla stregua degli elementi istruttori acquisiti. Se la verifica avrà avuto esito positivo insorgerà allora l'onere della prova del medico convenuto, diretto a contestare il proprio inadempimento colpevole o a dimostrare la riferibilità esclusiva del danno all'esistenza di una causa determinante estranea alla sfera di controllo del medico (Cass. civ. sez. III del 2.3.2018 n. 4928).

Chiariti gli oneri probatori gravanti sulle parti può quindi passarsi all'esame della vicenda sanitaria dedotta in giudizio.

C. Sugli accertamenti svolti dal Collegio peritale e sulla fondatezza della domanda formulata dagli attori.

c.1 Al collegio peritale, composto dal dott. A. N. specialista in Medicina Legale, dal dott. R. D. C., specialista in Ortopedia e dal dott. M. F., Spec. in Anestesia e Rianimazione, sono stati formulati i seguenti quesiti:

“Dicano i CTU, effettuati gli accertamenti necessari ed esaminati gli atti e documenti di causa:

1) se il decesso della sig.ra F. P. è da porsi in nesso di causalità materiale con la condotta dei sanitari che l'hanno avuta in cura, dal ricovero sino al momento del decesso (indipendentemente dalla sussistenza di una condotta eventualmente colposa);

2) in caso di risposta affermativa, chiariscano se la condotta dei sanitari sia stata la causa unica dell'evento, ovvero se ha agito in concorso con altre cause, in particolare con la patologia che aveva richiesto il ricovero ed il successivo intervento chirurgico, ovvero con altre patologie preesistenti o sopravvenute;

3) se la prestazione d'opera richiesta ai sanitari comportava una "speciale difficoltà" in relazione alla complessità tecnica del trattamento, proporzionata allo specifico livello di competenza del professionista, tenendo conto delle condizioni della paziente;



4) se sono state violate dai medici una o più regole doverose di condotta quali risultano da una condivisa prassi, ed in particolare dal codice di deontologia medica, dalle linee guida nazionali ed internazionali, da leggi e regolamenti;

5) analizzino in particolare l'adeguatezza e la tempestività delle procedure diagnostiche, le indicazioni al trattamento terapeutico medico e chirurgico prescelto e concordato con la paziente, le eventuali controindicazioni, le modalità dell'esecuzione, l'assistenza nel corso del trattamento stesso;

6) dicano qualora le scelte dei mezzi e dei tempi diagnostici rientrassero nell'ambito della opzionalità, quale di esse risponda al criterio della doverosa prudenza e diligenza;

7) nel caso di violazione di regole tecniche doverose o di comuni regole di prudenza e diligenza, dicano se la morte della paziente sia stata, o meno, in nesso causale con dette violazioni indicando, in caso di condotta omissiva, il grado di probabilità, bassa, media od elevata del nesso causale;

8) indichino nel caso di corretta esecuzione del trattamento terapeutico medico e chirurgico quali fossero le probabilità di sopravvivenza della paziente, considerata l'età e le patologie pregresse della medesima;

9) non acquisiscano d'ufficio documentazione diversa da quella già prodotta e depositata telematicamente”.

c.2 Nella relazione depositata il 22.5.2023 i periti hanno premesso che la Signora F. P., settantacinquantenne in discrete condizioni cliniche, obesa in III classe, affetta da cardiopatia non meglio specificata, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e disturbo bipolare in terapia farmacologica, a seguito di una caduta accidentale da una scala in muratura, presente presso il proprio domicilio avvenuta il 28.06.2020, aveva riportato un politraumatismo con particolare interessamento del distretto cranio-encefalico e dell'arto inferiore destro.

Trasportata al P.S. dell'Ospedale di ..., le era stato riscontrato a livello cranio-encefalico una profonda ferita lacero-contusa del cuoio capelluto in regione temporale di sinistra, con sottostanti focolai contusivo-emorragici cerebrali in sede cortico-sottocorticale destra e temporo-occipitale omolaterale, oltre alla frattura del seno frontale sinistro.

A carico dell'arto inferiore destro la frattura pluriframmentaria scomposta persottotrocanterica del femore meritevole di trattamento chirurgico.

Gli esami laboratoristici eseguiti all'ingresso fornivano tra l'altro i seguenti dati “GR 5.0, Emoglobina (HGB) 15,8, Ematocrito (HTC) 45,2, Piastrine: 215”.

L'elettrocardiogramma documentava un normale ritmo sinusale a 81 di frequenza cardiaca.

Ricoverata inizialmente nel Reperto di Neurochirurgia, a distanza di 48 ore e segnatamente il 30.06.2020, stante la stabilità del quadro neurologico in assenza di complicanze e/o evoluzione clinica



sfavorevole tale da richiedere approccio chirurgico, era trasferita nel Reparto di ortopedia per il trattamento della frattura pluriframmentaria scomposta persottotrocanterica del femore destro.

Evidenziavano i periti che il riscontro di un importante traumatismo cranico commotivo con focolai contusivo-emorragici cerebrali, rappresentava sicuramente il trattamento prioritario rispetto al focolaio fratturativo femorale.

Correttamente la paziente era stata inizialmente ricoverata nel Reparto di Neurochirurgia e, a distanza di 48 ore, stante l'assenza di complicanze e/o di evoluzione clinica sfavorevole, trasferita nel reparto di ortopedia, non essendovi controindicazioni all'esecuzione dell'intervento ortopedico.

Considerato che l'Ospedale ... di ... è sede di ... di II Livello, con numerose competenze multispecialistiche, evidenziavano che è buona pratica che i professionisti che vi operano siano selezionati in base alle esigenze della elevata classificazione dell'ospedale, con specifiche competenze nel trattare pazienti con politrauma come nel caso di specie, caratterizzato cioè da un insieme di condizioni della paziente singolarmente "semplici" da identificare e trattare in ambiti specialistici diversi, che coesistono simultaneamente e che implicano una strategia di trattamento "integrata" da differenti competenze cliniche, tutte singolarmente presenti e ben rappresentate nell'Ospedale ... di

Evidenziavano che è dato consolidato che, nel caso di frattura di femore, l'intervento chirurgico effettuato il più precocemente possibile riduce la mortalità (CMAJ. 2010 Oct 19;182(15):1609-16; J Orthop Trauma. 2015 Aug;29(8):343-8) stimata fino al 41% se l'intervento è eseguito entro 48 ore.

