

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI NAPOLI
OTTAVA SEZIONE CIVILE

in persona del giudice dott.ssa ### ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 26062 R.G. dell'anno 2018, avente ad oggetto: responsabilità professionale,
TRA ### in proprio e nella qualità di eredi di ### rappresentati e difesi dall'avv. ### domiciliat ### ###; -Ricorrenti
E ### in persona del Commissario Straordinario p.t., rappresentata e difesa dall'avv. ### domiciliat ###; -Resistente NONCHE' ### "### ", in persona del direttore generale p.t., rappresentata e difesa dall'avv. ### domiciliat ###; -Convenuta

Conclusioni:

per i ricorrenti: "In via preliminare: dichiarare la nullità e la conseguente inutilizzabilità della CTU a firma della dott.ssa ### ...; nel merito... integrale accoglimento delle domande e conclusioni formulate nell'atto introduttivo del giudizio; per l'effetto, condannare in solido l'### `### e l'AO dei ### alla refusione delle spese di lite, tenendo conto della mancata adesione alla proposta conciliativa formulata dal magistrato ex art. 185 bis c.p.c."; per l'### dei ### si riporta "a tutti i propri scritti difensivi, alla documentazione prodotta, ai verbali di causa nonché alla ### di ### a firma della ### di cui al giudizio di ### preso atto del deposito della rinnovata ### della quale se ne contestano i contenuti"; per l'### di ### A. ### "si riporta alle difese tutte articolate... segnatamente alla già eccepita assoluta nullità della espletata CTU in quanto contiene affermazioni non veritiere e pregiudizievoli per la posizione dell'### per i motivi tutti meglio illustrati e documentati nella ... nota di trattazione scritta per l'udienza del 27.1.2025... In ogni caso ... per quanto illustrato dai

della convenuta nelle "### di esame CTU" (doc. n.6 in allegato alla nota di trattazione scritta per l'udienza del 27.1.2025...) si chiede disporsi una nuova ### ... si insiste in via definitiva affinché venga disposta la rinnovazione della consulenza tecnica".

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

1.- ### (moglie del defunto) e ### e ###, in proprio e quali prossimi congiunti di ### hanno proposto ricorso ex art. 702 bis c.p.c. nei confronti dell'### dei ### e dell'### di ### "### ", deducendo, in particolare, che: -. ### accedeva il ### al P.S. dell'Ospedale "Moscati" di ### per ptosi palpebrale e parestesie periorali a destra; dopo visita neurologica (con esito negativo) e rifiuto del ricovero presso l'### di ### veniva condotto dai familiari all'A.O.R.N. "### " di Napoli, ove rimaneva in P.S. sino all'8.10.2014 e quindi veniva ricoverato in ### senza evidenza di ischemia alla TC encefalo, e sottoposto a terapia farmacologica; -. a seguito di ECG eseguito il ### (prodromico a RM), veniva disposto il trasferimento in ### per sospetta patologia cardiaca; all'esito di coronarografia del 14.10.2014 veniva diagnosticata una "stenosi critica distale del tronco comune", con indicazione immediata all'intervento e richiesta di consulenza cardiocirurgica, effettuata solo il ### alle ore 13:30, che confermava diagnosi e necessità dell'intervento; -. il ### alle ore 10:30 il paziente veniva trasferito presso la ### dell'A.O. "Monaldi"; nonostante l'indicazione a intervento urgente e la gravità delle condizioni, non veniva sottoposto a trattamento chirurgico con la necessaria tempestività; alle ore 07:00 del 17.10.2014 veniva constatato il decesso.

I ricorrenti richiamano, inoltre, l'esito del procedimento di consulenza tecnica preventiva ex art. 696 bis c.p.c., nel quale il CTU dott.ssa ### medico legale, aveva escluso un ruolo causale o concausale della condotta sanitaria, ricollegando l'exitus a "morte improvvisa cardiaca su base aritmica, non prevista né prevenibile". Tali conclusioni erano state oggetto di osservazioni dei consulenti di parte.

Nel presente giudizio, i ricorrenti hanno contestato le conclusioni del CTU dott.ssa ### deducendo, in particolare: a) l'erronea esclusione del nesso causale tra condotte omissive/ritardi diagnostico-terapeutici e decesso, nonostante la stenosi critica del tronco comune comporti rischio di eventi aritmici e di morte improvvisa; b) l'omesso confronto con linee guida e letteratura medico-scientifica, in particolare in ordine alla congruità del timing di diagnosi, trasferimento e intervento; c) l'inadeguata considerazione di elementi clinici risultanti dalla documentazione (tra cui sintomi anginosi, episodi aritmici/fibrillazione atriale, valori di troponina) e l'omissione di passaggi rilevanti della consulenza cardiologica del 10.10.2014, anche con riguardo alla prospettata necessità di pacemaker; d) un errore materiale nell'interpretazione del referto cardiologico richiamato in perizia.

Hanno chiesto, pertanto, di accertare la responsabilità delle strutture convenute per la gestione diagnostico-terapeutica e, per l'effetto, di condannarle al risarcimento dei danni lamentati, sia iure hereditatis (per danno patrimoniali e non, ivi compresi il danno biologico, morale, esistenziale, da mancato guadagno e perdita di chance di conseguire un esito diverso, menomazione della qualità di vita da relazione) sia iure proprio (per la perdita del rapporto parentale), oltre interessi e rivalutazione, vinte le distraende spese di lite.

L'### dei ### costituitasi, ha chiesto il rigetto della domanda, vinte le spese di lite, richiamando le conclusioni della CTU a firma della dott.ssa ### e deducendo, in particolare: -. il difetto di legittimazione passiva (in sostanza, la non imputabilità del decesso al personale dell'A.O. dei ###, atteso che la struttura avrebbe predisposto tutte le misure necessarie e strumentali al programmato intervento cardiocirurgico; -. l'insussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il decesso, ritenendo poco probabile una sindrome coronarica acuta e molto più probabile una morte improvvisa cardiaca su base aritmica, non prevista né prevenibile; ciò anche in ragione del fatto che dal momento del ricovero al decesso sono trascorse meno di 24 ore e che l'intervento di by-pass aortocoronarico, salvo casi di estrema urgenza, necessita di adeguata pianificazione e di "controlli

obbligatoria per legge" (visita anestesiologicala e visita preoperatoria entro 48 ore dall'intervento).

L'### di ### "A. ", costituitasi, ha chiesto il rigetto della domanda, infondata sotto ogni profilo, vinte le spese di lite, eccependo, in particolare: -. l'inammissibilità del ricorso introduttivo, per difetto di prova e per insussistenza di responsabilità della struttura convenuta, alla luce delle conclusioni della CTU espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c.; -. il concorso di colpa del danneggiato ex art. 1227 c.c., per essersi il ### rifiutato di sottoporsi a esame RMN in data ###.

