



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Avellino, II sezione civile, in persona della dott.ssa Teresa Cianciulli in funzione di giudice unico, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 5585 del ruolo generale affari contenziosi dell'anno 2016
avente ad oggetto: risarcimento danni

TRA

[REDAZIONE] tutti rappresentati e difesi dall'avv. Mario Esposito -che ha dichiarato di voler ricevere le comunicazioni di cancelleria all'indirizzo pec in atti-, unitamente al quale sono elettivamente domiciliati in Avellino presso lo studio dell'avv. Vittorio Manganelli come indicato in atti, giusta procura in calce all'atto di citazione

ATTORI

E

[REDAZIONE] in persona del legale rappresentante pro-tempore, elettivamente domiciliata in [REDAZIONE] presso lo studio dell'avv. Paolo Iannone -che ha indicato indirizzo telematico in atti-, che la rappresenta e difende giusta procura in atti

CONVENUTA

E

[REDAZIONE] in persona del legale rappresentante pro-tempore, rappresentata e difesa dall'avv. prof. Nicola de Luca con studio in [REDAZIONE], giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta

TERZA CHIAMATA

E

[REDAZIONE], elettivamente domiciliato in [REDAZIONE] presso lo studio legale dell'avv. Annalisa Benigni, che lo rappresenta e difende unitamente all'avv. Alberto Eugenio Rossano, giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta ed indirizzo telematico in atti

TERZO CHIAMATO

E

[REDACTED], elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso lo studio legale dell'avv. prof. Giorgio Fontana, che lo rappresenta e difende, giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta ed indirizzo telematico in atti

TERZO CHIAMATO

E

[REDACTED], elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso lo studio legale dell'avv. Achille Beneigni, che lo rappresenta e difende, giusta procura in atti e risposta ed indirizzo telematico in atti

TERZO CHIAMATO

E

[REDACTED], elettivamente domiciliato presso lo studio legale dell'avv. Saverio Citera, che lo rappresenta e difende, giusta procura in atti ed indirizzo telematico in atti

TERZO CHIAMATO

E

[REDACTED], elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso lo studio legale dell'avv. Olindo Paolo Preziosi, che lo rappresenta e difende, giusta procura in atti ed indirizzo telematico in atti

TERZO CHIAMATO

E

[REDACTED], in persona del leg. rapp.te p.t., elettivamente domiciliato in [REDACTED] presso lo studio legale dell'avv. Francesco Napolitano, che lo rappresenta e difende, giusta procura in atti ed indirizzo telematico in atti

TERZO CHIAMATO

E

[REDACTED], in persona del leg. rapp.te p.t., elettivamente domiciliata in [REDACTED] presso lo studio legale dell'avv. Francesco Zinzi, che la rappresenta e difende congiuntamente e disgiuntamente all'avv. Elisa Valentin -con indirizzi telematici in atti-, giusta procura speciale a margine della comparsa di costituzione e risposta

TERZO CHIAMATO

CONCLUSIONI

Come da verbale d'udienza.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato, gli attori hanno convenuto in giudizio la [REDACTED], premettendo: che [REDACTED], coniuge dell'attrice [REDACTED] e padre degli altri attori, era stato ricoverato per effettuare controlli cardiologici presso il reparto di cardiologia della Clinica convenuta in data 9.4.2011, godendo di buone condizioni di salute come reso palese dagli esami ematochimici eseguiti il 18.3.11; -che inspiegabilmente le condizioni di salute del [REDACTED] subivano un peggioramento durante il ricovero fino al decesso, avvenuto in data 29.4.2011; -che l'esame della cartella clinica effettuato dal proprio CTP aveva rivelato plurime inadempienze del personale sanitario e della struttura convenuta: infatti, erano stati effettuati molteplici tentativi di angioplastica in sede di coronarografia in assenza di consulenza cardiochirurgica nonostante l'aggravarsi delle condizioni di salute ed il trasferimento nel reparto di UTIC; che, inoltre, la cartella clinica era stata redatta in modo estremamente lacunoso contrario ai protocolli ed il CD delle procedure di angioplastica consegnato era relativo ad un diverso paziente; -che i modelli di consenso informato erano incompleti, non risultando inseriti i dati del paziente.

