

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DI APPELLO DI PALERMO

Prima Sezione Civile

riunita in camera di consiglio e composta dai magistrati:

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| 1) Dott. Daniela Pellingra | Presidente |
| 2) Dott. Maria Letizia Barone | Consigliere |
| 3) Dott. Cintia Emanuela Nicoletti | Consigliere |

di cui il terzo relatore ed estensore, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 486/2015 del R.G. di questa Corte di Appello, promossa in questo grado

da

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI P., corrente in ..., in persona del legale rappresentante pro/tempore, rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dall'Avv. G.L.V. e dall'Avv. D.A., ed elettivamente domiciliata a..., presso l'ufficio legale della stessa Azienda

APPELLANTE

contro

D.V.R., B.G., B.V., B.D. proprio e nella qualità di eredi di B.G.B., rappresentati e difesi, anche disgiuntamente dagli M.F. e F.P.S. ed elettivamente domiciliati a ..., presso lo studio dell'Avv. G.D.B.

APPELLATI

e

F.M.L., nata a Palermo il 11.12.1964, rappresentata e difesa dall'Avv. A.R., ed elettivamente domiciliata presso il suo studio, sito in...

e

AM (già ..., nel seguito anche solo "Am" o l'"Assicuratore"), in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa anche disgiuntamente dagli Avv.ti G.F., del Foro di Roma e P.D.L., del Foro di Termini Imerese, ed elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultima, ubicato in ..Imerese, ...

APPELLATI e APPELLANTI INCIDENTALI

Conclusioni per l'appellante:

VOGLIA LA ECC.MA CORTE D'APPELLO DI PALERMO

SEZIONE PRIMA CIVILE

Reiectis adversis.

ACCOGLIERE il proposto atto d'appello nella forma ed in rito e, per l'effetto,

ACCOGLIERE il proposto atto di appello, in relazione ai motivi di impugnazione tutti sopra proposti e ciò con ogni e qualsivoglia statuizione e, per l'effetto,

RIFORMARE la decisione del Tribunale di Termini Imerese, Sezione Civile, n.52/15 – rep. N.80/15, estensore il G.U. dr. A. P., come sopra impugnata per:

a) difetto di legittimazione passiva dell'Azienda Sanitaria Provinciale di P., in presenza di una domanda qualificata dal primo Giudice quale azione di responsabilità extracontrattuale (ex art.2043 c.c.), indirizzata contro il medico di turno addetto al pronto soccorso del P.O. di Termini Imerese, dr.ssa F.M.L.;

b) errata utilizzazione in sede civile delle risultanze della CTU ordinata in sede di inchiesta penale a carico della dr.ssa F. per il decesso del signor B.G.B.;

c) errata statuizione del primo Giudice in ordine alla ripartizione del rischio assicurato fra azienda sanitaria appellante e compagnia assicuratrice AM;

d) errata statuizione sugli accessori per interessi, rivalutazione e spese legali intesi come non dovuti.

Nel resto, rigettare le domande in via incidentale da parte di AM , in p.na del Suo legale rapp.te p.t., contro la sentenza in questione del Tribunale di Termini Imerese, Sezione Civile, n. 52/15 – rep. N.80/15, estensore il G.U. dr. A. Piraino, confermando la sussistenza della garanzia assicurativa a favore della ASP PA, così come già esplicitata in primo grado da questa difesa.

Conclusioni per D.V.R., B.G., B.V. e B.D.:

VOGLIA L'ON.LE CORTE di APPELLO

Rigettare tutti gli appelli proposti e per l'effetto confermare integralmente la sentenza del Tribunale di Termini Imerese n. 52/2015 pubblicata il

In subordine, accogliere la proposta domanda di risarcimento del danno da perdita di chances di guarigione e/o salvezza.

Vinte le spese anche di questo grado di giudizio.

Conclusioni per F.M.L.:

Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello:

In linea istruttoria:

- che siano richiamati i consulenti o disposta nuova consulenza medica, per rispondere al quesito anche alla luce delle osservazioni svolte e per verificare l'incidenza della colpa di altri medici e dei familiari del paziente, come già rilevato in comparsa di costituzione;
- ammettersi l'interrogatorio formale degli attori/appellati sui capitoli di cui alla comparsa di risposta in primo grado depositata il ..., come già richiesto con la comparsa di costituzione in questo giudizio;
- ammettersi la produzione della citata nota del ... del Direttore dell'U.O. di Patologia e Microbiologia Dott. P.G.;

in subordine, nel merito, conclude come segue: rigettata ogni contraria istanza, eccezione e difesa, accogliere l'appello incidentale e le censure dell'ASP sull'affermazione della responsabilità della comparente e per l'effetto

- 1) annullare integralmente la sentenza impugnata e rigettare le domande di condanna della comparente spiegate dagli attori in primo grado;
- 2) in subordine riformare la sentenza nella parte in cui limita la condanna dell'AM per le ragioni spiegate nell'appello dell'ASP e per quelle dedotte con la comparsa di risposta;
- 3) in subordine ridurre il risarcimento in ragione dell'effettiva entità del danno risarcibile e comunque ridurlo per effetto della reale incidenza causale della condotta della comparente rispetto al danno e per effetto delle altre concause e della condotta degli attori;
- 4) Si insiste per l'inammissibilità delle nuove domande svolte dagli appellati in corso di giudizio.

Con vittoria di spese di entrambi i gradi del giudizio.

Conclusioni per AM: Contesta gli esiti della CTU e della CTU integrativa riportandosi alle note critiche depositate dal proprio consulente tecnico di parte.

Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello adita, disattesa ogni avversa istanza ed eccezione

in via principale

rigettare l'appello proposto dalla ASP P., limitatamente all'eccezione di ripartizione del rischio con Am derivante dalla previsione in polizza della franchigia aggregata, in quanto infondata in fatto ed in diritto per tutti i motivi esposti in atti;

in via incidentale

In riforma della sentenza n. 52/2015, Rep. 80/2015, resa dal Tribunale di Termini Imerese all'esito del giudizio portante RG 1694/2012, pubblicata in data ... e non notificata:

- in via principale, rigettare le domande proposte da parte attrice nei confronti della ASP P. in quanto infondate in fatto e in diritto oltre che carenti di prova, e conseguentemente rigettare ogni domanda di manleva avanzata dalla ASP P. nei confronti di AM.;

- in via subordinata, nella denegata ipotesi di accertamento di una qualsivoglia responsabilità dell'ASP P. per i fatti di causa (e quindi di conferma del capo della sentenza impugnata sul punto) accertare e dichiarare l'inoperatività della polizza ... per il sinistro oggetto di causa e per l'effetto rigettare la domanda di manleva avanza dalla ASP P. nei confronti di Am, per i motivi indicati nel presente atto; in via ulteriormente subordinata, sempre nella denegata ipotesi di accertamento di una qualsivoglia responsabilità dell'ASP Palermo per i fatti di causa e nella non creduta ipotesi in cui debba ritenersi operante la Polizza (e quindi di conferma dei capi della sentenza impugnata sul punto),
- escludere, contenere e/o limitare la responsabilità di Am. entro i limiti di quanto rigorosamente provato dagli attori nonché, in ogni caso, contenerla entro il limite del massimale disponibile in base alla Polizza e previa detrazione della franchigia aggregata applicabile (in ciò confermando la sentenza di primo grado);
- limitare e contenere, in ogni caso, la condanna di AmTrust alla sola quota di responsabilità attribuibile all'ASP Palermo;
- e comunque, subordinare il pagamento dell'indennizzo determinato a carico degli Assicuratori in favore della ASP Palermo all'avvenuta dimostrazione del relativo pagamento da parte di quest'ultima in favore dell'avente diritto. in ogni caso con vittoria di spese di giudizio di entrambi i gradi, oltre IVA e CPA sui compensi.

FATTO E DIRITTO

1. Con citazione notificata il 4 novembre 2012, D.V.R., B.G., B.V. e B.D. convennero in giudizio, innanzi al Tribunale di Termini Imerese, l'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di P. e F.M.L. chiedendone la condanna, in solido fra loro, al pagamento della somma di € 250.000,00 per ciascuno a titolo di risarcimento del danno, in ragione del decesso del loro congiunto B.G.B. (marito della D.V. e padre degli altri attori), avvenuto il

Sostenero che:

- quel giorno quest'ultimo, intorno alle ore 17:30, era stato trasportato presso il pronto soccorso dell'ospedale di Termini Imerese perché in preda a "lancinanti dolori addominali" ed era stato visitato dalla dottoressa F., la quale, nelle immediatezze, aveva disposto un esame elettrocardiografico, nonché un prelievo di sangue per lo svolgimento di indagini di laboratorio;
- nonostante l'esito dei predetti esami, pervenuto alle 18:03, avesse consentito di evidenziare una situazione di leucocitosi neutrofila, nonché un aumento dei livelli siero-ematici degli enzimi CK, CK-MB, GOT, della glicemia, dell'azotemia e della creatininemia, F.M.L. aveva erroneamente diagnosticato al paziente una epigastralgia, invece dell'infarto miocardico acuto effettivamente in atto, prescrivendo una terapia errata (flebolisi terapia idratante e levopraid);
- indi, il paziente era stato invitato ad attendere in una saletta adiacente al pronto soccorso, ove era rimasto fino alle ore 20:00 circa, momento in cui le sue condizioni si erano aggravate irreversibilmente, con il manifestarsi di seri problemi respiratori;

- grazie al coinvolgimento dell'infermiere di turno R.S. accortosi delle precarie condizioni del B.G.B., quest'ultimo era stato visitato da un altro medico di turno, M.G., la quale aveva prescritto un esame radiografico e, dopo il compimento di tale esame, alle 20:40 circa, era stato sottoposto ad una nuova visita da parte di un altro sanitario, il quale aveva richiesto immediatamente l'intervento del rianimatore ma, nonostante le ulteriori cure praticate, alle ore 23:35 era stato dimesso in condizioni disperate per poi spirare dopo qualche ora;

- gli avvenimenti avevano formato oggetto di un'indagine penale nell'ambito della quale era stato espletato un apposito incidente probatorio mediante la nomina di due periti da parte del Giudice per le Indagini Preliminari presso il Tribunale di Termini Imerese e gli accertamenti compiuti avevano consentito di evidenziare che B.G.B. era deceduto per un infarto del miocardio già evidente alla registrazione dell'esame elettrocardiografico compiuto alle 17:40, i cui esiti non erano stati correttamente valutati ed interpretati dal medico F.M.L. , ma che, comunque, non vi era prova certa del fatto che il paziente, qualora avesse ricevuto tempestivamente le giuste cure, sarebbe potuto sopravvivere al 100%, dal momento che i periti, avuto riguardo all'età e alla condizione generale di salute del paziente avevano stimato nel 60-65% le possibilità di sopravvivenza laddove fossero state praticate le adeguate terapie;

- in applicazione dei principi elaborati dalla giurisprudenza in materia di reati omissivi impropri, che impongono per l'affermazione della responsabilità penale la prova della certezza processuale o dell'alto o elevato grado di probabilità logica o di credibilità razionale, il Giudice per le Indagini Preliminari aveva disposto l'archiviazione del procedimento, ma i medesimi dati di fatto già accertati all'esito dell'istruttoria svolta nell'ambito del procedimento penale ben potevano comprovare la sussistenza dei presupposti per l'affermazione della responsabilità civile di F.M.L. e dell'amministrazione sanitaria della quale la medesima era all'epoca dei fatti dipendente quanto meno sotto il profilo della perdita di chances, vigendo nel processo civile la regola della preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non.

Chiesero, pertanto, previa ammissione dei mezzi istruttori dedotti, la condanna dei convenuti, in solido fra loro, al risarcimento del danno non patrimoniale, quantificato facendo riferimento ai criteri delle tabelle del danno non patrimoniale adottate dal Tribunale di Milano, derivante dalla perdita del loro congiunto, nonché del danno morale stimato in € 250.000,00 per ciascuno degli attori ovvero, nel caso di accertamento di perdita di chances, della minore somma di € 162.500,00 per ciascuno degli attori, quantificata in base alle probabilità di sopravvivenza del loro congiunto laddove quest'ultimo avesse ricevuto le cure adeguate.

2. Costituitasi in giudizio, F.M.L. contestò il fondamento della domanda sostenendo che il paziente B.G.B., sottoposto a visita, accusava, in realtà, una sintomatologia caratterizzata da lieve dolore epigastrico con nausea e vomito e che, dopo l'esame elettrocardiografico, disposto alle 17:40, nel quale erano state riscontrate anomalie, era stato eseguito alle 18:03 un prelievo per esami di laboratorio ed enzimi cardiaci, i cui esiti non erano pervenuti alla fine del suo turno, alle ore 20:00; né i congiunti del paziente le avevano consentito di prendere in visione i precedenti esami elettrocardiografici allo scopo di verificare la presenza di eventuali alterazioni, sicché ella, dopo aver proceduto correttamente a raccogliere l'anamnesi del

paziente, a verificare la stabilità emodinamica (pressione arteriosa 140/100 mmHg e saturazione ossigeno al 97%) e a somministrare il farmaco “levopraid”, reso necessario dal fatto che l’epigastralgia riferita si associava ad una sintomatologia dispeptica, allo scopo di escludere, nell’attesa che pervenissero gli esiti degli esami del sangue, che potesse trattarsi di un’ulcera gastro-duodenale o di un reflusso gastro-esofageo, aveva dato precise indicazioni al medico subentrante invitandolo espressamente a controllare gli esami una volta pervenuti e ad effettuare prima possibile un nuovo esame elettrocardiografico.

