



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PALERMO

Sezione III civile – in composizione monocratica in persona del Giudice dott. Maura Cannella ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 11594 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi dell'anno 2022 vertente

TRA

[REDACTED], nata a Palermo in data [REDACTED]
[REDACTED] in proprio n.q. di coniuge e n.q. di amministratore di sostegno del [REDACTED] nato [REDACTED]
[REDACTED] giusto decreto di nomina R.G. 1289 Tribunale di Palermo, (all. 10) e [REDACTED] (C.F. [REDACTED])
[REDACTED] in proprio n.q. di figlio del Sig. [REDACTED],
tutti elettivamente domiciliati in Palermo, Corso Alberto Amedeo, n. 74 presso lo studio dell'Avv. Sallustro Emanuela, che li rappresenta e difende per mandato in atti;

– parte attrice –

CONTRO

Azienda Ospedaliera Universitaria “Policlinico Paolo Giaccone” di Palermo (C.F. 05841790826), in persona del rappresentante legale pro-tempore, rappresentata e difesa dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Palermo, presso i cui uffici, siti in Palermo, Via Valerio Villareale n. 6, domicilia ex lege;

– parte convenuta –

OGGETTO: Responsabilità professionale.

Conclusioni delle parti: all'udienza del 03/03/2025 svolta in modalità c.d. cartolare, le parti concludevano come da come da note di trattazione scritta alle quali si rinvia.

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO ED IN DIRITTO

Il fatto e lo svolgimento del processo.

Con l'atto introduttivo del presente giudizio, [REDACTED] in proprio, quale moglie, e n.q. di amministratore di sostegno di [REDACTED] e [REDACTED] quale figlio di quest'ultimo, hanno chiesto la condanna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito dei trattamenti sanitari cui era stato sottoposto [REDACTED] presso l'Azienda convenuta.

Hanno esposto che in data 11/09/2019 verso le 07.00 del mattino il Sig. [REDACTED] aveva subito una violenta crisi di vertigini e vomito e intervenuto il personale del "118" era stato condotto presso il Policlinico, ma dopo qualche ora, era stato dimesso con consiglio di eseguire esame cocleo-vestibolare (all. 1).

Intorno alle ore 19.00 dello stesso giorno, il [REDACTED] aveva accusato una nuova crisi ed era stato nuovamente condotto dal personale del "118" presso il P.S. del Policlinico di Palermo, ove era stato ricoverato in codice rosso (all.2).

Alle 20.40 l'obiettività neurologica aveva mostrato ptosi in OD, deficit inferiore del VII nc di sinistra, frenage alle prove indice-naso a sinistra ed il paziente inoltre aveva riferito ipoestesia all'arto superiore di destra.

Sottoposto ad angioTC e contattata la Stroke Unit dell'ARNAS Civico, i Sanitari del policlinico avevano appurato l'impossibilità di effettuare un eventuale trattamento endovascolare.

Avevano contattato la Stroke Unit ed il Policlinico di Messina che aveva richiesto l'esecuzione di RMN encefalo.

Non potendo espletare tale esame presso il Policlinico di Palermo, i Sanitari avevano allertato il Direttore Sanitario reperibile, che aveva preso contatto con il suo omologo dell'ARNAS Civico di Palermo, ove il sig. [REDACTED] era stato sottoposto a RMN encefalo.

Alla luce delle risultanze di tale esame, era stata ricontattata la Stroke Unit di Messina che si era resa disponibile ad accogliere il paziente (all.3).

Trasferito in elisoccorso presso l'Unità Operativa Neurochirurgica di Messina, il congiunto degli attori non era stato operato, perché giunto troppo tardivamente, ma era rimasto ivi ricoverato per 9 mesi e poi presso il Centro Bonini di Palermo in terapia intensiva (all. 4 e 5).

Gli attori hanno dedotto che, stante la tardività con cui i sanitari era intervenuti, il [REDACTED] era ridotto a vivere in stato vegetativo, avendo riportato *“esiti di ictus cerebrale con perdita della capacità cognitive e relazionali già sottoposto a tracheotomia, catetere a permanenza e alimentato con peg”*.

Ravvisata nella specie imprudenza, negligenza e imperizia nell'operato dei Sanitari del Nosocomio convenuto anche alla luce della relazione medico legale a firma del C.T.P. dott. D. Barone, parte attrice ha, quindi, concluso chiedendo al Tribunale di *«Preliminarmente, sulla scorta di quanto sopra argomentato ed allegato, ritenere e dichiarare che i danni tutti patiti dalla Sig.ra [REDACTED] così come sopra descritti, sono eziologicamente riconducibili all'operato nefasto, imprudente, negligente ed imperito dei Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo; - Pertanto, ritenere e dichiarare la responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale risarcitoria dei Sanitari e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo per tutti i fatti specificatamente indicati in questo atto di citazione, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1176 e 1218 e/o 2043 c.c., riconoscendo in favore degli odierni attori in p.p. e n.q. tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali patiti e patendi per la lesione dell'integrità fisica del [REDACTED] e patrimoniali e non patrimoniali degli attori del presente procedimento. - Conseguentemente, in via principale, in base a quanto dedotto in causa petendi, condannare l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, in persona del rappresentante legale pro tempore, al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali patiti e patendi, dai danneggiati in p.p. e n.q., come specificatamente determinati in parte motiva e complessivamente patiti dalle vittime (primaria e diretta – secondarie e dirette), sotto l'aspetto patrimo-*

niale e non patrimoniale, con riferimento al pregiudizio biologico, della vita di relazione, al danno morale, esistenziale, ed endofamiliare, il tutto ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 2043, 2051, e 2059 c.c., artt. 2 e 32 Cost., con applicazione dei criteri di calcolo elaborati dal Tribunale di Milano, ovvero in uso presso codesto Tribunale; - Nello specifico, liquidare il danno patrimoniale e non patrimoniale, nella sua più ampia accezione come specificato in diritto nel presente atto introduttivo; il tutto in base ai parametri in uso presso questo Tribunale, oltre gli interessi legali e la rivalutazione monetaria. Il risarcimento deve avvenire secondo equità circostanziata (art. 2056 cc), tenendosi conto che, "anche per il danno non patrimoniale il risarcimento deve essere integrale, e tanto più elevato quanto maggiore è la lesione ", (Cass. n. 29191/2008; Cass. n. 379/2009, Cass. n. 557/2009 e Cass. n. 11059/2009). Oltre alle voci di danno non patrimoniale esposte, si richiede l'integrale ristoro dei danni patrimoniali subiti, quali il danno emergente e il lucro cessante. Nel caso di specie, è di tutta evidenza che i postumi invalidanti e le menomazioni residuati al [REDACTED] dall'incidente in oggetto, abbiano causato, nella percentuale di danno biologico determinata, una diminuzione della capacità lavorativa generica della vittima, la quale dovrà essere considerata quale voce da liquidare nel complessivo danno non patrimoniale dell'attore. In riferimento alla riduzione della capacità lavorativa specifica, intesa quale attività in concreto svolta dal danneggiato, (all. 12) essa costituisce danno patrimoniale risarcibile autonomamente poiché ha provocato una riduzione della capacità di guadagno. Ad avviso della giurisprudenza ormai costante, la perdita della capacità lavorativa specifica si differenzia dalla incapacità lavorativa generica, ricompresa nel danno biologico, che considera la perdita della concorrenzialità della persona, oltre che la sua generale attitudine al lavoro, in relazione alla menomazione della sua integrità psicofisica. Ne consegue la necessità di un'autonoma liquidazione di ciascuna delle predette voci di danno, ovvero generica quale componente del danno biologico e non direttamente riconducibile ad una perdita di reddito, e specifica, in quanto riferibile alla attività professionale realmente svolta dal soggetto leso. All'uopo, ed in ragione della superiore richiesta si ri-