Disposto il mutamento del rito da sommario in ordinario e depositate le memorie ex art. 183 comma 6 c.p.c., resi chiarimenti dal CTU dott.ssa ### in data 9 febbraio 2022, con ordinanza del GOP dott. D'### del 22 giugno 2023 sono stati assegnati alle parti i termini ex art. 190 c.p.c., con riserva all'esito della decisione.

Con ordinanza del 21 novembre 2023 la causa è stata rimessa sul ruolo istruttorio ed è stata disposta la rinnovazione della ### con nomina di un collegio peritale.

Depositata la ### formulata dal giudice una proposta transattiva ex art. 185 bis cpc, accettata solo dai ricorrenti, e precisate le conclusioni, sono stati assegnati alle parti i termini ex art. 190 c.p.c., con riserva all'esito della decisione. 2.- Giova esaminare, in primo luogo, le questioni preliminari sollevate dalle parti. 2.1. ### formulata dall'A.O. dei ### come "difetto di legittimazione passiva" non attiene ad un presupposto processuale (idoneità del convenuto a contraddire in giudizio), bensì si risolve nella contestazione della riconducibilità dell'evento dannoso a condotte ascrivibili al proprio personale e, dunque, nella negazione della propria responsabilità. Essa va pertanto correttamente qualificata come eccezione di difetto di titolarità passiva del rapporto dedotto in giudizio, ossia di non appartenenza, in capo alla convenuta, della posizione sostanziale dedotta dagli attori, profilo che incide sul fondamento della pretesa risarcitoria e deve essere scrutinato unitamente al merito. 2.2. Va accolta l'eccezione di nullità della CTU redatta dalla dott.ssa ### nel procedimento ex art. 696 bis cpc, sollevata dagli attori, perché redatta da un unico consulente privo della specializzazione in cardiologia/cardiochirurgia e,

dunque, privo delle competenze tecniche specifiche necessarie per valutare in modo esaustivo e completo la correttezza delle cure prestate.

In particolare, si ravvisa la violazione dell'art. 15 comma 1 della legge n. 24/2017 il quale prescrive, nei procedimenti civili e penali relativi a responsabilità sanitaria, la nomina di un collegio peritale composto da un medico legale e da uno o più specialisti con specifica competenza nella materia oggetto di indagine.

Nel caso di specie, tale prescrizione non è stata osservata, poiché il Giudice del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. ha affidato l'incarico esclusivamente a un medico legale, in assenza di altri consulenti specialisti di branca, nonostante la normativa fosse già vigente (dall'1.4.2017) alla data di conferimento dell'incarico al consulente nominato.

Parte della giurisprudenza di merito ha ritenuto, in più occasioni, che anche a fronte del dettato normativo, la valutazione del giudice di merito sulla completezza della consulenza resa da un solo perito fosse insindacabile e che la mancata eccezione di nullità della nomina di un solo consulente anziché di un collegio peritale nel primo atto utile successivo alla nomina comportasse una sorte di sanatoria del vizio procedurale. Tale orientamento, tuttavia, è stato di recente superato dalla Corte di Cassazione.

In particolare, la Suprema Corte, con sentenza n. 15594/2025, ha affermato in modo chiaro e inequivoco che: -. "la formulazione" dell'art. 15 L. n. 24/2017 "è tale che non sembra lasciare spazio a interpretazioni diverse per quanto riguarda l'obbligo per il giudice di adeguarsi a tale previsione e nominare sempre un collegio scegliendo i componenti negli albi ufficiali. La prescrizione normativa risulta assai chiara nel porre l'accento sulla necessità di prestare grande attenzione ai requisiti che possano maggiormente garantire l'obiettivo, tanto delicato e importante per gli interessi in gioco quanto spesso assai difficile da raggiungere, di ricostruzione delle cause degli eventi lesivi legati ai trattamenti sanitari"; -. "emerge una lettura della norma come volta a introdurre una cogente indicazione del requisito di collegialità, in certo senso indicativa di una valutazione predeterminata dal legislatore di incompiutezza degli accertamenti istruttori – che, in materia,

richiedono di regola la mediazione di una consulente tecnica c.d. percipiente – ove espletati in difformità ai requisiti che essa pone”; - . “la mancata osservanza del requisito di necessaria collegialità della consulenza tecnica disposta nei procedimenti civili aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria costituisc[e] causa di nullità della sentenza che sia resa sulla base di essa, per violazione di norma processuale inderogabile, tale dovendosi considerare quella disposta dall'art. 15, comma 1, l. n. 24 del 2017”; - . “tale vizio processuale deve ritenersi dedotto ... già nel primo atto difensivo utile successivo alla espletata consulenza preventiva conciliativa”. Alla luce dei principi espressi dalla Suprema Corte, pertanto, deve ritenersi che la formulazione dell'art. 15 L. n. 24/2017 impone inderogabilmente la nomina di un collegio peritale, con partecipazione di uno specialista della branca medica interessata, e che la mancata costituzione del collegio tecnico è causa di nullità della consulenza, che si traduce nella nullità della sentenza eventualmente fondata su tale accertamento; inoltre, la nullità della consulenza preventiva deve ritenersi validamente eccepita dalla parte interessata nel primo atto difensivo del giudizio ordinario qual è, come nel caso di specie, l'atto introduttivo del giudizio e quindi anche laddove non sia stata contestata anteriormente al giuramento del CTU nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis c.p.c.

Alla luce di tali principi di diritto - che pongono l'accento sulla funzione garantistica e non derogabile del requisito di collegialità della consulenza in materia di responsabilità sanitaria - deve ritenersi completamente inficiata la consulenza tecnica redatta dalla dott.ssa ### nel procedimento ex art. 696 bis cpc in quanto, in mancanza della partecipazione di uno specialista in cardiocirurgia, risulta incapace di assicurare la completezza e l'affidabilità dell'indagine tecnica; requisiti garantiti, al contrario, dalla consulenza tecnica d'ufficio redatta nel presente giudizio, con la formazione del collegio peritale nominato e composto, in conformità alla norma, dal ### dott. ### medico legale, e dal dott. ### specialista in cardiocirurgia.

Per le ragioni che precedono, stante la nullità della consulenza tecnica redatta dalla dott.ssa ### nel procedimento ex art. 696

bis recante RG. ###/2016, ai fini della decisione dovrà farsi esclusivo riferimento all'elaborato peritale espletato nel corso del presente giudizio.

