

Rgac n. 2393/2017



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI CIVITAVECCHIA**

Nella persona del Giudice Dott. Daniele Sodani ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al Rgac n. 2393/2017

TRA

██ in proprio e nella qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ elettivamente domiciliati presso lo studio dell'avv. ██████████ e dell'avv. ██████████ sito in ██████████ ██████████ che li rappresentano e li difendono in virtù di procura in atti;

ATTORI

CONTRO

████████████████████ in persona del legale rappresentate pro tempore, elettivamente domiciliata presso la sede legale sita in ██████████ ██████████ rappresentata e difesa dall'avv. ██████████ in virtù di procura in atti;

CONVENUTA

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione ██████████ quest'ultima in proprio e nella qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore A ██████████ ██████████ tutti quali congiunti di ██████████ deceduto l'8.03.2015, convenivano in giudizio la ██████████ al fine di sentirla condannare al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale con ██████████ (padre di ██████████ ██████████).
Deducevano, in particolare, che ██████████ in data ██████████ era stato trasportato a mezzo ambulanza del 118 presso ██████████ ██████████ per stato di disidratazione importante, astenia ed innalzamento dei valori creatinina in paziente con insufficienza renale cronica; che in data 8.02.2015 il paziente era stato ricoverato con la diagnosi di insufficienza



renale acuta presso il reparto di Medicina Generale del medesimo nosocomio; che nei giorni susseguenti era stato sottoposto a varie visite ed ai controlli dei valori; che dal giorno 11.02.2015 al 16.02.2015 non vi erano state informazioni relative alla condizione del paziente; che solo in data 19.02.2017 era risultato positivo l'esame della urino cultura alla presenza del pseudomonas aeruginosa multiresistente; che le note in cartella clinica era continuate ad essere lacunose; che in data 26.02.2015 il paziente aveva iniziato il trattamento antibiotico con Ciprofloxacina 250 mg 1 cpr/die; che in data 4.03.2015 veniva sottoposto ad altro trattamento antibiotico con Tazocin; che in data 7.03.2015 il paziente [REDACTED] era deceduto per shock settico.

Deducevano che l'infezione contratta in ospedale dal paziente non era stata trattata adeguatamente e che era dunque sussistente una responsabilità in capo alla Asl; che pertanto andava risarcito iure proprio il danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, sotto tale profilo evidenziando che la figlia [REDACTED] e i nipoti [REDACTED] [REDACTED] erano conviventi con il defunto [REDACTED] al momento della di lui morte; che era risarcibile anche iure hereditatis il cd danno biologico terminale e il danno catastrofico per la sofferenza patita da [REDACTED] nell'attesa consapevole della propria morte; che in subordine andava risarcito il danno da perdita di chance di sopravvivenza.

2.Si costituiva in giudizio la [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] deducendo che alcuna responsabilità era imputabile in capo ai sanitari; che, infatti, non vi era stata omessa e ritardata cura del paziente e comunque non aveva nesso causale rispetto al decesso.

Concludeva, pertanto, nella richiesta di rigetto della domanda attorea, contestando, in subordine, il quantum dei danni pretesi in quanto non provato e sproporzionato.

3.Assegnati i termini di cui all'art. 183 comma 6 c.p.c., veniva disposta tu medico legale a cura del dott. [REDACTED] e all'esito la causa veniva trattenuta in decisione.

Con ordinanza del 25.07.2022 la causa veniva rimessa sul ruolo con la seguente motivazione *"Visti gli atti e letti i documenti di causa, va rilevato che ai sensi dell'art. 15 comma 1 della Legge n. 24/2017 "Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento"; che, pertanto, è prevista la collegialità nell'espletamento delle operazioni peritali volte alla verifica dei profili di colpa medica; rilevato che nel presente giudizio è stato nominato un unico consulente e non invece un collegio peritale come richiesto dalla norma; che la nomina del collegio peritale, composto da specialista in medicina legale e da specialista nella materia di interesse della controversia, va, a maggior ragione, osservata nel caso di specie, vertendo la controversia in materia di richiesta di risarcimento di danno di entità rilevante ad opera dei familiari in ragione del decesso del proprio congiunto"*.



Venivano, quindi, articolati i seguenti quesiti al ctu medico legale dott. [REDACTED] e al ctu specialista [REDACTED] ai quali rispondere nel contraddittorio: *“Esaminati gli atti ed i documenti presenti nei fascicoli di causa, sentite le parti e i loro consulenti tecnici: 1) dicano i ctu se la diagnosi sia stata corretta e tempestiva e in caso di errore specifichi se esso sia dovuto ad incompletezza di esami clinici e strumentali o ad oggettiva difficoltà di interpretarli o di farli eseguire tempestivamente; 2) dicano i ctu se gli interventi effettuati siano stati o meno eseguiti in conformità alle cognizioni medico-chirurgiche acquisite all'epoca della prestazione sanitaria ed alle linee guida comunemente accettate nel settore medico chirurgico connesso alle prestazioni sanitarie oggetto di causa, tenuto conto delle condizioni cliniche in cui versava il paziente; in caso di risposta negativa specifichi le cause della difettosa esecuzione in relazione alla tempestività, regolarità, completezza, compatibilità con i mezzi impiegati ecc.; rilevi e descriva, inoltre, le eventuali difficoltà (originarie o sopravvenute) nella esecuzione del trattamento indicando quali rimedi siano stati adottati (ovvero fossero in concreto adottabili) per il superamento delle stesse; se, in particolare, fossero o meno possibili interventi e terapie diverse, indicando eventuali controindicazioni e/o eventuali rischi connessi; 3) tenuto conto delle condizioni fisiche preesistenti e dell'età, dica il ctu, quindi, se il decesso possa ricondursi all'errore medico eventualmente riscontrato in fase di diagnosi o di esecuzione del trattamento medico”.*

All'esito del deposito della ulteriore relazione dei consulenti, la causa trattenuta in decisione con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

4. Nel merito vale ricordare, preliminarmente, che con riguardo al rapporto che si instaura tra paziente e struttura è stata la stessa giurisprudenza della Suprema Corte ad aver sempre ravvisato la sua fonte nel contratto atipico c.d. di ospedalità, concluso tra le parti anche per *facta concludentia*, ossia mediante la mera accettazione del malato presso la struttura. Si tratta di un contratto atipico a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo *"lato sensu"* alberghieri, obblighi delle cure mediche e di quelle chirurgiche, di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale (Cass. n.13953/2007; Cass n. 10616/2012; Cass n. 18610/2015). Dalla suddetta qualificazione in termini di responsabilità contrattuale, discende l'applicazione, tra l'altro, del relativo regime giuridico dettato in materia di distribuzione dell'onere probatorio.