chiama recente Cassazione secondo cui: “Nei casi in cui l’elevata percentuale di invalidità permanente rende altamente probabile, se non addirittura certa, la menomazione della capacità lavorativa specifica e il danno che necessariamente da essa consegue, il giudice può procedere all’accertamento presuntivo della predetta perdita patrimoniale, liquidando questa specifica voce di danno con criteri equitativi. La liquidazione di detto danno può avvenire attraverso il ricorso alla prova presuntiva, allorché possa ritenersi ragionevolmente probabile che in futuro la vittima percepirà un reddito inferiore a quello che avrebbe altrimenti conseguito in assenza dell’infortunio”, (Cassazione civile sez. III, 08/02/2019, n.3724). Da tutto quanto sopra dedotto, quindi, è possibile concludere sostenendo la sussistenza di tutti i requisiti idonei ad individuare l’esistenza del fatto storico come narrato, nonché la riconducibilità del danno alla totale responsabilità risarcitoria dell’odierna convenuta, e la possibilità di raggiungere, alla luce anche della documentazione medica e della perizia prodotta, una equa liquidazione del complessivo danno patrimoniale e non patrimoniale subito dagli attori in proprio e n.q.. - Alle suddette somme deve essere aggiunto un importo da determinarsi equitativamente ex art. 2056 c.c., a titolo di risarcimento del danno da lucro cessante per il mancato godimento della somma liquidata a titolo di ristoro, somma che – ove posseduta ex tunc – sarebbe stata investita per ricavarne un lucro finanziario, così come in Tribunale di Roma, Sezione 12 Civile Sentenza del 26 ottobre 2012, n. 20396). - Infine, si chiede che l’odierno Giudicante, nel calcolo del complessivo danno da riconoscere e risarcire, tenga in considerazione il risarcimento per l’assistenza legale prestata, stante il diritto costituzionalmente garantito della danneggiata di farsi assistere da un legale di fiducia per ottenere il risarcimento. - Liquidare, pertanto alla [REDACTED] n.q. di amministratore di sostegno del Sig. [REDACTED] [REDACTED] in p.p., la somma che il Signor G.I. riterrà equa e conforme per la tutela del caso, col favore degli interessi legali e della rivalutazione, avendo a parametro il valore reale del potere d’acquisto della moneta. - Voglia L’Ill.mo Tribunale, uniformemente all’orientamento della Su-

prema Corte, liquidare l'obbligazione di risarcimento del danno da fatto illecito, operando la rivalutazione del credito volta alla trasformazione dell'importo del credito originario in valori monetari correnti alla data in cui è compiuta la liquidazione giudiziale (Cass. N. 3747/05). Si chiede, altresì, che gli interessi vadano applicati non già alla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, bensì, conformemente al principio enunciato dalle S.U. della Suprema Corte con sentenza 17/02/1995, n. 1712 (ribadito dalla Cassazione sez. II civile sentenza, 3/12/1997 n. 12262) sulla "somma capitale" rivalutata di anno in anno; - Con vittoria di spese, competenze ed onorari del presente giudizio, rimborso spese generali, oltre IVA e CPA, come per legge».

Instaurato il contraddittorio si è costituita l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo ed ha contestato la fondatezza delle domande attoree, sia in ordine all'an che al quantum, rinviando alla documentazione medica prodotta, dimostrativa dell'esatto adempimento delle prestazioni di assistenza e cura nei confronti del paziente e idonea a confutare la tesi attorea ha, quindi, concluso chiedendo al Tribunale di «*nel merito, rigettare tutte le domande avanzate nei confronti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo, in quanto sfinite di prova e comunque manifestamente infondate, per insussistenza e/o mancata prova dell'inadempimento, del danno e del nesso di causalità; - in subordine, nella denegata ipotesi di accoglimento totale o parziale delle domande attoree, riconoscere l'assenza del danno o, comunque, ridurre al minimo il danno risarcibile. Il tutto con vittoria di spese, competenze ed onorari di lite, parzialmente devoluti ex lege al fondo per la riduzione della pressione fiscale, a norma dell'art. 9, comma 4, del D.L. 90/2014, convertito dalla legge 114/2014*» .

Istruita la causa attraverso indagini medico – legali d'ufficio affidate al collegio composto dai dott. prof. Filippo La Seta, Specialista in Neurochirurgia e Neurologia e dott. Filippo Maria Cascino, Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, la causa è stata posta in decisione all'udienza del 03/03/2025 svolta in modalità c.d. cartolare sulle conclusioni come sopra rassegnate previa assegnazione dei termini di rito per il deposito delle com-

parse conclusionali e delle memorie di replica.

In diritto. La natura della responsabilità della struttura sanitaria.

Essendosi i fatti oggetto di causa verificatisi nell'anno 2019, la vicenda è interamente regolata (ratione temporis) dalla legge n. 24/2017 c.d. Gelli Bianco, entrata in vigore l'01/04/2017 la quale, di fatto, è recettiva degli orientamenti giurisprudenziali consolidati in merito alla qualificazione della responsabilità della struttura ospedaliera ed ha sancito la natura contrattuale di tale responsabilità (art. 7).

La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

La responsabilità contrattuale della struttura nei confronti del paziente può dunque derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

Dalla qualificazione della responsabilità della struttura sanitaria in termini di responsabilità contrattuale discendono le conseguenze in punto di valutazione della diligenza e di ripartizione dell'onere probatorio, illustrate da numerosi recenti arresti della giurisprudenza di merito e di legittimità, alla luce del cd. principio di vicinanza della prova.

È ormai pacifico, infatti, che spetta al paziente provare l'esistenza del contratto o del contatto sociale (allegandone la violazione) e l'evento dannoso – consistente nell'aggravamento (ovvero, in alcuni casi, nella inalterazione) della preesistente patologia, oppure nell'insorgenza di una nuova condizione patologica, quale effetto dell'intervento – mentre a carico del sanitario, o della struttura, è lasciato l'onere di provare che la prestazione professionale sia stata eseguita secondo la migliore scienza ed esperienza medica e che

l'evento infausto sia stato determinato da un evento impreveduto e imprevedibile (cfr. Cass. civ. n. 975/2009), ovvero causalmente estraneo al suo operato, ovvero che l'inadempimento, ove pur esistente, non sia stato la causa dell'evento dedotto, o comunque sia rimasto alieno alla sua sfera soggettiva di signoria, non essendo a lui imputabile (cfr. Cass. civ. n. 11488/2004).