3.- ### dei fatti effettuata dai ricorrenti depone inequivocabilmente per la qualificazione dell'azione proposta iure hereditatis come di natura contrattuale, stante l'obbligazione assunta direttamente dalle strutture sanitarie con il loro dante causa ### e di natura extracontrattuale per quanto riguarda la domanda risarcitoria del danno non patrimoniale proposta iure proprio.

Giova riportare, pertanto, il quadro dei principi rilevanti nella specie.

La responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente poste a suo carico. Dalla natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria ne discende, quanto al riparto dell'onere probatorio, che gli attori, eredi del paziente danneggiato, devono limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il "contatto sociale") e allegare l'inadempimento della struttura sanitaria restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente (cfr. Cass. sez. III, sent. 10297 del 28.5.2004). ### del paziente/creditore, peraltro, non può essere limitata ad un qualsiasi inadempimento, ma deve riguardare un inadempimento c.d. qualificato, ovvero un inadempimento che costituisca causa o concausa astrattamente efficiente della produzione del danno (Cass. sent. n. 15993/2011), con la precisazione che pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 9471 del 19.5.2004).

È a carico dell'attore, quindi, la prova dell'esistenza del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del sanitario e la lesione del diritto alla salute, non potendosi predicare il principio della

maggior vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 20812 del 20.8.2018).

Peraltro, a fronte dell'allegazione del paziente che agisce in giudizio deducendo l'inadempimento o l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, resta a carico del sanitario l'onere sia di provare che la prestazione era di particolare difficoltà (cfr. Cass. III, sent. n. 23918 del 9.11.2006), sia l'inesistenza di colpa; anche di recente è stato ribadito che è a carico del sanitario dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (cfr. Cass., Sez. Un., sent. n. 577 dell'11.1.2008, Cass. sez. III, sent. n. 3520 del 14.2.2008).

Quanto al nesso di causalità materiale tra condotta e evento, giova ricordare che esso sussiste quando ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare l'evento, deve considerarsi causa dell'evento stesso. La valutazione di questo nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell'illecito civile, quindi, la cosiddetta causalità materiale trova disciplina degli articoli 40 e 41 codice penale, ossia nel criterio della condicio sine qua non riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche.

In materia civile, l'accertamento richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica.

Invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale che questo giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico appartenente alla struttura sanitaria e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie e apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 867 del 17.1.2008).

È necessario, pertanto, accertare che il comportamento diligente e perito del professionista sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente

verificatesi, probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico-razionale.

Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato; giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

4.- I dati di fatto esposti dai ricorrenti relativi al ricovero, alle cure ricevute presso l'A.O.R. ### al trasferimento presso l'A.O. dei ### e ai rispettivi esiti non sono contestati (e dunque vanno ritenuti provati ai sensi dell'art. 115 comma 1 c.p.c.) nonché provati alla luce della documentazione sanitaria prodotta e della relazione di C.T.U. espletata nel presente giudizio.

In particolare, i ricorrenti hanno fornito la prova del titolo, in forza del quale essi hanno esercitato l'azione risarcitoria nei confronti dell'A.O.R.N. A. ### e dell'A.O. dei ### rappresentato dal contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di ospedalità), e allegato gli inadempimenti dei sanitari delle strutture convenute.

5.- Va stabilito, pertanto, se: -. vi è nesso di causalità tra le eventuali azioni o omissioni delle convenute e per esse dei sanitari che ebbero in cura ### a seguito del suo accesso e ricovero presso l'A.O.R.N. ### e l'A.O. dei ### che provvidero altresì alla gestione del ricovero, della terapia farmacologica e del trasferimento del paziente e il decesso del ### -. la condotta dei sanitari e, quindi, della A.O.R.N. ### e dell'A.O. dei ### ai sensi dell'art. 1228 c.c., sia stata conforme alle *leges artis* e alla diligenza dell'*homo eiusdem generis et condicionis*, ovvero se siano stati realizzati gli inadempimenti qualificati (commissivi e/o omissivi) specificamente indicati e descritti.

6.- I fatti per cui è causa, come detto, sono ampiamente accertati alla luce della relazione di CTU depositata nel presente giudizio (ai cui condivisibili rilievi questo giudice integralmente si riporta,

incluse le risposte alle osservazioni dei C.T. di parte resistente fornite nella relazione integrativa dell'11 dicembre 2024, cfr. al riguardo Cass. sez. VI sent. n. 1257 del 27.1.2012, secondo la quale il giudice "non è tenuto a rispondere a ogni e qualsiasi rilievo del consulente tecnico di parte, ma è sufficiente che dal complesso della motivazione si evinca che esse sono state prese in considerazione e adeguatamente contrastate dal consulente tecnico d'ufficio, le cui conclusioni sono state recepite dal giudicante"), nonché della documentazione sanitaria prodotta dai ricorrenti.

Giova ricordare, peraltro, che la consulenza tecnica, che in genere ha la funzione di fornire al giudice la valutazione dei fatti già probatoriamente acquisiti, può costituire fonte oggettiva di prova quando si risolve anche in uno strumento di accertamento di situazioni rilevabili solo con il concorso di determinate cognizioni tecniche (cfr. Cass., sez. II, 30 maggio 2007 12695).

Orbene, il Collegio Peritale composto dai CTU prof. dott. ### specialista in cardiologia e cardiocirurgia nonché in medicina legale, e dott. ### specialista in medicina legale, all'esito di condivisibili ragionamenti fondati sui dati di fatto emergenti dalle cartelle cliniche acquisite e da tutta la documentazione medica prodotta, ha accertato la colpa dei medici-chirurghi dell'### A. ### e dell'A.O. Monaldi, addetti ai reparti in cui il ### venne ricoverato, nel trattamento del suo caso che non implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 c.c.). In particolare, i CTU hanno dapprima ricostruito come segue la vicenda clinica del ### << ### faceva un primo accesso presso il ### dell'### di ### in data ### lamentando parestesie periorali e ptosi palpebrale destra. Previa esecuzione di esame TC del cranio veniva posta diagnosi di ischemia cerebrale subacuta a sede parietale sinistra. Dunque, il ... ### decideva di recarsi presso altro presidio ospedaliero, l'A.O.R.N. ### di Napoli. Qui veniva sottoposto a nuova TC cerebrale che escludeva aree di alterata densità parenchimale in atto. Veniva trattenuto a ricovero dapprima presso il reparto di neurologia e dal 10 ottobre presso il reparto di cardiologia.

Nel corso della degenza, veniva effettuata rivalutazione neurologica e fatta richiesta di esame di risonanza magnetica dell'encefalo, tuttavia non praticato per lamentata claustrofobia da parte del paziente.