Tanto premesso, gli attori deducevano che la morte del loro coniunto era causalmente riconducibile alla responsabilità professionale del personale medico che lo aveva avuto in cura presso la Clinica convenuta, i quali, nonostante le estreme calcificazioni presenti e l'anatomia sfavorevole effettuarono numerosi tentativi di angioplastica, laddove la patologia riscontrata avrebbe richiesto, previa consulenza, un trattamento cardiochirurgico; -che il [REDACTED] aveva subito un danno biologico nei venti giorni di ricovero ed un danno c.d. da catastrofe, di cui essi attori chiedevano il risarcimento quali eredi; -che, poi, a seguito della morte del [REDACTED] gli istanti, quali coniuge e figli non conviventi, ma aventi tutti stretti rapporti affettivi di giornaliera frequentazione, avevano subito un danno patrimoniale e non patrimoniale.

Tanto essenzialmente esposto, gli attori hanno chiesto la condanna della convenuta al risarcimento dei predetti danni, con vittoria di spese di lite.

Instauratosi il contraddittorio, si è costituita la [REDACTED], che ha chiesto rigettarsi la domanda, infondata in fatto ed in diritto, sottolineando l'assenza di qualsivoglia responsabilità professionale in capo ai propri medici dipendenti.

La convenuta ha, poi, chiesto di essere autorizzata a chiamare in causa la propria compagnia assicurativa per essere manlevata dalle conseguenze eventualmente

sfavorevoli derivanti dalla sentenza ed i medici che avevano avuto in cura [REDACTED]

Autorizzata e ritualmente effettuata la chiamata in causa, la compagnia [REDACTED]

[REDACTED] si è costituita, eccependo l'inammissibilità ed l'infondatezza della domanda attorea, facendo proprie le difese della convenuta in tema di assenza di qualsivoglia responsabilità in capo al personale medico. In ogni caso, la terza chiamata ha chiesto, nell'ipotesi di accoglimento della domanda attorea, che la condanna a manlevare l'assicurata fosse emessa solo previa verifica dell'insussistenza di inadempimenti contrattuali della propria assicurata e, comunque, contenuta nei limiti della franchigia contrattuale (€ 5.000,00) e dei massimali di polizza (€ 5.000.000,00 per sinistro ed € 10.000.000,00 per ogni anno di durata del contratto di assicurazione).

Si sono costituiti ritualmente e tempestivamente in giudizio anche i cinque medici convenuti, chiedendo il rigetto della domanda attorea, sottolineando l'assenza di qualsivoglia loro responsabilità professionale per negligenza, imprudenza ed imperizia e la prescrizione del diritto al risarcimento del danno per decorrenza del termine quinquennale applicabile attesa la natura extracontrattuale del rapporto tra paziente e medico secondo la qualificazione prevista dalla legge c.d. Gelli-Bianco.

I convenuti hanno anche eccepito l'inammissibilità della domanda spiegata dalla convenuta e sottesa alla chiamata in causa.

Inoltre, i convenuti hanno chiesto di chiamare in garanzia, per essere manlevati in caso di soccombenza, le rispettive compagnie di assicurazione.

Autorizzate e ritualmente effettuate le chiamate in causa, si sono costituite le compagnie di assicurazione [REDACTED], la [REDACTED], eccependo l'infondatezza della domanda attorea e facendo proprie le difese dei convenuti in tema di inammissibilità della chiamata in causa dei medici, la prescrizione del diritto al risarcimento del danno e l'assenza di qualsivoglia responsabilità in capo al personale medico.