In ordine alla prova del nesso causale, la giurisprudenza ormai consolidata della Suprema Corte ha precisato che: *«sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c. solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata»* (in tal senso, il principio di diritto affermato da Cass. n.18392/2017 e n. 26824/2017; conformi le successive Cass. n.29315/2017, n. 3704/2018, n.19199/2018 e n.26700/2018 cfr. anche Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 20707 del 17/07/2023 *“in tema di responsabilità contrattuale del professionista, il nesso causale tra inadempimento (o inesatto adempimento) e danno dev'essere provato dall'attore, in applicazione della regola generale di cui all'art. 2697 c.c., trattandosi di elemento della fattispecie egualmente "distante" da entrambe le parti, rispetto al quale, dunque, non è ipotizzabile la prova liberatoria in capo al convenuto, secondo il principio*

di cd. vicinanza della prova”).

Pertanto, nelle cause di responsabilità professionale medica, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza astrattamente efficiente alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno (Cass. civ. sez. un. 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. civ. 26 febbraio 2013, n. 4792; Cass. civ. 21 luglio 2011, n. 1593; 12 dicembre 2013 n. 27875; cfr. inoltre Cass. 10819/2019; Cass. 13107/2023).

Soltanto una volta che il danneggiato abbia dimostrato che il decesso, l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie è causalmente riconducibile all'operato dei sanitari sorge, per la struttura sanitaria e/o per il medico, l'onere di provare che l'inadempimento non sussiste o è stato determinato da causa non imputabile (cfr. in questi termini anche Cass. 28991/2019).

Quanto si è fin qui detto non vale invece né rispetto alla posizione dei congiunti che pretendano il ristoro dei danni patiti *iure proprio* (tra le tante, Cass. 21404/2021; 14615/2020; 14258/2020) in considerazione della natura aquiliana della responsabilità, il paziente è infatti gravato dall'onere di dimostrare la ricorrenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito extracontrattuale, ivi compreso l'elemento soggettivo e dunque la colpa.

Il caso di specie.

Ebbene, nel caso di specie, giova osservare che sono incontestate ed emergono dalla documentazione medica versata in atti l'instaurazione del rapporto contrattuale del sig. [REDACTED] con la Struttura sanitaria convenuta.

I consulenti tecnici d'ufficio incaricati nell'ambito del presente giudizio – esaminata la documentazione prodotta ed eseguiti, nel contraddittorio delle parti, gli accertamenti ritenuti necessari – hanno, in primo luogo, ricostruito l'iter clinico vissuto da [REDACTED] evidenziato che l'attore in data 11/09/2019 alle ore 08:06 aveva fatto accesso in codice giallo per il tramite del 118 presso il Pronto Soccorso dell'A.O.U. Policlinico di Palermo.

Visitato e sottoposto a terapia finalizzata alla riduzione della pressione arteriosa e procinetica con regressione della sintomatologia e significativo calo pressorio, il paziente era stato sottoposto a consulenza specialistica neurologica (*“iperteso, questa mattina ha avuto un episodio di vertigini oggettive associate a nausea, vomito e sudorazione. In atto asintomatico. EON indifferente. Non emergenze neurologiche in atto”*), esami di laboratorio (sostanzialmente nella norma), EGA-EAB (venoso) anche questo normale, con riferimento alla tipologia di sangue analizzato e, in ultimo, a una TC cranio ed era stato dimesso al domicilio alle ore 16:15, con prognosi di giorni tre ed indicazione ad attenersi a quanto contenuto in consulenza neurologica.

A distanza di circa tre ore e mezza dalla precedente dimissione, il sig. Giuliano era ritornato presso il Pronto Soccorso del Policlinico di Palermo (con mezzo proprio, secondo le risultanze documentali, mediante 118, secondo l'odierno riferito anamnestico), lamentando, al triage, quadro clinico simile a quello che aveva imposto l'accesso mattutino, tuttavia, alle ore 19:49 dell'11.09.2019, in corso di triage, si manifestava *“alla fine della valutazione” “deviazione buccale e deficit visivo”*, per cui variato il codice colore da giallo a rosso, intrapreso iter clinico finalizzato a pervenire a una diagnosi ed era stata annotata presenza di *“sincope e sudorazione profusa”*, disposti gli accertamenti di laboratorio, nonché la TC cranica ossea con angioTC eso ed intracranica e TC torace (indicata a verbale alle ore 20:35), di cui in atti non si riscontra il relativo referto.

I CC.TT.UU. hanno riferito che alle ore 22:15 era stata disposta ed effettuata consulenza neurologica dove per *“sospetto stroke”*, in seno alla quale lo specialista interpellato aveva affermato *“il paziente, iperteso e DM era venuto*

al PS oggi in quanto, in mattinata, aveva accusato sintomatologia vertiginosa. Aveva effettuato TC encefalo e consulenza, migliorato e dimesso a domicilio. Nel tardo pomeriggio nuovo episodio vertiginoso, torna al PS, presente ptosi OD, paretica la mano di dx e deviazione della rima labiale. EON (incomprensibile): ptosi OD, deficit inferiore 7° NC di dx, frenage a sin alla prova indice-naso. Ha effettuato TC encefalo ed angioTAC che ha messo in evidenza (ndr: non compilato!). Contattato Ospedale Civico con (incomprensibile). Contattata stroke unit Messina viene detto che per accettare il paziente ritengono indispensabile eseguire RMN encefalo prima che il paziente venga inviato. Si allerta la Direzione Sanitaria poiché contatti il collega dell'Ospedale Civico per la presa in carico del paziente» ed hanno fatto notare «come al momento della compilazione della consulenza il sanitario non fosse ancora in possesso del fondamentale referto dell'AngioTAC».

A parere del Collegio «Maggiori chiarimenti sul momento di gestione del paziente in corso di consulenza specialistica neurologica provengono dalla relazione redatta dal dott. Cammalleri per il trasferimento del paziente a Messina, dove si legge “contattata la Stroke Unit dell'ARNAS Civico, si appurava l'impossibilità di effettuare lì un eventuale trattamento endovascolare. Si contattava allora la Stroke Unit del Policlinico di Messina [redacted] richiama richiesta l'effettuazione di RMN encefalo prima di valutare l'opportunità di trattamento. Non potendo espletare da noi tale esame, si allertava allora il Direttore Sanitario reperibile [redacted] e prendeva contatto con il suo omologo dell'ARNAS Civico. Si effettuava RM encefalo ...”».