In data 10 ottobre, risulta reperto di BAV di terzo grado all'elettrocardiogramma; pertanto, il ### veniva trasferito presso il reparto di cardiologia con indicazione ad eventuale posizionamento di pacemaker e a ### In data 11/10 era riportato nel diario clinico il riferito del paziente di sensazione di oppressione al giugulo dopo sforzo fisico.

Contestualmente veniva effettuato dosaggio della troponina e esame ecocardiografico con evidenza di bradicardia sinusale. In data 12/10 il ### era a questo punto sottoposto ad elettrocardiogramma dinamico secondo ### Veniva quindi effettuato esame coronarografico che evidenziava una stenosi critica del tronco comune distale e veniva posta indicazione cardiocirurgica. Il paziente veniva dunque dimesso con diagnosi di angina da sforzo in paziente affetto da coronaropatia critica bivasale con interessamento del tronco comune distale.

Il ... ### veniva poi trasferito in data 16 ottobre presso l'A.O. "Monaldi" ove veniva accettato con diagnosi di "stenosi critica ### Pregresso TIA. Asintomatico per angor al ricovero". Presso il predetto nosocomio dove accedeva alle ore 10:34 veniva sottoposto ad elettrocardiogramma, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici ed esami ematochimici di routine. Nel diario clinico non sono riportate annotazioni orarie relative al giorno 16/10; in quello del 17/10, alle ore 06:15 è riportato che il paziente veniva ritrovato nel suo letto senza coscienza e ne veniva constatato il decesso>> (cfr. CTU pag. 14).

Il collegio peritale ha quindi individuato "quale principale condizione patologica del ... ### una stenosi coronarica critica in paziente con angina, per la quale vi era indicazione di impianto di pacemaker per il blocco atrio ventricolare e indicazione chirurgica per la rivascolarizzazione".

I CTU, quindi, hanno evidenziato che "la condizione di blocco atrioventricolare ... necessita di impianto di pacemaker, che infatti veniva correttamente indicato all'esito della consulenza

cardiologica del 10 ottobre e poi mai più preso in considerazione né nel proseguo dell'iter clinico presso il ### né presso il Monaldi", aggiungendo che "il riscontro di blocco atrioventricolare si associava anche ad una condizione di bradicardia sinusale".

La CTU rileva, poi, che "correttamente i ### del ### formulavano quale diagnosi di dimissione quella di angina da sforzo, in relazione alla sintomatologia di sensazione di oppressione al giugulo"; "risulta inoltre un rilievo della troponina in data 11 ottobre, successivamente non più dosata nel corso del ricovero" e, ancora, "corretta fu l'indicazione all'esame coronarografico che tuttavia però fu effettuata soltanto a distanza di tre giorni", aggiungendo che "tale esame mise in evidenza una stenosi critica del tronco comune distale, peraltro in associazione con una stenosi critica anche del ramo circonflesso concludendo dunque per una malattia ateromasica di due vasi coronarici". Correttamente, ancora, "all'esito della coronarografia veniva posta indicazione chirurgica". Tuttavia, vengono in rilievo altre condotte sanitarie dell'### giudicate censurabili dal collegio peritale (cfr. pag. 16 e ss.), in particolare poichè: -. "lo studio coronarografico venne effettuato con ritardo di tre giorni, solo in data 14/10, a fronte del trasferimento nel reparto di cardiologia il giorno 11/10. Infatti, già dal 10/10, all'esito della consulenza cardiologica, risultava chiaro ormai il quadro clinico del ... ### meritevole di mirati approfondimenti"; -. "è censurabile che il riscontro di un BAV di III grado in data 10/10 non sia stato seguito dal necessario approfondimento diagnostico, nonostante le conclusioni della consulenza cardiologia effettuata in pari data che indicava la necessità di impiantare un pacemaker e allo scopo consigliava il trasferimento del paziente nel reparto dedicato"; -. "la indicazione all'approfondimento diagnostico inoltre diveniva ancora più concreta all'evidenza del rialzo dei markers cardiaci (### in data 11/10, i quali tuttavia non venivano mai più dosati al fine di evidenziarne l'andamento"; -. il "ritardo di espletamento dell'esame coronarografico di ben tre giorni dal trasferimento nel reparto di cardiologia, nonostante la comparsa in data 11/10 di sintomi anginosi (oppressione dopo sforzo fisico)" ha "a sua volta ritardato la diagnosi di stenosi coronarica critica e di conseguenza

il trattamento", mentre "una tempestiva diagnosi avrebbe permesso un più tempestivo trasferimento e trattamento"; -. Trattandosi "di un paziente che presentava un'angina da sforzo in riscontro di stenosi coronarica critica bivasale e blocco atrioventricolare e bradicardia sinusale", "andava posta indicazione alla rivascolarizzazione chirurgica secondo by-pass ... entro 24 ore", "invece, dalla lettura della cartella clinica risulta che in data 15 ottobre fu praticata presso l'A.O.R. ### consulenza cardiocirurgica e venne previsto il trasferimento presso la cardiocirurgia dell'A.O. Monaldi"; -. "in sostanza la consulenza cardiocirurgica fu praticata dopo 24 ore dall'esame coronarografico, dopo ulteriori 24 ore fu effettuato il trasferimento ed ancora dopo 24 ore (per un totale, dunque, di 72 ore) in assenza di intervento terapeutico il... ### decedeva"; -. "risulta censurabile che alla luce di un quadro cardiologico definito e nonostante la posta indicazione terapeutica chirurgica, la stessa venne differita, con ritardo sia nella richiesta di consulenza cardiocirurgica sia nella richiesta di trasferimento presso il ### sia nella effettiva esecuzione dell'intervento cardiocirurgico che mai si giunse a mettere in atto" (CTU pag. 18 e ss.).

Anche la condotta dei sanitari del ### viene ritenuta censurabile dai ### poiché: -. "il ... ### venne sottoposto in data 16/10 a eco-color-doppler degli arti inferiori e a ECG ma nessun'altra annotazione risulta in cartella clinica fino al mattino seguente il ricovero, allorquando il ### fu rinvenuto senza vita nel suo letto"; -. "appare immotivata ... la condotta attendista dei sanitari ... che non procedevano immediatamente all'intervento chirurgico di rivascolarizzazione né all'impianto del PM nonostante la diagnosi fosse chiara e soprattutto il ### fosse stato già sottoposto a consulenza cardiocirurgica dagli stessi sanitari del ### prima di procedere al trasferimento", consulenza che "precisava: `### chirurgica in tempi brevi"; "tale conclusione ... fu evidentemente disattesa allorché il ... ### venne trasferito ma non fu immediatamente organizzato l'intervento chirurgico, ma trascorsero ulteriori 24 ore, alle quali egli non sopravvisse"; -. "il paziente era stato già sottoposto presso l'A.O.R.N. `### a tutti gli esami del caso, ivi compresa la consulenza cardiocirurgica da