In ogni caso, la terza chiamata [REDACTED] ha chiesto l'accertamento dell'inefficacia della polizza attesta la valida stipulazione delle clausole c.d. *claims made*; [REDACTED] ha chiesto, nell'ipotesi di accoglimento della domanda attorea, che la condanna a manlevare gli assicurati tenesse conto che la garanzia operava in secondo rischio rispetto alla garanzia relativa alla polizza contratta dalla Clinica e, quindi, oltre il massimale di quest'ultima.

La causa veniva istruita tramite l'espletamento di prove testimoniali, acquisizione della documentazione prodotta dalle parti e CTU medico legale.

Indi, la causa, sulle precise conclusioni, veniva riservata per la decisione con concessione dei termini per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda attorea è fondata per i motivi che si passano ad illustrare.

Va, innanzitutto, rilevato che gli attori hanno avanzato domanda risarcitoria precisando, da un lato, che la morte del loro stretto congiunto è stata diretta conseguenza della negligenza del personale medico, che l'ha assistito durante il ricovero presso la Clinica convenuta ed, in particolare, dei medici che hanno effettuato i plurimi tentativi di angioplastica, senza richiedere un consulenza cardiochirurgica e con conseguente omissione del ricorso all'intervento chirurgico necessario a salvare la vita di [REDACTED].

In via preliminare, è opportuno qualificare l'azione proposta, tenendo conto che si tratta di un evento e di una controversia anteriore all'entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco n. 24/2017.

Trova, dunque, applicazione, il d.l. n. 158 del 2012 c.d. decreto Balduzzi, in quanto la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che le norme sostanziali contenute nella legge Gelli-Bianco non possono applicarsi, in assenza di una disposizione transitoria che ne sancisca la retroattività, ai fatti verificatisi in epoca anteriore alla sua entrata in vigore (cfr. Cass. n. 28994/2019).

Una volta individuato il quadro normativo di riferimento, va detto che l'ente sanitario ed il medico che svolge la sua attività per tale ente (nel caso di specie una struttura privata), rispondono verso il paziente a titolo di responsabilità contrattuale per i danni subiti a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica, in quanto non può dubitarsi che fra il paziente e la struttura sanitaria, nonché tra il paziente ed il medico sia stato stipulato, al momento del ricovero dello stesso, un contratto.

Per effetto del ricovero sorgono, dunque, una serie di obbligazioni tra soggetti determinati e di contenuto specifico, dirette a soddisfare un interesse predefinito, e non, o meglio, non solo l'interesse generico a non subire lesioni nella sfera dei propri diritti. Sotto l'aspetto degli obblighi e delle prestazioni, cioè, non sono rinvenibili differenze di rilievo a seconda che il rapporto nasca da un vero e proprio accordo negoziale diretto tra medico e paziente ovvero dal contratto intercorso tra quest'ultimo e la struttura sanitaria

in cui il medico, a qualsiasi titolo, presta la sua attività (*cfr.*, in tal senso ed *ex plurimis*, Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, Cass. SS. UU., 1° luglio 2002, n. 9556 e Cass. 19 aprile 2006, n. 9085 Cass.; Cass. Sezioni Unite n. 577/2008).

Inoltre, ai fini della configurabilità della responsabilità della struttura sanitaria è, infatti, sufficiente che la stessa comunque si avvalga dell'opera del medico, non valendo ad escludere la sua responsabilità la circostanza che ad eseguire l'intervento sia un medico di fiducia del paziente, sempre che la scelta cada (anche tacitamente) su un professionista inserito nella struttura sanitaria ovvero che si avvalga di tale struttura, giacché la scelta del paziente risulta in tale ipotesi operata pur sempre nell'ambito di quella più generale ed a monte effettuata dalla struttura sanitaria, come del pari irrilevante è che la scelta venga fatta dalla struttura sanitaria con (anche tacito) consenso del paziente (*cfr. Cassazione civile, sez. III, 13/04/2007, n. 8826; Cass. 14 giugno 2007 n. 13953; Cass. 14 luglio 2004 n. 13066; Cass. 22 dicembre 1999, n. 589; Cass. 29.9.2004, n. 19564; Cass. 21.6.2004, n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006*).