Alle ore 22:53 il sig. [redacted] risulta essere stato inviato presso l'ARNAS Civico per l'esecuzione della RM del cervello e del tronco encefalico «(attivata in flusso Z), evidentemente non disponibile presso l'AOU Policlinico di Palermo (come confermato, poi, dalla relazione di trasferimento del dott. Cammalleri), con chiara evidenza di “in sede emisferica cerebellare sinistra e pontina omolaterale, con parziale coinvolgimento della porzione inferiore del verme, si definisce area di restrizione del segnale nelle sequenze in diffusione, a cui corrispondeva iperintensità di segnale in T2 e Flair, compatibile con il sospetto

clinico di lesione ischemica di recente insorgenza, in sede di circolo posteriore. Allo studio angio mancata rappresentazione del segnale di flusso a carico del tratto V4 dell'arteria vertebrale di sinistra e del tratto prossimale della a. basilare che appare comunque di calibro ridotto nei restanti tratti. Asimmetria di calibro dei tratti A1 delle arterie cerebrali anteriori per maggiore rappresentazione della sinistra. Regolare il segnale di flusso a carico dei restanti principali diramazioni arteriose intracraniche. Coesistono multiple areole di iperintensità di segnale, nelle sequenze a lungo TR, a carico della sostanza bianca sottocorticale, periventricolare posteriore sinistra e nel centro semiovale omolaterale, aspecifiche, di verosimile significato ipossico-ischemico. Sistema ventricolare in asse, nei limiti morfovolumetrici. Ampliamento degli spazi liquorali periencefalici».

Il paziente veniva ricoverato presso il Policlinico per la prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico.

Il Collegi ha riferito che *«alle ore 23:00 il referto dell'angioTAC non risultava ancora disponibile; alle ore 00:45 (secondo la relazione di trasferimento dal Policlinico di Palermo a quello di Messina, ore 00:55 da scheda di centrale del SUES 118) del 12.09.2019 veniva attivato il 118 per l'elisoccorso, con la seguente annotazione, in relazione di trasferimento: “si contatta il 118, viene riferito che l'elicottero al momento non si trova a Palermo (dovrebbe rientrare entro mezz'ora) e che sarò da loro ricontattato per concordare trasferimento”. Alle ore 01:20 l'elisoccorso si rendeva disponibile ed alle 01:45 spiccava il volo da Palermo alla volta di Messina, pervenendo in Policlinico a Messina alle ore 03:20, dopo un trasporto caratterizzato da un “lieve picco ipertensivo” trattato con Catapresan. Alle ore 03:23 il paziente accedeva presso la Stroke Unit del Policlinico di Messina con diagnosi di “ictus cerebri” con obiettività di ingresso caratterizzata da “EN: vigile, orientato e collaborante, pupille miotiche, paralisi del VI NC a dx, Ny spontaneo rotatorio in O sin, ptosi in O dx, paralisi nucleare del VII NC a sinistra, dismetria, severa disartria, paresi moderata AA di destra, ipoestesia destra, s. di Babinski a destra. NIHSS 10”. Condotta in sala angiografica (ore 03:50) la procedura non andava a buon fine»* e il sig.

██████████ «esperiva un ulteriore peggioramento del quadro clinico, veniva sottoposto a TC encefalo» ” e RM cervello, tronco encefalo e relativo distretto vascolare e, quindi, «trasferito presso la Rianimazione dell’Ospedale Piemonte di Messina, dove permaneva ricoverato sino al 30.09.2019, ma di cui non si riscontra in atti la relativa documentazione, ad eccezione di una AngioRM encefalica del 16.09.2019».

In data 01/10/2019 ██████████ era stato «trasferito per competenza neuroriabilitativa presso l’IRCCS Bonino-Pulejo di Messina dove permaneva ricoverato sino al 03.07.2020 (...) per essere trasferito presso la sede secondaria dello stesso nosocomio sita in Palermo. Qui permaneva ricoverato sino al 06.07.2020, quando insorgeva quello che poi è stato diagnosticata come “insufficienza respiratoria acuta su cronica in paziente tracheostomizzato, polmonite dx, portatore di PEG, pregresso ictus cerebri ischemico con residua emiplegia dx, glaucoma occhio sinistro e lagoftalmo paralitico con cheratocongiuntivite batterica acuta, ipertensione arteriosa”, che imponeva il ricovero del paziente presso l’ARNAS Civico di Palermo sino al 10.08.2020. Parrebbe che il paziente sia stato dimesso per essere ricoverato presso il Reparto di Riabilitazione Cerebrolesi del P.O. Buccheri La Ferla, da cui il sig. ██████████ sarebbe stato dimesso al domicilio (“in scadenti condizioni generali e in stato preterminale, in accordo coi familiari veniva inviato presso il proprio domicilio. Dopo qualche ora, miglioravano le condizioni cliniche del paziente e chiamato il 118 è stato trasportato e ricoverato presso il reparto di Medicina Interna dell’Ospedale Policlinico per shock settico con insufficienza respiratoria acuta ipossiémica e ipercapnica”). Effettivamente, tra il 06.09 ed il 14.09.2020 l’uomo è stato ricoverato presso il Policlinico di Palermo, reparto Medicina Interna, per “shock settico secondario a polmonite nosocomiale severa complicata da insufficienza respiratoria di tipo 2 in paziente con malattia cerebrovascolare cronica con esiti irreversibili (Emiparesi dx, afasia motoria, disfagia, disfunzione autonómica), portatore di tracheostomia, PEG e catetere vescicale a permanenza”. Da qui, risolta l’acuzie, veniva nuovamente dimesso per trasferimento presso la Riabilitazione Cerebrolesi del P.O. Buc-

cheri La Ferla, ove il sig. [REDACTED] permaneva ricoverato sino al 16.12.2020 con diagnosi di “emiplegia dx in postumi di ictus ischemico, insufficienza respiratoria globale in OLT + ventilazione meccanica, disfagia neurogena in portatore di PEG, glaucoma occhio sinistro, lagoftalmo paralitico, cataratta destra”».

I CC.TT.UU. hanno riferito che *«da allora il paziente permane in condizioni di allettamento obbligato e totalmente dipendente da terzi, come accertato nel corso dell’odierna valutazione peritale»* ed all’esito della valutazione clinico-documentale hanno posto la *«diagnosi di postumi irreversibili di ictus ischemico-trombotico della metà sinistra del bulbo, dell’emiponte di sinistra e di gran parte della porzione inferiore dell’emisfero cerebellare sinistro da occlusione della basilare e della vertebrale sinistra»*.

Dopo una descrizione di carattere generale sull’ictus, in particolare nella sua variante ischemica, e sulla relativa gestione, il Collegio peritale ha ritenuto esaminare l’iter clinico, suddividendolo stessa in due momenti: il primo, relativo all’accesso in Pronto Soccorso dell’11/09/2019 ore 08:06 – 16:15, ed il secondo, relativo all’accesso in Pronto Soccorso dell’11/09/2019 ore 19:45.