Secondo l'ormai consolidato orientamento della Suprema Corte sul punto, il paziente danneggiato deve provare l'esistenza del rapporto contrattuale e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, secondo il criterio del "*più probabile che non*". Ricade viceversa sulla struttura, che intenda liberarsi dall'obbligazione risarcitoria, ove il danneggiato abbia assolto al proprio onere, dimostrare, in alternativa all'adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass., Sez. III, sent. 26/7/2017, n. 18392; Cass. Civ., Sez. 3 -, Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018; Cass. Sez. 3, 29/03/2022 n. 10050; Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 02/12/2022) 12-05-2023, n. 13107; Cass. civ. Sez. III, Sent., (ud. 04/10/2022) 26-05-2023, n. 14757; Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 03/07/2023) 07-09-2023, n. 26091).

Viceversa, i diritti fatti valere *iure proprio* in qualità di prossimi congiunti si collocano nel novero della responsabilità extracontrattuale (Cass. Civ. n. 5590/2015; Cass. Civ. n. 14258/2020; Cass. Civ. n. 21404/2021) e di questa seguono le regole, anche in tema di prescrizione, in quanto "*la responsabilità per i danni invocati "iure proprio" dai congiunti di un paziente danneggiato (o deceduto) è qualificabile come extracontrattuale, dal momento che, da un lato, il rapporto contrattuale intercorre unicamente col paziente, e dall'altro i parenti non rientrano nella categoria dei terzi protetti dal contratto*" (cfr tra le altre Cass. civ. Sez. III Ord., 06/05/2022, n. 14471).

5. Dagli atti di causa, dalla ctu collegiale svolta (come anche da quella a firma del dott. [REDACTED]) e dalla documentazione sanitaria risulta: -che in data 7.02.2015 alle ore 9:06 [REDACTED] è stato trasportato a mezzo di autoambulanza ARES 118 presso il [REDACTED] [REDACTED] perché versante in uno stato di marcata disidratazione e astenia; -che in sede di raccordo anamnestico del paziente, i familiari hanno riportato una condizione di insufficienza renale cronica diagnosticata da qualche settimana e monitorata mediante accertamenti nefrologici ambulatoriali e controlli seriali della creatininemia; che [REDACTED] è stato dunque ricoverato nelle prime ore del giorno seguente (8.02.20215) presso il reparto di Medicina Generale dello stesso ospedale di Civitavecchia, con diagnosi di insufficienza renale acuta; -che nello stesso giorno il referto di un esame chimico fisico e colturale delle urine ha rilevato un aspetto torbido delle stesse, con presenza di proteine, emazie e leucociti, in assenza di crescita batterica (piuria sterile); -che riguardo ai giorni seguenti è mancante qualsivoglia aggiornamento dello stato di salute del paziente all'interno della documentazione esaminata: gli unici documenti presenti in Cartella Clinica relativi a tali giornate sono infatti i referti di esami ematochimici eseguiti in data 11.02 e 13.02.2015, sostanzialmente in linea con i precedenti; -che in data 14.02.2015 invece la Scheda Unica di Terapia ha riportato l'inizio di Bimixin 1 g due volte al giorno, un farmaco composto dall'associazione di due antibiotici (neomicina e bacitracina), senza tuttavia alcun aggiornamento nel diario clinico da cui evincere la ragione della decisione; che il 16.02.2015 il diario clinico è stato aggiornato e riporta il paziente in buone condizioni cliniche, vigile, apiretico ed asintomatico, mentre in data 17.02.2015 viene