Si raccomanda che gli anestesisti pongano una particolare attenzione ai pericoli derivanti da un ingiustificato ritardo dell'intervento (CAN J ANAEST. 2008 MAR;55(3): 146).

A ricaduta dalle conoscenze scientifiche comprovate, evidenziavano che la Regione Abruzzo ha prodotto Linee Guida Regionali (DGR 807 del 22/12/2017) sulla presa in carico dei Pazienti con frattura di femore, adottate da A. (Del. DG 190 del 22/02/2018) in cui si sottolinea la centralità di una integrazione multiprofessionale e multidisciplinare del caso di specie, che deve vedere coinvolti, oltre agli operatori dell'Emergenza-Urgenza, anestesisti, traumatologi e specialisti di area medica, cardiologica e geriatrica.

Ricordavano che le fratture del collo femorale rappresentano un problema sanitario di sempre maggiore gravità e che, causa dell'aumento proporzionale della popolazione anziana, con l'aumento delle aspettative di vita e dello stile di vita attivo, il numero di fratture legate all'osteoporosi tenderà ad aumentare progressivamente nei prossimi decenni.

Si calcola che all'incirca 6 milioni di persone all'anno subiranno questo tipo di frattura entro il 2050.



Le fratture del collo del femore rappresentano una quota significativa di questa popolazione soprattutto per le conseguenze che provocano: peggioramento delle condizioni cliniche e sociali, perdita di autonomia, elevata mortalità peri-operatoria nei primi mesi.

La mortalità entro 1 anno dalla frattura arriva in alcune casistiche ad oltre il 20%.

Le fratture del collo del femore possono essere schematicamente suddivise in due gruppi: le fratture “mediali” e le fratture “laterali”. Il primo gruppo comprende le fratture della testa e del collo propriamente detto, le fratture laterali comprendono tutte le fratture che coinvolgono la regione del trocantere; in questo gruppo sono classificate anche le fratture persottotrocanteriche, in cui cioè la frattura continua in regione diafisaria, come la frattura riportata dalla Signora F. P.

Precisavano che, sebbene siano comunemente trattate insieme, esistono concrete differenze prognostiche tra i 2 gruppi.

In una recente casistica (7), è stata calcolata una mortalità ad 1 anno del 17% nel gruppo delle fratture laterali, contro un 9% delle fratture mediali.

Sono diversi i fattori che possono contribuire ad un aumento della mortalità: le condizioni generali, l'età, il sesso, l'insorgenza di complicazioni post-operatorie. Tra gli elementi che sono stati studiati uno dei principali è il timing dell'intervento chirurgico; si è cercato cioè di valutare se un trattamento precoce, anche se spesso si tratta di pazienti anziani, con varie comorbidità, in trattamento con farmaci anticoagulanti che non consentono un trattamento immediato, possa diminuire in maniera significativa il rischio di complicazioni e, soprattutto, ridurre la mortalità.

In alcuni studi sebbene una precoce chirurgia si traduca in una minore incidenza di complicazioni post-operatorie, non si sono evidenziate differenze significative nella mortalità post-operatoria.

In altre casistiche appare statisticamente significativa la differente mortalità tra i pazienti che sono ricoverati entro 6 ore dal trauma, mentre non si evidenziano differenze significative in caso di trattamento più ritardato.

Alcuni sottolineano la necessità di un trattamento precoce anche in presenza di comorbidità o di assunzione di farmaci, altri fissano in 24 ore il termine che comporta una significativa riduzione della mortalità.

Alcuni Autori affermano che il rischio di mortalità raddoppia rinviando l'intervento oltre le 48 ore, altri fissano in 96 ore il termine ultimo, oltre il quale la mortalità aumenta in maniera significativa.

I periti allegavano letteratura specifica a sostegno di quanto esposto.

In ogni caso, allo stato attuale, esiste un quasi unanime consenso sulla necessità di trattare questo tipo di fratture in tempi brevi, stabilendo in 48 ore il termine entro il quale l'intervento chirurgico non andrebbe differito.



Considerato che spesso questa tipologia di infortunio interessa pazienti anziani, che assumono farmaci anticoagulanti o hanno comorbidità che necessitano di un accurato studio pre-operatorio e di una stabilizzazione delle condizioni generali prima di poter procedere al trattamento chirurgico, evidenziavano che, anche tenendo conto di tutti questi elementi, non vi sono agli atti elementi che giustificano il rinvio del trattamento chirurgico oltre le 96 ore dal ricovero.

Tornando al caso in questione, la concomitanza del traumatismo cranio-encefalico giustificava le prime 48 ore in osservazione neurochirurgica.

Questo periodo aveva necessariamente ritardato il percorso chirurgico ortopedico ideale, ma proprio questo ritardo costituiva valido motivo per accelerare tutte le azioni previste dalle linee guida legate alla tempestività del trattamento della frattura per-sottotrocanterica a rima inversa con rima spiroide diafisaria e III frammento.

c.3 L'analisi critica della cartella clinica relativa al ricovero nel Reparto di ortopedia dal 30.06.2020 al momento del decesso aveva consentito ai periti di evidenziare diversi elementi di censura in capo ai Sanitari che avevano avuto in cura la Signora F. P. a partire dalla consulenza anestesiologicala che, richiesta inizialmente il giorno 02.07.2020 e successivamente sollecitata in data 03.07.2020 e 05.07.2020, era stata evasa solamente in data 06.07.2020 e quindi a distanza di 8 giorni dal traumatismo.

In quella occasione lo specialista, tenuto conto del quadro clinico presentato dalla Paziente, affetta da sindrome depressiva, obesità e pneumopatia cronica che, sommate all'acuzie della frattura di femore e del traumatismo cranio-encefalico, aveva correttamente determinato l'assegnazione della paziente in Classe di Rischio ASA 3-4 cioè con grave malattia sistemica, che rappresentava una minaccia costante per la vita.

Evidenziavano i periti che la presenza di comorbidità mediche aumentano di 2,5 volte il rischio di mortalità.