I CC.TT.UU. hanno osservato che, durante il primo acceso presso il Pronto Soccorso del Policlinico di Palermo la condizione clinica di [REDACTED] *«è stata gestita correttamente dal punto di vista farmacologico (...), laboratoristico (...) della richiesta di consulenze (...) e di accertamenti strumentali (...). Il quadro clinico-laboratoristico-strumentale, come detto, non era coerente con l’ipotesi di un accidente cerebrovascolare in atto, né i sintomi lamentati possono essere considerati prodromi significativi, certi e patognomonic per una sindrome vascolare cerebrale ostruttiva trombotica (...) Essendo, dunque, certa l’assenza di sintomi e segni neurologici suggestivi per ictus cerebri in atto, si ritiene non censurabile la dimissione del sig. [REDACTED] proprio domicilio»*.

Il Collegio è pervenuto, invece, a differenti conclusioni relativamente al secondo accesso del paziente presso il Pronto Soccorso del Policlinico di Palermo.

Ed infatti, sebbene «al momento dell'accesso in Pronto Soccorso [REDACTED] [REDACTED] presentasse un quadro clinico simile a quello che ne ha motivato l'accesso mattutino», tuttavia, «in corso di valutazione del triage tale quadro clinico è mutato, per comparsa di “deviazione buccale e deficit visivo”, tanto da motivare il cambiamento del codice colore triage da giallo a rosso. Per cui, si può affermare che alle ore 19:49 dell'11.09.2019, testimoniato, si è verosimilmente verificato l'esordio dell'ictus cerebri. A questo punto, la corretta gestione del paziente avrebbe dovuto prevedere, nel caso di gestione clinica all'interno di una struttura con Stroke Unit, l'immediata esecuzione della TC encefalo e la successiva attivazione dello specialista neurologo; nel caso di struttura senza Stroke Unit, l'attivazione tramite rete ICTUS del trasferimento del paziente presso struttura idonea alla gestione del paziente».

Gli Ausiliari dell'ufficio hanno riferito che «La TC, peraltro in modalità AngioTC, risulta essere stata prontamente richiesta (annotata alle ore 20:35), però fino alle ore 22:15 (momento della effettuazione della consulenza specialistica neurologica) tale accertamento non risultava eseguito (o quanto meno, non refertato), tanto che lo specialista neurologo lascia volutamente in bianco lo spazio relativo al contenuto dell'esame radiologico, e che lo stesso, nel prosieguo della consulenza, alle ore 23:00 annota l'indisponibilità di tale referto. La consulenza specialistica neurologica, invece, risulta essere stata eseguita alle ore 22:15, ed ha posto in evidenza inequivocabili segni clinici di evento cerebrovascolare acuto in atto (“ptosi OD, deficit inferiore 7° NC di dx, frenage a sin alla prova indice-naso”), motivo per cui, lo stesso specialista neurologo, nell'attesa del responso dell'angioTAC (fondamentale non solo per dirimere la natura ischemica od emorragica dell'ictus in corso, ma soprattutto per evidenziare con certezza l'esistenza e la sede di un'occlusione arteriosa cerebrale), si attivava per contattare una Stroke Unit, ricevendo una risposta negativa da ARNAS Civico di Palermo per motivi non ben precisati nella documentazione in atti (nella relazione di trasferimento del paziente verso il Policlinico di Messina si faceva menzione a una generica “l'impossibilità di effettuare lì – ndr: presso ARNAS Civico – un eventuale trattamento endovascolare”), ricevendo, invece,

disponibilità da parte di AOU Policlinico di Messina, a patto che il paziente venisse sottoposto a una RM dell'encefalo (verosimilmente per l'assenza del responso dell'angioTAC, al fine di comprendere se la lesione presentata dal sig. ■■■■■ potesse essere passibile di un trattamento trombolitico o endovascolare). AOU Policlinico di Palermo, tuttavia, non aveva possibilità di effettuare la RMN dell'encefalo (anche in questo caso, per motivi non chiariti nella documentazione sanitaria in atti), per cui, alle ore 22:53, il paziente doveva essere inviato presso ARNAS Civico di Palermo, con ulteriore perdita di prezioso tempo della finestra terapeutica, per l'espletamento di tale accertamento».

I CC.TT.UU. hanno osservato che «Tenuto conto che, per quanto desumibile dagli atti, l'esordio, quanto meno clinico, dell'ictus si è verificato alle ore 19:49 (tanto da imporre in corso di triage di Pronto Soccorso in Policlinico da codice giallo a codice rosso), mal si comprende come mai il personale medico di AOU Policlinico abbia indirizzato il sig. ■■■■■ ad ARNAS Civico per "un eventuale trattamento endovascolare" e non, come sarebbe stato logico, stante la permanenza in finestra terapeutica per trombolisi del paziente, per eseguire tale procedura. Tale erronea indicazione ha contribuito in maniera decisiva ad incanalare l'iter clinico del sig. ■■■■■ verso la necessità di contattare, senza che ve ne fosse effettiva necessità, una stroke unit di II livellohub (unica abilitata per eseguire il trattamento endovascolare) che, in assenza di disponibilità presso ARNAS Civico, non poteva che localizzarsi presso il Policlinico di Messina, l'A.O. Cannizzaro Catania o il P.O. S. Elia di Caltanissetta, con ovvia necessità di attivare l'elisoccorso».

A questo punto i CC.TT.UU. «anche grazie alle sollecitazioni provenute in tal senso dai rappresentanti Parte Convenuta nel corso delle operazioni peritali» si sono interrogati sul perché «al netto delle gravi defaillances organizzative (eccessiva perdita di tempo nella esecuzione/refertazione/messa a disposizione del referto dell'AngioTAC cerebrale; immotivata impossibilità di esecuzione di una RM encefalo in urgenza) e mediche (nonostante il paziente fosse in piena finestra terapeutica per trombolisi, veniva indicata esecuzione di trattamento endovascolare) emergenti dallo studio della documentazione relativa alla

permanenza del sig. ████████ presso il Policlinico di Palermo (...) lo specialista neurologo chiamato in consulenza, non si sia attivato quanto meno per predisporre una eventuale trombolisi, chiedendo invece l'intervento di altre Stroke Units per la gestione del paziente» ed hanno dedotto che la ragione «risiede nella “riorganizzazione della Rete per le emergenze delle malattie cerebrovascolari” con decreto assessoriale n° 141 del 04.02.2019, che ha, di fatto, eliminato la Stroke Unit dal Policlinico di Palermo, lasciando, nel bacino Palermo-Trapani, come Stroke Unit di I livello (spoke), l'AOOR Villa Sofia-Cervello ed il P.O. S. Antonio Abate di Trapani, con Stroke Unit di II livello (hub) l'ARNAS Civico di Palermo. Si ricorda che con decreto assessoriale n° 2186/2012, il Policlinico di Palermo era stato incluso tra le Stroke Unit di II livello (con riferimento alla vecchia classificazione su 3 livelli, precedente alla revisione secondo il modello Hub/spoke su 2 livelli operato con DM 2 aprile 2015 n° 70), ossia struttura che doveva garantire la terapia fibrinolitica endovenosa, la pronta disponibilità neurochirurgica, la TC cerebrale e/o l'angioTC H24 (e/o RM encefalo, RM DWI, angioRM), la diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, l'ecocardiografia TT e TE. È, verosimilmente, da ascrivere a tale motivazione la mancata predisposizione, presso il Policlinico di Palermo, delle attività finalizzate alla trombolisi endovenosa sul paziente. Ne discende che, allora, l'AOU Policlinico di Palermo, all'epoca in cui è avvenuta la vicenda sanitaria in valutazione, non fosse una struttura ospedaliera adeguata (quanto meno dal punto di vista formale/organizzativo) per la gestione di un ictus cerebrale. A questo punto, una volta manifestatosi, in corso di accesso in Pronto Soccorso, il fondato sospetto di un evento cerebrovascolare acuto mal si comprende come mai tale situazione sia stata gestita ab origine all'interno di una struttura senza i requisiti formali per l'eventuale effettuazione delle terapie necessarie per l'efficace trattamento di un episodio ischemico, e non si sia optato per l'attivazione della rete ICTUS, anche mediante servizio 118 (che non risulta essere mai stato contattato nelle prime fasi della vicenda clinica, quanto meno per quanto è desumibile dalla lettura della documentazione fornita) ed il conseguente trasferimento del sig. ████████ presso una Stroke Unit come quelle vi-