Dedusse, altresì, che la condotta tenuta nell’occasione non poteva integrare gli estremi di un comportamento negligente ed imprudente, rappresentando al massimo una scusabile imperizia dovuta al fatto che essa convenuta non possedeva una specializzazione cardiologica ma in medicina interna e che il paziente era giunto al pronto soccorso con almeno sei ore di ritardo rispetto all’esordio dei sintomi, sicché qualunque terapia sarebbe stata sicuramente tardiva, secondo quanto affermato dal suo consulente di parte nell’ambito del procedimento penale e non poteva pertanto ritenersi esistente il nesso causale tra la propria condotta ed il decesso del paziente.

3. Anche l’ASP di P. si costituì in giudizio opponendosi all’accoglimento delle domande proposte dagli attori e formulando richiesta di autorizzazione alla chiamata di terzo della Compagnia di assicurazioni AM per aver stipulato con la stessa la polizza assicurativa n. ..., che intendeva far valere per il sinistro oggetto di causa, a copertura dei danni eventualmente cagionati a terzi in conseguenza della condotta dei propri dipendenti.

Sostenne, comunque, sulla scorta delle relazioni redatte dai dottori P.G. e G. V. (rispettivamente direttore della UO Patologia Clinica e Direttore Sanitario del P.O. di T.I.), che, nella fattispecie, il campione di sangue prelevato al paziente B.G.B., provenendo dal pronto soccorso, era pervenuto presso l’unità operativa di patologia clinica il giorno ... , alle ore 18:00, ed era stato quindi sottoposto ad esame, ma il medico del pronto soccorso non aveva richiesto l’esecuzione del test della troponina; in ogni caso, a seguito dell’esecuzione dell’esame, avvenuta alle 18:03:35, il relativo referto era stato messo in consegna e per prassi avrebbe dovuto essere prelevato dal personale ausiliario dell’unità che lo aveva richiesto; lo stesso, alla luce delle risultanze del registro delle urgenze, risultava pervenuto al pronto soccorso non oltre le 19:30, sicché le procedure adottate dal pronto soccorso erano state pienamente regolari e, fra l’altro, gli stessi familiari avevano ritenuto di non avvisare il medico curante e di attendere sei ore da quando i sintomi avevano cominciato a manifestarsi prima di accompagnare il loro congiunto al pronto soccorso, nonostante quest’ultimo fosse un soggetto di 78 anni, diabetico, iperteso e con un’insufficienza renale.

Aggiunse che il sistema di classificazione e gli accessi al pronto soccorso per gravità (c.d. triage) non era obbligatorio nei presidi di pronto soccorso con un numero di accessi annui inferiore a 25.000, che in ogni caso il paziente era stato visitato immediatamente, alle 17:35 e che le procedure applicate presso l’ospedale di T. I. prevedevano un percorso assistenziale specifico per i pazienti con dolore toracico, nonché delle apposite schede di check list per la valutazione delle priorità di accesso ed infine che l’assenza presso il pronto soccorso di un

cardiologo era dovuta al fatto che il presidio ospedaliero non era sede di una unità organizzativa complessa di cardiologia.

Chiese, pertanto, in via preliminare, che venissero rigettate le domande proposte dalla parte attrice nonché, in via subordinata, che venisse ridotto l'ammontare dei risarcimenti richiesti, con esclusione di ogni danno morale, non ricorrendo alcuna fattispecie penalmente rilevante e che essa amministrazione sanitaria fosse garantita e manlevata da qualsiasi pretesa risarcitoria in favore degli attori da parte della Compagnia di assicurazioni terza chiamata in causa.

4. Autorizzata ed effettuata la chiamata in causa della Compagnia di assicurazioni AM. (già ...) la stessa, nel costituirsi in giudizio, aderì alle difese rispettivamente svolte dall'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di P. e da F.M.L., sottolineando, in particolar modo, l'incompleta ricostruzione dei fatti di causa e l'assenza di prova del nesso causale tra la condotta della sanitaria convenuta ed il danno subito e rilevò che l'ammontare del risarcimento del danno richiesto era palesemente eccessivo rispetto al pregiudizio effettivamente patito e, infine, che la polizza di assicurazioni sottoscritta operava secondo il meccanismo c.d. "claims made", ovvero solo con riguardo alle richieste di risarcimento proposte per la prima volta nei confronti dell'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione e regolarmente denunciate agli assicuratori durante il medesimo periodo e che, nel caso di specie, il procedimento penale (da intendersi secondo contratto richiesta giudiziaria) era iniziato in data ..., data in cui era stato disposto il sequestro delle cartelle cliniche da parte dell'autorità giudiziaria penale, e dunque ben prima che avesse inizio il periodo di efficacia della garanzia assicurativa, intercorrente tra il ... ed il

Sostenne inoltre che, ai sensi della clausola 7.2 delle condizioni della polizza di assicurazione sottoscritta, la garanzia prestata non comprendeva i sinistri che fossero già noti al contraente prima della data di effetto della polizza, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori e che, nel caso di specie, il sinistro era già ben noto all'azienda sanitaria assicurata prima che avesse avuto inizio il periodo di efficacia della garanzia assicurativa.

Soggiunse che, in ogni caso, configurandosi un'ipotesi di dichiarazioni reticenti o inesatte dell'assicurato o dei terzi a beneficio dei quali la polizza era stata stipulata che avevano influito sul rischio di indennizzo, lo stesso doveva ritenersi non dovuto ovvero, nel caso in cui tale omissione o inesattezza fosse frutto di colpa lieve, comunque ridotto ed altresì che la polizza prevedeva un massimale di 5 milioni di euro ed una franchigia aggregata annua di € 500.000,00 e che qualunque obbligo immunitario presupponeva la dimostrazione dell'effettivo pagamento del risarcimento dovuto ed infruttuosa escussione da parte dell'assicurato di tutti i soggetti che fossero stati eventualmente ritenuti obbligati a tenerla indenne ed infine che l'eventuale obbligo indennitario di essa società doveva essere suddiviso, in proporzione alle relative responsabilità, ai sensi dell'articolo 1910 c.c. con l'assicurazione che garantiva la convenuta F.M.L., la quale aveva dichiarato di avere contratto polizza assicurativa con la società assicuratrice milanese S.p.A.

Concluse, pertanto, invocando il rigetto della domanda di garanzia proposta dall'ASP convenuta nonché, in subordine, la limitazione del proprio obbligo di pagamento dell'indennizzo alla sola quota di responsabilità attribuibile all'azienda ospedaliera convenuta, previa detrazione della quota addebitabile ai sensi dell'articolo 1910 c.c. agli ulteriori assicuratori convenuti, e comunque che venisse subordinato il pagamento dell'indennizzo richiesto all'avvenuta dimostrazione del pagamento da parte dell'azienda sanitaria assicurata del risarcimento in favore degli aventi diritto.

5. Con sentenza n. 52 dei giorni 24/26 gennaio 2015, il Tribunale di Termini Imerese:

- in accoglimento delle domande proposte da D.V.R., B.G., B.V., B.D., condannò l'A.S.P. di P. e F.M.L., in solido fra loro, al pagamento a titolo di risarcimento del danno della somma di euro 176.526,70 in favore di ciascuno dei predetti attori, per complessivi euro 706.106,80, oltre interessi al saggio legale dalla data della decisione sino all'effettivo pagamento;

- in parziale accoglimento delle domande proposte dall'A.S.P. di P. nei confronti dell'AM, condannò quest'ultima a tenere indenne la medesima A.S.P. di P. dalle somme versate in favore degli attori a titolo di risarcimento del danno e di spese del giudizio nei limiti della somma eccedente l'importo di € 500.000,00;

- condannò, inoltre, i convenuti l'A.S.P. di P. e F.M.L., in solido fra loro, al pagamento in favore degli attori delle spese del giudizio che liquidò in € 28.993,55, oltre oneri fiscali e contributivi nella misura legalmente dovuta;

- dichiarò integralmente compensate le spese di lite tra l'A.S.P. di P. e la terza chiamata AM.;

- indicò, ai sensi dell'art. 60 del D.P.R. 26/4/1986, n. 131, nei convenuti A.S.P. di P. e F.M.L. le parti obbligate al risarcimento del danno, nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito.

A sostegno della decisione ritenne che:

- sulla scorta della documentazione medica prodotta e, segnatamente, del referto degli esami relativi al livello siero-ematico dei cosiddetti enzimi miocardiospecifici (CK, CK-MB e GOT) e dei tracciati dell'esame elettrocardiografico effettuato sul paziente all'atto del suo arrivo presso l'ospedale di T. I., già oggetto di un approfondito esame tecnico da parte sia dei rispettivi consulenti tecnici delle parti sia dei periti nominati dal giudice per le indagini preliminari presso il medesimo Tribunale di T. I., nell'ambito dell'indagine penale svolta a carico dell'odierna convenuta F.M.L., doveva ritenersi certo che B.G.B. a era deceduto per un infarto acuto del miocardio complicato da edema polmonare acuto e shock cardiogeno, fattori questi che ne avevano comportato il decesso nella notte tra il 15 ed il ...;

- in particolare, dalla relazione di accettazione del servizio di pronto soccorso si desumeva che alle 17:35 del .. B.G.B, di 77 anni, affetto da diabete in terapia con farmaci ipoglicemizzanti orali ed ipertensione arteriosa, presentatosi presso il pronto soccorso dell'ospedale di T. I. a causa di una "epigastralgia e dolore gravativo con sensazione di digestione laboriosa", venne

sottoposto ad esame obiettivo dalla dottoressa F.M.L. che riscontrò: “addome trattabile su tutti i quadranti esplorativi; alvo pervio, pressione arteriosa omerale 140/100” e, per sua indicazione, sottoposto ad esame elettrocardiografico compiuto alle 17:40 e ad un prelievo di sangue per indagini di laboratorio sui cosiddetti enzimi miocardio specifici (CK, CK-MB e GOT) effettuato alle 18:03;

- indi al paziente, sottoposto ad una valutazione rapida della glicemia, indicata come pari a 300 mg%, veniva somministrata per fleboclisi una terapia idratante (500 c.c. di soluzione fisiologica), nonché un'infusione di un flacone di Levopraid (levosulpiride) con ulteriori 100 c.c. di soluzione fisiologica;

- alle 20:00 circa, l'infermiere di turno, sollecitato dai familiari che accompagnavano il B., constatò la presenza di difficoltà respiratorie e sottopose il paziente alle attenzioni del medico di turno, subentrato alla F., la dottoressa M.G. la quale, constatate le difficoltà respiratorie, dispose un esame radiografico del torace, all'esito del quale, in ragione dell'aggravamento delle condizioni del paziente, venne sottoposto ad ulteriore visita da parte di un internista, chiamato dal medico di turno presso il pronto soccorso subentrato alle prime due sanitarie, il dr. FRASCA Giuseppe, che annotò la seguente situazione: “paziente in EPA (n.d.r. Edema Polmonare Acuto), sudato, ipossico. ECG allegati. PAO (n.d.r. Pressione Arteriosa Omerale) 150/90. Lasix 4+3 f e.v.. Clexane 4000 l f. Si richiede consulenza rianimatoria urgente”;

- alle 20:50 il paziente venne sottoposto a visita urgente da parte di un medico rianimatore, dott. COLLOVÀ, con riscontro della seguente situazione: “Pz sudato, polipnoico, vigile, orientato, collaborante PA 150/90 mmHg. FC 110 b/m. Sat O2 70% in aria. Si pone in O2 terapia in maschera. Es. neurologico: non deficit dei nervi cranici. Pupille isocoriche, normoreagenti. Diuresi: oligoanuria. ECG si monitorizza. Al torace: reperti umidi in tutto l'ambito. Si somministra Lasix e.v. e si pratica ventilazione non invasiva.”;

- alle 22:00 la situazione si aggravò ulteriormente con la seguente sintomatologia: “Pz sudato, ipoteso, polipnoico, agitato, persiste anuria. Si pratica terapia isotropa (PA 100/70 mmHg, FC 100 b/m', Sat O2 88%. Dato il quadro clinico e la sua evoluzione si propone il ricovero in ambiente rianimatorio”;

- alle ore 23.35 il paziente venne dimesso per essere ricondotto a casa dai familiari a causa della evoluzione peggiorativa del quadro clinico, ormai irreversibile, tanto che il suo decesso di verificò proprio fra il .. e il ...;

- sulla scorta di tali dati doveva ritenersi, come reputato dagli ausiliari del giudice penale, prof. A. e prof. G., che la presenza di un infarto del miocardio acuto era già diagnosticabile sulla base degli esiti del primo esame elettrocardiografico compiuto dal paziente presso il pronto soccorso dell'ospedale di T. I. subito dopo il suo arrivo, alle 17:40, considerata l'obiettività addominale negativa e considerato che il 30% delle sindromi coronariche acute si manifesta con dolore in sede epigastrica;