I periti censuravano non solo l'ingiustificato ritardo di programmazione operatoria, con inserimento in lista dopo ulteriori due giorni dall'evasione della visita anestesiologicala e segnatamente il giorno 08.07.2020, ma anche che, per tutto il decorso precedente all'intervento chirurgico, la paziente non fosse stata posta in trazione tran scheletrica, come il tipo di frattura prevederebbe.

Precisavano che la trazione transcheletrica trova indicazione nella necessità di un controllo del dolore (fondamentale nella gestione di un pz traumatizzato), di un allineamento dei frammenti di frattura (decontrattura muscolare, facilita il successivo intervento chirurgico) e di una riduzione del sequestro di sangue, che si forma a livello del focolaio di frattura, riducendo le perdite ematiche.



Il mancato posizionamento della paziente in trazione può trovare una giustificazione laddove sia previsto un trattamento chirurgico precoce (entro 12-24 ore), ma laddove il trattamento chirurgico precoce non sia possibile, sia per il tipo di organizzazione ospedaliera o per comorbidità che ritardano l'intervento la trazione era senz'altro indicata.

Censurabile risulta il fatto che in data 08.07.2020 l'intervento programmato fosse stato sospeso e non effettuato neppure il giorno successivo, sulla scorta di un aumento della temperatura corporea, peraltro entro i 38°C (il cui valore non è confermato, anzi smentito, in punti diversi della cartella clinica).

In cartella clinica si legge, infatti, 08.07.2020 “intervento viene rinviato per ~~indisponibilità della sala operatoria~~ febbre”.

Nel diario infermieristico è riportato: “intervento rinviato a data da determinare (N) paziente digiuno per intervento probabile x domani...”.

09.07.2020 “In attesa di intervento Continuato terapia medica”.

Nel diario infermieristico si legge:” stazionaria apiretica, nel pomeriggio pronta. Alle 17,20 scende in sala operatoria...”.

La consulenza anestesiologicala effettuata alle ore 17,30 è così refertata: “...paziente ricoverata per frattura femore dx 28.06.2020, giunge in sala operatoria per essere sottoposta ad intervento in elezione. In sala la paziente si presenta tachipnoica, con brivido, SO₂ 90% con O₂ 2 litri, si misura temperatura corporea (TC 38 °C) si effettuano due ulteriori misurazioni che confermano il medesimo valore di temperatura. Si consulta equipe chirurgica e si decide in maniera collegiale con il referente, di non effettuare l'intervento in elezione e di proseguire con l'intervento chirurgico in nota successivo...”.

Nel diario infermieristico si legge “Alle 18,30 torna in reparto, non operata TC 37,6 °C in S.O....20,00 apiretica”.

Evidenziavano i periti che l'iperpiressia può essere una controindicazione relativa all'intervento eseguito in anestesia generale con intubazione della trachea (per un aumentato rischio di pneumonia postoperatoria) ma nel caso di specie la scelta appropriata di una anestesia spinale rendeva vantaggiosa, in termini di rapporto rischio - beneficio, la tempestività dell'intervento verso gli esiti indesiderati.

Ulteriore elemento di censura evidenziato dai periti era rappresentato dalla sottovalutazione, da parte dei Sanitari, dell'anemizzazione.

Nella nostra paziente, all'ingresso in ospedale, l'emoglobinemia era ai limiti superiori del range di normalità; gli esami laboratoristici eseguito al momento dell'accesso in P.S. fornivano i seguenti dati



“GR 5.0, Emoglobina (HGB) 15,8, Ematocrito (HTC) 45,2, Piastrine: 215”.

L’anemizzazione acuta rappresenta un fattore fisiopatologico di estrema importanza in pazienti portatori di pneumopatia cronica, come la Sig.ra F. P., i quali compensano con un aumento dell’emoglobinemia la ridotta funzione polmonare nel determinare la disponibilità di ossigeno.

Evidenziavano che l’anemizzazione preoperatoria è un grande fattore di rischio di mortalità.

È peraltro riconosciuto che la maggior parte delle perdite ematiche, causa dell’anemizzazione acuta nelle fratture di femore, si concretizzano prima dell’intervento chirurgico, nel focolaio di frattura.

La redistribuzione del flusso ematico, nelle prime fasi dell’emorragia, può falsare i valori di emoglobina facendo sottostimare le reali perdite ematiche (Injury. 2011 Feb;42(2):133-5).

I 4 stadi dell’emorragia sono così classificati (Critical Care 2013; 17: 423):

- Stage 1: < 15% della volemia
- Stage 2: dal 15 al 30% della volemia
- Stage 3: dal 30 al 40% della volemia
- Stage 4: > 40% della volemia

La criticità per l’ottimale mantenimento delle funzioni vitali, in stato di precedente benessere, è rappresentata dallo Stadio III.

La stima della volemia della Sig.ra F. P. (aggiustata per sesso, peso ed altezza) è quantizzabile in circa 4.000-4.500 ml.

È noto da decenni (JAMA. 1969;208(6):1005-1007) e confermato anche da studi più recenti (Emerg Med J 2005; 22:660–663) che le perdite nel focolaio di frattura possono raggiungere anche oltre i 2.500 ml, in media circa 1300 ml.

Nella Sig.ra F. P., se non compensate, queste perdite (totalmente compatibili con l’anemizzazione acuta – già citata come principale fattore di rischio di mortalità perioperatoria – pari a oltre 5 punti di emoglobina dall’ingresso in ospedale all’intervento) portano ad indurre un metabolismo anaerobico, idoneo a determinare un deterioramento delle funzioni vitali verosimilmente irreversibile senza interventi attivi.

Dalla documentazione a disposizione, non risulta nessuna valutazione, durante il ricovero, della necessità di interventi di ripristino volemico.

Le stime delle perdite ematiche intraoperatorie riportate (circa 500 ml) sono in linea con quelle medie riportate in letteratura: sommate alla stima delle perdite preoperatorie pongono, però, chiaramente la Paziente almeno in uno Stadio III di emorragia dove la discrepanza fra domanda ed apporto di ossigeno si rende evidente, con conseguente verosimili deficit delle funzioni vitali già compromesse dalle patologie croniche.