parte degli stessi ### della struttura ospedaliera accogliente", pertanto, "non appare giustificata la ulteriore attesa prima dell'intervento cardiocirurgico di rivascolarizzazione"; -. "il ### non veniva nemmeno ricoverato presso un reparto intensivo nel quale avrebbe potuto giovare di un monitoraggio costante, che insieme all'impianto del dispositivo pacemaker avrebbe potuto consentire l'intervento tempestivo al momento dell'insorgenza dell'aritmia"; -. I sanitari non adottarono alcuna iniziativa terapeutica nelle 24 ore precedenti il decesso. ### la ### sussiste il nesso di causalità tra le predette condotte e il decesso del ### causalmente riconducibile al ritardo diagnostico e terapeutico, alla mancata tempestiva rivascolarizzazione chirurgica, al mancato trattamento del disturbo di condizione a mezzo pacemaker. In particolare, il collegio peritale ha ritenuto che "la morte sia stata determinata da una complicanza cardiaca aritmica", evento che avrebbe potuto essere evitato "con un accurato monitoraggio elettrocardiografico, ciò in considerazione del riscontro di blocco atrio ventricolare e di bradicardia sinusale con indicazione a pacemaker di fatto mai posizionato"; inoltre, "la stenosi coronarica critica poneva il muscolo cardiaco in una condizione di particolare vulnerabilità allo stress aggiuntivo determinato dall'aritmia", pertanto "la tempestiva vascolarizzazione chirurgica, come indicato nel caso di specie, avrebbe consentito al miocardio di resistere all'ipoperfusione determinata dall'insulto aritmico". Inoltre, i CTU hanno evidenziato che anche il ricovero "presso un reparto intensivo nel quale" il ### "avrebbe potuto giovare di un monitoraggio costante, ... insieme all'impianto del dispositivo pacemaker avrebbe potuto consentire l'intervento tempestivo al momento dell'insorgenza dell'aritmia". In conclusione, ritengono i CTU che "il quadro clinico-sintomatologico del ... (...)" fosse "tutt'altro che silente e che necessitasse dunque di trattamento chirurgico che, ancorché indicato dai ### non fu effettuato e quantomeno programmato con la giusta tempistica" e richiamando le linee guida e la letteratura (mortalità peri-operatoria ### 1- 2%) affermano che "in considerazione delle percentuali di successo del by-pass aortocoronarico ... in relazione anche alle comorbilità del paziente

è possibile ritenere che l'intervento se effettuato nel timing corretto avrebbe consentito di risolvere la stenosi critica ed evitare il decesso del... ### (...)"

Quanto al riparto delle responsabilità, la CTU ha attribuito responsabilità paritetica all'A.O.R.N. ### ("responsabile nell'aver procrastinato l'esecuzione della coronarografia e il trasferimento del paziente") e all'A.O. ### ("per avere ulteriormente ritardato l'intervento chirurgico e non aver effettuato l'opportuno monitoraggio elettrocardiografico e clinico del paziente, il quale a meno di 24 ore dagli esami routinari di accesso veniva rinvenuto privo di coscienza in assenza di qualsivoglia annotazione clinica nel tempo intercorso tra gli esami preliminari di ingresso e il decesso"). In particolare, "le censure che è possibile addebitare ai ### dell'A.O.R.N. `### riguardano le condotte tenute a far data dall'11/10, concretizzatesi nell'aver ritardato gli interventi di approfondimento diagnostico nonostante il trasferimento nel reparto di cardiologia", per "non aver approfondito il riscontro di BAV né l'incremento della troponina e aver immotivatamente ritardato la coronarografia, effettuata solo dopo 3 giorni, e la consulenza cardiocirurgica, praticata dopo ulteriori 24 ore"; "per quanto" invece "attiene le precise censure da muovere all'A.O. `### ... non è giustificabile il ritardo di intervento cardiocirurgico laddove i ### della predetta struttura ... avevano già praticato consulenza cardiocirurgica prima del trasferimento, ponendo indicazione chirurgica in tempi brevi", poiché "davanti ad un quadro cardiologico ormai chiaro non vi erano motivi per differire l'intervento di rivascolarizzazione chirurgica e vi era quantomeno necessità di ricoverare il paziente in ambiente intensivo sotto monitoraggio continuo".

Conclusivamente, il collegio peritale ha rilevato che le prestazioni sanitarie non erano connotate da speciale difficoltà, che i trattamenti non furono adeguati alle buone pratiche cliniche, che le omissioni e i ritardi hanno avuto ruolo causale diretto nel decesso e che il danno si identifica nel decesso stesso, evitabile con elevata probabilità in caso di gestione tempestiva.

Nella relazione integrativa depositata il Collegio peritale, in risposta alle osservazioni critiche formulate dai consulenti tecnici

di parte dell'### - le quali contestavano, in sintesi, l'esistenza di segni di cardiopatia acuta, la rilevanza del blocco atrioventricolare riscontrato e la necessità di una tempestiva esecuzione della coronarografia nonché dell'impianto di pacemaker - ha disatteso integralmente tali rilievi, evidenziandone la non aderenza alla documentazione clinica in atti.

In primo luogo, i CTU hanno chiarito che durante il ricovero in ambiente cardiologico erano presenti dati oggettivi "indicativi di sofferenza miocardica", erroneamente negati dai consulenti di parte, che "richiede[vano] un approfondimento coronarografico"; in particolare, il Collegio peritale rileva che la troponina non solo risultava elevata, ma raggiungeva in data 12 ottobre 2014 il valore di 43,31 ng/ml, con incremento di "oltre 80 volte" rispetto ai valori iniziali e che tale dato, documentalmente provato, risulta del tutto omesso nelle valutazioni dei consulenti di parte, che avevano invece affermato la normalità dei markers cardiaci.

I CTU quindi osservano che il "rialzo della Troponina" unitamente alla sintomatologia riferita dal paziente ("riferita sensazione di oppressione al giugulo post sforzo fisico"), integra "un quadro" clinico "che rientra in una forma di angina"; dunque "i sintomi dell'angina, il rialzo della troponina e un pregresso evento aritmico, probabilmente anch'esso spia di sofferenza miocardica, erano elementi validi per richiedere coronarografia e rivascularizzazione". Sul punto, il Collegio sottolinea come non sia logicamente sostenibile negare l'urgenza della coronarografia e, al contempo, giustificarne l'esecuzione qualche giorno dopo, senza che nel frattempo sia intervenuto alcun mutamento clinico migliorativo ("in alternativa quale sarebbe stata la indicazione a tale esame che i ### sceglievano di effettuare in data ###?").