- la F. avrebbe dovuto richiedere con urgenza i riscontri di laboratorio relativi all'esame del livello sierico degli enzimi miocardici specifici che, seppur tempestivamente disposti alle 18:03, erano invece pervenuti alle 19:30, secondo quanto risultava dalla relazione del direttore medico di patologia clinica dr. G.P. del ..in allegato 3 della produzione dell'azienda sanitaria convenuta) non consentendo, quindi, di adottare tempestivamente le iniziative terapeutiche necessarie, con la conseguenza del manifestarsi dello shock cardiogeno alle ore 21:00;

- nella condotta della F. si scorgevano, quindi, profili di negligenza ed imprudenza per la mancata esclusione dell'origine coronarica della sintomatologia, alla luce del tracciato elettrocardiografico e dell'esame obiettivo negativo dell'addome, nonché di inescusabile imperizia consistita nell'incapacità di identificare segni definiti come inequivocabili di infarto al miocardio all'esame elettrocardiografico eseguito sin dall'ingresso del paziente in pronto soccorso;

- la F., infatti, pur avendo addotto, a sostegno della sua tesi difensiva, di essere specializzata in medicina interna, laddove il tracciato elettrocardiografico avrebbe richiesto il possesso di una specializzazione cardiologica, aveva comunque ammesso di aver riscontrato la presenza di anomalie nel tracciato elettrocardiografico e di avere richiesto ripetutamente ai congiunti del paziente di poter prendere visione dei precedenti esami elettrocardiografici, circostanza che conculcava la negligenza della predetta nel non sollecitare la consegna urgente degli esiti degli esami del sangue al fine di convalidare il sospetto di un infarto del miocardio acuto in atto;

- "in base alle linee guida comportamentali, condivise a livello nazionale ed internazionale, ampiamente documentate nella relazione di perizia del ..., il percorso diagnostico-terapeutico da adottare in circostanze analoghe" doveva essere orientato nel più breve tempo possibile "ad adottare iniziative volte alla ricostituzione ed al mantenimento della canalizzazione coronarica, alla protezione del miocardio ischemico, alla prevenzione e cura delle aritmie ventricolari maggiori, il che può avvenire o mediante una angioplastica coronarica percutanea (PTCA) ovvero attraverso l'adozione di una terapia trombolitica, mediante la somministrazione di farmaci betabloccanti, nitrati, ACE-inibitori ed ossigeno, terapia quest'ultima che rappresenta il trattamento di scelta su larga scala dell'infarto al miocardio acuto non complicato anche nell'anziano";

- i periti, nominati in sede penale, avevano correttamente valutato tutte le circostanze del caso concreto che avevano inciso nella valutazione del rischio di morte già in sede intraospedaliera, a partire dalle condizioni del paziente, affetto fra l'altro, da diabete, ipertensione e insufficienza renale e già colpito da infarto miocardico "a sede inferiore", nonché recatosi in pronto soccorso almeno quattro ore dopo l'esordio della sintomatologia e al quale era stata praticata la terapia trombolitica dopo le 20:00, ossia quando si era già manifestato lo shock cardiogeno, concludendo che "a fronte di un rischio generale di decesso intorno al 20% nei soggetti ultrasettantacinquenni cui viene praticata una adeguata e tempestiva terapia trombolitica, nel caso di specie la presenza dei concorrenti fattori patologici precedentemente indicati abbia

elevato il concreto rischio di decesso anche in presenza di una terapia tempestiva e adeguata sino al 35- 40%”;

- in buona sostanza, la mancata adozione di una terapia tempestiva ed adeguata, imputabile all'errore diagnostico compiuto dalla convenuta F.M.L. aveva concretamente privato il paziente B.G.B. di una possibilità di guarigione oscillante tra il 60 ed il 65%;

- in adesione all'orientamento espresso dalle SS.UU. n. 576/2008 a proposito del nesso causale che evidenziava la regola del “più probabile che non”, diversa da quella imperante nel processo penale che prevedeva quella dell’“oltre il ragionevole dubbio”, alla luce dell'elevato grado di probabilità che l'adozione delle adeguate iniziative terapeutiche avrebbe avuto di scongiurare l'evento nefasto (dal 60 al 65%), doveva ritenersi che “l'adozione di una tempestiva terapia trombolitica avrebbe reso più probabile la sopravvivenza del paziente B.G.B., piuttosto che il suo decesso” di tal che doveva ritenersi provata la sussistenza del nesso causale “secondo i criteri di accertamento precedentemente richiamati, tra la condotta omissiva della convenuta F.M.L. ed il decesso del congiunto degli attori”;

- in relazione ai danni derivanti dal decesso di B.G.B., in difetto di espressa qualificazione giuridica, la domanda proposta dagli attori doveva intendersi proposta ai sensi dell'art. 2043 cod. civ., ricorrendo i presupposti soggettivi (in termini di colpa), e oggettivi (in termini di rapporto di causalità), per l'attribuzione alla predetta convenuta della relativa responsabilità civile e per l'effetto, ai sensi dell'art. 2048 cod. civ., all'amministrazione sanitaria convenuta;

- in ogni caso, con riferimento a tale ultimo soggetto, secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza, la responsabilità per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospitalità, che poteva perfezionarsi anche per fatti concludenti, andava inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine poteva assumere il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avalesse dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni – esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario – e che la condotta dannosa fosse stata materialmente tenuta da uno di questi soggetti, tenuto conto che, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che si avvale dell'opera di terzi per adempiere risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro;

- a fronte dell'inadempimento dedotto come causa del danno di cui chiedeva il risarcimento, era onere del debitore convenuto (struttura sanitaria) provare di aver esattamente adempiuto le sue prestazioni e che il danno lamentato da controparte non fosse a lui imputabile;

- la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria ex art. 1218 c.c. non muterebbe natura qualora si volesse invece ritenere che per le strutture (pubbliche o private convenzionate) inserite nel S.S.N. l'obbligo di adempiere le prestazioni di cura e di assistenza derivi direttamente dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario (L. n. 833 del 1978), poiché la responsabilità andrebbe comunque ricondotta alla disciplina dell'art. 1218 c.c., al pari di ogni responsabilità che scaturisce dall'inadempimento di obbligazioni derivanti da “altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento” (art. 1173 c.c.);

- in ogni caso, la struttura sanitaria convenuta doveva ritenersi dunque responsabile ai sensi dell'art. 1218 c.c. per il risarcimento dei danni derivati dall'inadempimento (o dall'inesatto adempimento) di una delle prestazioni a cui era direttamente obbligata;

- alla luce dell'indirizzo consolidato delle SS.UU. espresso, fra le altre, nella sentenza n. 26972/2008 a proposito del danno non patrimoniale "in considerazione del rapporto familiare con la vittima primaria dell'illecito, rispettivamente marito di D.V.R. nonché padre di B.G., B.V. e B.D., della presumibile sofferenza interna e dello stravolgimento della loro vita familiare, ma tenendo altresì conto del fatto dell'età del defunto B.G.B. all'epoca del fatto (77 anni), del fatto che secondo le attuali tabelle di vita ISTAT l'aspettativa di vita media per gli individui di sesso maschile è di circa 79,4 anni (cf. dati ISTAT del rapporto "Noi Italia" reperibili sul sito <http://noi-italia.istat.it>), e del fatto che il medesimo, all'epoca del suo decesso risultava già presentare un quadro di salute non integro, ma minato da rilevanti problematiche, ed in applicazione dei noti criteri tabellari elaborati dal Tribunale di Milano nell'anno 2014" appariva corretto quantificare equitativamente il danno non patrimoniale patito da ciascuno degli attori in € 163.990,00, espressi in valuta attuale;

- andavano riconosciuti gli interessi da ritardato pagamento dal giorno dell'insorgenza del credito nella sua originaria consistenza e via via sulla somma progressivamente incrementata per effetto della rivalutazione annuale, sicché, previa devalutazione della somma da ultimo indicata alla data del sinistro (15.09.2010) e rivalutazione alla data della decisione, l'importo ascendeva a € 176.526,70, sul quale andavano calcolati gli interessi corrispettivi;

- nel rapporto di garanzia fatto valere dall'ASP di P. nei confronti della AM., doveva tenersi conto della clausola "claims made", inserita nel contratto, che delimitava l'operatività della garanzia alle richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'assicurato e da questi denunciate all'assicuratore entro il periodo di vigenza della polizza (o entro un determinato lasso di tempo dalla cessazione del contratto nel caso in cui sia prevista la c.d. "garanzia postuma"), anche se la condotta lesiva o il danno stesso si fossero già verificati al momento dell'inizio dell'efficacia del contratto di assicurazione, pur prevedendosi, di norma, una limitazione del periodo di tempo anteriore alla decorrenza entro il quale doveva essersi realizzata la condotta lesiva affinché la richiesta di risarcimento derivata dalla stessa potesse godere della garanzia assicurativa (c.d. "periodo di retroattività");

- non coglieva nel segno l'eccezione di inoperatività dell'obbligo di garanzia sollevata dalla AM poiché l'evento assicurato non si era affatto verificato prima della vigenza del contratto di assicurazione, avente efficacia dal ... al ..., non potendo l'inchiesta giudiziaria, resa nota a far data dal ..., epoca in cui fu notificato all'Ospedale di T. I. un provvedimento di sequestro delle cartelle cliniche del B., ritenersi equiparata contrattualmente alla richiesta di risarcimento, in quanto l'assicurata - l'ASP - non aveva rivestito alcuna veste processuale come imputato o responsabile civile, né poteva ritenersi esistente "un'inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato" di cui al punto 10 delle definizioni contrattuali (in all. A della produzione della Compagnia di assicurazioni chiamata in causa) che recitava testualmente: "RICHIESTA DI RISARCIMENTO ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato; qualsiasi citazione in

giudizio o altra comunicazione con la quale il terzo manifesta all'assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti”;

- del pari, non poteva ritenersi che il sinistro fosse già noto al contraente prima della data di efficacia del contratto con conseguente esclusione della garanzia assicurativa dal momento che l'avvio dell'indagine penale a carico di un dipendente non poteva comportare “la conoscenza e la consapevolezza dell'esistenza di eventuali profili di responsabilità”, non essendovi prova alcuna del fatto che l'azienda sanitaria provinciale fosse a conoscenza di esiti anche solo preliminari di tale indagine comprovanti la sussistenza di una possibile responsabilità della propria dipendente;

- non poteva conseguentemente neppure farsi valere la limitazione della garanzia assicurativa in ragione della dedotta inesattezza o incompletezza delle informazioni fornite dall'assicurato all'atto della stipula del contratto di assicurazione;

- la Compagnia di assicurazione chiamata in causa non aveva fornito alcun elemento istruttorio al fine di comprovare il superamento del massimale di euro 5.000.000,00, certamente non superato in virtù del risarcimento dovuto nel caso oggetto del presente giudizio;

- doveva ritenersi operante la franchigia aggregata annua, quantificata in € 500.000,00 per ogni annualità, come eccepito dalla Compagnia di assicurazione, incombendo sull'ASP l'onere di provare di aver già provveduto, con riferimento alle richieste di risarcimento pervenute nell'anno 2011, a corrispondere risarcimenti del danno in misura complessiva superiore a € 500.000,00, o di avere comunque già integralmente impegnato l'intero ammontare dello stanziamento contrattualmente previsto;

- non poteva trovare, infine, accoglimento l'ulteriore eccezione relativa alla limitazione della garanzia ex art. 1910 c.c. in virtù dell'assicurazione del medesimo rischio anche presso altre compagnie di assicurazione, dal momento che, in mancanza di alcuna domanda di garanzia proposta dalla convenuta F.M.L., non era stata accertata né la sussistenza, né, la concorrenza di altre coperture assicurative in relazione al medesimo rischio.

6. Avverso tale decisione, l'A.S.P. di P. ha interposto appello per quattro motivi, invocando la sospensione dell'efficacia esecutiva della sentenza.

D.V.R., B. G., B.V. e B.D., costituiti in giudizio, hanno resistito all'impugnazione.

F.M.L., anch'essa costituitasi in giudizio, ha contestato il fondamento dell'impugnazione e ha, a sua volta, proposto appello incidentale aderendo solo ad alcune delle censure già sollevate dall'ASP di P. e alla richiesta di sospensione dell'efficacia esecutiva della sentenza.

La AM si è parimenti costituita in giudizio e ha proposto appello incidentale criticando, in particolare, la statuizione concernente la ritenuta operatività della garanzia nonostante la clausola claims made e l'intervenuto sequestro della cartella clinica relativa al caso del B..

7. Con ordinanza dei giorni 15/29 ---, la Corte ha sospeso l'efficacia esecutiva della sentenza impugnata e ha disposto consulenza tecnica, respingendo implicitamente le ulteriori richieste di prova degli appellanti.

Espletata tale attività, la causa è stata posta in decisione all'udienza collegiale del 20 marzo 2019, ma rimessa sul ruolo stante la necessità di dover rinnovare la consulenza tecnica.

Indi, espletato l'incombente, la causa, dopo alcuni rinvii richiesti dalle parti e legati a ragioni dell'Ufficio, è stata infine rimessa all'udienza del 15 giugno 2022, trattata secondo le modalità previste dall'art. 221 co. IV d.l. 19 maggio 2020 n. 34, conv. con modificazioni nella L. 17 luglio 2020 n. 77, così come integrato dall'art. 16, comma 1 del decreto-legge 30 dicembre 2021 n. 228, conv. con mod. dalla legge 25 febbraio 2022 n. 15 e in pari data assunta in deliberazione, con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

8. Con il primo motivo di gravame l'appellante principale ha rilevato la contraddittorietà della pronuncia impugnata - così testualmente - "per condanna solidale della Asp P. con la dr.ssa F.M.L., rispetto la qualificazione della controversia in sentenza come sola responsabilità extracontrattuale da illecito aquiliano del medico addetto al pronto soccorso (art. 2043 c.c.)".