invece riportata la presenza di piuria, veniva prescritto inoltre nuovo esame chimico-fisico, colturale e citologico delle urine; -che il referto dello stesso riportava urine molto torbide con presenza di proteine, tappeto di leucociti e sangue; che i risultati degli esami colturali, resi disponibili due giorni dopo, evidenziavano la crescita dopo 14,25 ore di *Pseudomonas aeruginosa* (1.000.000 CFU/mL); che in data 23.02.2015, a fronte di un peggioramento dell'esame obiettivo addominale, con la comparsa di maggiore dolore e tensione, venivano eseguiti un nuovo esame radiografico e uno ecografico dello stesso; -che in pari data venivano eseguiti un controllo ematochimico e chimico-fisico delle urine, che riportavano quadri sovrapponibili ai precedenti; -che nei giorni seguenti vi era nuovamente un vuoto negli aggiornamenti del diario clinico sullo stato di salute del paziente; -che l'unico aggiornamento presente il 25.02.2015 era costituito infatti una consulenza urologica eseguita da uno specialista dell'ospedale di Belcolle (VT) presso il quale la stessa veniva in precedenza richiesta; -che in data 26.02.2015 invece gli unici appunti in Cartella sono relativi ad una ritrovata normalità dell'esame obiettivo addominale e all'inizio di terapia con Ciproxin 250 mg per os (Ciprofloxacina) riportato in SUT, senza ulteriori specifiche sulle motivazioni che spingevano proprio in tale data ad iniziare il suddetto regime antibiotico; -che in data 1.03.2015 il primo referto disponibile è poi quello di un esame TC del cranio del quale non si conosce peraltro l'indicazione, se non che risulta eseguito in emergenza; -che il 2.03.2015 il diario clinico riporta invece condizioni generali scadute, con ipotensione arteriosa, piuria e peggioramento degli indici di funzionalità renale, per i quali veniva richiesto nuovo controllo nefrologico; -che in data 4.03.2015 la scheda unica di terapia riporta l'inizio di Tazocin (Piperacillina-tazobactam) endovena 2,250 g 4 volte al giorno e di Dopamina (200 mg a 40 cc/ora); -che in pari data veniva eseguita un'ecografia (inizialmente prevista come trans-rettale, poi eseguita per via trans-pubica per assenza di preparazione e per la riferita presenza di una voluminosa piega da decubito nella regione peri-anale) che confermava i rilievi di ipertrofia prostatica, incremento di volume delle vescicole seminali e di probabile piuria all'interno della vescica (materiale corpuscolato fluido nel lume della stessa); -che in merito a tale lesione da decubito la stessa non veniva in precedenza descritta (neanche all'esplorazione rettale che risultava essere stata eseguita in data 24.02.2015); -che il successivo aggiornamento del diario clinico risale poi al 6.03.2015, come unica indicazione la seguente: "*Si valuta per RSA con scheda RUG*", senza alcun riferimento allo stato clinico del paziente; -che il giorno seguente il diario clinico riportava invece: "*h. 18:45 PA 80/40 mmHg, soporoso, ipo-idratato, esegue ECG, F 500, rivalutato dopo ECG [...] condizioni scadute, soporoso, respiro rantolante, PA 77/44 con infusione [...] in corso. EGA, Emocolture, urinocoltura, presenza di piuria [...] pz comatoso [...]*"; -che alle ore 1:00 dell'8.03.2015 il paziente veniva poi definito come agonico, così come nelle successive ore della nottata, mentre alle ore 13:15 ne veniva constatato il decesso per shock settico.

6. Entrambe le consulenze (la prima a mezzo del solo medico legale dott. [REDACTED] la seconda di natura collegiale con medico legale dott. [REDACTED] e specialista infettivologo dott. [REDACTED]) hanno rinvenuto nell'operato dei medici colpevoli carenze ed errori nella fase



diagnostica e terapeutica in stretta correlazione causale con il decesso del paziente.

In particolare, secondo la consulenza collegiale a firma del [REDACTED] [REDACTED] per ciò che concerne la fase diagnostica, è possibile individuare delle lacune nell'operato dei sanitari che ebbero in cura il [REDACTED] presso [REDACTED] (RM): gli stessi, infatti, a seguito del riscontro iniziale di piuria sterile seguito poi da un'unica positività all'esame colturale delle urine (*P. aeruginosa*) non vagliavano la possibilità di una contaminazione né altre possibili eziologie della piuria, così come del quadro presumibilmente infettivo del paziente e non attenzionavano tutti gli altri possibili fattori di rischio infettivologici (come ad esempio l'allettamento e il possibile sviluppo di lesioni da decubito, stante il riscontro totalmente incidentale di una voluminosa piaga da decubito in regione sacrale soltanto a circa 3 settimane dall'inizio del ricovero). Gli stessi, peraltro, non procedevano a una accurata caratterizzazione dell'infezione (se locale, ed eventualmente a quale localizzazione -partendo appunto dal presupposto non supportato da evidenze cliniche che fosse a stampo urinario; o sistemica, dato che non venivano eseguite emocolture) né del grado di sepsi o shock settico del paziente (i lattati erano normali per tutta la durata del ricovero e non veniva adeguatamente monitorizzata in maniera puntuale l'ipotensione arteriosa). Il tutto, riportando comunque come causa di morte in sede di compilazione della "Constatazione di Decesso" lo shock settico, senza dunque neanche indagare possibili altre cause primarie o fattori concausali del suddetto exitus (es. il quadro neurologico, del quale in Cartella Clinica sono riportati un improvviso peggioramento poi un altrettanto repentino miglioramento non meglio precisati) ed ancora "Per ciò che concerne la fase terapeutica, la gestione del sig. [REDACTED] da parte dei sanitari [REDACTED] si rivelava inaccurata sin dalle prime fasi, a partire dall'attribuzione dell'errato codice-colore di gravità in sede di triage. Comunque, il paziente vedeva un iniziale miglioramento del quadro di insufficienza renale acuta di origine pre-renale (a motivo di una corretta gestione nefrologica, con correzione dell'equilibrio idro-elettrico); seguito poi da un peggioramento progressivo delle condizioni sino all'exitus. Nel corso di tale peggioramento, a fronte di una funzionalità renale sostanzialmente stabile, i sanitari non si avvalevano di un approccio multi-disciplinare geriatrico (per indagarne tutte le possibili cause) né infettivologico (per caratterizzare al meglio la succitata condizione di piuria sterile e la positività transitoria allo *P.aeruginosa*), né eseguivano tempestivamente tutti gli accertamenti strumentali atti ad individuare e controllare la presunta fonte di infezione; ma, partendo dal presupposto che si trattasse di un'infezione delle vie urinarie, utilizzavano con ritardo dapprima un antibiotico ad ampio spettro sotto-dosato e somministrato per os; per poi passare solo a pochi giorni dall' exitus ad uno più efficace a somministrazione endovenosa, il tutto sempre non correlato dal supporto di uno specialista infettivologo. L'intera gestione del paziente, in ogni caso, appare frettolosa e sommaria: ne sono un esempio le già citate condizioni neurologiche del paziente, descritte nella documentazione clinica solo in maniera incidentale (e pressoché incomprensibile); così come il riscontro della lesione da decubito sacrale, totalmente accidentale e non seguito da una apposita gestione terapeutica ad hoc. Peraltro, non è documentata in Cartella neppure la gestione terapeutica della criticità presentata dal paziente nelle ultime ore di vita, e non