Quanto al BAV (blocco atrioventricolare) di III grado, il collegio peritale precisa che, "anche se non persistente" - come sostenuto dai CTP - esso era comunque "un elemento da considerare quale possibile spia di ischemia", soprattutto se valutata "in associazione agli altri rilievi clinici e laboristici".

Il Collegio peritale ha ribadito, pertanto, che ### rialzo marcato della troponina e sintomatologia anginosa erano elementi pienamente idonei a giustificare una coronarografia urgente, una

rivascolarizzazione chirurgica tempestiva, la valutazione e l'eventuale impianto di pacemaker, specie in assenza di monitoraggio intensivo.

Con riferimento al "ritardo della indicazione chirurgica", che i CTP dell'### addebitano alla struttura accettante (###, la relazione integrativa evidenzia che si è comunque concretizzato un intervallo di circa 24 ore tra la coronarografia e l'effettiva consulenza cardiocirurgica e un ulteriore intervallo di circa 24 ore per il trasferimento del paziente presso il ### scansioni temporali che il collegio ha ritenuto ingiustificate alla luce di una diagnosi ormai definitiva.

Il Collegio peritale, pertanto, anche nella relazione integrativa ha ribadito la censurabilità delle condotte sanitarie già evidenziate e confermato il nesso causale tra tali ritardi e il successivo decesso del paziente.

Deve essere espressamente disattesa l'eccezione, reiteratamente formulata dalla convenuta A.O.R.N. ### di nullità della consulenza tecnica d'ufficio.

Invero, il collegio peritale nominato dal Tribunale ha operato nel pieno rispetto del contraddittorio, ha fornito risposte puntuali, motivate e scientificamente argomentate ai quesiti formulati, nonché alle osservazioni critiche dei consulenti di parte, come risulta sia dall'elaborato peritale che dai successivi chiarimenti depositati.

Le doglianze articolate dalla convenuta si risolvono, in larga parte, in un dissenso valutativo rispetto alle conclusioni raggiunte dai C.T.U., senza evidenziare specifiche lacune istruttorie decisive né l'omissione di accertamenti indispensabili ai fini del decidere. In particolare, la dedotta mancata risposta alle osservazioni di parte convenuta è smentita dalla relazione integrativa depositata in data 11 dicembre 2024, in occasione della quale i CTU hanno risposto alle osservazioni formulate dai CTP delle parti.

Deve, pertanto, escludersi la necessità di una rinnovazione o integrazione della consulenza tecnica, non ricorrendo i presupposti per disattendere le conclusioni dei ### Alla luce delle considerazioni sopra esposte e delle chiare conclusioni rese dal collegio peritale, nonché dei chiarimenti resi in risposta alle

osservazioni delle parti, sussiste il nesso causale tra le azioni e omissioni delle convenute strutture sanitarie - azioni e omissioni alle predette suscettibili di essere ascritte ai sensi dell'art. 1228 c.c. poiché realizzate dal personale sanitario delle stesse - e il decesso di ### la condotta delle convenute - suscettibile di essere ascritta alle predette ai sensi dell'art. 1228 c.c. in quanto posta in essere da personale sanitario delle stesse - inoltre non è stata conforme alle *leges artis* e alla diligenza dell'*homo eiusdem generis et condicionis*.

Sussiste, dunque, l'elevata probabilità logica che una più attenta condotta dei sanitari della A.O.R.N. ### con particolare riferimento al ritardo nell'esecuzione della coronarografia e del trasferimento del paziente, e dell'A.O. ### con specifico riguardo alla mancata esecuzione dell'intervento chirurgico e dell'opportuno monitoraggio elettrocardiografico e clinico, avrebbe evitato l'evento lesivo e il conseguente decesso, verificatisi a carico del de cuius ### In particolare, giova evidenziare che "la limitazione di responsabilità professionale del medico-chirurgo ai soli casi di dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 c.c., attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà. Ne consegue che, anche nei casi di speciale difficoltà, tale limitazione non sussiste con riferimento ai danni causati per negligenza o imprudenza, dei quali il medico risponde in ogni caso" (cfr. Cass. sez. III, 12 marzo 2013, n. 6093).

Deve, altresì, essere rigettata l'eccezione di concorso di colpa del danneggiato ex art. 1227 c.c., sollevata dal ### in relazione al rifiuto del paziente di sottoporsi all'esame RMN in data ##.

Ed invero, la relativa deduzione si appalesa formulata in termini del tutto generici, non essendo stata accompagnata da puntuali allegazioni in ordine alle concrete modalità della condotta asseritamente colposa del paziente, né, soprattutto, in ordine al nesso eziologico tra tale rifiuto e l'evento dannoso verificatosi.

In particolare, la convenuta ha omesso di chiarire se e in quale misura l'esecuzione dell'indagine diagnostica avrebbe consentito una diagnosi più tempestiva o un intervento terapeutico idoneo ad evitare o significativamente ritardare l'evento letale, limitandosi a

prospettare in via meramente assertiva un concorso colposo del danneggiato.

Tale lacuna si rivela dirimente, atteso che, ai fini dell'applicazione dell'art. 1227 c.c., grava sulla parte che eccepisce il concorso di colpa l'onere di dimostrare non solo la condotta colposa del danneggiato, ma anche la sua effettiva incidenza causale nella produzione dell'evento dannoso o nell'aggravamento delle sue conseguenze.

Ne consegue che, in difetto di prova in ordine a tali elementi, l'eccezione deve essere disattesa, non potendosi riconoscere alcuna riduzione del risarcimento in ragione del comportamento del paziente.

In conclusione, va dichiarata la responsabilità della A.O.R.N. ### e dell'A.O. ### in pari misura. 7.- Passando all'esame del quantum debeatur della domanda risarcitoria, i ricorrenti hanno spiegato, anzitutto, domanda di risarcimento iure hereditatis del danno non patrimoniale subito da ### È orientamento pacifico e consolidato, nella giurisprudenza della Suprema Corte, che le sole poste di danno liquidabili iure proprio alla vittima di lesioni mortali sono i c.d. danni terminali, di fonte giurisprudenziale e cristallizzati dalla Suprema Corte (cfr. Cass. SS.UU. sent. n. 15350/2015), a condizione che intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse.

È, quindi, configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla effettiva menomazione della integrità psicofisica patita dal soggetto leso per il periodo di tempo indicato.

Il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento è trasmissibile agli eredi, che possono agire in giudizio nei confronti del danneggiante iure hereditatis.