Continuando con l'analisi della cartella clinica, non emergono particolari problematiche nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e nello specifico appare corretta l'indicazione ad un'osteosintesi con chiodo Gamma lungo e, vista la presenza di un 3° frammento diafisario, una riduzione cruenta del frammento e la stabilizzazione con cerchiaggio appare senz'altro giustificata. Alla chiusura della cartella anestesiológica (H 20,00) le condizioni della paziente erano descritte come scadute ma stabili con P.A. 125/70, FC 75/min e spO2 98%; trasferita nel reparto di Ortopedia con prescrizione di terapia antalgica, e O2 terapia (4l/min), all'arrivo dopo 15 minuti (H. 20,15) appariva dispnoica, ipotesa e non rispondente agli stimoli.

Era richiesta consulenza rianimatoria urgente ed eseguito primo elettrocardiogramma documentante fibrillazione atriale con risposta ventricolare lenta (FC 56/min), deviazione assiale sin, blocco di branca destra, al contrario dell'ECG eseguito all'ingresso in ospedale, che documentava un normale ritmo sinusale a 81 di frequenza cardiaca. Il nuovo quadro elettrocardiografico era evidentemente suggestivo di una sofferenza cardiaca da deficit ipossico-perfusivo.

Un nuovo elettrocardiogramma ripetuto alle 20,31 documentava ritmo indeterminato (24/min) da dissociazione elettromeccanica.

Il consulente rianimatore giunto sulla paziente alle ore 20,40 la trovava in asistolia.

Iniziava quindi il protocollo ... e veniva eseguita emogasanalisi documentante grave quadro di acidosi mista scompensata (pH 6.812) con marcata lattacidemia (14.3 mmol/L), Hb 9,5 g/dl, iperkaliemia (6.1 mmol/L).

Per anemia da sanguinamento in atto con perdita > 15% della volemia erano richieste con criterio urgentissimo n. 3 unità di emazie concentrate.

Alle 20,43 era registrato un nuovo episodio di arresto cardiorespiratorio e alle 20,55 nonostante la somministrazione di adrenalina, all'ECG non si documentava attività elettrica per cui alle 21.10 i Sanitari constatavano l'exitus.

A tale riguardo segnalavano i periti che, il livello di acidosi metabolica evidente all'EmoGasAnalisi, eseguita durante l'assistenza rianimatoria, poco dopo il termine dell'intervento e al rientro in reparto, è possibile sia stato raggiunto durante la rianimazione cardio-polmonare, partendo già da un PH da acidosi metabolica, instauratasi precedentemente all'arresto di circolo spontaneo, presumibilmente per la succitata discrepanza fra domanda ed apporto di ossigeno che potrebbe essersi consolidata nel corso della degenza, visto che non è stato intrapreso nessun intervento specifico.

Inoltre, il sangue non era stato richiesto neanche in previsione dell'intervento e le tre unità richieste in emergenza rianimatoria non erano giunte in tempo per essere efficacemente utilizzate.

In altri termini la condizione di multimorbidità della Paziente doveva indurre un comportamento più



prudente tramite una maggiore attenzione nel monitorare (clinicamente, strumentalmente, laboratoristicamente) il decorso clinico, per evitare quello che in letteratura è definito “failure to rescue”: il fallimento del riconoscimento precoce del deterioramento clinico che esita in complicanze potenzialmente prevenibili (Med Care 1992, 30(7):615–629; Med Care 2011, 49(12):1076–1081).

Evidenziano i periti che, dall’esame della cartella clinica, non risulta nessuna presa d’atto pratica delle condizioni croniche della Paziente, in termini di identificazione di un piano terapeutico ed assistenziale appropriato: controlli più stretti, assistenza sistematica, es. guidata da un sistema di allerta precoce, (Early Warning System), osservazione intensiva post-operatoria.

È da ritenersi censurabile la mancanza di confronto multidisciplinare (consulenze finalizzate alla definizione delle condizioni attuali della paziente e delle conseguenti necessità assistenziali e terapeutiche).

Evidenziavano che le competenze dello specialista anestesista-rianimatore non sono finalizzabili solo alla scelta tecnica intraoperatoria ma ad una valutazione della criticità globale di un paziente.

Nel caso in questione, una più precoce visita anestesiologicala, che non osservasse passivamente solo uno stato grave (ASA 3-4) della Sig.ra F. P., ma che ponesse anche indicazioni al suo trattamento medico ed assistenziale (monitoraggio e conseguente provvedimenti finalizzati riequilibrio, per quanto possibile) avrebbero verosimilmente aumentato le chances di esiti favorevoli, anche senza il coinvolgimento di altri specialisti di area medica.

In conclusione, pur non conoscendo le cause finali del decesso, i periti avevano rilevato una serie di criticità nella gestione del ricovero della paziente, riferibili ai Sanitari ortopedici e anestesisti dell’Ospedale di ... consistenti in un decorso gestito superficialmente per i seguenti motivi:

- non aver descritto e motivato le cause dei ritardi di trattamento a partire dal 2° giorno di ricovero.
- non aver messo in atto la valutazione multidisciplinare che il caso doveva richiedere,
- non aver messo in atto eventuali azioni di gestione dei rischi specifici del caso che tale valutazione avrebbe evidenziato.

Evidenziavano comunque che la Signora F. P., affetta da comorbidità rappresentate da obesità, BPCO, sindrome depressiva in trattamento, presentava una frattura sottotrocanterica femorale, frattura a più alto rischio di complicazioni nel contesto delle fratture del collo del femore, pertanto con un rischio aumentato di mortalità peri e post-operatorie.

Ciò non di meno, sottolineavano che la mancanza di un adeguato iter clinico-diagnostico-terapeutico, aveva ridotto in maniera significativa le chances di sopravvivenza della paziente.

c.4 I periti avevano formulato le seguenti conclusioni.



Premesso che non erano note le cause finali del decesso della paziente, per la mancanza di riscontro diagnostico e/o esame autoptico, evidenziavano che l'evento scatenante era stato il trauma da caduta accidentale e le cause intermedie erano da ricercare in una serie di comportamenti censurabili, posti in essere dai Sanitari che avevano avuto in cura la Signora F. P., durante il ricovero ospedaliero protrattosi dal 30.06.2020 al 10.07.2020.

Nello specifico, il politraumatismo presentato dalla Paziente all'ingresso al P.S. dell'Ospedale di ..., caratterizzato da un trauma cranio-facciale commotivo con focolai contusivo-emorragici cerebrali e da un trauma fratturativo del collo del femore destro, poneva prioritario il ricovero presso la U.O.C di Neurochirurgia.