Così delineato l'ambito del contendere, a fronte della qualificazione giuridica a cui si è pervenuti in ordine alla predetta domanda, giova rammentare i recenti arresti della giurisprudenza di legittimità con riguardo alla ripartizione dell'onere della prova nei giudizi aventi oggetto la specifica ipotesi di responsabilità medica che viene in rilievo nell'odierna fattispecie.

L'orientamento ormai consolidato della giurisprudenza in tema di riparto dell'onere della prova nel campo della responsabilità medica, anche in ordine all'elemento causale (*cfr. Cass. sez. un. 11.1.2008, n. 577*), ha portato alle estreme conseguenze la contrattualizzazione della responsabilità in campo medico, abbandonando definitivamente la distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato in nome della regola della distribuzione dell'onere della prova in base al principio della prossimità rispetto alla fonte.

Già alcuni anni addietro la Suprema Corte, ma a sezione semplice, aveva dismesso la distinzione tra interventi routinari e di facile esecuzione, da un lato, e quelli di non agevole esecuzione, dall'altro (*cfr. Cass. 28.5.2004, n. 10297*), e la correlativa distribuzione dell'onere della prova, puntualizzando che l'attore, pur gravato dall'onere di allegazione dei profili concreti di colpa medica, non è tenuto fino al punto "*di enucleazione di specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili solo dagli esperti del settore (...) sufficiente essendo, per converso, la contestazione dell'aspetto colposo dell'attività medica secondo quelle che si ritengono*

in essere, in un dato momento storico, le cognizione ordinarie di un non professionista che, espletando, peraltro, la professione di avvocato conosca (o debba conoscere) l'attuale stato dei profili di responsabilità del sanitario" (Cass. 19.5.2004, n. 9471).

In altri e più diretti termini l'onere di allegazione dell'inadempimento (casualmente) efficiente non può spingersi fino al punto di delineare con estrema precisione quale sarebbe il profilo di inadeguatezza dell'operato dei sanitari, pena il pieno ritorno alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato, ma di enunciare una serie di proposizioni tali da rendere credibile la correlazione tra il pregiudizio patito dal paziente e le prestazioni ricevute, incombendo poi sul convenuto l'onere della prova circa la non imputabilità dell'inadempimento inferito sulla base di quanto appena indicato.

L'itinerario ermeneutico percorso dalla giurisprudenza di legittimità è, poi, culminato, sul piano della ripartizione dell'onere della prova, nell'affermazione del principio secondo cui, nelle cause di responsabilità professionale del medico, è il paziente che agisce in giudizio, deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, a dover provare il contratto e a dover allegare l'inadempimento del sanitario, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento. Più precisamente, il paziente dovrà fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari" (Cass. Sez. 3, *Sentenza n. 975 del 16/01/2009*), restando a carico del sanitario la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

Affinché possa dirsi raggiunta la prova liberatoria posta a carico del sanitario, quindi, nell'interpretazione della Corte, il medico è chiamato a provare che il risultato anomalo o anormale del trattamento sanitario, e cioè il suo scostamento rispetto ad una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza, non sia ascrivibile alla sua condotta, tenuta in conformità alla diligenza in concreto dovuta, parametrata alle specifiche circostanze della fattispecie in esame.

Infine, sotto il profilo del nesso di causalità, giova ricordare che la valutazione di questo nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell'illecito civile, quindi, la c.d. causalità materiale trova disciplina negli artt. 40 e 41 c.p., ossia nel criterio della *condicio sine qua non* riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche.

Come da ultimo chiarito dalle SS.UU. della Corte di Cassazione, insomma, il nesso di causalità materiale, tra condotta ed evento lesivo, anche nella responsabilità da illecito civile, deve essere accertato secondo i principi penalistici di cui agli artt. 40 e 41 c.p., per cui un evento è causato da un altro se non si sarebbe verificato in assenza del secondo.