In tal caso, l'ammontare del danno biologico (c.d. terminale) sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea, per il tempo di permanenza in vita, e tuttavia la sua liquidazione dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporaneo, tale danno è massimo nella sua entità e intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero e esitare nella morte (cfr. Cass. sez. III, 8 luglio 2014 n. 15491, Cass. sez. III,

23 febbraio 2004 n. 3549, Cass. III, 30 ottobre 2009 n. 23053, a mente della quale "l'ammontare del danno biologico, che gli eredi del defunto richiedono iure successionis, va calcolato non con riferimento alla durata probabile della vita del defunto, ma alla sua durata effettiva").

Si tratta di un danno - ha chiarito la Suprema Corte - nel quale i fattori della personalizzazione debbono valere in un grado assai elevato e, per questa ragione, non può essere liquidato attraverso l'applicazione automatica dei criteri contenuti nelle tabelle utilizzate dai ### ma deve essere compiutamente adeguato al caso concreto (cfr. sez. III, 16 marzo 2007 n. 7632, Cass. sez. III, 14 luglio 2003 n. 3549), tenendo conto della durata effettiva della vita.

Il danno biologico terminale, quale pregiudizio della salute che pur se temporaneo è massimo nella sua entità e intensità, in quanto conduce a morte un soggetto in un sia pure limitato ma apprezzabile lasso di tempo (cfr. Cass., sez. III, 23 febbraio 2004, n. 3549, e Cass., sez. III, 23 febbraio 2005 n. 3766), è stato ravvisato come "sempre esistente", per effetto della "percezione", "anche non cosciente", della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della sua vita (cfr. Cass., sez. III, 28 agosto 2007 n. 18163, sez. III, 19 ottobre 2007 n. 21976).

Sulla scorta di tali principi, va pertanto riconosciuto ai ricorrenti, in qualità di eredi, il danno biologico terminale del defunto.

Quanto alla configurabilità del c.d. danno morale terminale, inteso quale danno subito dalla vittima per la sofferenza provata nell'avvertire consapevolmente l'ineluttabile approssimarsi della propria fine, assume rilievo, in luogo dell'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso della vittima (rilevante per il danno biologico terminale), il diverso criterio dell'intensità della sofferenza provata (cfr. Cass. n. 15491/2014 cit., Cass. sez. III, 8 aprile 2010 n. 8360), rilevante sotto il profilo del danno morale, provocata dalla cosciente percezione da parte della vittima delle conseguenze catastrofiche delle lesioni (cfr. Cass., III, 31 maggio 2005 n. 11601).

Il danno non patrimoniale in questione è quindi finalizzato al ristoro della paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali e è risarcibile soltanto se la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente, sicchè, in difetto di tale consapevolezza, non è nemmeno concepibile l'esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni (Cass. 13 giugno 2014 n. 13537; cfr. altresì Cass. Sez. U, 11 novembre nn. 26972 e 26973; cfr. Cass. sez. III, 5 dicembre 2014 n. 25731 che ribadisce l'ontologica diversità tra il danno biologico terminale e il danno morale terminale, fondato sull'intensa sofferenza d'animo conseguente alla consapevolezza delle condizioni cliniche seguite al sinistro).

Nel caso di specie, non è contestato che ### sia rimasto cosciente in seguito agli eventi di cui è causa e può, dunque, ritenersi che lo stesso abbia avuto percezione delle ineluttabili conseguenze delle complicanze e del quadro patologico insorti dopo il ricovero presso i nosocomi per cui è causa. Può pertanto ritenersi soddisfatto il principio espresso dalla Suprema Corte.

Peraltro, onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio e tenendo conto, sul punto, dell'insegnamento delle ### (cfr. SS.UU. nn. 26972-3-4-5 dell'11.11.2008, oltre alla sent. N. 15350/2015) deve ritenersi il carattere onnicomprensivo della categoria del "danno terminale", tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente.

La valutazione del danno sarà comunque personalizzabile, in relazione alle circostanze del caso concreto e del particolare sconvolgimento che risulti di volta in volta provato.

Considerati, quindi, il predetto danno biologico e le sofferenze patite da ### tenuto conto del protrarsi delle sofferenze per circa 14 giorni (e cioè dalla data dell'accesso all'### fino al decesso), dell'entità delle sofferenze stesse, alla luce delle tabelle individuate dal Tribunale di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale c.d. terminale, comprensivo della componente biologica temporanea, si stima equo liquidare per il danno

terminale la somma complessiva di euro 47.563,00, non ulteriormente personalizzabile, non essendo allegato un ulteriore particolare sconvolgimento della vittima in relazione alle circostanze del caso concreto rispetto a quello già contemplato nelle citate ### Agli attori, pertanto, spetta a tale titolo la somma complessiva di euro 47.563,00. 8.- Alcuna somma può essere liquidata per il danno esistenziale del defunto ### che non costituisce una forma autonoma di danno, ma è già ricompreso nella liquidazione del danno non patrimoniale globalmente considerato, alla luce dei principi sopra esposti. 9.- Va rigettata la domanda di risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza, atteso che, come sopra rilevato, dalla CTU espletata, applicando la regola probatoria del "più probabile che non", emerge la prova dell'esistenza di un nesso causale tra la condotta dei sanitari e la morte del paziente, essendo la perdita di chance di sopravvivenza un danno ontologicamente diverso da quello della perdita del bene vita, accertato dal ### 10.- I ricorrenti hanno spiegato, altresì, domanda volta ad ottenere il risarcimento del danno biologico e morale patito iure proprio in conseguenza del decesso del de cuius ### Ai fini della liquidazione del danno morale iure proprio, come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità e di merito, deve considerarsi il danno scaturente dalla lesione del rapporto parentale. E invero, come affermato dalla predetta giurisprudenza, in tema di danno non patrimoniale per la perdita di un familiare, questo può essere determinato in un'unica somma comprendente sia il cosiddetto danno morale in senso stretto, derivante dalla sofferenza per la perdita del congiunto, sia il cosiddetto danno esistenziale, derivante dalla lesione del rapporto parentale e dall'incidenza che tale lesione assume sulla vita futura del congiunto superstite (secondo l'accezione di cui alle sentenze Cass. sez. III, 31 maggio 2003, n. 8827 e n. 8828, ribadita, poi, da Cass., sez. U., 11 novembre 2008 n. 26972, n. 26973, n. 26974 e n. 26975).

Pertanto, nell'ipotesi di riconoscimento congiunto del danno morale subiettivo e del danno relativo alla compromissione dei rapporti parentali, appare equo liquidare a favore dei congiunti del defunto una somma complessiva a titolo di ristoro del danno non

patrimoniale subito in proprio, sia nella sua componente esistenziale che nella sua proiezione morale, attinente cioè al c.d. *pretium doloris*, in senso stretto.