cine site presso ARNAS Civico (hub, praticamente adiacente al Policlinico) o Villa Sofia-Cervello (spoke, a pochi minuti d'ambulanza) a Palermo. La mancata attivazione del SUES 118 (quanto meno, per quanto si legge e desume dalla documentazione in atti) per l'individuazione della Stroke Unit più vicina con posto disponibile e il conseguente mancato immediato trasferimento del paziente ha comportato che il sig. [REDACTED] sia stato gestito presso una struttura ospedaliera risultata carente dal punto di vista strumentale (da intendersi come tempistiche di esecuzione/refertazione/messa a disposizione del referto dell'AngioTAC e di disponibilità e funzionamento di apparecchio RM) e dove sarebbe già stata nota l'impossibilità di procedere all'eventuale trombolisi endovenosa, ove necessaria. Inoltre, nonostante l'esordio dei sintomi sia stato registrato dallo stesso personale sanitario del Policlinico di Palermo alle ore 19:49, mal si comprende come mai dal personale medico del Policlinico di Palermo, sia partita, nei confronti di ARNAS Civico, l'indicazione verso una "procedura endovascolare" e non, come sarebbe stato lecito attendersi, verso una trombolisi endovenosa».

A parere del Collegio «Tutto ciò ha comportato una inutile dilatazione dei tempi diagnostici e terapeutici, fino a sfiorare non solo il limite massimo per la somministrazione dell'alteplasi (4,5 ore), ma finanche il tempo massimo perché la trombectomia endovenosa risultasse efficace».

Dopo aver ricostruito i passaggi cronologici della vicenda occorsa al sig. [REDACTED] cnici hanno affermato «che una più accorta gestione clinica del paziente da parte del Policlinico Universitario di Palermo, attivando immediatamente la rete ICTUS mediante Centrale Operativa del 118, evitando incomprensibili perdite di tempo nella esecuzione/refertazione/messa a disposizione dell'AngioTAC, evitando ulteriori perdite di tempo legate alla indisponibilità per motivi non precisati della RMN, avrebbe certamente abbattuto i tempi di gestione dell'ictus ischemico, consentendo verosimilmente al paziente di arrivare al lettino della trombolisi entro le fatidiche 4,5 ore dall'esordio dell'ictus indicate dalle linee guida di riferimento. Inoltre, appare incomprensibile come mai dal Policlinico, nel caso di impossibilità di eseguire una trombolisi endovenosa,

sia stata posta ad ARNAS Civico Palermo l'indicazione alla procedura endovascolare, quando il paziente, in quel momento, fosse in piena finestra terapeutica per trombolisi endovenosa.

Alla luce di ciò, in ordine al nesso causale, gli ausiliari hanno posto in rilievo che «le defaillances organizzative e gestionali appalesatesi nel corso della permanenza del sig. ██████ presso il Policlinico Universitario di Palermo abbiano avuto un ruolo causale nell'aggravamento ed estensione dell'area ischemica cerebrale, aggravando gli esiti dell'evento ischemico occorso al paziente» e concluso affermando che «Si rinvencono, dunque, profili di responsabilità professionale a carico dell'AOU Policlinico P. Giaccone di Palermo. I comportamenti virtuosi precedentemente descritti avrebbero evitato, con grado di probabilità superiore alle ipotesi alternative, l'estensione dell'ictus cerebri e, conseguentemente, il contenimento dei postumi da questo derivanti».

In ordine ai postumi da porre in derivazione causale con i trattamenti sanitari praticati al paziente, il Collegio ha affermato che «Certamente lo stroke accusato dal sig. ██████ non è derivato da azioni od omissioni mediche, per cui risulta evidente che, comunque, a tale accidente cerebrovascolare sarebbe comunque conseguito un periodo di inabilità temporanea, assoluta o parziale nelle sue varie gradazioni, e che sarebbero comunque residuati dei postumi invalidanti legati all'infarto del parenchima "core". Altrettanto certamente, però, la subottimale gestione clinica con conseguente impossibilità di procedere a trombolisi e trombectomia (per superamento colposo della finestra terapeutica) hanno favorito la necrosi della zona di penombra rendendo più severe le lesioni ischemiche e la compromissione funzionale dell'emilato destro, dell'emivolto sinistro e delle funzioni vegetative del paziente. Dal punto di vista della quantificazione del danno biologico temporaneo, si ritiene che la maggiore estensione dell'ictus cerebrale (che comunque avrebbe interessato bulbo e cervelletto) abbia comportato l'allettamento obbligato del paziente e un netto prolungamento del periodo di degenza ospedaliera, sia in reparto per acuti che, soprattutto, in ambiente neuroriabilitativo; per tale motivo, appare corretto quantificare un maggior danno iatrogeno temporaneo assoluto pari a giorni 270 (per prolun-

gamento dei periodi di ricovero ospedaliero, rispetto a quanto si sarebbe reso necessario nel caso di gestione di un ictus di dimensioni ed impatto clinico sicuramente ridotti). Per la quantificazione del danno biologico permanente, le odierne menomazioni presentate dal sig. [REDACTED] estesamente descritte nella sezione relativa all'esame obiettivo, sono inquadrabili come sindrome da allettamento in soggetto con spiccata emiplegia destra, emipostenia sinistra con marcato ipertono, grave paralisi del facciale a sinistra, con lagoftalmo e cecità OS, adiadococinesia, incontinenza bisfinterica, disartria, disfonia, presenza di cannula tracheale e PEG. Nei testi comunemente utilizzati a scopo valutativo, le voci maggiormente adeguate a quantificare l'odierno danno biologico permanente si riscontrano nella "Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente" di Ronchi, Mastroroberto, Genovese, dove per "emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio, ma con arto superiore funzionalmente perduto" viene proposto un danno biologico del 75% per arto dominante, per "paralisi periferica totale monolaterale del nervo facciale, comprensiva del danno estetico" è previsto un danno biologico del 20%, per "afasia motoria o dell'area di Broca, dalla forma media alla forma grave" viene proposto un range compreso tra 21-45%, per "lagoftalmo, a seconda dell'entità dell'esposizione corneale e dell'eventuale presenza di lesioni alla cornea" è proposto un range valutativo tra 2-5%, per "tracheotomia con cannula a permanenza compreso il danno estetico ma con esclusione di eventuali deficit respiratori" è previsto un danno biologico permanente pari al 15%, mentre l'applicazione di PEG può essere tutelata con riferimento analogico alla voce "tratto gastro-enterico (classe I)" con range valutativo 10-15%. È evidente che il danno biologico permanente attuale residuo nel sig. [REDACTED] si attesti su una percentuale del 100%. Ovviamente il danno biologico permanente oggi residuo deve essere scorporato dalla quota parte che sarebbe comunque residuo all'evento cerebrovascolare (come detto, indipendente da malpractice medica); tenuto conto del coinvolgimento del tronco basilare e dell'arteria vertebrale sinistra, nel caso di trattamento tempestivo, non è possibile ipotizzare, con criterio di maggior probabilità, il pieno raggiungimento della restitutio ad