Tuttavia, ha ulteriormente precisato la suprema Corte, una causalità materiale non è sufficiente per avere una causalità giuridicamente rilevante, la quale impone di dare rilievo, secondo la teoria della regolarità causale o della causalità adeguata, con cui va integrata la teoria della *condicio sine qua non*, a quei soli eventi che, al momento in cui si produce l'evento causante, non siano inverosimili e imprevedibili, secondo un giudizio *ex ante* (di prognosi postuma), da ricondurre al momento della condotta e da effettuare secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili (SS.UU. n. 581/08).

Le SS.UU. della Suprema Corte hanno, però, precisato che, pur essendo gli stessi i principi che regolano il procedimento logico-giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale, ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola oltre il ragionevole dubbio, nel secondo la regola della preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non (SS.UU. n. 581/08).

Giova, quindi, evidenziare che in materia civile, quindi, a differenza che in materia penale l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza probabilistica.

Ed invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, nel caso in cui il ricorso a nozioni di medicina legale non possa fornire un grado di certezza assoluta, la ricorrenza del rapporto di causalità non possa essere esclusa in base al mero rilievo di margini di relatività. A fronte di un serio e ragionevole criterio di probabilità scientifica, specie qualora manchi la prova della preesistenza, concomitanza o sopravvenienza di altri fattori, che in via esclusiva abbiano determinato l'evento lesivo (Cass. 2010/16123).

L'autonomia del processo civile rispetto a quello penale si riflette anche in tema di onere della prova, avendo il convenuto l'onere di provare con una compiuta dimostrazione l'interferenza di una diversa concausa, che possa dirsi da sola sufficiente alla determinazione dell'evento lesivo, secondo il criterio dell'art. 41 c.p. (Cass. 2012/13214)

Tanto chiarito in punto di diritto, è necessario passare all'esame della fattispecie concreta.



Nel caso in esame, attraverso l'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio, è stato accertato che vi è stata una imperizia degli operatori sanitari (ad eccezione del [REDACTED], che non fu informato del quadro clinico, non prese parte alle decisioni e agli interventi in lite).

Costoro effettuarono correttamente il primo tentativo di angioplastica, in quanto per il paziente vi era indicazione alla procedura PTCA, per l'accettazione in clinica con diagnosi di "ischemia coronarica", per età, assenza di diabete, buona clearance della creatinina, per la non grave malattia vascolare periferica. Tuttavia, i medici, dopo aver verificato che le stenosi non erano "crossabili", a causa delle calcificazioni coronarie, e dopo il non riuscito tentativo di crossare il vaso stenotico, hanno compiuto il 12.4.11 molteplici ulteriori tentativi di PTCA, causando un danno al miocardio, che è stato la causa dell'infarto acuto e del decesso del paziente. Un ultimo tentativo di PTCA è stato effettuato dai medici in data 23.4.2011 ed ha avuto un esito solo parzialmente soddisfacente per la dilatazione dell'IVA, ma non dell'arteria coronarica circonflessa.

In particolare, la negligenza è consistita nei molteplici tentativi di "crossare" un IVA stenotica sensibilmente calcificata, lasciando in situ l'introduttore, per effettuare un nuovo tentativo, senza il necessario confronto con il cardiochirurgo.

Invece, secondo le linee guida i medici avrebbero dovuto ricorrere al consulto del c.d. "heart team" per l'analisi del quadro clinico e per poter optare per l'intervento cardiochirurgico di by-pass, che avrebbe salvato la vita al paziente. Infatti, tale intervento aveva un altissima probabilità di successo, nonostante l'età avanzata del paziente (cfr. su tale ultimo aspetto integrazione alla CTU).

Le conclusioni raggiunte dal CTU sono pienamente condivise dal Giudicante, sia perché fondate su attenta analisi della documentazione medica in atti, sia perché corredate da esaustiva motivazione con riferimenti alle linee guida applicabili e immune da vizi logici, sia perché corredata da completi chiarimenti alle osservazioni dei CTP ed alle richieste integrative del Giudicante.