ci si può esprimere dunque sull'appropriatezza della stessa. Si precisa comunque che anche la corretta compilazione della documentazione clinica fa parte dei doveri deontologici dei sanitari, che sono tenuti dunque ad osservare tale compito diligentemente", per concludere sotto il profilo del nesso causale con il decesso che "Considerando la sostanziale stabilità del quadro nefrologico del paziente (una volta superata la fase di insufficienza renale acuta e ripristinato il corretto equilibrio idroelettrolitico), per cui addirittura si parlava più volte di dimissione e gestione presso una RSA o tramite assistenza domiciliare integrata; qualora gli fosse stata garantita un'assistenza caratterizzata da una componente geriatrica ed infettivologica importante, si sarebbe con buona probabilità evitato l' exitus. In altre parole, è possibile individuare un nesso di causalità tra gli errori e le omissioni caratterizzanti l'operato professionale dei sanitari che ebbero in cura il sig. Tucci presso l'ospedale [REDACTED] e il decesso dello stesso".

In altri termini, secondo la condivisibile e puntuale motivazione della consulenza collegiale degli ausiliari del giudice sono sicuramente riscontrabili nell'operato dei sanitari [REDACTED] la presenza di lampanti carenze assistenziali presenti nell'intero percorso clinico, tanto in fase diagnostica quanto terapeutica, che portano inevitabilmente ad individuare profili di colpa professionale a carico dei sanitari che hanno avuto in cura [REDACTED]

La globalità della gestione del paziente è risultata condotta con sommarietà e superficialità, a partire dalla tenuta della documentazione clinica che ha reso la valutazione dell'operato dei sanitari estremamente difficile.

Il paziente ritenuto inizialmente come di urgenza minore e poi rivalutato come "urgenza differibile" in sede di P.S., veniva ricoverato per insufficienza renale acuta di tipo pre-renale in un quadro pre-esistente di insufficienza renale cronica insorto da alcune settimane e idro-ureteronefrosi inveterata. Contestualmente, si repertava una piuria, notata dapprima all'inserimento del catetere e poi confermata dall'esame chimico-fisico delle urine, che nella prima parte del ricovero non era affiancata ad una positività all'esame colturale delle stesse (configurando un quadro di piuria sterile). Successivamente, un controllo colturale delle urine dava esito positivo per *Pseudomonas Aeruginosa* (17.02), dato che non veniva seguito da alcuna significativa variazione nella gestione del paziente, che permaneva primariamente nefrologica e basata sul monitoraggio della funzionalità renale e sullo stato di idratazione e di equilibrio idro-elettrico del paziente (senza indicazione al trattamento sostitutivo dialitico) sino al 26.02, quando veniva iniziata un'antibiotico-terapia della quale, senza una opportuna consulenza infettivologica né un aggiornamento in sede di diario clinico a supporto, non si conosce la ragione e che appariva peraltro francamente sottodosata. Peraltro, non venivano mai eseguite delle emocolture (inviata per la prima volta al laboratorio solo in data 9.03.2015, dopo la morte del paziente).

Il quadro clinico del paziente andava incontro ad apparente peggioramento, ancora una volta non supportato da puntuali note di diario clinico di monitoraggio, bensì evincibile esclusivamente dall'esecuzione, in data 1.03 di una TC encefalo in regime di urgenza, della quale non si conosce la reale motivazione, ovvero la clinica che spingeva all'esecuzione di tale esame. Pochi giorni dopo (04.03), il consulente neurologo constatava un



miglioramento clinico (non meglio specificato), per cui addirittura ipotizzava la dimissione del paziente in RSA. In pari data, sempre senza un consulto infettivologico né un riscontro di qualsivoglia modifica agli esami delle urine (i cui accertamenti colturali anzi erano sempre negativi dopo la suddetta positività), veniva iniziata un'antibioticoterapia più potente, endovenosa e a dosaggio adeguato. Parallelamente, veniva individuata una lesione da decubito sacrale descritta come molto voluminosa, che però veniva riportata solo incidentalmente come impedimento all'esecuzione di un'ecografia addominale trans-rettale: tale reperto, pur descritto come voluminoso, non era preceduto da rilevazioni simili e non era seguito da un apposito iter di gestione. In data 8.03.2015, nel corso della notte, tuttavia, il paziente entrava in gasping, dopo di che il diario clinico smetteva nuovamente di essere aggiornato: la Constatazione di Decesso segnalava tuttavia l'exitus solo alle ore 13:15 del pomeriggio, non è dunque possibile sapere cosa sia accaduto allo stato clinico del paziente in quelle ultime ore.

Tali considerazioni mostrano dunque un deficit assistenziale diffuso tanto dal punto di vista diagnostico (mancata corretta individuazione dell'eziologia della piuria, del presunto quadro infettivo e dell'eziologia della stessa) quanto terapeutico (mancata valutazione infettivologica e geriatrica del paziente, antibiotico-terapie tardive e talora errate, mancata gestione della lesione da decubito etc.).

Tenendo conto, infine, che il paziente si trovava in condizioni generali discrete e non francamente compromesse, qualora il probabile quadro infettivo fosse stato gestito adeguatamente e, più in generale qualora gli fosse stata garantita un'assistenza caratterizzata da una componente geriatrica ed infettivologica adeguata, atta a prevenire in primis e a gestire in secundis i molteplici fattori di rischio infettivologici presentati dal paziente (l'allettamento, l'età avanzata, l'insufficienza renale etc.) si sarebbe, secondo il criterio del più probabile che non, evitato l'exitus.

Per quanto ██████████ fosse già di per sé un paziente multimorbido, lo stesso era sostanzialmente ben compensato prima del verificarsi della sintomatologia che lo portava a ricovero e che con ottima probabilità, se tale sintomatologia fosse stata indagata e di conseguenza trattata con maggiore accuratezza, tale stato di buon compenso si sarebbe mantenuto o ripristinato, non conducendo pertanto all'exitus.