integrum grazie alla trombolisi, ma è ragionevole ipotizzare che sarebbe comunque residuata una sfumata compromissione del territorio cerebellare, inquadrabile in seno al valore minimo del range di riferimento per “sindrome cerebellare, dalle forme monolaterali meno rilevanti, ma con disturbi della statica, della deambulazione e della coordinazione, sino alla sindrome cerebellare grave” (range valutativo 30-80%, con attribuzione di una stima percentuale di danno biologico del 30%) Per tale motivo, il danno biologico permanente iatrogeno scaturito dalla odierna malpractice medica è commisurabile in percentuale del 70% (danno differenziale tra l’odierno 100% e il 30% che sarebbe comunque residuato nella paziente anche in caso di diagnosi e trattamento praticati a regola d’arte), suscettibile di eventuale personalizzazione»,

La struttura sanitaria, dal canto suo, non ha fornito la prova dell’inesistenza, dell’irrilevanza e/o della non imputabilità dell’ inadempimento dedotto dalla attrice a fondamento delle domande risarcitorie, così come acclarato all’esito dell’accertamento peritale espletato in via preventiva.

Alle conclusioni rassegnate dai CC.TT.UU. questo giudice ritiene di doversi uniformare, essendo le stesse supportate, oltre che dai necessari rilievi di competenza specifica, da un percorso argomentativo lineare e rigoroso.

Alla luce delle argomentazioni che precedono, risulta, quindi, fondata, sotto il profilo dell’an debeatur, la domanda risarcitoria spiegata dalla parte attrice nei confronti dell’ Azienda Ospedaliera Universitaria “Policlinico Paolo Giaccone” di Palermo.

La liquidazione del danno non patrimoniale subito da [REDACTED]

In ordine al *quantum* dei danni risarcibili ed alla relativa liquidazione, dalla lettura dell’elaborato peritale risulta che i CC.TT.UU. hanno stimato una inabilità temporanea assoluta di 270 giorni.

Per quanto attiene alla stima del danno biologico è stato riconosciuto un danno iatrogeno pari al 70%.

In mancanza di specifici rilievi, le valutazioni operate dagli ausiliari vanno condivise dal Decidente.

Passando alla liquidazione del danno, secondo l’orientamento pacifico del-

la Suprema Corte di Cassazione,- condiviso da questo giudice – *“In tema di quantificazione del danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge e dal criterio equitativo uniforme adottato dai giudici di merito (secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale attinente alla vita esterna del danneggiato, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anormale, eccezionali e peculiari, che fuoriescono da quelle normali ed indefettibili secondo l'“id quod plerunque accidit” entro le quali non è giustificata alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento. Ne deriva, pertanto, che costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del “danno biologico” e del c.d. “danno esistenziale”, appartenendo tali categorie (o voci) di danno alla stessa area protetta dall'art. 32 Cost., mentre non costituisce duplicazione risarcitoria, la differente ed autonoma valutazione compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal danneggiato in conseguenza della lesione del diritto alla salute”* (in termini la massima di Cass. n.23469/2018; conforme Cass. n. 7513/2018 e n.27482/2018).

Anche l'aspetto interiore del danno (c.d. danno morale), peraltro, deve essere oggetto specifico di allegazione e prova (vedi Cass. n.901/2018).

Invero, *“In materia di responsabilità civile, la natura unitaria ed omnicomprensiva del danno non patrimoniale deve essere interpretata nel senso che esso può riferirsi a qualsiasi lesione di un interesse o valore costituzionalmente protetto non suscettibile di valutazione economica, con conseguente obbligo, per il giudice di merito, di tenere conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze “in peius” derivanti dall'evento di danno, nessuna esclusa, e con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici; ne deriva che, a fini liquidatori, si deve procedere ad una compiuta istruttoria finalizzata all'accertamento concreto e non astratto del danno, dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, valutando distintamente, in sede di quantificazione del danno non patrimoniale alla salute, le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera interiore (c.d. danno morale, “sub specie” del dolore, della*

vergogna, della disistima di sé, della paura, della disperazione) rispetto agli effetti incidenti sul piano dinamico-relazionale (che si dipanano nell'ambito delle relazioni di vita esterne), autonomamente risarcibili” (in termini la massima di Cass. n.23469/2018).

Alla luce delle considerazioni che precedono, posto che il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale (nel senso che deve ristorare integralmente il pregiudizio, ma non oltre), sarà compito del giudice quello di procedere ad un’adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.

Nella liquidazione, avente natura essenzialmente equitativa, di una tale voce di danno, questo giudice ritiene di prendere le mosse dal criterio, ormai consolidato in giurisprudenza, del cosiddetto “punto tabellare”, in base al quale l’ammontare del danno viene calcolato in relazione all’età della parte lesa ed al grado di invalidità.

Orbene, si ritiene che debbano essere assunte a parametro di riferimento le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano il cui utilizzo, per tutti i postumi non connessi alla circolazione stradale, è stato generalizzato da Cass. civ. nn. 12408 e 14402/2011, in quanto il calcolo del danno differenziale – per le ragioni esplicate in seguito – è il risultato della differenza tra il danno dell’invalidità in atto e quello derivante dall’invalidità che sarebbe presuntivamente residua senza l’errore medico.

Sulla base della Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per l’anno 2024, il danno non patrimoniale di carattere permanente in atto residuo a [REDACTED] [REDACTED] avuto riguardo all’invalidità del 100% ed all’età del soggetto all’epoca del fatto (56 anni compiuti), va quantificato nella somma di € 1.041.695,00 secondo i valori attuali, utilizzando il valore punto del danno non patrimoniale, comprensivo dell’aumento per danno morale, da moltiplicare per il grado di invalidità e per il coefficiente corrispondente all’età della persona danneggiata.

Si ritiene, infatti, di riconoscere integralmente la percentuale di danno

morale in considerazione della sofferenza interiore per l'incidenza negativa delle limitazioni funzionali sulla qualità della vita quotidiana.