Ha lamentato che il Tribunale, pur avendo ritenuto, in difetto di espressa qualificazione, che gli attori avessero proposto la domanda ex art. 2043 c.c., aveva infine ritenuto l'inadempimento dell'AZIENDA ex art. 1218 c.c. in base al contratto di ospitalità, in ragione del rapporto di dipendenza che legava il sanitario che aveva erogato la prestazione medica, con la stessa P.A.

Ha soggiunto che tutto l'impianto motivazionale della sentenza era fondato sull'errore in cui sarebbe incorso il medico di turno addetto al Pronto Soccorso, dottoressa F., senza alcuna specifica deduzione sulla responsabilità dell'Amministrazione per i mezzi posti a disposizione del medico di turno per la diagnosi effettuata presso il P.S. del presidio ospedaliero di T.I. al defunto B.G.B., sicchè andava dichiarato il suo difetto di legittimazione passiva, con conseguente estromissione dal giudizio.

Tale censura, fatta propria, con considerazioni in parte diverse, dagli appellanti incidentali e, in particolare, dalla AM. (v. punto V – primo motivo dell'appello incidentale a pag. 12 e seguenti della comparsa) e dalla F. (secondo motivo a pag. 36 della comparsa, nel quale si sostiene la correttezza della qualificazione in termini di responsabilità contrattuale, in ragione della pretesa subordinata relativa alla perdita di chances di salvezza che la implica), è infondata e va respinta.

Va innanzi tutto premesso che, in tema di azione per il risarcimento dei danni, nel suo nucleo immodificabile, la domanda non va identificata in relazione al diritto sostanziale eventualmente indicato dalla parte e considerato alla stregua dei fatti costitutivi della fattispecie normativa (che costituisce oggetto della qualificazione del giudice), bensì esclusivamente in base al bene della vita e ai fatti storici-materiali che delineano la fattispecie

concreta; ne consegue che, se i fatti materiali ritualmente allegati rimangono immutati, è compito del giudice individuare quali tra essi assumano rilevanza giuridica, in relazione alla individuazione della fattispecie normativa astratta in cui tali fatti debbono essere sussunti ed indipendentemente dal tipo di diritto indicato dalla parte (Cass. 10049/2022).

In buona sostanza, l'interpretazione e la qualificazione giuridica della domanda spetta al giudice di merito, sulla base dei fatti dedotti dall'attore, con la conseguenza che, ad esempio, non incorre nel divieto di "nova" in appello la parte che, rimasta soccombente in primo grado con riferimento ad una domanda risarcitoria per illecito extracontrattuale fondata sull'art. 2043 c.c., ripropone in appello la stessa domanda risarcitoria, sulla base dei medesimi fatti costitutivi, pur fondandola sull'art. 2050 c.c. (Cass. n. 13920/2023).

Ora, nel caso in esame, muovendo dalla prospettazione della domanda proposta da D.V.R., B.G., B.V. e B.D., al contempo, in proprio e nella qualità di eredi del de cuius, nei confronti del medico F.M.L. e dell'ASP di P., presso la quale la dottoressa prestava attività di lavoro dipendente quale addetta al pronto soccorso e che si curò del paziente G.B.B. sin dal primo accesso all'Ospedale di T. I. (avvenuto alle 17:30 del ...) e sulla scorta dei fatti sottesi alla pretesa, sopra riepilogati, deve ritenersi che il Tribunale abbia esattamente inquadrato la fattispecie della responsabilità dell'A.S.P. di P. sub art. 1218 c.c., pur avendo premesso che ricorrevano, al contempo, con riferimento al medico, gli estremi oggettivi e soggettivi di cui all'art. 2043 e, conseguentemente, in capo alla struttura, quelli di cui all'art. 2049 c.c.

Va rilevato, in proposito, che il fatto è avvenuto prima dell'entrata in vigore della c.d. legge Balduzzi (legge 8 novembre 2012 n. 189) che ha distinto la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura) quale responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c., dalla responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata (sia essa parte del S.S.N. o una impresa privata non convenzionata), che è comunque di tipo "contrattuale" ex art. 1218 c.c.

Il Tribunale si è però lungamente soffermato sulla natura del rapporto esistente fra paziente e struttura sanitaria presso la quale il primo è sottoposto a cura (cfr. pag. 19 e seguenti della motivazione alla quale va fatto rinvio per ragioni di sintesi) evocando il consolidato insegnamento della Suprema Corte (di cui alla sentenza n. 577/2008) secondo il quale: "in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio 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".

D'altra parte, in tema di responsabilità medica, la presa in carico di un paziente da parte di una struttura sanitaria inserita nella rete del SSN, per la sottoposizione ad un trattamento medico

chirurgico, determina l'instaurazione di un rapporto contrattuale atipico a prestazioni corrispettive - il c.d. contratto di ospedalità - idoneo a fondare, in caso di esito infausto dell'intervento, la legittimazione passiva dell'ente in relazione all'azione di responsabilità proposta dal paziente o dai suoi eredi (Cass. n. 16272/2023).

Deve allora ritenersi, ed è questione devoluta alla Corte a livello interpretativo proprio per le richiamate censure, che l'ASP di P. sia stata legittimamente evocata in giudizio per rispondere, a titolo contrattuale, del decesso del paziente G.B. B. che, secondo la prospettazione degli appellati, sebbene recatosi presso l'ospedale di Termini Imerese, non ricevette le cure necessarie previa esecuzione di una corretta diagnosi ad opera della dottoressa F. che lo visitò quale medico addetto al pronto soccorso (c.d. responsabilità civile da "malpractice medica").

D'altra parte, come detto, tale interpretazione è stata propugnata anche dalla stessa appellante incidentale F., adducendo la stessa che gli eredi del B., riferendosi inizialmente ai principi sulla "responsabilità civile" in modo generico, avrebbero poi dedotto, in linea subordinata, la perdita di chances di salvezza, fatto che implica l'affermazione della responsabilità contrattuale.

Deve allora senz'altro ritenersi che l'aver indicato in relazione al medesimo fatto un differente (ma concorrente) titolo di responsabilità aquiliana per il medico, quasi ad anticipare l'indicazione del Legislatore contenuta nella legge Balduzzi, non varrebbe comunque ad escludere il titolo contrattuale di responsabilità per l'A.S.P. di P., che era e rimane anche dopo il richiamato intervento legislativo, di natura contrattuale, contrariamente a quanto ritenuto dall'appellante principale, non ricorrendo pertanto alcun profilo di contraddittorietà della decisione incidente sul decisum.

Ritiene comunque la Corte che, avuto riguardo all'epoca del fatto, ante legge Balduzzi, non possa che ritenersi ricorrente il medesimo titolo di responsabilità contrattuale per la struttura ed il medico ad essa legato da rapporto di dipendenza, come d'altra parte ritenuto dalla stessa F., con tutto ciò che ne consegue in tema di ripartizione dell'onere probatorio come appreso evidenziato.

9. Con il secondo motivo di gravame l'appellante principale ha lamentato il fatto che, a fondamento della condanna di prime cure, emessa a suo carico, il Tribunale abbia posto esclusivamente le risultanze della CTU richiesta dalla Procura della Repubblica in sede penale per accertare i presupposti di un eventuale reato commesso dalla dr.ssa F. ex art. 589 c.p. non tenendo conto della "ontologica diversità" dell'accertamento funzionale all'indicazione di una "parte" e vieppiù tenuto conto che l'indagine nei confronti del medico era stata archiviata "atteso che dalla disamina del caso concreto, alla luce della più accreditata letteratura scientifica, non risulta nella specie superato quel plausibile "ragionevole dubbio" da cui dovrebbe essere esente - secondo i noti principi espressi dalle Sezioni Unite della Suprema Corte nella sentenza "Franzese" - il giudizio di alta probabilità logica, e dunque di certezza processuale, che il paziente sarebbe rimasto in vita".

In sede civile, infatti, l'accertamento doveva riguardare necessariamente l'esistenza o meno del nesso causale fra l'evento (ossia l'attività svolta dalla dr.ssa F. al Pronto Soccorso del P.O. di Termini Imerese) ed il danno lamentato (morte del signor B. G. B., per infarto asseritamente mal diagnosticato).

Ha altresì censurato la quantificazione del danno effettuata dal primo Giudice sempre in assenza di una "adeguata CTU" che ne indicasse i parametri.

Tale motivo è strettamente connesso a quelli proposti dagli appellanti incidentali (v. punto V a pag. 15 della comparsa di AM e primo motivo da pag. 10 a pag. 36 della comparsa della F., la quale ha contestato, punto per punto, la ricostruzione dei fatti posta a fondamento della decisione, mutuata dalla consulenza penale, reputata imprecisa e lacunosa) che, fra l'altro, hanno sottolineato la circostanza di non aver preso parte alle operazioni peritali in sede penale e, dunque, di non aver offerto il loro contributo all'accertamento posto a fondamento della decisione, non essendosi curato il Tribunale neppure di sottoporre ai consulenti nominati dal P.M. le relazioni tecniche contrastanti prodotte nel giudizio civile.

Ora va sottolineato che, la Corte, come anticipato in premessa, ha ritenuto di dover disporre, già con ordinanza dei giorni 15/29 luglio 2015, C.T.U. al fine di "valutare, sulla base della documentazione agli atti, degli accertamenti peritali disposti in sede penale e delle contestazioni mosse nelle rispettive impugnazioni dell'ASP di P. e da F.M.L., se nell'operato della Dott.ssa F. sussistano profili di colpa medica e se -con riferimento a criteri di tipo probabilistico e non di certezza- il suo comportamento abbia determinato il decesso di B.G.B.", cui ha aggiunto l'approfondimento invocato da D.V.R., B.G., B.V. e B.D. concernente la domanda, proposta in linea gradata, riguardante la perdita di chances di salvezza e/o di guarigione a causa delle cure inadeguate, nonché quello sollecitato dall'appellante incidentale F., cui hanno aderito l'A.S.P. di P. e la Compagnia di assicurazioni, ossia relativo all'accertamento "sulle condizioni in cui, secondo criteri probabilistici, sarebbe probabilmente sopravvissuto B.G.B., in relazione a quanto richiesto con il secondo motivo a pag. 59 dell'appello incidentale".

I nominati ausiliari, N.D.L. (Cardiologo ...) e A. P. (Medico legale ...), nella relazione depositata il ..., hanno ricostruito i fatti, sottesi alle domande degli appellati, desumibili dalla documentazione ritualmente prodotta nei termini che seguono:

- "G.B.B. (di anni 78) in data ... alle ore 17,35 accedeva al Pronto Soccorso del P.O. "S. Cimino" AUSL n. 6 di P. Distretto Sanitario di T. I., per "epigastralgia e dolore gravativo con sensazione di digestione laboriosa". Si procedeva al rilievo della pressione arteriosa che faceva rilevare valori di 140/100 mm Hg e ad un prelievo ematico per esami ematochimici che facevano rilevare una glicemia di 300 mg%. Dal punto di vista anamnestico, si evidenziava una storia clinica di diabete mellito in trattamento con ipoglicemizzanti orali. Alla visita clinica, l'addome era trattabile su tutti i quadranti esplorati e l'alvo era pervio. Si evidenziavano, altresì, all'ascoltazione del torace, rantoli diffusi. Si procedeva ad esame elettrocardiografico ed all'emogasanalisi. Veniva dimesso per volontà dei parenti e contro il parere del sanitario.

A distanza di poco più di tre ore, e precisamente alle ore 20,50 il Sig. B. faceva nuovamente ricorso al Pronto Soccorso del P.O. "S. C". All'ingresso, veniva segnalato "Pz sudato, polipnoico, vigile, orientato, collaborante. PA 150/90 mm Hg. FC 110b/min. Sat.02 70% in aria. Si pone O2 terapia in maschera....Diuresi: oligoanuria. ECG si monitorizza. Al torace: reperti umidi in tutto l'ambito. Si somministra lasix ev. e si pratica ventilazione non invasiva. Ore 22.00 : Pz. sudato ipoteso polipnoico, agitato. persiste anuria. Si pratica terapia inotropica (PA 100/70 mm Hg Fc 100 b/min Sat. 02 88%. Dato il quadro clinico e la sua evoluzione si propone ricovero in ambiente rianimatorio". La consulenza internistica evidenziava un “..EPA...” (edema polmonare acuto ndr) e richiedeva una “consulenza rianimatoria urgente”.

Hanno dedotto quindi che: “si tratta di un paziente che ritorna in Pronto Soccorso dopo circa tre ore in condizioni cliniche aggravate, sudato e con difficoltà respiratorie che si aggrava ulteriormente nel giro di un’ora (ipotensione, edema polmonare acuto)...si trattava di paziente affetto da Sindrome Coronarica Acuta (SCA) con una presentazione clinica atipica (dolore epigastrico) e con un elettrocardiogramma a riposo patologico per la presenza di disturbo della conduzione elettrica ed ST non elevato nelle derivazioni laterali (inquadabile nel quadro clinico di una SCA-NSTE)... L’elettrocardiogramma delle ore 17,40 –si badi bene- era caratterizzato da tachicardia sinusale, Blocco di Branca Destra, Emiblocco posteriore sinistro con scarsa progressione dell’onda R nelle precordiali.