7. Tali conclusioni non sono risultate per nulla scalfite dalle osservazioni dei ctp della Asl, poiché sono state puntuali e pienamente da condividere le repliche del collegio peritale, laddove gli ausiliari hanno ancora chiarito che *"la scarsa chiarezza della condizione presentata dal ██████████ (piuria sterile con assenza di batteri all'esame microscopico del sedimento e un'unica positività all'esame colturale per un germe che poteva benissimo trovarsi lì per via di una contaminazione, e dunque non poteva da sola consentire di porre diagnosi di infezione delle vie urinarie) e dunque di fatto data la difficoltà di porre una diagnosi lampante ed immediata, sarebbe stato mandatorio per l'équipe sanitaria innanzi tutto indagare tutte le possibili cause di tale piuria; in secondo luogo, come già dettagliato nella C.T.U., esplorare anche tutte le altre possibili cause di patologia infettiva (quali ad esempio la presenza di lesioni da decubito sacrali, menzionate solo di sfuggita e con ritardo nel diario clinico) e non infettiva. Per le condizioni in cui versa la documentazione sanitaria*



esaminata, ovvero di sostanziale incuria, appare difficile invece ricostruire tale approfondito iter diagnostico (del quale, dunque, si può allo stato delle cose solamente constatare l'assenza), così come appare difficile in realtà ricondurre l'exitus del paziente ad uno shock settico, sempre perché lo stesso non veniva accuratamente diagnosticato (al contrario, come già affermato in sede di C.T.U. i lattati si mantenevano normali per tutta la degenza e non era puntualmente monitorata la pressione arteriosa. Peraltro, neanche l'infezione dalla quale lo stesso sarebbe scaturito veniva ulteriormente indagata: si partiva semplicemente dal presupposto, non supportato da evidenze cliniche (come peraltro asserito dagli stessi C.T.P.), che si trattasse di un'infezione del tratto genito-urinario, e così si rimaneva, non dettagliando ulteriormente se l'infezione fosse localizzata (e se sì, a quale localizzazione) o piuttosto sistemica (a tal proposito, si ricorda che non erano eseguite emocolture)".

I ctu hanno aggiunto che anche qualora, poi, si escludesse la presenza di shock settico, in ogni caso non significherebbe escludere anche la presenza di un'infezione in atto, localizzata o sistemica. Significherebbe ribadire che il decesso di [REDACTED] non è stato causato da una condizione di shock, quanto piuttosto, magari, dal quadro infettivo sovrapposti ad altre comorbidità del paziente. Per quanto concerne l'infezione in sé, è effettivamente più probabile che vi fosse un'infezione in atto piuttosto che il contrario (considerando anche la voluminosa lesione da pressione sacrale, descritta solo incidentalmente a ricovero già inoltrato e non meglio approfondita), ma in ogni caso anche riguardo questo aspetto la documentazione clinica non appare dirimente, poiché non contiene il report di indagini adeguatamente svolte per l'individuazione e la caratterizzazione dell'infezione stessa.

Sotto il profilo terapeutico in sede di repliche alle osservazioni i ctu hanno ulteriormente confermato e precisato che *"in assenza di franchi segni di infezione delle vie urinarie, tali altre due condizioni possono essere dovute a delle contaminazioni da parte di batteri naturalmente saprofiti della cute e delle mucose dei genitali esterni. Tale concetto, dunque, va necessariamente applicato all'unico incidentale riscontro di urinocolture positive per P.Aeruginosa, per altro non supportato da riscontro di batteri all'esame microscopico del sedimento urinario, e occorre dunque chiedersi: tale germe è più probabilmente un patogeno (e dunque foriero di infezione urinaria) o contaminante? Nel primo caso, ovvero se ritenuto patogeno dall'équipe medica, perché la stessa attendeva una settimana dal riscontro dello stesso per iniziare il trattamento antibiotico necessario? Nel secondo caso invece, perché trattarlo? Ancora una volta, la confusione generata in tal proposito è specchio di un mancato approfondimento del quadro di piuria sterile inizialmente, e del riscontro di P. Aeruginosa poi, che più in generale si inseriscono all'interno della mancata accurata indagine della (estremamente probabile ma non certa, almeno dalla documentazione ad oggi disponibile) presenza di infezione nel quadro clinico del [REDACTED]"*.

Del resto, occorre anche evidenziare poi che il profilo della incompletezza della cartella clinica e degli altri documenti sanitari redatti dagli operatori medici non può operare a beneficio della struttura, posto che l'orientamento della Suprema Corte è nel senso che *"In tema di responsabilità medica, la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio*



di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente" (cfr Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 28/02/2023) 15-06-2023, n. 17176; Cass. civ. Sez. III Ord., 20/11/2020, n. 26428; Cass. civ. Sez. III Sent., 21/11/2017, n. 27561; Corte d'Appello Roma Sez. VI, Sent., 27/04/2023).

8. Alla luce dei profili di colpa appena rappresentati e rilevati con l'ausilio dei consulenti, ricorrono i presupposti ed elementi per configurare una responsabilità contrattuale ed extra contrattuale in capo alla [REDACTED] alla quale va fatto carico delle conseguenze dannose derivate dal fatto colposo dei propri sanitari, sia ex artt. 1223 e 1228 c.c., che ex artt. 2043 e 2049 c.c. (cfr Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 01/12/2020) 29-09-2021, n. 26300).