In definitiva, nel caso in esame, facendo applicazione dei principi giurisprudenziali illustrati, è possibile concludere che gli attori hanno dimostrato il danno ed il nesso di causalità tra la prestazione professionale ricevuta ed il danno, ossia che l'evento morte sia stato conseguenza di tale prestazione.

Inoltre, le controparti nulla hanno compiutamente dedotto e provato in merito all'esistenza di concuse da sole idonee a produrre l'evento lesivo.

Da ciò consegue che va accolta la domanda relativa alla declaratoria di responsabilità della convenuta per la negligenza ed imperizia dimostrata dai sanitari che hanno avuto in cura [REDACTED] nel corso del ricovero presso la Clinica convenuta, con conseguente condanna di quest'ultima al risarcimento dei danni.

Venendo, a questo punto, all'individuazione delle varie voci di danno, va detto che gli attori, che erano la moglie ed i figli del [REDACTED] spetta il risarcimento del danno non patrimoniale derivante dalla perdita del loro stretto congiunto.

In punto di diritto, si osserva che il c.d. danno da perdita parentale comprende sia la sofferenza interiore e lo stato di prostrazione derivanti dall'avvenimento luttooso (compreso il c.d. danno morale in senso stretto), sia le conseguenze nell'ambito delle relazioni parentali e familiari (c.d. pregiudizio e/o sconvolgimento derivante dalla lesione dell'integrità della famiglia" o danno esistenziale) (cfr. *Cass. 2012/7272; Cass. 2013/19402*).

La liquidazione di tale danno va compiuta, con esclusione di qualsivoglia duplicazione e/o riduzione di risarcimento, in via equitativa mediante la determinazione di un importo omnicomprensivo che tenga conto delle varie componenti del danno, alla luce delle specifiche prove fornite dall'attore in merito a ciascuna di tali componenti (cfr. *Cass. S.U. 2008/26972; Cass. 2011/1072; Cass. 2011/2557; Cass. 2010/19816*).

Nella determinazione della somma da riconoscere al danneggiato, si dovranno considerare le peculiarità del caso concreto (alla luce della eventuale presenza dei profili di danno innanzi specificati) e adeguare ad esse l'ammontare della somma ritenuta congrua a risarcire la mera perdita del rapporto parentale subita dal soggetto leso.

Nel caso in esame, va tenuto conto: 1) che tutti gli attori, erano avvinti da uno stretto rapporto di parentela, ma a differenza della moglie i figli non convivevano con il padre deceduto; 2) il fatto che i figlio abitavano nella stessa città di [REDACTED] o nel vicino paese di [REDACTED] (ove anche il *de cuius* era nato) ed avevano con il padre una frequentazione assidua, dovendosi presumere che il danno sarà tanto maggiore quanto più assidua è stata la frequentazione tra la vittima ed il superstite; 3) dell'età che il [REDACTED] aveva al momento della morte (81 anni e due mesi), essendo il danno inversamente proporzionale al naturale avvicinarsi del termine della vita; 4) dell'età che ciascuno degli attori aveva al momento della morte del loro congiunto, essendo il danno tanto maggiore quanto minore è l'età del congiunto superstite; 5) la presenza di più familiari non conviventi.

Con particolare riferimento alla ricostruzione della qualità ed intensità del rapporto affettivo esistente tra la vittima ed i propri congiunti, odierni attori, giova evidenziare che gli attori hanno



dettagliatamente descritto tale rapporto, che non è stato oggetto di contestazione; del resto la convivenza con il coniuge superstita e la vicinanza dei luoghi di residenza dei figli non conviventi rappresentano dati oggettivi evincibili documentalmente.