Nel caso in esame, si trattava di un paziente con età > 75 anni, diabetico, iperteso, verosimilmente da lungo tempo, e con conseguente ipertrofia ventricolare sinistra, che lamentava una sintomatologia algica non al torace ma all’epigastrio. I test diagnostici di supporto alla diagnosi clinica e raccomandati dalle Linee Guida in simili fattispecie sono costituiti dall’esame elettrocardiografico e dai biomarker plasmatici.

Entrambi questi test, e cioè l’esame elettrocardiografico ed i biomarker plasmatici, sono stati messi in atto dai sanitari curanti immediatamente al ricovero.

Ma comunque, pur non essendo cardiologo la Dott.ssa F. si è accorta delle alterazioni ecografiche e non le ha per nulla sottovalutate tanto che, oltre a richiedere ai parenti per confronto ecg pregressi senza riscontro, ha perentoriamente richiesto tra gli esami di laboratorio anche gli enzimi miocardio specifici per supportare e confermare il sospetto di IMA (n.d.r. Infarto Miocardico Acuto) all'ecg.... L’elettrocardiogramma del ... delle ore 17,40 - secondo la nostra interpretazione- evidenziava una tachicardia sinusale con frequenza cardiaca di 104 bpm; un blocco di branca destra ed un’emiblocco posteriore sinistro con scarsa progressione dell’onda R nelle derivazioni precordiali. Metteva in evidenza, altresì, anomalie della ripolarizzazione ventricolare con significativo e rigido sottoslivellamento del tratto ST nelle derivazioni precordiali di sinistra. Si deve pertanto ritenere che l’interpretazione dell’esame elettrocardiografico andava supportata dalla valutazione clinica e che il sospetto di una sofferenza ischemica acuta del miocardio doveva essere preso in considerazione e pertanto doveva essere effettuato un continuo e rigido controllo clinico. Giusta è stata l’effettuazione del prelievo per i biomarker plasmatici ma indispensabile, altresì, sarebbe stato -in attesa del risultato degli stessi- il monitoraggio clinico previa ospedalizzazione del soggetto.

Infatti, in un soggetto ultrasettantacinquenne, diabetico, iperteso e con turbe elettrocardiografiche del tipo di quelle descritte, s'imponeva –a nostro parere- la diagnosi differenziale proprio con una patologia acuta di origine cardiaca da farsi con celerità anche prima di ottenere il risultato dei biomarcatori di danno cardiaco dal laboratorio. In questo caso l'attento monitoraggio clinico con l'eventuale riscontro della caduta della pressione arteriosa, con la ripetizione dell'esame ECGrafico e non ultimo una valutazione ultrasonografica cardiaca, quando disponibile, sarebbero risultati di grande aiuto decisionale per una corretta e precoce diagnosi.

Fra tutte le tecniche di imaging non invasivo, l'ecocardiografia rappresenta la metodica diagnostica più importante nel contesto di un processo patologico acuto, in quanto ampiamente diffusa, immediatamente accessibile e di basso costo... Nel caso in esame l'indagine ecocardiografica non è stata né fatta né richiesta.

Laddove, l'ecocardiografia non fosse stata effettuabile presso il P.O. "C" quanto meno era da prendere in considerazione il trasferimento del paziente in altro presidio ospedaliero adeguatamente attrezzato...".

Hanno pertanto concluso ritenendo che: "In definitiva, riteniamo che la condotta tecnico-assistenziale messa in atto dal sanitario che ebbe in cura il Sig. B.G.B. in data ..., dall'ora del suo arrivo in ospedale (ore 17,35) fino alla sua dimissione (ancorché contro il parere dei sanitari) non sia stata del tutto ineccepibile tenuto conto delle comuni norme prudenziali che bisogna tenere in casi del genere e della buona pratica clinica. Infatti:

- di fronte ad un paziente che lamentava epigastralgia (dolore all'epigastrio e cioè alla parte superiore centrale dell'addome) che può tuttavia rappresentare per localizzazione anche un dolore di origine cardiaca e può sostenere il quadro sintomatologico d'una cardiopatia ischemica acuta;

- a fronte del risultato del tracciato elettrocardiografico delle ore 17,40 che evidenziava una tachicardia sinusale con frequenza cardiaca di 104 bpm; un blocco di branca destra associata ad un emiblocco posteriore sinistro; scarsa progressione dell'onda R nelle derivazioni precordiali con sottoslivellamento ST nelle precordiali di sinistra che pur può rappresentare l'inizio d'una sofferenza miocardica acuta; sarebbe stato prudente e corretto dal punto di vista assistenziale secondo la comune prassi della buona pratica clinica trattenere il soggetto in Ospedale per una rideterminazione elettrocardiografica; un altro prelievo ematico finalizzato alla rideterminazione dei biomarker che avrebbero potuto ulteriormente dirimere dubbi qualora esistenti od ancora esistenti. Questo, e cioè l'ospedalizzazione del B., avrebbe permesso di intervenire in maniera precoce, più rapida ed efficace rispetto all'intervento che ebbe a praticarsi alle ore 20,50 (e cioè a distanza di 3 ore e 25 minuti) quando il soggetto si ripresentò al pronto soccorso dello stesso nosocomio in preda ad edema polmonare acuto."

Gli ausiliari hanno perciò ritenuto che v'è stata una "certa condotta imprudente da parte del (o dei) sanitari che ebbero in cura il Sig. B.G.B..." e, quanto rapporto di causalità tra l'omissione appena rilevata e la morte del soggetto che: "...- pur in assenza di un quadro anatomico-isto-

patologico che pur sarebbe potuto essere dirimente per una simile fattispecie e pur in assenza di un esame ecocardiografico che, come detto in precedenza può dare rapide e preziose informazioni circa l'entità del danno miocardico e la prognosi- il caso si presentava piuttosto grave e quindi, analogamente, la prognosi si appalesava severa...”.

Hanno perciò sostenuto che, premesso il quadro di Sindrome Coronarica Acuta (condizione clinica d'instabilità coronarica che espone il paziente al rischio di ripetuti eventi ischemici o di gravi complicanze sia nel breve che nel lungo termine che possono condurre a morte ovvero ad infarto esteso del miocardio) che il B., a loro avviso, aveva presentato già all'atto dell'accesso in pronto soccorso, l'età avanzata, il diabete, associate alle altre comorbidità di cui il paziente risultava affetto ed in particolare le turbe elettriche e di conduzione del ritmo cardiaco rappresentavano tutte condizioni negative ai fini di una sopravvivenza a breve termine.

In conclusione, hanno ritenuto che: “il quadro patologico cardiaco di cui il Sig. B. è risultato affetto era piuttosto grave e severo e pertanto molto probabilmente, anche se fosse rimasto in Ospedale e fosse stato bene assistito e farmacologicamente trattato, tali cure non avrebbero avuto ragione d'un quadro clinico così grave...” e che il decesso del B. era “più probabile che non” anche in presenza dell'assistenza che al medesimo si poteva e doveva prestare.”

Hanno comunque aggiunto“...però, che la imprudente condotta del (o dei) sanitario che lo ebbe in cura in Pronto Soccorso e non ne dispose il ricovero, abbia cagionato una perdita di chance che possono calcolarsi orientativamente attorno al 20-30 per cento.”

Ciò posto, va rammentato, in primo luogo, che i nominati CC.TT.UU., nel rispondere ai rilievi critici formulati dai CC.TT.PP., hanno innanzi tutto fatto ammenda in ordine all'erronea interpretazione della documentazione medica (in particolare di due certificazioni di pronto soccorso versate in atti, apparentemente contrastanti), non rispondendo al vero che il Buttitta si era allontanato per alcune ore dal presidio ospedaliero dopo essere stato accettato in pronto soccorso.

In secondo luogo, va aggiunto che gli stessi hanno precisato che, indipendentemente dall'aspetto alberghiero dell'ospedalizzazione, mancava comunque un diario clinico ove, di solito, vengano annotati “tutti quegli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio tesi a chiarire e/o a meglio definire la diagnosi onde mettere in campo la più idonea e congrua terapia possibile”.

Hanno dunque concluso affermando che:

- dopo il primo tracciato, ritenuto “non diagnostico” [non era normale, ma presentava una turba elettrica (blocco di branca destra)], era indispensabile “fare ricorso comunque ad ECG seriati o, ove possibile, ad un monitoraggio continuo a 12 derivazioni, capace, di dare ulteriori informazioni diagnostiche e prognostiche magari indentificando la comparsa di aritmie o dell'aggravarsi di turbe della conduzione, consentendo l'identificazione del sottogruppo che va incontro ad una prognosi intraospedaliera più severa”;

-“... proprio nel caso in esame era evidente che si trattasse comunque di un paziente ad elevata probabilità di eventi cardiovascolari (età, diabete mellito, ipertensione arteriosa) per cui era indispensabile il monitoraggio clinico continuo sia della sintomatologia che dei parametri clinici vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, atti del respiro e la saturimetria le cui variazioni avrebbero costituito elementi decisionali documentando una instabilità emodinamica che da un lato facilitava la diagnosi di certezza e dall’altro aiutava nell’effettuazione di una precoce correzione terapeutica...

- non furono prese in considerazione terapie come l’utilizzo di farmaci antiischemici, che potessero supportare l’apparato cardiovascolare ed il circolo coronarico e neanche l’uso di un trattamento antiaggregante con basse dosi di aspirina che, secondo studi consolidati e risalenti, riducevano l’incidenza di reinfarto;

- al contrario, alla diagnosi iniziale di epigastralgia influenzata dalla presentazione clinica definita “epigastralgia con dolore gravativo con sensazione di digestione laboriosa”, aveva fatto seguito una sola scelta terapeutica poichè il farmaco somministrato era stato Fisiologica + Levopraid fl e.v. cioè un farmaco che riduce lo spasmo della mucosa gastrica;

- “fatta questa ipotesi diagnostica e suggerita questa terapia era doveroso, prudente e diligente verificare la sua efficacia perché non solo la persistenza del sintomo avrebbe avvalorato il dubbio diagnostico e rafforzata la diagnosi differenziale ma avrebbe consentito anche un immediato intervento al realizzarsi di quella instabilità emodinamica rappresentata prima dall’insorgenza della difficoltà respiratoria in posizione supina e solo successivamente dall’asma cardiaco e dalla complicità dell’edema polmonare acuto...Certamente in questo caso era necessario comunque monitorare il paziente con controlli clinici ravvicinati sia dei sintomi che della pressione arteriosa, effettuare un monitoraggio dell’ECG per evidenziare eventuali aritmie od un semplice incremento della frequenza cardiaca che avrebbe fatto dubitare della diagnosi iniziale.”;

- “Nel caso in esame è ragionevole ritenere che se il paziente fosse stato avviato a procedure riperfusive coronariche, farmacologiche o invasive, al momento della diagnosi di infarto del miocardio (sostenuta, nella fattispecie esaminata dall’aumento del CPK pari a 523 (v.n. 142) e del CK MB pari a 65 (v.n. 24) si sarebbe potuta verificare una riduzione dell’area necrotica miocardica che in termini di sopravvivenza avrebbe significato maggiori chance”;

- i rischi connessi al celere trasferimento del paziente, con mezzi adatti, in altro P.O. più attrezzato per tali tipi di patologie cardiache non sarebbero stati maggiori di quelli correlati alla permanenza presso l’Ospedale di T. I.;

- il fatto che l’Ospedale di T. I. non fosse sede di UOC (Unità Operativa Complessa) di cardiologia, rafforzava il punto di vista di ritenere indispensabile un’iniziativa diagnostico-terapeutica consistente nel trasferimento ad ospedale di livello superiore e comunque provvisto di Unità Operativa Complessa di cardiologia, senza e rimanere in una colpevole inerzia diagnostico terapeutica;

- nessuna contraddizione poteva essere ravvisata nell'aver ritenuto che fosse "più probabile che non" il decesso del paziente nonostante un corretto trattamento e, al contempo, la sua perdita di chance del 20-30 %, trattandosi, in quest'ultimo caso, di situazione assolutamente diversa, consistente nella percentuale di sopravvivenza ove il paziente fosse stato adeguatamente ed immediatamente inquadrato, monitorato costantemente dal punto di vista clinico e sottoposto a terapia adeguata e congrua.

Con successiva ordinanza dei giorni ..., la Corte, ritenuto necessario un ulteriore approfondimento istruttorio, avuto riguardo al contrasto esistente fra gli esiti degli accertamenti tecnici disposti in sede penale, posti a fondamento della decisione impugnata, e quelli effettuati in seconde cure, in punto di valutazione del nesso causale, ha disposto il rinnovo della CTU per rispondere ai medesimi quesiti formulati con ordinanza dei giorni 15/29 ..., come integrati all'udienza del ..., con specifico riferimento alla perdita di chance del paziente.