A distanza di 48 ore, stabilizzato l'aspetto neurologico, la Paziente doveva essere sottoposta a intervento chirurgico il più precocemente possibile, al fine di migliorare il risultato funzionale, ridurre il rischio di complicanze post-operatorie e il rischio di mortalità.

L'Ospedale ... di ... è sede di ... di II Livello, con numerose competenze multispecialistiche; è buona pratica che i professionisti che vi operano siano selezionati in base alle esigenze della elevata classificazione dell'ospedale, con specifiche competenze nel trattare pazienti con politrauma caratterizzato, come nel caso di specie, da un insieme di condizioni singolarmente "semplici" da identificare e trattare da ambiti specialistici diversi, che coesistono simultaneamente e che implicano una strategia di trattamento "integrata" da differenti competenze cliniche, tutte singolarmente ben rappresentate.

In letteratura, esiste un quasi unanime consenso sulla necessità di trattare le fratture femorali in tempi brevi, stabilendo in 48 ore il termine entro il quale l'intervento chirurgico non andrebbe differito. E dato consolidato che, nel caso di frattura di femore, l'intervento chirurgico effettuato il più precocemente possibile, riduce la mortalità fino al 41% se eseguito entro 48 ore.

L'età anagrafica della paziente e le comorbidità di cui risultava portatrice (obesa, affetta da disturbo bipolare, cardiopatia e pneumopatia) non giustificavano il rinvio del trattamento chirurgico oltre le 96 ore dal ricovero.

Censurabile risulta pertanto il ritardo nell'effettuazione della consulenza anestesiologicala, evasa solo a distanza di sei giorni dalla stabilizzazione del quadro neurologico e a distanza di otto giorni dal trauma, dove risulta solo passivamente registrato uno stato grave della Sig.ra F. P. (ASA 3-4) senza alcuna indicazione relativa al trattamento medico ed assistenziale necessario (monitoraggio e conseguente provvedimenti finalizzati al riequilibrio, per quanto possibile, dei valori).

Ulteriore elemento di censura era stato ravvisato nel comportamento omissivo tenuto dai Sanitari del Reparto di Ortopedia, nel lasso di tempo precedente all'intervento chirurgico. Segnatamente gli



elementi di censura riguardavano la mancata trazione tran scheletrica del processo fratturativo, indicata sia dalla necessità di un controllo del dolore, sia perché realizzando un allineamento dei frammenti di frattura decontratturava la muscolatura, facilitava il successivo intervento chirurgico e da ultimo e non certamente per ordine di importanza, avrebbe ridotto il sequestro di sangue a livello del focolaio di frattura e conseguentemente le perdite ematiche.

Precisavano che il mancato posizionamento della paziente in trazione, può trovare una giustificazione laddove sia previsto un trattamento chirurgico precoce (entro 12-24 ore), ma laddove il trattamento chirurgico precoce non fosse possibile, sia per il tipo di organizzazione ospedaliera, che per comorbidità, la trazione era senz'altro indicata.

Evidenziavano che l'anemizzazione preoperatoria è un grande fattore di rischio di mortalità e che la maggior parte delle perdite ematiche, causa dell'anemizzazione acuta nelle fratture di femore, si concretizzano prima dell'intervento chirurgico, nel focolaio di frattura potendo raggiungere e superare i 2.500 ml, in media circa 1300 ml.

Nel caso di specie, queste perdite (totalmente compatibili con l'anemizzazione acuta – già citata come principale fattore di rischio di mortalità perioperatoria – pari a oltre 5 punti di emoglobina dall'ingresso in ospedale all'intervento) se non compensate, portano ad indurre un metabolismo anaerobico, trigger di un deterioramento delle funzioni vitali, verosimilmente irreversibile senza interventi attivi.

I periti censuravano che in data 08.07.2020 l'intervento programmato fosse stato sospeso e non effettuato neppure il giorno successivo, sulla scorta di un aumento della temperatura corporea, peraltro entro i 38°C (il cui valore non è confermato, anzi smentito, in punti diversi della cartella clinica).

Evidenziavano che l'iperpiressia può essere una controindicazione relativa all'intervento eseguito in anestesia generale con intubazione della trachea (per un aumentato rischio di pneumonia postoperatoria) ma nel caso di specie la scelta appropriata di una anestesia spinale rendeva vantaggiosa, in termini di rapporto rischio - beneficio, la tempestività dell'intervento verso gli esiti indesiderati.

Ritenevano che l'intervento chirurgico, eseguito con un ritardo di 10 giorni, fosse stato effettuato in maniera corretto.

Corretta l'indicazione ad un'osteosintesi con chiodo Gamma lungo e, vista la presenza di un 3° frammento diafisario, la riduzione cruenta del frammento e la stabilizzazione con cerchiaggio.

Alla chiusura della cartella anestesiologicala (H 20,00) le condizioni della paziente erano descritte come scadute, ma stabili.



All'arrivo dopo 15 minuti (H. 20,15) nel Reparto di ortopedia la paziente veniva descritta dispnoica, ipotesa e non rispondente agli stimoli; l'ECG documentava fibrillazione atriale con risposta ventricolare lenta (FC 56/min), deviazione assiale sin, blocco di branca destra, evidentemente suggestivo di una sofferenza cardiaca da deficit ipossico-perfusivo.

Un nuovo elettrocardiogramma ripetuto alle 20,31 documentava ritmo indeterminato (24/min) da dissociazione elettromeccanica, l'emogasanalisi mostrava grave quadro di acidosi mista scompensata (pH 6.812) con marcata lattacidemia (14.3 mmol/L), Hb 9,5 g/dl, iperkaliemia (6.1 mmol/L).

Alle 20,43 era registrato un nuovo episodio di arresto cardiorespiratorio e alle 20,55, nonostante la somministrazione di adrenalina, all'ECG non si documenta attività elettrica per cui alle 21.10 i Sanitari constatavano l'exitus.

Ritenevano altamente probabile che il livello di acidosi metabolica fosse stato raggiunto durante l'assistenza di circolo, partendo già da uno stato di acidosi metabolica, instauratasi precedentemente all'arresto di circolo spontaneo, presumibilmente per la succitata discrepanza fra domanda ed apporto di ossigeno, che potrebbe essersi consolidata nel corso della degenza, visto che non era stato intrapreso nessun intervento specifico.