Orbene, questo Giudicante ritiene, alla luce dei recenti arresti giurisprudenziali (cfr. Cass. 26300/21) che alla luce della tabella del Tribunale di Roma del danno parentale, aggiornata al 2019, e dei criteri sopra indicati, nonché della convivenza della moglie e della mancanza della convivenza dei figli appare equo riconoscere agli attori: [REDACTED] la somma di € 264.780,90, pari a n. 27 punti di danno parentale (valore del punto € 9.806,70); -agli altri tre attori la somma di € 100.000,00 come da domanda (spetterebbe loro la somma di € 107.873,70 ciascuno, pari a n. 11 punti di danno parentale, attesa la riduzione di $\frac{1}{2}$ per la mancata convivenza).

Non può essere riconosciuto il danno biologico *iure hereditatis*, né il danno da catastrofe, né da mancata tenuta della cartella clinica sia perché l'accertamento della responsabilità della Clinica convenuta per il decesso del paziente ed il riconoscimento del danno parentale appare assorbente rispetto a tali voci di danno, sia per la mancata specifica prova delle condizioni di salute del paziente nel periodo intercorrente tra il ricovero ed il decesso (non è chiaro se si fosse verificata l'invalidità permanente al 100% di cui parlano gli attori).

Va, invece, riconosciuto il risarcimento del danno da mancato consenso informato, attesa la effettiva mancata prova -incombente sulla convenuta- della corretta e completa informazione sul trattamento sanitario effettuato e la carente compilazione dei relativi moduli cartacei. VA, poi, considerato che tale mancata informazione ha impedito al [REDACTED] di optare per la scelta dell'intervento cardiochirurgico, come sopra ampiamente illustrato.

Tale danno va liquidato, in via equitativa, nella somma complessiva di € 25.000,00, attesa l'eccezionale gravità delle conseguenze subite dal paziente. Tale somma va attribuita agli attori *iure hereditatis* in ragione delle rispettive quote ereditarie.

Infine, carenti sono le allegazioni relative al presunto danno patrimoniale della sola attrice [REDACTED], non risultando indicato se costei percepisse un proprio reddito o meno e quanta parte del reddito fosse destinato dal *de cuius* a se stesso, elemento indispensabile per valutare la sussistenza e quantificare tale danno.

In definitiva la convenuta va condannata in solido al pagamento in favore degli attori delle somme suindicate (che trattandosi di debiti di valore sono state già rivalutate all'attualità), oltre interessi al tasso legale dalla decisione al saldo (*Cass. S.U. n. 1712/95*).

Per il periodo anteriore, dalla data del fatto (29.4.2011) e fino alla presente pronuncia, la convenuta va condannata al pagamento degli interessi compensativi al tasso legale sulla somma suindicata svalutata e,

poi, annualmente rivalutata secondo gli indici ISTAT.

E' necessario, a questo punto, passare ad analizzare la domanda sottesa alla chiamata in causa effettuata dalla Clinica nei confronti della propria compagnia di assicurazione.

Non risulta contestata la validità ed efficacia del rapporto contrattuale di assicurazione e non risulta superato il limite del c.d. massimale di polizza, pari ad € 5.000.000,00 per singolo sinistro.

Pertanto, la compagnia di assicurazione [REDACTED] va condannata a manlevare la convenuta rimborsando, con la franchigia di € 5.000,00, quanto corrisposto agli attori in esecuzione della presente sentenza, anche a titolo di spese di lite.

E' necessario, a questo punto, passare ad analizzare la domanda sottesa alla chiamata in causa effettuata dalla Clinica nei confronti dei medici [REDACTED].

Orbene, come correttamente eccepito dai difensori di alcuni dei chiamati in causa, tale domanda è inammissibile.

Va, infatti, segnalata l'assoluta carenza di allegazione del titolo in forza della ragione per la quale è stata effettuata la chiamata in causa nella comparsa di costituzione

Poi, assolutamente contraddittorie ed insufficienti sono le allegazioni contenute nella memoria ex art. 183 VI co. c.p.c. della convenuta, che fa riferimento dapprima alla necessaria partecipazione dei medici al fine di esercitare il diritto di difesa e chiarire i fatti di causa nel giudizio; poi, la convenuta accenna ad un eventuale accertamento delle responsabilità dei medici ai fini dell'eventuale esercizio di un'azione di regresso nei loro confronti.