I nominati ausiliari, dottori Calogero Comparato, specialista cardiologo e M. R., medico legale, dopo un ulteriore scrupoloso esame di tutta la documentazione prodotta, comprese la consulenza redatta in sede penale e quelle di parte espletate nel corso del giudizio, richiamata l'anamnesi del paziente (di anni 78, all'epoca dell'accesso al P.S. dell'ospedale di T. I. il ..., occorso alle ore 17:35 circa per una forte epigastralgia e già affetto da Diabete Mellito di II tipo e da ipertensione arteriosa), hanno innanzi tutto sottolineato che il medico di turno F.M.L., aveva eseguito un tracciato elettrocardiografico, di cui non è presente in cartella alcun referto, che presentava: ritmo sinusale a Fc 110 bm; BAV I grado; QRS slargato per presenza di BBdx ed Emiblocco posteriore sinistro; ST sopraslivellato in D2- D3 - AVF con T negative e sottoslivellamento di circa 2 mm del tratto ST in D1-AVLV5-V6 ed inoltre che alle 18:03 aveva eseguito anche un prelievo di sangue per il dosaggio degli enzimi miocardici (CPK, MB-CPK, LDH) risultati positivi ma pervenuti in PS solo alle ore 19:30 (?).

Hanno rilevato che il paziente versava in un classico caso di SCA-STEMI (Sindrome Coronarica Acuta con sopraslivellamento del tratto ST) con presentazione atipica (epigastralgia) ma ben conosciuta, atteso che il dolore epigastrico rappresenta infatti nel 30% dei casi il sintomo di esordio dell'infarto miocardico e che la mancata corretta comprensione dell'elettrocardiogramma portarono la F. a misconoscere la SCA ed interpretare il quadro clinico come di natura addominale.

"Il paziente pertanto fu trattenuto in osservazione presso lo stesso PS di T. I. ove le sue condizioni peggiorarono per il sopravvenire di complicanze dell'infarto miocardico ed in particolare dell'insufficienza ventricolare sinistra. A partire dalle ore 19:40 compariva tosse secca segno di iniziale disfunzione ventricolare sinistra che peggiorava fino ad arrivare ad un quadro conclamato di Edema Polmonare acuto(ore 21) e shock cardiogeno.

Exitus non databile con precisione ma comunque successivo alle 23:15(ora dell'ultima emogas)."

Ora, gli ausiliari, premesso che il tracciato ecografico, in ragione della presenza della turba di conduzione, era un tracciato di “difficile” interpretazione per un medico non specialista in cardiologia come la dottoressa F., hanno comunque sottolineato che doveva ritenersi indubbio che esso era chiaramente “anomalo” e che pertanto avrebbe dovuto allarmare/allertare il medico di guardia.

I CC.TT.UU. hanno rilevato che, dal momento che l’Ospedale di T.I., all’epoca dei fatti, mancava della presenza di un cardiologo nelle ore pomeridiane e notturne, “la sintomatologia riferita dal paziente e cioè l’epigastralgia, la presenza di fattori di rischio per patologia cardiovascolare (età, diabete, ipertensione), un tracciato elettrocardiografico grossolanamente anomalo ancorchè di difficile lettura, rendevano necessario escludere o confermare la diagnosi di SCA”, vieppiù tenuto conto della mancanza di specifiche competenze cardiologiche del medico di turno che si era imbattuta in un tracciato “difficile”.

Tali circostanze, valutate nel complesso, avrebbero dovuto indurre la F. a trasferire il paziente in altro ospedale dotato di UTIC e di servizio di emodinamica interventistica.

Hanno quindi ritenuto che: “Il non avere sospettato una SCA al momento dell’arrivo del paziente in PS e non averlo trasferito immediatamente in altro ospedale dotato di cardiologia è elemento di censura sull’operato professionale della dott.ssa F.

E’ altresì evidente che il tempo trascorso dall’arrivo del paziente in PS(17:35) fino alla comparsa dei primi segni sfumati di insufficienza ventricolare sinistra come la tosse secca (ore 19:40) e successivamente dei primi segni di insufficienza ventricolare conclamata (ore 20:15) era sufficiente per trasferire il paziente presso un ospedale dotato di UTIC ed emodinamica interventistica ove il paziente avrebbe potuto essere sottoposto a terapia riperfusiva con probabilità di salvarsi.”

Hanno perciò reputato sussistente il nesso causale fra la condotta professionale tenuta dalla F. e l’exitus del paziente, rimasto per circa 2 ore e 40 minuti nell’area di emergenza del P.S.

Quanto alle probabilità di sopravvivenza del B., gli ausiliari hanno valutato i dati scientifici disponibili in letteratura e, segnatamente, in estrema sintesi (dovendo per il resto farsi rinvio, per relationem, all’elaborato depositato in data ...):

- il rischio correlato alle caratteristiche del paziente pari al 26,8% per tutte le cause di morte a 30 giorni dall’evento acuto;
- il rischio correlato al ritardo nel trattamento riperfusivo, tenuto conto del ritardato accesso del paziente al Pronto Soccorso dell’Ospedale di Termini Imerese e della distanza rispetto al più vicino ospedale dotato di UTIC ed emodinamica interventistica (40/50 min);
- il rischio correlato all’insufficienza renale cronica della quale il paziente era affetto, tenuto conto che, nei pazienti con STEMI affetti da insufficienza renale l’incidenza di mortalità a 2 anni è molto più elevata di quella della popolazione generale.

Hanno pertanto ritenuto che la probabilità di sopravvivenza di B.G.B., valutata sulla scorta dei dati disponibili, sia stimabile nel 55%.

I CC.TT.UU., con supplemento dell'originario elaborato depositato il ...), hanno inoltre efficacemente risposto alle obiezioni mosse dai CC.TT.PP. affermando che:

- non rispondeva al vero che la loro valutazione medico legale non era stata eseguita secondo il criterio ex ante, come poteva desumersi nella "epicrisi dei fatti" riportata a pag. 5 della originaria relazione;

- l'ECG nel caso di specie era sia anomalo (nel senso di patologico), sia di difficile interpretazione, ma non fu mai refertato; indi, proprio la difficoltà interpretativa avrebbe dovuto spingere la dottoressa F. a mettere in atto quanto in suo potere, compreso il trasferimento del paziente in altro ospedale dotato di cardiologia: attività mandatoria, visto che si trattava di escludere una patologia potenzialmente pericolosa per la vita e ad elevato rischio evolutivo;

- il paziente B. non presentava una chiara storia cardiologica né altri sintomi di accompagnamento e, tuttavia, l'assenza di storia cardiologica e di evidenti sintomi di accompagnamento al dolore toracico/epigastrico è evenienza abbastanza frequente nei pazienti con SCA; nel caso specifico erano presenti multipli fattori di rischio cardiovascolare quali età, diabete mellito ed ipertensione arteriosa che avrebbero dovuto suggerire la probabilità che il B. avesse una SCA, che è una patologia ad alto rischio potenziale ed evolutivo e deve essere esclusa o confermata il più rapidamente possibile in caso di dolore toracico/epigastrico;

- il tracciato elettrocardiografico era un tracciato patologico ma "difficile" per la coesistenza della turba di conduzione(BBdx+ESP) e pertanto non alla portata di un medico non specialista in cardiologia; tuttavia tale difficoltà non può in alcun modo giustificare il mancato utilizzo dell'elettrocardiogramma (non è stato mai refertato), soprattutto in un paziente con epigastralgia e multipli fattori rischio cardiovascolare;

- gli esami enzimatici vengono generalmente richiesti perché possono concorrere alla diagnosi di infarto miocardico e nel caso concreto la loro richiesta era utile;

- l'intervallo di tempo che intercorre tra il momento in cui il clinico prescrive l'indagine ed il momento in cui egli prende visione del referto (risposta), dipende da una serie di fattori quali il numero di richieste in quel momento afferenti al laboratorio, i tempi del prelievo, l'organizzazione interna per la consegna del referto ma questa problematica, ai fini dell'accertamento di eventuali responsabilità, non può ritenersi importante: nel caso specifico, infatti, non era oggettivamente necessario aspettare il dosaggio degli enzimi miocardici per trasferire il paziente in struttura dotata di cardiologia per i motivi già ampiamente evidenziati;

- in ogni caso, qualora il medico che ha avuto in cura il B. avesse ritenuto indispensabile acquisire gli enzimi miocardici, avrebbe avuto comunque il dovere di esigere in tempi molto rapidi (non oltre i 30 min.) il risultato dell'esame, cosa tecnicamente possibile;

- l'interesse primario in un paziente con epigastralgia e multipli fattori di rischio(età, ipertensione, e diabete) è quello di escludere/confermare una diagnosi di SCA; se l'elettrocardiogramma è patologico, come nel caso in esame, il paziente deve essere inviato in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica; in questo caso non è indispensabile aspettare il dosaggio degli enzimi miocardici;
- nel caso di specie il vulnus è rappresentato proprio dalla mancata corretta lettura dell'elettrocardiogramma; probabilmente la lettura di quell'elettrocardiogramma non rientrava tra le abilità tecniche della dott.ssa F. e tuttavia questa consapevolezza, di fronte ad un paziente con sintomatologia sospetta e multipli fattori di rischio cardiovascolare, avrebbe dovuto indurla a trasferire il paziente in altro ospedale dotato di cardiologia;
- la distanza tra Termini Imerese e Cefalù (polo ospedaliero dotato di emodinamica) è di circa Km 34; la distanza Termini Imerese-Palermo è Km 47; il tempo di minuti 40-50 indicato dai CTU per raggiungere un ospedale con emodinamica appare perciò assolutamente congruo; i tempi di reperimento dell'ambulanza per il trasferimento, di un medico accompagnatore (che può essere anche un medico di altra UO), del posto letto nell'ospedale accettante sono funzione della gravità del paziente e tali attività avrebbero potuto/dovuto essere coordinate dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero; nell'ospedale accettante il paziente avrebbe potuto essere assistito anche creando posti letto in esubero o ricoverandolo in area di emergenza;
- l'insufficienza renale cronica da cui il paziente Buttitta era affetto non sconsigliava l'esecuzione di una eventuale angioplastica, stante il rischio bassomoderato di nefropatia da mezzo di contrasto (la formula MDRD modification of Diet in Renal Disease è di circa 39 ml/min);
- dal momento che i dati documentali erano molto scarni (non ha per es. eseguito un ecocardiogramma) poiché il paziente rimase poche ore "parcheggiato" in area di emergenza, non era possibile perciò ipotizzare con sufficiente attendibilità la prognosi a lungo termine del B.;
- la possibilità di eseguire in tempi rapidi un consulto cardiologico in un'area di emergenza è fattore indispensabile per assicurare l'efficacia delle cure, anche tenendo in considerazione che le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte ed uno dei motivi più frequenti di accesso al P.S. e che, nel caso in esame, l'intervento di un cardiologo, ove fosse stato richiesto dai medici di PS, avrebbe permesso di interpretare correttamente l'elettrocardiogramma, di porre la diagnosi di Sindrome Coronarica Acuta e dunque consentire il trasferimento del B. in ospedale provvisto di emodinamica e di ricevere le migliori cure per la patologia coronarica da cui era affetto.

Con successiva relazione datata 10 dicembre ..., depositata il 13 dicembre successivo, i citati ausiliari hanno poi preso in esame le controdeduzioni dei CC.TT.PP. della AMT. rendendo i relativi chiarimenti e rilevando che:

- contrariamente a quanto opinato da detti CC.TT.PP. e secondo quanto da essi sostenuto il trasferimento del B. non andava fatto dopo l'esito degli esami miocardici, alle 19:30, ma subito dopo la visita cui era stato sottoposto dalla F. poiché presentava molteplici fattori di rischio cardiovascolare, epigastralgia sintomo ben noto di presentazione della SCA e un elettrocardiogramma patologico: vi era la indifferibile necessità di escludere o confermare con urgenza la patologia più grave e rischiosa per la vita del paziente che è la SCA e l'urgenza dipende dal tempo che intercorre tra l'iniziale manifestazione della malattia e l'adozione dei provvedimenti terapeutici idonei;

- benché sia vero che l'esito degli enzimi miocardici pervenne alle 19:00/19:30 e cioè dopo circa 1/1:30 dalla prima valutazione medica e che tale ritardo sia di entità abnorme se si considera che il fattore tempo in caso di SCA riveste un ruolo fondamentale nel determinare la prognosi, la F. avrebbe dovuto sollecitare l'immediata esecuzione del dosaggio degli enzimi miocardici e, ove ciò fosse stato tecnicamente difficoltoso, trasferire urgentemente il paziente in altro Centro. Il valore degli enzimi miocardici sarebbe stato poi eventualmente comunicato al centro accettante;

- in altri termini "il mancato tempestivo dosaggio degli enzimi miocardici, che già di per sé è segno di cattiva organizzazione dell'assistenza, non esimeva la dott.ssa F., a fronte di un quadro clinico fortemente sospetto per SCA, dal trasferire il sig. B. in altra istituzione ospedaliera con maggiori possibilità assistenziali";

- "il tracciato elettrocardiografico era grossolanamente alterato e questo dato poteva e doveva essere valorizzato anche da un medico non specialista in cardiologia come la dott.ssa F.co. Motivo di censura dell'operato della dott.ssa F. non è il non avere saputo leggere in maniera completa e dettagliata il tracciato elettrocardiografico, ma non avere riconosciuto e/o valorizzato che esso era chiaramente patologico";

se il paziente fosse stato trasferito alle 17:45/18:00 dall'Ospedale di Termini Imerese e (tenuto conto del tempo di trasferimento di 40/50 minuti) fosse arrivato all'ospedale di Cefalù intorno alle 18:40/18:50, i sanitari dell'ospedale accettante avrebbero certamente eseguito le terapie ripercussive più idonee con conseguente possibilità di sopravvivenza pari al 55%, tenuto conto dell'età e delle comorbilità;

- alle 19:40, invece, ossia quando il B. manifestò i primi sintomi di insufficienza ventricolare, le sue probabilità di salvezza si erano già ridotte al di sotto del 50%.