Laddove il fatto lesivo provochi una determinante riduzione, se non annullamento, delle positività che dal rapporto parentale derivano (Cass., sez. III, 31 maggio 2003 n. 8827), si determina uno sconvolgimento delle abitudini di vita che, pur potendo avere diversa ampiezza e consistenza in termini di intensità e protrazione nel tempo in relazione alle diverse situazioni, deve trovare comunque obiettivazione nell'alterazione del modo di relazionarsi del soggetto sia all'interno del nucleo familiare che all'esterno di esso nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione (Cass., sez. III 31 maggio 2003 n. 8827 e n. 8828).

Esso si concreta in una modificazione peggiorativa della personalità dell'individuo, che si obiettivizza socialmente nella negativa incidenza sul suo modo di rapportarsi con gli altri, sia all'interno del nucleo familiare, che all'esterno del medesimo, nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione; ciò in conseguenza della subita alterazione e della privazione del rapporto materiale e personale con lo stretto congiunto nel suo essenziale aspetto affettivo o di assistenza morale (cura, amore), cui ciascun componente del nucleo familiare ha diritto nei confronti dell'altro (Cass. 12 giugno 2006 n. 13546). La compromissione della personalità dell'individuo in ipotesi tragiche come quella di specie deve sicuramente presumersi, in quanto corrispondente all'*id quod plaerumque accidit*, fino a prova contraria gravante sul danneggiante (cfr. Cass. 12 giugno 2006 n. 13546).

Pertanto, condividendo l'orientamento emerso nel Tribunale di Milano (cfr. "Criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale"- edizione 2024) in ordine ad una valutazione "a punti", tenuto conto dell'età della vittima primaria (69 anni) e di quella delle vittime secondarie (### 61 anni, ### 37 anni, ### 31 anni, ### e ### 28 anni) al momento del decesso di ### del grado di parentela (moglie e figli), della circostanza che deve presumersi la convivenza del coniuge e che è stata allegata - senza contestazioni - la convivenza con il defunto da parte degli altri ricorrenti e, per ciascun

ricorrente, del numero degli altri familiari in vita (4), nonché l'intensità della relazione, si ritiene di dover determinare il risarcimento spettante, in via equitativa, a titolo di danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale, in termini monetari attuali, il cui pagamento va posto, in solido, a carico delle convenute strutture sanitarie A.O.R.N. ### e A.O dei ### -. € 246.393,00 a favore di ### -. € 269.859,00 a favore di ### -. € 269.859,00 a favore di ### -. € 277.681,00 a favore di ### -. € 277.681,00 a favore di ### 11.- Vanno rigettate le domande formulate dai ricorrenti di risarcimento del danno biologico patito in proprio e del danno patrimoniale (da mancato guadagno), chiesto sia iure proprio che iure hereditatis, in quanto del tutto prive in termini di allegazioni e prove. 12.- Nella liquidazione del danno cagionato da illecito civile (anche di tipo contrattuale, come nel caso di specie), in caso di ritardo nell'adempimento deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr., in tal senso, ex multis, Cass. civ., un., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. civ., sez. III, 10 marzo 2000, n. 2796).

Per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma originaria progressivamente rivalutata anno per anno, le somme sopra liquidate, determinate all'attualità, vanno rideterminate con riferimento alla data dell'evento lesivo (17.12.2014) devalutandole secondo il tasso di svalutazione relativo al periodo (da dicembre 2014 fino alla data di pubblicazione del presente provvedimento) e, quindi, sulla somma così ottenuta e di volta in volta rivalutata a partire dal 17.12.2015

in base all'indice ### delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati e operai (cosiddetto indice ### ex art. 150 disp. att cpc, con decorrenza dal 17.12.2014 vanno applicati, anno per anno, gli interessi al tasso legale previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., con divieto di anatocismo.

Dal momento della pubblicazione della presente sentenza e fino all'effettiva corresponsione, infine, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale liquidata a titolo risarcitorio (comprensiva di capitale, rivalutazione e interessi), gli ulteriori interessi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 cod. civ., posto che, al momento della pubblicazione della decisione, l'obbligazione risarcitoria, che ha natura di debito di valore, si trasforma in debito di valuta, con conseguente applicabilità degli istituti tipici delle obbligazioni pecuniarie in senso stretto, sulla somma globale composta da capitale, rivalutazione e coacervo degli interessi maturati fino alla data predetta (pubblicazione della decisione: cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, 3 dicembre 1999, n. 13470; Cass. civ., sez. III, 21 aprile 1998, n. 4030). 13.- Le spese di lite, liquidate e distratte come in dispositivo, seguono la soccombenza della A.O.R.N. ### e dell'A.O. dei ###

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando: -. ### le resistenti A.O.R.N. ### in persona del direttore generale p.t, e A.O. dei ### in persona del Commissario Straordinario p.t., in solido tra loro, al pagamento in favore di ### e ### iure hereditatis, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale spettante al defunto ### della somma di € 47.563,00, oltre interessi al tasso previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., calcolati come in motivazione e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, e agli interessi al tasso previsto dall'art. 1284 comma primo cod. civ., sul totale delle somme così liquidate, dalla pubblicazione della presente sentenza al soddisfo; -. ### le resistenti A.O.R.N. ### in persona del direttore generale p.t, e A.O. dei ### in persona del Commissario Straordinario p.t., in solido tra loro, al pagamento, in favore dei ricorrenti a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito iure proprio, delle seguenti somme: a) € 246.393,00 a favore di ### b) €

269.859,00 a favore di ### c) € 269.859,00 a favore di ### d) € 277.681,00 a favore di ### e) € 277.681,00 a favore di ### il tutto oltre interessi al tasso previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., calcolati come in motivazione e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, e agli interessi al tasso previsto dall'art. 1284 comma primo cod. civ., sul totale delle somme così liquidate, dalla pubblicazione della presente sentenza al soddisfo; -. Rigetta ogni altra domanda; -. ### le resistenti A.O.R.N. ### in persona del direttore generale p.t, e A.O. dei ### in persona del Commissario Straordinario p.t., in solido tra loro, al pagamento, in favore dei ricorrenti delle spese di lite del presente procedimento e di quelle del procedimento ex art. 696 bis c.p.c., liquidate in € 500,00 per spese e € 35.000,00 per competenze, oltre I.V.A., C.P.A. e spese generali come per legge, con distrazione a favore dell'avv. ### dichiaratasi anticipataria; -. Pone definitivamente a carico delle resistenti le spese di ### con condanna delle stesse, in solido tra loro, a rivalere i ricorrenti delle somme a tale titolo corrisposte ai CTU nominati.

Napoli, 10/4/2026.

IL GIUDICE