Evidenziavano che il sangue non era stato richiesto in previsione dell'intervento e che le tre unità richieste, in emergenza rianimatoria, non erano giunte in tempo per essere efficacemente utilizzate. Era stata quindi sottovalutata la condizione di multimorbilità della Paziente che avrebbe dovuto indurre i sanitari ad un comportamento più prudente, monitorando attentamente (clinicamente, strumentalmente, laboratoristicamente) il decorso clinico della paziente per evitare quello che, in letteratura, è definito "failure to rescue": il fallimento del riconoscimento precoce del deterioramento clinico, che esita in complicanze potenzialmente prevedibili e prevenibili.

In conclusione, pur non conoscendo le cause finali del decesso, avevano individuato elementi di censura in capo ai Sanitari dell'Ospedale di ..., consistenti in una gestione della paziente in relazione alla quale:

- non era stata messa in atto la valutazione multidisciplinare che il caso richiedeva;
- non era stato programmato celermente l'intervento chirurgico a partire dal 2° giorno di ricovero.
- non erano state adottate le eventuali azioni di gestione dei rischi specifici del caso per evitare quello che in letteratura è definito "failure to rescue" ossia il fallimento del riconoscimento precoce del deterioramento clinico, che esita in complicanze potenzialmente prevedibili e prevenibili.

In altri termini la condizione di multimorbilità della Paziente doveva indurre un comportamento più prudente tramite una maggiore attenzione nel monitorare (clinicamente, strumentalmente, laboratoristicamente) il decorso clinico, in termini di identificazione di un piano terapeutico ed



assistenziale appropriato (controlli più stretti, assistenza sistematica, es. guidata da un EWS (Early Warning System) osservazione intensiva post-operatoria).

Concludevano evidenziando che la Signora F. P. affetta da comorbidità, rappresentate da obesità, BPCO, cardiopatia aspecifica e sindrome depressiva in trattamento, era stata ricoverata a seguito di frattura sottotrocanterica femorale, a più alto rischio di complicazioni nel contesto delle fratture del collo del femore, che comportano un aumentato rischio di mortalità peri e post-operatorie.

Ciò non di meno la mancanza di un adeguato iter clinico-diagnostico-terapeutico aveva ridotto in maniera significativa le chances di sopravvivenza della paziente.

Tenuto conto dei modi e dei tempi dell'evento morte, ritenevano non configurabile il presupposto necessario per il riconoscimento della fattispecie di danno da consapevolezza di morte imminente.

c.5 Rispondendo alle controdeduzioni formulate dal perito indicato dagli attori, i CCTTUU evidenziavano che, proprio la condizione di multimorbidità della paziente doveva indurre ad un comportamento più prudente tramite una maggiore attenzione nel monitorare (clinicamente, strumentalmente, laboratoristicamente) il decorso clinico, in termini di identificazione di un piano terapeutico ed assistenziale appropriato (controlli più stretti, assistenza sistematica, es. guidata da un EWS (Early Warning System), osservazione intensiva post-operatoria).

Tutto ciò non era stato fatto, dovendosi documentare l'assenza di un qualsiasi intervento specifico volto a contrastare l'anemizzazione che si andava realizzando, anemizzazione preoperatoria che si ricorda è un grande fattore di rischio di mortalità, soprattutto nel caso di specie, trattandosi di Paziente portatrice di pneumopatia cronica, che compensa con un aumento dell'emoglobinemia la ridotta funzione polmonare nel determinare la disponibilità di ossigeno.

Peraltro, le perdite ematiche (totalmente compatibili con l'anemizzazione acuta – già citata come principale fattore di rischio di mortalità perioperatoria – pari a oltre 5 punti di emoglobina dall'ingresso in ospedale all'intervento) se non compensate, portano ad indurre un metabolismo anaerobico, trigger di un deterioramento delle funzioni vitali verosimilmente irreversibile senza interventi attivi.

In merito al quadro emodinamico evidenziavano che, ammesso e non concesso che tale quadro potesse essere considerato accettabile all'ingresso in sala operatoria, sarebbe stato in ogni caso necessario e indispensabile avere a disposizione un numero di unità di emazie (almeno due) da utilizzare intraoperatoriamente per compensare, già durante l'intervento, l'ulteriore inevitabile perdita di sangue a prescindere dall'evoluzione del quadro clinico.

È altamente probabile che l'inevitabile e prevedibile perdita di sangue intraoperatoria abbia determinato un quadro aritmico fatale, come dimostrato dalla richiesta tardiva di sangue urgente da



nella fase rianimatoria postchirurgica.

c.6 In relazione alle osservazioni del perito nominato dalla convenuta, concordavano con il fatto che le comorbidità, di cui era portatrice la Signora F. P., rappresentassero un elemento di aumentato rischio di mortalità.

Per contro non risulta alcuna correlazione tra decesso della Paziente e le turbe del ritmo cardiaco cronico correlabili alle precarie condizioni cliniche, in quanto si ribadisce che all'ingresso in P.S. la Signora F. P. presentava ritmo cardiaco e parametri emodinamici nella norma.

Considerato che la presenza delle comorbidità mediche aumentavano il rischio di mortalità, sempre più evidente dopo le 48 ore, si sarebbe dovuto mettere in atto una maggiore attenzione attraverso un monitoraggio più stretto dei parametri clinico-laboratoristici.

In altri termini, la gestione della presa in carico, una volta stabilizzato in quadro neurologico, era stata quella di un caso "a basso rischio" non gestito nei tempi di intervento secondo Linee Guida dove è chiaramente posto l'accento sulla tempestività in relazione alla mortalità.

Confermavano le conclusioni già formulate, evidenziando come l'inadeguato iter clinico-diagnostico-terapeutico avesse ridotto in maniera significativa le chances di sopravvivenza della paziente.

c.7 Ritenuti condivisibili gli accertamenti svolti dal collegio peritale e le risposte fornite dai periti alle controdeduzioni formulate dai consulenti di parte, valutati gli oneri probatori posti a carico delle parti in causa, può concludersi nel senso della intervenuta acquisizione della prova (da una prospettiva ex ante e sulla base del criterio più probabile che non) della riconducibilità alla condotta dei sanitari che avevano avuto in cura la sig.ra F. P., dal al 30.6.2020 al 10.7.2020 di una significativa riduzione della chance di sopravvivenza della medesima.