Così riepilogato l'esito dell'istruttoria, nella quale non è stato dato corso alla richiesta di prove dichiarative dedotte dalla F., richiamate anche in questo grado, poiché ritenute superflue alla luce dei dati incontestati e della documentazione ritualmente prodotta ed inammissibili in ragione della genericità degli articoli di prova testimoniale (come ritenuto dal Tribunale con ordinanza del 13 novembre 2014), non può che ritenersi che le censure degli appellanti (principale e incidentali) mosse avverso la sentenza di prime cure poiché fondata sugli esiti delle indagini eseguite in sede penale siano ormai superate e, comunque, assolutamente infondate.

Tutti i nominati ausiliari, cui sono ben note le linee guida più volte richiamate dalla F., hanno infatti concordemente ravvisato una condotta imperita e negligente tenuta dalla predetta che, sebbene non specialista cardiologa, anche in base alle sue precipue competenze cliniche quale medico addetto al P.S. avuto riguardo alle peculiari condizioni del paziente e all'esito dell'esame eseguito (elettrocardiogramma patologico), avrebbe dovuto disporre già alle 17:40 il trasferimento del B. dall'Ospedale di Termini Imerese al più vicino ospedale dotato di UTIC e di emodinamica, con conseguente probabilità di sopravvivenza del paziente pari al 55% e ciò sulla scorta delle evidenze scientifiche diffusamente evidenziate.

Proprio in ragione della mancanza di competenze specifiche e dell'assenza nelle ore pomeridiane presso il plesso ospedaliero di un cardiologo, il medico avrebbe dovuto disporre l'immediato trasferimento dal momento che i rischi legati a tale trasferta erano senz'altro meno rilevanti rispetto a quelli connessi alla mancata diagnosi tempestiva.

Né può ritenersi avere valenza dirimente (in termini di causa da sola sufficiente), ai fini di recidere il nesso causale ravvisato fra la condotta omissiva della F. e l'exitus del paziente, la circostanza che i parenti del B. alle ore 23:35 decisero di condurlo a casa, in ragione delle sue assai peggiorate condizioni cliniche poiché, come non hanno mancato di precisare gli ausiliari, già alle "alle 19:40... ossia quando il B. manifestò i primi sintomi di insufficienza ventricolare, le sue probabilità di salvezza si erano già ridotte al di sotto del 50%".

La Corte, viepiù dopo gli approfondimenti del grado sopra evidenziati, aderisce poi alla considerazione del Tribunale secondo cui "Non appare... condivisibile la deduzione difensiva della convenuta F.M.L. circa l'esiguità delle probabilità di sopravvivenza del paziente a causa del fatto che questi sia stato portato presso il Pronto Soccorso a distanza di troppo tempo dall'esordio dei sintomi, giacché tale dato è stato specificamente e correttamente valutato dai periti nominati dal giudice penale nella valutazione dell'incidenza causale del ritardo diagnostico".

Passando dunque alle ricadute del regime probatorio di cui all'art. 1218 c.c. cui si è fatto riferimento all'atto della valutazione delle prime censure, ricorrendo il nesso causale fra la condotta omissiva del sanitario e dunque della struttura del quale fa parte e la morte del paziente, dal momento che gli ausiliari hanno stimato la possibilità di sopravvivenza del predetto ove tempestivamente sottoposto ad appropriate terapie in termini del 55% delle possibilità di sopravvivenza del paziente, non v'è dubbio che deve ravvisarsi la responsabilità solidale della F. e dell'ASP di P. per l'evento infausto.

Al riguardo va sottolineato che è jus receptum che, in tema di responsabilità contrattuale per inadempimento delle obbligazioni professionali (tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica, prima della legge Balduzzi sopra citata e della l. n. 24 del 2017), è onere del creditore-danneggiato provare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), il nesso di causalità, secondo il criterio del "più probabile che non", tra la condotta del professionista e il danno lamentato, mentre spetta al professionista dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile,

provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile, da intendersi nel senso oggettivo della sua inimputabilità all'agente (Cass. n. 10050/2022, n. 29315/2017; n. 3704/2018; n. 20812/2018).

E tale prova, nella specie, non è stata fornita, risultando, al contrario una certa condotta negligente e imperita ascrivibile al medico.

In buona sostanza, l'applicazione di questi criteri, ed in particolare quello condizionalistico, impone di concludere che sussiste nesso di causa tra condotta e morte in tutti i casi in cui quest'ultima, in presenza di una diversa condotta del sanitario non si sarebbe verificata o non si sarebbe verificata nello stesso momento.

Come ritenuto dalla Suprema Corte già in epoca risalente (Cass. civ. sez. III, 10.5.2000 n. 5962): "del bene della vita l'elemento tempo costituisce una componente essenziale, con la conseguenza che ogni fatto imputabile che ne determini l'anticipata cessazione, influenzando un fattore patogenetico già esistente e costituente la causa clinica del decesso, non può considerarsi mera occasione, ma concausa, rompendo quell'equilibrio precario nella salute del soggetto, che, per quanto con prognosi infausta per il futuro, si era generato. In siffatte fattispecie, quindi, il nesso di causalità va esaminato, secondo i principi della regolarità causale, non solo fra fatto ed evento letale, ma anche tra fatto e accelerazione dell'evento morte" (nello stesso senso, tra le tante, Cass. n. 28993/2019; n. 3136/2017; n. 24204/2014; n. 7195/2014; n. 4043/2013; n. 20996/2012; n. 12961/2011; n. 23461/2010).

Ed è evidente che tale conclusione ha carattere assorbente rispetto all'indagine legata alla perdita di chance (oggetto della domanda subordinata formulata in prime cure e reiterata anche in questo grado dai parenti del de cuius) che comporta l'incertezza in ordine allo stesso nesso di causalità e tende a considerare il caso in cui è solo teoricamente possibile (ma non certo), che il medico abbia provocato, o concorso a provocare, la morte del paziente.

Invero, la "chance" non è una mera aspettativa di fatto, bensì la concreta ed effettiva possibilità di conseguire un determinato risultato o un certo bene, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione, onde la sua perdita configura un danno concreto ed attuale; ne consegue che la domanda risarcitoria del danno per la perdita di "chance" è, per l'oggetto, ontologicamente diversa dalla pretesa di risarcimento del pregiudizio derivante dal mancato raggiungimento del risultato sperato, il quale si sostanzia nell'impossibilità di realizzarlo, caratterizzata da incertezza (non causale, ma) eventistica (Cass. n. 25886/2022).

10. Passando alle censure legate al quantum debeatur proposte dall'appellante principale e dalla F., deve rilevarsi la assoluta genericità oltre che palese infondatezza.

In buona sostanza, dette parti si sono limitate a riportare pedissequamente le motivazioni del Tribunale che, in realtà, ha fatto ineccepibile riferimento ai consolidati criteri giurisprudenziali fissati dalla Suprema Corte per la quantificazione del danno non patrimoniale, di cui all'art. 2059 c.c., nella nota accezione omnicomprensiva, e ha compiutamente motivato riferendosi, per la valutazione equitativa, alle tabelle all'epoca più recenti del Tribunale di Milano dell'anno

2014 che, per quanto riguarda la morte di ciascun genitore o del coniuge, prevede una forbice che va da € 163.990,00 a € 327.990,00 e, dunque, “in considerazione del rapporto familiare con la vittima primaria dell’illecito, rispettivamente marito di D.V.R. nonché padre di B.G., B.V. e B.D., della presumibile sofferenza interna e dello stravolgimento della loro vita familiare, ma tenendo altresì conto del fatto dell’età del defunto B.G.B. all’epoca del fatto (77 anni), del fatto che secondo le attuali tabelle di vita ISTAT l’aspettativa di vita media per gli individui di sesso maschile è di circa 79,4 anni (cf. dati ISTAT del rapporto “Noi Italia” reperibili sul sito <http://noiitalia.istat.it>), e del fatto che il medesimo, all’epoca del suo decesso risultava già presentare un quadro di salute non integro, ma minato da rilevanti problematiche...” ha ritenuto equo “quantificare il danno non patrimoniale patito da ciascuno degli attori in € 163.990,00, espressi in valuta attuale”.

Non si tratta, come pare evidente, di una mera enunciazione di principio ma piuttosto di una ponderazione in concreto di tutti gli elementi più rilevanti ai fini del decidere che hanno spinto il Tribunale a muovere dal minimo previsto, pariordinato per coniuge e figli costituenti il ristretto nucleo familiare, operando poi, come necessario, la devalutazione alla data di verifica dell’evento (...) ai fini del computo degli interessi sulla somma via via rivalutata, spettanti, trattandosi di debito di valore, come indicato da Cass. 1712/95.

11. Con riferimento, infine, al terzo motivo dell’appello principale con il quale è stata sostenuta l’errata statuizione in ordine alla ripartizione del rischio assicurato fra l’ASP di PA. e la Compagnia assicuratrice AM., censura cui ha aderito in toto la F. e, in parte detta Compagnia, che, a sua volta, ha criticato sotto altro profilo, la pronunzia, in via incidentale, con riferimento all’inoperatività dell’obbligo di garanzia, occorre premettere quanto segue.

E’ pacifico fra le parti che la polizza posta a fondamento della chiamata in garanzia effettuata dall’ASP di P. n. ... operava secondo il meccanismo c.d. “claims made” (il contratto, sebbene richiamato nel contesto degli atti di prime cure della chiamante e della chiamata non risulta accluso agli atti), operando solo allorché la richiesta di risarcimento fosse effettuata nei confronti dell’assicurato “per la prima volta durante il periodo di efficacia dell’assicurazione e regolarmente denunciata agli Assicuratori durante lo stesso periodo” e riguardasse “danni che si manifestino in qualunque parte del mondo e per i sinistri che abbiano luogo per la prima volta nel corso della durata di questo contratto purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima dei 36 mesi (trentasei) mesi antecedenti alla data di notifica del sinistro al Contraente” - art. 2 -.

Ora, la Compagnia di assicurazione, aveva eccepito in prime cure e ha ribadito in questo grado, che la polizza, all’art. 10, definisce la richiesta di risarcimento come “ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l’Assicurato”, sostenendo che il fatto, incontestato, che la magistratura di Termini Imerese avesse intrapreso un’inchiesta giudiziaria prima del periodo di efficacia iniziale della polizza, compreso fra il ... e il ..., notificando all’Azienda convenuta un provvedimento di sequestro delle cartelle cliniche del Buttitta, dovesse intendersi il primo “claim” con conseguente inoperatività della stessa.

Ha altresì rilevato che, in ogni caso, a termini dell'art. 7.2 della medesima polizza, dal momento che il sinistro era già noto al contraente prima della data di efficacia dell'assicurazione, proprio in ragione del medesimo sequestro, l'indennizzo andava escluso o fortemente ridotto ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

In linea ancora gradata ha poi dedotto, oltre all'esistenza del massimale pari a € 5.000.000,00, anche la franchigia annua, pari a € 500.000,00, di cui all'art. 15 della polizza, che, come già anticipato, è stata ritenuta operante dal Tribunale nella della pronunzia censurata dall'appellante principale e dalla F..

Reputa la Corte che il Tribunale abbia effettuato una corretta interpretazione delle clausole contrattuali regolanti il rapporto negoziale fra l'ASP di P. e la Compagnia, il cui tenore letterale in sé non è stato affatto contestato.

La disamina delle domande ed eccezioni delle parti, sopra sinteticamente riepilogate, ha preso le mosse dalla definizione di sinistro contenuta al punto 10 delle definizioni contrattuali ove si legge: "RICHIESTA DI RISARCIMENTO ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato; qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione con la quale il terzo manifesta all'assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti".

Non può che ritenersi, in ragione del chiaro tenore letterale della definizione, che per le parti il concetto di sinistro coincida con la richiesta risarcitoria diretta contro l'assicurato, ovvero sia con l'evento costituente in buona sostanza l'oggetto del rischio assicurato.

Indi, viene in considerazione non l'evento possibile fonte di danno in sé (nella specie il decesso del paziente avvenuto a casa pur dopo l'accesso e le cure infruttuose somministrate presso il P.S. dell'Ospedale di Termini Imerese), ma la sua "ricaduta risarcitoria" ovvero sia allorché lo stesso evento si concreti in una pretesa che implichi il coinvolgimento dell'assicurato quale soggetto passivo di un'azione diretta a ristorare il danno.

Ne consegue che l'eccezione di inoperatività della polizza oggetto dell'appello incidentale dell'AM (cfr. punto VI della comparsa) non coglie nel segno, atteso che, come rilevato dal Tribunale, la notifica del provvedimento di sequestro delle cartelle cliniche relative al caso del B., occorsa incontestatamente il ..., ossia prima dell'efficacia iniziale della polizza, avente durata dal ... al ..., non può affatto ritenersi una richiesta risarcitoria, atteso che consiste in un mero atto d'indagine ad opera dell'A.G., pur sollecitata dalla denuncia sporta dai familiari nei confronti del medico curante, che non implica affatto di per sé il coinvolgimento nell'inchiesta dell'assicurata (ASP di P.).