Muovendo, pertanto, alla individuazione e quantificazione dei danni, va richiamato che secondo la Suprema Corte ricorrono cinque ipotesi: a) La condotta colpevolmente tenuta dal sanitario ha cagionato la morte: saranno risarciti il danno biologico al paziente ed eventualmente il danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari; b) La condotta colposa ha cagionato una significativa riduzione della durata della vita: il sanitario sarà chiamato a rispondere del danno costituito dalla minor durata della vita e dalla sua peggior qualità, senza che tale danno integri una fattispecie di perdita di chance, poiché è assodato con certezza - o rilevante probabilità - che il danneggiato ha vissuto meno a lungo, patendo maggiori sofferenze fisiche e spirituali; c) La condotta del sanitario non ha avuto alcuna incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla sua durata e sull'esito finale, incidendo sulla sola qualità ed organizzazione della vita (es. mancato ricorso a cure palliative): il danno - che non equivale a perdita di chance - sarà parametrato a tale diversa e peggiore qualità della vita; d) La condotta colpevole del sanitario non ha avuto alcuna incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla durata, sulla qualità della vita medio tempore e sull'esito finale: ciò impedisce qualsiasi risarcimento; e) La condotta colpevole del sanitario ha avuto, come conseguenza, un evento di danno incerto; le conclusioni della CTU risultano espresse in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo. Tale incertezza eventistica - la chance perduta - sarà risarcibile equitativamente, alla luce di tutte le circostanze del caso, se provato il nesso causale ("più probabile che non") tra la condotta e l'evento incerto, nella sua dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza (Cass. Civ. n. 28993/2019; Cass. Civ. n. 5641/2018).

Nel caso di specie, ricorre l'ipotesi di cui alla lettera a), perché ricorre il nesso causale, sulla scorta delle precedenti considerazioni, tra la condotta medica colposa e il decesso secondo il criterio del "*più probabile che non*".

9. Sulla scorta delle precedenti considerazioni, può procedersi alla liquidazione del danno *iure proprio* derivante dalla perdita del rapporto parentale. Risulta incontestato e documentato che [REDACTED]



e [redacted] siano i figli di [redacted] e che [redacted] siano i nipoti del defunto.

Sotto il profilo del rapporto parentale tra nonni e nipoti, vale ricordare l'orientamento della Suprema Corte secondo cui *"In tema di domanda di risarcimento del danno non patrimoniale "da uccisione", proposta "iure proprio" dai congiunti dell'ucciso, questi ultimi devono provare l'effettività e la consistenza della relazione parentale, rispetto alla quale il rapporto di convivenza non assurge a connotato minimo di esistenza, ma può costituire elemento probatorio utile a dimostrarne l'ampiezza e la profondità, e ciò anche ove l'azione sia proposta dal nipote per la perdita del nonno; infatti, poiché la "società naturale", cui fa riferimento l'art. 29 Cost., non è limitata alla cd. "famiglia nucleare", il rapporto tra nonni e nipoti, per essere ritenuto giuridicamente qualificato e rilevante, non può essere ancorato alla convivenza, escludendo automaticamente, in caso di insussistenza della stessa, la possibilità per tali congiunti di provare l'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto"* (cfr Cass. civ. Sez. III Ord., 08/04/2020, n. 7743).

Dunque, la convivenza non assurge ad imprescindibile presupposto per la risarcibilità del danno in favore del congiunto superstite, bensì quale elemento probatorio della ampiezza e profondità del rapporto, risarcibile, però, ove effettivo anche in assenza di una condizione di convivenza tra il defunto ed il parente superstite.

E tuttavia, qualora la liquidazione del danno viene richiesta da soggetti appartenenti alla famiglia nucleare, può presumersi la sussistenza di un intenso vincolo affettivo e di un progetto di vita comune, tale da cagionare quella sofferenza e quell'alterazione dell'esistenza che normalmente si accompagnano alla perdita di una persona tanto cara; quando invece il risarcimento è richiesto da soggetti diversi da quelli appartenenti alla famiglia nucleare, deve essere provata l'esistenza di un saldo vincolo affettivo, che consenta di presumere il pregiudizio non patrimoniale patito in conseguenza della scomparsa del congiunto, a prescindere, lo si è detto, dal requisito della convivenza con quest'ultimo (Cass. 21230/2016; Cass. 29332/2017).

Ancora di recente la Suprema Corte ha affermato che *"L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli o ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del "quantum debeatur"); in tal caso, grava sul convenuto l'onere di provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo"* (Cass. civ. Sez. III Sent., 15/07/2022, n. 22397; Cass. civ. Sez. VI - 3 Ord., 15/02/2018, n. 3767), prova quest'ultima che nella specie i convenuti non hanno fornito.

Ne consegue che, nel presente giudizio, non spettava ai figli della vittima ulteriormente provare di avere sofferto per la morte del padre prossimo congiunto, ma sarebbe stato onere della convenuta provare che, nonostante il rapporto di parentela, la morte del loro prossimo congiunto aveva lasciato indifferenti gli attori: onere che, invero, non risulta assolto. La stessa cartella del pronto soccorso di provenienza dell'Ospedale riporta in più parti



informazioni sulla salute del paziente [REDACTED] fornite talvolta dai "parenti" altre volte specificamente dalla "figlia".

Deve, inoltre, ritenersi che tra [REDACTED] vi fosse ancora un rapporto di convivenza al momento del decesso. La certificazione sullo stato di famiglia riporta la medesima residenza del padre.

[REDACTED] non risultano conviventi ma è pacifico che gli stessi erano residenti, come il padre [REDACTED] nello stesso piccolo paese di Allumiere e quindi a ridottissima distanza tra di loro.

I nipoti non appartengono alla famiglia nucleare e dunque, in forza dei principi giurisprudenziali sopra citati, è onere di parte attrice provare la sussistenza di un vincolo affettivo effettivo con il defunto.

Nel caso di specie, dalla certificazione relativa allo stato di famiglia (che attesta la medesima residenza con il nonno, peraltro la medesima della madre [REDACTED]) e dalla documentazione fotografica (che riporta, in momenti non lontani dal momento della morte, i nipoti abbracciati al nonno) è emersa la prova dell'effettività del rapporto parentale tra il nonno ed i nipoti con i quali anche risultava convivente.