Acclarata la responsabilità della struttura sanitaria nei termini sopra indicati, si deve quindi procedere alla quantificazione dei danni subiti dagli attori.

D. Sul quantum debeatur.

d.1 I periti hanno accertato che Sig.ra F. P., ricoverata presso pronto soccorso dell'ospedale di ... il 28.6.2020, a seguito di infortunio domestico, nel quale aveva riportato una ferita lacero-contusa del cuoio capelluto in regione temporale di sinistra, con sottostanti focolai contusivo-emorragici cerebrali in sede cortico-sottocorticale destra e temporo-occipitale omolaterale, frattura del seno frontale sinistro e, a carico dell'arto inferiore destro, la frattura pluriframmentaria scomposta persottotrocanterica del femore meritevole di trattamento chirurgico, era affetta da comorbidità rappresentate da obesità, BPCO, cardiopatia aspecifica e sindrome depressiva in trattamento.

Premesso che la frattura sottotrocanterica femorale e lesione a più alto rischio di complicazioni nel contesto delle fratture del collo del femore, che comportano un aumentato rischio di mortalità peri e



post-operatorie, avevano evidenziato che la mancanza di un adeguato iter clinico-diagnostico-terapeutico aveva ridotto in maniera significativa le chances di sopravvivenza.

d.2 Gli attori hanno chiesto il risarcimento del danno biologico e morale (cd. catastrofe) terminale patito dalla loro congiunta e trasmesso loro iure hereditatis.

Giova premettere al riguardo che il danno subito dalla vittima, nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo, è configurabile e trasmissibile agli eredi nella duplice componente di danno biologico "terminale", cioè di danno biologico da invalidità temporanea assoluta e di danno morale consistente nella sofferenza patita dal danneggiato che lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita.

La liquidazione equitativa del danno in questione va effettuata commisurando la componente del danno biologico all'indennizzo da invalidità temporanea assoluta e valutando la componente morale del danno non patrimoniale mediante una personalizzazione che tenga conto dell'entità e dell'intensità delle conseguenze derivanti dalla lesione della salute in vista del prevedibile "exitus" (Cass. Sez. L, Ordinanza n. 17577 del 28/06/2019).

Per le prime 48 ore la paziente sia stata ricoverata nel Reparto di Neurochirurgia (trauma cranio-facciale commotivo con focolai contusivo-emorragici cerebrali).

Tale periodo di attesa era stato condiviso dai periti, in quanto giustificato dalla tipologia delle lesioni riportate dalla paziente.

In relazione al successivo periodo di degenza presso il reparto di ortopedia, protrattosi dal 30.6.2020 al 9.7.2020, i periti avevano ritenuto ingiustificato tale periodo di attesa protrattosi in attesa dell'intervento di riduzione della frattura sottotrocanterica femorale, più volte procrastinato.

I testi esaminati all'udienza del 27.10.2023 hanno riferito che la sig.ra F. P., in relazione al procrastinarsi della data dell'intervento, aveva manifestato preoccupazione per il proprio stato di salute.

Risulta pertanto risarcibile alla defunta il danno biologico terminale (inteso come invalidità temporanea assoluta: cfr. Cass. Sez. 3 Ordinanza n. 18056 del 05/07/2019) patito dalla medesima nei 10 giorni di attesa dell'intervento, tardivamente effettuato dall'equipe chirurgica in data 10.7.2020. Passando ai criteri di liquidazione del pregiudizio lamentato iure hereditario, limitato alla voce descrittiva del danno biologico terminale, occorre chiarire che, come affermato da recente giurisprudenza, il danno biologico terminale è un pregiudizio alla salute, da invalidità temporanea sebbene massimo nella sua entità ed intensità da accertarsi con criteri medico-legali e da liquidarsi comunque, avuto riguardo alla specificità del caso concreto, se tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo (cfr. Cass., sez. III, 16/2/2023, n. 4998).



Applicando tali principi al caso di specie, richiamati i parametri indicati nella Tabelle milanesi per il calcolo del danno biologico temporaneo, l'importo massimo ivi previsto di € 149,00 va aumentato ad € 400,00 in ragione della massima entità della lesione riportata.

È quindi possibile individuare quale ammontare del danno biologico temporaneo la somma di € 4.000,00, ottenuta moltiplicando il valore del risarcimento quotidiano fissato ad € 400,00 per 10, ossia il numero di giorni intercorrenti tra il ricovero nel reparto di ortopedia (30.6.2020) e il 9.10.2020, con esclusione del giorno dell'intervento effettuato il 10.7.2020.

d.3 Non è stata invece acquisita alcuna prova del fatto che la paziente avesse avuto, oltre alla pacifica preoccupazione per il proprio precario stato di salute, anche la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente (Cass. Sez. 3 Ordinanza n. 18056 del 05/07/2019).

Va infatti evidenziato, per un verso, che il decesso fu improvviso (arresto cardio circolatorio) e, per altro verso, che non è stato acquisito alcun elemento dal quale poter inferire che la paziente sapesse che sarebbe deceduta, laddove è noto, per contro, che il danno catastrofe si identifica con la "sofferenza patita dal danneggiato che lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita" (Cass. Sez. L. Ordinanza n. 17577 del 28/06/2019).

Sicché, se la vittima non sia consapevole della fine imminente, non è nemmeno concepibile che possa prefigurarsela e addolorarsi per essa (Cass. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 18056 del 05/07/2019).

Va inoltre evidenziato che l'intervenuto è stato eseguito in maniera corretta e che i medici non hanno causato il decesso della paziente, ma una riduzione delle chance di sopravvivenza della stessa, per cui non potrebbe imputarsi giuridicamente ai primi il fatto, quand'anche esistente, che la paziente avesse avuto contezza di stare per morire.

d.4 Gli attori hanno diritto al risarcimento, iure proprio, del danno non patrimoniale da loro subito in conseguenza della avvenuta lesione - a causa della malpractice sanitaria - delle chance di sopravvivenza della loro prossima congiunta.