Va d'altra parte rammentato che, nel caso in esame, le indagini promosse in sede penale nei confronti di F.M.L. per il reato p. e p. dall'art. 589 c.p. si sono concluse, anziché con il rinvio a giudizio del detto medico sospetto autore dell'omicidio colposo del B., in esito ad apposita consulenza tecnica, proprio con l'archiviazione del procedimento (cfr. richiesta del P.M. dell'...

e provvedimento del accluso alla produzione degli appellati parenti del de cuius), di tal che, nessuna veste, quale responsabile civile è mai stata rivestita in quella sede dall'assicurata.

Né, tanto meno, proprio a fronte della conclusione di tale procedimento e anche indipendentemente dal palese tenore letterale della clausola testé rammentato, poteva dirsi prevedibile, né tanto meno certo che i parenti del B. intendessero intraprendere un'azione risarcitoria nei confronti dell'ASP di P..

Correttamente, pertanto, il Tribunale ha argomentato nel senso che: “Alla luce del tenore letterale della clausola in questione, tuttavia, deve ritenersi che il termine “inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato” si riferisca ad inchieste nelle quali il soggetto assicurato abbia una qualche veste processuale, o come imputato o come responsabile civile.

Nel caso di specie, tuttavia, non risulta che l'amministrazione sanitaria provinciale, unico effettivo assicurato, sia stata citata come responsabile civile nell'ambito dell'inchiesta penale scaturita dalla denuncia dei familiari del B., né può ritenersi che dalla mera circostanza della notifica di un provvedimento di sequestro delle cartelle cliniche relative al predetto paziente la medesima amministrazione possa aver assunto alcuna specifica veste processuale nell'ambito del correlato procedimento penale.

Non può ritenersi, pertanto, che la circostanza della notifica del provvedimento di sequestro in questione possa aver dato luogo ad una “inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato”.

Allo stesso modo, con riguardo alla clausola di esclusione di cui all'art. 7.2. della polizza, va rilevato che la stessa formulazione della disposizione negoziale ovverosia: “l'Assicurazione... non comprende i sinistri che fossero già noti al Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori”, induce a ritenere che la stessa non operi, con conseguente piena efficacia della garanzia, in quanto la circostanza della notifica del sequestro delle cartelle cliniche, come detto, non costituisce affatto richiesta risarcitoria, ossia sinistro nella accezione ad esso data dalle parti nel contratto, nella sopra richiamata clausola di cui al punto 10 delle definizioni contrattuali.

Ineccepibilmente, pertanto, il Tribunale ha osservato che: “Inoltre non può ritenersi che dalla mera circostanza dell'avvio di un'indagine penale a carico di un proprio dipendente l'azienda sanitaria provinciale convenuta potesse derivare la conoscenza e la consapevolezza dell'esistenza di eventuali profili di responsabilità, giacché tale indagine all'epoca dei fatti era stata meramente avviata e non vi è prova alcuna del fatto che l'azienda sanitaria provinciale fosse a conoscenza di esiti anche solo preliminari di tale indagine comprovanti la sussistenza di una possibile responsabilità della propria dipendente.

Le medesime considerazioni non consentono di accogliere le eccezioni sollevate dalla compagnia di assicurazioni chiamata in causa con riferimento alle limitazioni della garanzia assicurativa derivanti dalla inesattezza o incompletezza delle informazioni fornite dall'assicurato all'atto della stipula del contratto di assicurazione.

Non risulta acquisita agli atti, pertanto, alcun elemento istruttorio che consenta di ritenere che l'azienda sanitaria provinciale convenuta sia venuta a conoscenza della pretesa risarcitoria vantato dagli odierni attori prima della richiesta formale di risarcimento del danno da questi ultimi formulata con lettera raccomandata del ... (all. n. 10 della produzione di parte attrice).”

Deve conseguentemente respingersi l'appello incidentale proposto sul punto dall'AM., non potendo neppure ritenersi che l'ASP di P. abbia reso a detta Compagnia, in sede di stipula, dichiarazioni inesatte o abbia taciuto, anche non intenzionalmente o colpevolmente, circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

In ultimo, parimenti corretta deve ritenersi la pronunzia impugnata nella parte in cui ha ritenuto operante la franchigia aggregata annua, quantificata per ogni annualità in € 500.000,00, di cui alla definizione contrattuale n. 14 che prevede: “l'ammontare fino a concorrenza del quale il Contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di questo contratto per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in un determinato periodo assicurativo annuo. Soltanto dopo che il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata, gli Assicuratori risponderanno delle ulteriori somme liquidate.”

Nell'art. 15 del contratto, richiamato per esteso dall'ASP appellante, si legge altresì:

“L'assicurazione è prestata nell'intesa che una parte del rischio viene sostenuta dal Contraente stesso a titolo di franchigia aggregata annua quale definita in questa polizza e quantificata in ogni annualità in euro 500.000,00.

Nel comune interesse, le parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata della franchigia aggregata, da svolgersi in reciproca collaborazione tra gli Uffici competenti del contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri.

All'inizio di ogni periodo assicurativo annuale il Contraente istituisce un apposito fondo in bilancio per un ammontare pari alla franchigia aggregata. Il fondo è destinato esclusivamente al pagamento dei risarcimenti pertinenti al rispettivo periodo assicurativo ed è gestito dal Contraente stesso, con il concorso dell'Ufficio Gestione Sinistri, attraverso scritture contabili idonee ad identificare in qualunque momento l'ammontare aggiornato dello stanziamento.

La trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato agli assicuratori, è condotta dagli Assicuratori tramite l'Ufficio Gestione Sinistri, con esclusione di qualsivoglia coinvolgimento del Contrae/o del proprio Personale per la definizione e quantificazione dei sinistri, l'Ufficio Gestione Sinistri degli Assicuratori, sarà, infatti, l'unico soggetto responsabile della corretta definizione e quantificazione dei sinistri stessi, ferma restando la reciproca collaborazione per la documentazione, informazioni, ecc... L'Ufficio Gestione Sinistri comunica al contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Le spese dei legali e tecnici delle controparti, essendo parte dei risarcimenti, sono comprese nella franchigia... Ogni pagamento va a ridurre la franchigia aggregata. Gli eventuali maggiori costi,

dovuti a mancato pagamento, oppure a pagamento tardivo o parziale, oppure a risarcimenti e/o spese non previamente approvati dall'Ufficio Gestione Sinistri, restano a totale carico del Contraente e non vengono conteggiati ai fini della riduzione del fondo della franchigia aggregata.

Il fondo della franchigia aggregata relativa a ciascun periodo assicurativo dovrà essere mantenuto fino a quando il Contraente e l'Ufficio Gestione sinistri avranno verificato che tutti i sinistri di quel periodo assicurativo sono definiti e pagati. Fatta questa verifica, se il fondo non è esaurito, il saldo rimanente viene incamerato dal Contraente.

Quando invece i pagamenti eseguiti esauriscano la franchigia aggregata, si estingue la parte di rischio sostenuta dal Contraente e tutti gli ulteriori risarcimenti per sinistri pertinenti al periodo assicurativo considerato saranno pagati dagli assicuratori, fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo convenuti e previa applicazione della franchigia per ogni sinistro se prevista da questo contratto.

Qualora la franchigia aggregata annua non sia esaurita ma il saldo rimanente non sia sufficiente a pagare un determinato sinistro, il Contraente provvederà a pagare chi di diritto l'importo residuo del fondo e successivamente gli Assicuratori pagheranno la differenza a loro carico.

A scelta del Contraente, il fondo della franchigia aggregata può anche essere affidato direttamente all'Ufficio Gestione Sinistri che lo gestisce a mezzo di un conto bancario fiduciario, separato e identificato, nel quale il Contraente, all'inizio di ogni periodo assicurativo, deve versare l'ammontare della franchigia aggregata. Le modalità utili ed opportune per la tenuta del conto sono concordate direttamente tra il Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri.

Il costo del servizio dell'Ufficio Gestione Sinistri è a totale carico degli Assicuratori in ogni caso... L'Azienda si riserva la facoltà di gestire in proprio od attraverso propri fiduciari i sinistri nell'ambito della franchigia annua in aggregato, previo accordo con gli Assicuratori”.

Ora, sulla scorta di tali disposizioni, testualmente riportate, l'ASP di P. ha sostenuto che il Fondo franchigia aggregata per la RCT non è statico ma dinamico, nel senso che “esso non può essere inteso dal Giudice sempre ed incondizionatamente nell'ammontare massimo di Euro 500.000,00 per ciascun anno di riferimento, atteso che detta franchigia viene continuamente erosa dal pagamento di eventuali altri sinistri ricadenti nell'anno di riferimento, man mano che essi si presentano e sono liquidabili (o in esecuzione di sentenze di condanna o per definizione transattiva).

Di tal che l'unico momento in cui è possibile fare una stima esatta di quanto sia presente nel fondo franchigia per l'anno di riferimento (nel ns. caso fondo franchigia anno 2011 su polizza “..”) è la data di esecuzione della sentenza .”

Ora, non v'è dubbio che gli eventuali pagamenti per altri sinistri concorrono ad erodere il fondo in bilancio corrispondente alla franchigia annua e che l'Ufficio Gestione Sinistri della Compagnia è tenuto a collaborare con l'assicurato nella liquidazione, ma il fatto che l'AM.

avesse sollevato il rilievo imponeva all'ASP di P. di provare di aver eroso in tutto o in parte il fondo sì da far gravare interamente sulla Compagnia l'onere relativo al risarcimento del sinistro.

Invece, la ASP di P. non ha dedotto in prime cure, né tanto meno provato, anche in questo grado, tale circostanza o comunque quella di avere già integralmente impegnato l'intero ammontare dello stanziamento contrattualmente previsto, limitandosi ad allegare solo in difese che "alla data di notifica dell'appello era presente sul Fondo Franchigia aggregata 2011 l'importo di circa € 136.000,00 e non più i 500.000,00 Euro originari, in ragione dei sinistri avvenuti nel 2011 e ricadenti nella polizza di che trattasi, medio tempore pagati dall'ASP".

D'altra parte, il superamento della franchigia é un fatto costitutivo della domanda di manleva poichè la circostanza attiene agli elementi che consentono alla parte assicurata, nella specie la ASP di P., di giovare della garanzia pattuita (esclusa contrattualmente al di sotto di un certo importo) e dunque la prova grava in via esclusiva sulla parte che intende avvalersene (Cass. n. 30524 del 2019; 21217/22).

In conclusione la sentenza impugnata, le cui motivazioni sono state in parte emendate, resiste a tutte le censure mosse dalle parti e va conseguentemente integralmente confermata.

12. Infine, in linea con il criterio della soccombenza, avuto riguardo alle ragioni della decisione, le spese del grado relative al rapporto processuale intercorso fra gli appellanti, principale e incidentali e gli appellati, vanno poste a carico dei primi e liquidate in dispositivo, avuto riguardo ai parametri medi in ragione della complessità della causa, mentre ricorrono giusti motivi per disporre l'integrale compensazione delle spese concernenti il rapporto processuale intercorso fra l'ASP di P., la F. (che ha aderito alle posizioni dell'ASP quanto al rapporto assicurativo) e l'AM. EUR.

A carico dell'A.S.P. di P., della F. e dell'AM. vanno, altresì, definitivamente poste le spese relative alle consulenze tecniche.

Alla declaratoria di rigetto delle impugnazioni, principale e incidentali, consegue, ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater del D.P.R. n. 115 del 2002, l'obbligo per le parti appellanti (principale e incidentali) di provvedere al versamento di un ulteriore importo, a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per le stesse impugnazioni.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Palermo, I Sezione Civile, definitivamente pronunciando, uditi i procuratori delle parti, conferma la sentenza n. 52/15 dei giorni 24/26 .. del Tribunale di Termini Imerese, appellata, in via principale, dall'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di PALERMO con atto di citazione notificato il ... e, in via incidentale, da F.M.L. e da AM., con comparse depositate rispettivamente il ... e l'..., nei confronti di D.V.R., B.G., B.V. e B.D.;

condanna l'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di P., F.M.L. e l'AM. al pagamento delle spese processuali del grado sostenute da D.V.G., B.G., B.V. e B.D., che liquida complessivamente in € 25.500,00, oltre spese vive, spese generali, C.P.A. e I.V.A.

dichiara interamente compensate le spese relative al rapporto processuale intercorso fra l'ASP di P., F.M.L. e l'AM.;

pone definitivamente a carico dell'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di P., di F. M. L. e dell'AM. le spese relative alle consulenze tecniche;

indica, ai sensi dell'art. 60 D.P.R. 131/1986, nei confronti degli appellanti ASP di P. e F.M.L. le parti obbligate al risarcimento del danno nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito;

dichiara la sussistenza dei presupposti per il versamento, ad opera dell'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di P., di F.M.L. e dell'AM. di un ulteriore importo, a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per le impugnazioni rispettivamente proposte.

Così deciso il 27 luglio 2023, nella Camera di Consiglio della I sezione civile della Corte di Appello di Palermo.

Il Cons. est.

Cintia Emanuela Nicoletti

Il Presidente

Daniela Pellingra