Del resto, non emergono, neppure, allegazioni e prove, portate dai convenuti, idonee a compromettere l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare.

10. Per la liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, prima dell'aggiornamento delle Tabelle di Milano del 2022, la Suprema Corte aveva affermato il principio secondo cui *"In tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella"* (cfr Cass. civ. Sez. III, 10/11/2021, n. 33005; Cass. civ. Sez. III Ord., 29/09/2021, n. 26300; Cass. civ. Sez. III Sent., 21/04/2021, n. 10579).

Tuttavia, in seguito all'aggiornamento delle tabelle del Tribunale di Milano del 2022 -che ha introdotto un compiuto sistema a punti per la valutazione del danno non patrimoniale connesso alla perdita del rapporto parentale (A) età della vittima, B) età del congiunto, C) convivenza, D) sopravvivenza di altri congiunti, E) intensità e qualità della relazione affettiva)- e tenuto conto che le tabelle del Tribunale di Milano risultano maggiormente applicate sul territorio nazionale, oltre che anche dalla Corte di Appello di Roma (cfr Sentenza n. 1098/2023 pubbl. il 13/02/2023 e Sentenza n. 5881/2023 pubbl. il 19/09/2023 della Corte di appello Roma), deve darsi applicazione al sistema di valutazione delle Tabelle di Milano in luogo di quelle del Tribunale di Roma.



Sotto tale profilo, del resto, la stessa Suprema Corte ha confermato che *"le tabelle di Milano pubblicate nel giugno del 2022 costituiscono idoneo criterio per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale, in quanto fondate su un sistema "a punto variabile" (il cui valore base è stato ricavato muovendo da quelli previsti dalla precedente formulazione "a forbice") che prevede l'attribuzione dei punti in funzione dei cinque parametri corrispondenti all'età della vittima primaria e secondaria, alla convivenza tra le stesse, alla sopravvivenza di altri congiunti e alla qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta"* (Cass. Civ., Sez. III, ord. 37009/2022; Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 28/02/2023) 09-06-2023, n. 16468; Cass. civ. Sez. III, Ord., (ud. 28/02/2023) 08-06-2023, n. 16272).

Alla luce, quindi, dell'intensità del vincolo familiare, del rapporto di convivenza o meno con la vittima, della consistenza del nucleo familiare superstite, che necessariamente attenua il senso di vuoto e la sofferenza che la precoce scomparsa della persona cara genera, dell'età della vittima e dei singoli superstiti, risulta congruo, facendo riferimento alle Tabelle in uso presso il Tribunale di Milano, liquidare: per [REDACTED] quale figlia convivente la somma di euro 225.455,00 (67 punti, ossia 12+20+16+12+5); per [REDACTED] quale nipote convivente la somma di euro 87.672,00 (60 punti, ossia 8+18+20+9+5); per [REDACTED] [REDACTED] quale nipote convivente la somma di euro 90.594,40 (62 punti, ossia 8+20+20+9+5); per [REDACTED] quale nipote convivente la somma di euro 87.672,00 (60 punti, ossia 8+18+20+9+5); per [REDACTED] quale figlio non convivente la somma di euro 164.885,00 (49 punti, ossia 12+20+0+12+5); per [REDACTED] la somma di euro 164.885,00 (49 punti, ossia 12+20+0+12+5).

I 5 punti assegnati per la qualità e intensità del rapporto effettivo si giustificano in quanto il rapporto è intendersi senz'altro esistente, dato lo stretto vincolo parentale e le considerazioni sopra svolte in ordine anche alla posizione dei nipoti, ma il punteggio va riconosciuto in misura non elevata in mancanza di ulteriore specifica prova sul punto. Sotto tale profilo va anche considerato che le condizioni fisiche scadute di [REDACTED] erano idonee a ridurre la qualità ed intensità del rapporto parentale con i prossimi congiunti.

In considerazione della natura di debito di valore, vanno, altresì, riconosciuti agli attori gli interessi, compensativi del danno da ritardo, al saggio legale, calcolati sulla somma annualmente rivalutata (previa devalutazione del superiore importo al giorno del decesso). Sugli importi complessivamente dovuti, in virtù dei criteri di calcolo sopra enucleati, a titolo risarcimento dei danni patiti, vanno aggiunti gli interessi al tasso legale dalla decisione al saldo.

11. Relativamente ai pregiudizi chiesti *iure hereditatis* dagli eredi di [REDACTED] [REDACTED] va preventivamente ricordato l'ormai consolidato orientamento della Suprema Corte circa l'irrisarcibilità del c.d. danno da lesione del diritto alla vita.

In particolare, la Suprema Corte ha affermato, a Sezioni Unite, che *"In materia di danno non patrimoniale, in caso di morte cagionata da un illecito, il pregiudizio conseguente è costituito dalla perdita della vita, bene giuridico autonomo rispetto alla salute, fruibile solo in natura dal titolare e insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, sicché, ove il decesso si verifichi*



immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali, deve escludersi la risarcibilità "iure hereditatis" di tale pregiudizio, in ragione - nel primo caso - dell'assenza del soggetto al quale sia collegabile la perdita del bene e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio, ovvero - nel secondo - della mancanza di utilità di uno spazio di vita brevissimo" (Cass. civ. Sez. Unite Sent., 22/07/2015, n. 15350).

Per quanto attiene al danno morale catastrofale e al danno biologico terminale, entrambi richiesti *iure successionis*, va ricordato che per danno biologico terminale si intende il pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, e che sussiste per il tempo della permanenza in vita, anche indipendentemente dalla percezione della grave lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa.