Tale risarcimento va necessariamente liquidato tenendo conto dell'età della Sig.ra F. P. (75 anni) e delle comorbidità di cui era portatrice (obesità, disturbo bipolare, cardiopatia e pneumopatia) senz'altro idonee non solo a limitare le aspettative di vita della defunta, ma anche a compromettere la qualità del rapporto con i congiunti.

Inoltre, come chiarito dai CTU, la Signora F. P. presentava una frattura sottotrocanterica femorale, frattura a più alto rischio di complicazioni nel contesto delle fratture del collo del femore, con un rischio aumentato di mortalità peri e post-operatorie, anche a prescindere dalla criticità connesse al colpevole ritardo nell'esecuzione dell'intervento.

Rilevato che, nel caso in esame, non si deve risarcire la perdita del rapporto parentale bensì la lesione



della chance, per gli attori, di conservare quel rapporto parentale per un periodo di tempo più lungo, si stima equo liquidare, in favore dei figli, non conviventi con la vittima primaria, la somma di € 40.000,00 ciascuno ed a favore di D. P., fratello non convivente di F. P., la somma di € 15.000,00.

Il rapporto di convivenza dei figli con la vittima primaria è stato escluso sulla base del certificato di residenza di F. P. del 21.12.2021 dal quale risulta che M/o. D. S. aveva trasferito altrove la propria residenza dal 24.2.2014 e M/a. D. S. era stata cancellata il 6.12.2012.

d.5 Sugli importi come sopra liquidati, in quanto debiti di valore e non di valuta, vanno aggiunti gli interessi compensativi, da intendere quale componente del “lucro cessante” (mancato guadagno), anche in assenza di esplicita domanda di parte, dal momento che essi «decorrono di diritto e il giudice può attribuirli d’ufficio in assenza di specifica domanda della parte, senza incorrere nel vizio di ultra petizione, quando questa abbia chiesto il risarcimento integrale del danno» (Cass. n. 2037/2019).

Circa la natura e la decorrenza di detti interessi, secondo l’insegnamento costante della Cass. S.U. n. 1712/1995, essendo volti a compensare il danneggiato del mancato godimento della somma liquidata (come componente del lucro cessante o mancato guadagno), essi concorrono con la rivalutazione monetaria, che tende, invece, alla reintegrazione del danneggiato nella situazione patrimoniale antecedente il fatto illecito, e non decorrono dalla pubblicazione della sentenza ma devono essere calcolati anno per anno, sul valore della somma via via rivalutata nell'arco di tempo compreso tra l'evento dannoso e la liquidazione (cfr. Cass. n. 12228/2016 e n. 2037/2019).

Quanto alle modalità di calcolo, gli interessi decorreranno non sulla somma valutata all'attualità, bensì su quella originaria, rivalutata anno per anno (Cass., Sez. Un., 17.02.1995. n. 1712; Cass. 08.05.1998, n. 4677): nella specie, l’importo sopra liquidato va “devalutato” alla data del fatto, 10 luglio 2020 e poi su detto importo - rivalutato anno per anno secondo le variazioni ISTAT FOI relative al costo della vita - vanno calcolati gli interessi legali, fino alla data di deposito della presente sentenza.

Spettano, inoltre agli attori, gli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza al soddisfo.

d.6 Gli attori M/o. D. S. e M/a. D. S. hanno chiesto anche il risarcimento del danno patrimoniale, collegato al decesso della madre F. P., che percepiva mensilmente dall’INPS la somma di € 1.200,00 circa a titolo di pensione di reversibilità del coniuge deceduto.

Assumevano che una parte la pensione venisse in parte consegnata dalla madre ai figli, M/o. D. S. e M/a. D. S.

Premesso che la convenuta non risponde del decesso della sig.ra F. P., ma solo di una riduzione delle chance di sopravvivenza della medesima, va evidenziato che il modesto ammontare della pensione percepita dalla defunta, appare appena idoneo a far fronte alle spese della medesima che, come emerso dall’istruttoria, era affetta da patologie che richiedevano cure ed assistenza.



Non risulta quindi verosimile che l'importo della pensione percepita dalla defunta, potesse essere in parte erogato dalla medesima ai figli M/o. D. S. e M/a. D. S.

La domanda va quindi rigettata.

E. Sulla liquidazione delle spese.

e.1 Considerato l'esito del giudizio, nel quale la domanda degli attori è stata parzialmente accolta, con drastica riduzione dell'ammontare richiesto, sussistono i presupposti per compensare, nella misura del 30%, le spese di lite, che vanno poste per la quota residua a carico della parte convenuta. Spese liquidate come in dispositivo, tenuto conto del valore della causa, come accertato all'esito dell'istruttoria e del numero delle parti, da distrarsi in favore del difensore dichiaratosi antistatario.

e.2 Considerata la genericità delle contestazioni formulate dalla convenuta, le spese di CTU vanno poste integralmente a carico della medesima.

P.Q.M.

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

in parziale accoglimento della domanda formulata dagli attori,

- Condanna parte convenuta al risarcimento dei danni patiti da M/o D. S. che liquida nella somma di € 42.000,00 oltre accessori (composta di € 2.000,00 a titolo di risarcimento *iure hereditario* e € 40.000,00 a titolo di risarcimento *iure proprio*);
- Condanna parte convenuta al risarcimento dei danni patiti da M/a D. S. che liquida nella somma di € 42.000,00 oltre accessori (composta di € 2.000,00 a titolo di risarcimento *iure hereditario* e € 40.000,00 a titolo di risarcimento *iure proprio*);
- Condanna parte convenuta al risarcimento dei danni patiti da D. P. che liquida nella somma di € 15.000,00 oltre accessori a titolo di risarcimento *iure proprio*;
- condanna la convenuta alla rifusione delle spese di lite che, compensate nella misura del 30%, liquida nel residuo in € 700,00 per la mediazione, in 572,60 per spese ed € 15.794,80 per compensi, oltre spese generali nella misura del 15%, IVA e CAP come per legge
- Spese da distrarsi in favore del procuratore dichiaratosi antistatario.
- Pone definitivamente a carico della convenuta le spese di CTU, liquidate come da separato decreto.
- Rigetta per le causali di cui in motivazione ogni altra domanda.
- Alla cancelleria per le determinazioni di competenza.

Pescara, 28/02/2025

Il Giudice

dott.ssa Patrizia Medica