E' evidente che la chiamata in causa non è stata originariamente e tempestivamente effettuata, tramite l'indicazione che i chiamati in causa fossero responsabili tenuti a rispondere del fatto dannoso dedotto dagli attori.

Pertanto, secondo il consolidato indirizzo giurisprudenziale, non è possibile ritenere che la domanda attorea sia stata automaticamente estesa ai medici chiamati in causa. Invero, l'estensione automatica della domanda si verifica soltanto nel caso in cui la chiamata in causa è effettuata dal convenuto per ottenere la liberazione dalla pretesa attorea (tramite l'indicazione del chiamato come responsabile o corresponsabile dell'evento dannoso) e giammai nell'ipotesi della chiamata in garanzia propria o impropria (cfr. Cass. 11103/2019; Cass. 15232/2021).

Giova, poi, segnalare che gli attori non hanno proceduto all'estensione ai chiamati in causa delle domande spiegate in causa.

Infine, l'azione di regresso c.d. anticipata, spiegata con la prima memoria ex art. 183 VI co. c.p.c. è assolutamente inammissibile sia in quanto tardiva, sia in quanto priva dell'allegazione dei fatti indispensabili per l'accertamento e la graduazione delle rispettive responsabilità dei singoli medici.

Dalla declaratoria di inammissibilità della domanda sottesa alla chiamata in causa dei medici da parte della convenuta Clinica discende, come effetto automatico, l'inutilità dell'esame delle domande spiegate dai medici terzi chiamati nei confronti delle loro compagnie di assicurazione.

In base al principio della soccombenza, la convenuta e la terza chiamata da quest'ultima vanno condannate in solido al rimborso nei confronti degli attori delle spese di giudizio, comprese le spese di CTU.

Le spese di lite tra la convenuta i medici terzi chiamati e tra questi ultimi e le rispettive compagnie di assicurazione vengono compensate, attesi gravi motivi connessi alla natura in rito e la complessità della decisione di inammissibilità della chiamata in causa dei medici, nonché il carattere conseguenziale e necessario delle chiamate in causa delle compagnie assicurative.

P.Q.M.

Il Tribunale di Avellino – II sezione civile –definitivamente pronunziando, così provvede:

1. condanna la convenuta [REDACTED] al pagamento, a titolo di risarcimento danni, delle seguenti somme in favore degli attori: 1) la somma di € 25.000,00 in favore di tutti gli attori in proporzione alle rispettive quote ereditarie; -2) la somma di € € 264.780,90, in favore di [REDACTED]; 3) in favore di [REDACTED]
[REDACTED] la somma di € 100.000,00 ciascuno, oltre interessi come in motivazione;
2. condanna la terza chiamata e la [REDACTED] a manlevare la convenuta Clinica, rimborsando quanto quest'ultima corrisponderà agli attori in esecuzione della presente sentenza fatta eccezione per la somma di € 5.000,00 (che resterà a carico della convenuta);
3. dichiara inammissibile la domanda sottesa alla chiamata in causa di [REDACTED]
[REDACTED];
4. condanna in solido la convenuta e la terza chiamata al pagamento in favore degli attori delle spese di lite che liquida in complessivi € 29.754,00 (di cui euro 560,00 per esborsi), oltre spese gen., IVA, CPA come per legge, con attribuzione in favore del procuratore degli attori;
5. pone definitivamente a carico della convenuta e della terza chiamata le spese di CTU, condannandola a rifondere agli attori quanto anticipato a tale titolo;
6. compensa le spese di lite tra tutte le altre parti in causa.

Avellino il 12.6.23

Il Giudice

Dott.ssa Teresa Cianciulli