È stato, quindi, ritenuto, in astratto, configurabile e trasmissibile *iure hereditatis* il danno non patrimoniale nelle due componenti di danno biologico "terminale", cioè di danno biologico da invalidità temporanea assoluta, configurabile in capo alla vittima nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo e di danno morale "terminale o catastrofale o catastrofico", ossia del danno consistente nella sofferenza patita dalla vittima che lucidamente assiste allo spegnersi della propria vita, quando vi sia la prova della sussistenza di un suo stato di coscienza nell'intervallo tra l'evento lesivo e la morte, con conseguente acquisizione di una pretesa risarcitoria trasmissibile agli eredi.

Quindi, con riguardo al danno biologico terminale, che è sempre presente a prescindere dallo stato di coscienza del leso, è configurabile, e trasmissibile "iure successionis", ove la persona ferita non muoia immediatamente, sopravvivendo per almeno ventiquattro ore, tale essendo la durata minima, per convenzione legale, ai fini dell'apprezzabilità dell'invalidità temporanea, essendo, invece, irrilevante che sia rimasta cosciente (Cass. civ. Sez. lavoro, 28/02/2022, n. 6503; Cass. civ. Sez. lavoro Ord., 22/01/2021, n. 1406; Cass. civ. Sez. III Ord., 05/07/2019, n. 18056; per la giurisprudenza di merito recente cfr Tribunale Cosenza Sez. II Sent., 12/08/2021).

Ai fini della liquidazione del danno biologico terminale, esclusa l'applicabilità dei criteri orientativi specifici indicati per il danno non patrimoniale terminale nelle tabelle milanesi, in quanto elaborati valorizzando anche la componente della sofferenza connessa alla percezione della morte imminente, c.d. danno catastrofale o catastrofico (come precisato nella nota esplicativa dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile), nella specie non liquidabile (per le ragioni di seguito esposte) in difetto di prova, si reputa di quantificare il danno subito, a titolo di danno biologico terminale, ossia di inabilità temporanea assoluta, sulla scorta delle tabelle del Tribunale di Milano per l'inabilità temporanea assoluta, in euro 148,50 al giorno, ossia pari al valore base, aumentato nella misura massima, pari al 50%, in considerazione del fatto che le menomazioni hanno avuto esito non nella guarigione ma nella morte della vittima, per un importo complessivo di euro 2.673,00 all'attualità (ossia euro 148,50 x 18 giorni, ossia dal 19.02.2015 da quando veniva ragionevolmente per le carenze diagnostiche e terapeutiche dei sanitari ad evidenziarsi un aggravamento dello stato patologico), da liquidare in favore degli attori [REDACTED] quali eredi di [REDACTED]



Non è risarcibile, invece, il danno morale catastrofale, ossia il danno consistente nella sofferenza patita dalla vittima che lucidamente assiste allo spegnersi della propria vita, che presuppone la prova della sussistenza di un suo stato di coscienza nell'intervallo tra l'evento lesivo e la morte, invece nella specie non risultante dalla documentazione sanitaria che descriveva (ed anche la ctu collegiale) il paziente in stato di incoscienza, dunque non vi sono elementi tali da poter portare a ritenere che [REDACTED] possa avere percepito la propria infausta sorte lucidamente e coscientemente nell'intervallo precedente al decesso.

Sull'importo complessivo spetta, inoltre, il risarcimento del danno da ritardo, che si calcola devalutando la somma totale alla data del fatto e calcolando gli interessi legali sulla somma di anno in anno rivalutata sino alla sentenza. Sull'importo totale rinveniente al momento della sentenza sono dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo effettivo.

12. Le spese seguono la soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo. Le spese di ctu vanno poste definitivamente a carico di tutte le parti in solido.

P.Q.M

Il Tribunale di Civitavecchia, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, così provvede:

-ACCOGLIE parzialmente la domanda di [REDACTED] quest'ultima in proprio e nella qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore [REDACTED], nonché di [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] ARINI volta al risarcimento *iure proprio* del danno non patrimoniale per perdita del rapporto parentale conseguente alla morte di [REDACTED] DICHIARA la responsabilità per le causali di cui in motivazione di [REDACTED] nella causazione del decesso di [REDACTED] e, per l'effetto, CONDANNA [REDACTED] al risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio* dai congiunti appena indicati, con pagamento in favore di [REDACTED] della somma di euro 225.455,00, in favore di [REDACTED] della somma di euro 87.672,00, in favore di [REDACTED] della somma di euro 90.594,40, in favore di [REDACTED] della somma di euro 87.672,00, in favore di [REDACTED] della somma di euro 164.885,00 e in favore di [REDACTED] della somma di euro 164.885,00; oltre per tutti, a titolo di danno da ritardo, gli interessi secondo i criteri di calcolo di cui in motivazione al punto sub 10); sull'importo totale rinveniente al momento della ordinanza sono dovuti gli interessi legali dalla data della presente ordinanza al saldo effettivo; - CONDANNA, infine, la [REDACTED] al risarcimento del danno non patrimoniale *iure hereditatis* mediante pagamento della somma complessiva di euro 2.673,00 in favore di [REDACTED] oltre a titolo di danno da ritardo gli interessi secondo i criteri di calcolo di cui in motivazione al punto sub 11); sull'importo totale rinveniente al momento della ordinanza sono dovuti gli interessi legali dalla data della presente ordinanza al saldo effettivo;

-RESPINGE tutte le altre domande;



-CONDANNA la [REDACTED] al pagamento in favore di [REDACTED] quest'ultima in proprio e nella qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore [REDACTED] delle spese di lite del presente giudizio da liquidarsi nell'importo complessivo di euro 41.404,93 di cui euro 1.404,93 per spese vive ed euro 40.000,00 per compensi oltre iva, cassa e rimborso forfettario come per legge, da distrarsi in favore dell'avv. [REDACTED] [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED] [REDACTED] dichiaratisi difensori antistatari;

-PONE le spese delle due ctu definitivamente a carico della [REDACTED] con obbligo di restituzione in favore degli attori di quanto da questi corrisposto in favore dei ctu.

Si comunichi.

Civitavecchia 14.11.2023

Il giudice
Daniele Sodani