Non si ritiene, invece, di applicare al danno biologico permanente alcun aumento per personalizzazione, in assenza di allegazioni di parte in ordine a condizioni soggettive del ricorrente che fuoriescano dalle conseguenze ordinariamente riconducibili al grado di invalidità accertato.

Ora, in assenza dell'errore medico ascrivibile all'Ospedale convenuto, [REDACTED] [REDACTED] avrebbe patito un danno non patrimoniale permanente liquidabile in € 159.001,00, tenuto conto della percentuale di invalidità (30%) e del corrispondente valore punto comprensivo della percentuale per danno morale.

Appare corretto, in considerazione dei peculiari connotati dei criteri di liquidazione tabellari sopra richiamati (che garantiscono un incremento della misura del risarcimento in misura più che proporzionale al crescere della gravità dei postumi invalidanti a carattere permanente in concreto accertati), riconoscere a [REDACTED] a titolo di ristoro del danno non patrimoniale di carattere permanente, la somma di € 882.694,00 risultante dalla differenza tra il valore di liquidazione di un'invalidità permanente pari al 100% (in effetti residua in capo al ricorrente) ed il valore di liquidazione di un'invalidità permanente pari al 30% (che sarebbe comunque residua al paziente).

Sarebbe, infatti, erroneo – perché non aderente ai postumi effettivamente ascrivibili all'errore medico - calcolare direttamente un danno da postumi permanenti del 70%, che non è equivalente alla differenza tra il danno da postumi del 100% e quello da postumi del 30%.

Detta soluzione è quella più idonea – alla stregua delle peculiari modalità applicative del criterio di liquidazione tabellare prescelto – al fine di individuare un valore che restituisca l'equivalente pecuniario della parte del pregiudizio patito da [REDACTED] effettivamente e concretamente ascrivibile a responsabilità della struttura ospedaliera convenuta.

Con riferimento al periodo di inabilità temporanea totale va liquidata per

danno non patrimoniale temporaneo la somma di € 115,00 al giorno, per un totale di € 31.050,00.

Spetta, infine, alla parte attrice il ristoro del danno rappresentato dalla mancata disponibilità del quantum dovutogli a titolo risarcitorio, derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente in denaro del bene leso.

A tal proposito va osservato che in caso di risarcimento del danno, se la liquidazione viene effettuata per equivalente – e cioè con riferimento al valore del bene perduto dal danneggiato all'epoca del fatto illecito, espresso poi in termini monetari che tengano conto della svalutazione intervenuta fino alla data della decisione – è dovuto – se adeguatamente allegato dal creditore – anche il danno da ritardo e cioè il lucro cessante provocato dal ritardato pagamento della somma, danno che, in considerazione dell'entità delle prestazioni risarcitorie dovute, può in via presuntiva ravvisarsi nell'impossibilità di investire proficuamente il danaro.

La rivalutazione della somma liquidata e gli interessi sulla somma rivalutata assolvono, invero, a due funzioni diverse, mirando la prima alla reintegrazione del danneggiato nella situazione patrimoniale anteriore all'illecito, mentre gli interessi hanno natura compensativa, con la conseguenza che questi ultimi sono compatibili con la rivalutazione.

Tale voce di danno deve essere provata dal creditore e, solo in caso negativo, il giudice, nel liquidare il risarcimento ad essa relativo, può fare riferimento, quale criterio presuntivo ed equitativo, ad un tasso di interesse che, in mancanza di contrarie indicazioni suggerite dal caso concreto o di specifiche allegazioni circa gli impieghi maggiormente remunerativi cui le somme sarebbero state destinate ove tempestivamente conseguite, può essere fissato in un valore prossimo all'interesse legale del periodo intercorrente tra la data del fatto e quella attuale della liquidazione.

Inoltre, secondo un indirizzo ormai consolidato, tali interessi, cosiddetti compensativi, vanno calcolati non sulla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, ma sulla somma capitale (determinata nel

giorno dell'insorgenza del credito) via via rivalutata, conformemente all'insegnamento espresso nella nota pronuncia a sezioni unite della Suprema Corte n. 1712\95 (conformi, tra le tante, Cass. 3666/96, 8459/96, 2745/97, 492/01; 18445/05).

Nell'effettuare il relativo calcolo, bisogna tener presente che è necessaria una devalutazione nominale degli importi liquidati in valuta attuale (nel caso di specie, quelli relativi al danno non patrimoniale), sì da rapportarli all'equivalente alla data di insorgenza del danno medesimo e procedere poi alla successiva rivalutazione sì da conteggiare gli interessi sulle somme che progressivamente si incrementano per effetto della rivalutazione, con cadenza annuale alla stregua della variazione degli indici ISTAT; gli interessi così ottenuti vanno accantonati e cumulati tra loro senza rivalutazione.

Operati i conteggi secondo gli esposti criteri parte resistente va condannata a pagare alla parte attrice l'importo di € 1.000.724,18.

Su tale importo decorreranno interessi, nella misura prevista dalla legge, dalla decisione all'effettivo pagamento.

Danno patrimoniale subito da [REDACTED]

L'attore ha domandato il ristoro del danno patrimoniale attuale e futuro per spese sostenute e da sostenere per la conduzione, con eventuale assistenza domiciliare, di ogni attività di vita quotidiana oltre che per cicli di terapia, riabilitazione o fisioterapie.

Parte attrice ha chiesto, altresì, in considerazione della elevata percentuale di invalidità permanente residua in capo a [REDACTED] il risarcimento del danno da menomazione della capacità lavorativa specifica, invocandone la liquidazione equitativa con ricorso alla prova presuntiva della sussistenza della assenza della capacità di produrre reddito intesa come proiezione futura del danno da perdita della capacità lavorativa.

Orbene, con riferimento alla riduzione della capacità lavorativa, la Corte di cassazione ha posto in rilievo che essa «*non attiene alla produzione del reddito ma si sostanzia in un danno alla persona, in quanto lesione di un'attitudine o di un modo d'essere del soggetto in una menomazione dell'integrità psico-*

fisica risarcibile quale danno biologico» (v. Cass., 25/8/2014, n. 18161; Cass., 6/8/2004, n. 15187). Il danno da riduzione della capacità lavorativa specifica è, viceversa, generalmente ricondotto nell'ambito non già del danno biologico bensì del danno patrimoniale (cfr. in particolare Cass., 9/8/2007, n. 17464 e Cass., 27/1/2011, n. 1879), precisandosi, peraltro, al riguardo che l'accertamento dell'esistenza di postumi permanenti incidenti sulla capacità lavorativa specifica non comporta l'automatico obbligo di risarcimento del danno patrimoniale da parte del danneggiante, dovendo comunque il soggetto leso dimostrare, in concreto, lo svolgimento di un'attività produttiva di reddito e la diminuzione o il mancato conseguimento di questo in conseguenza del fatto dannoso» (cfr. Cass. 26641/2023; Cass., 25/8/2006, n. 18489, Cass., 8/8/2007, n. 17397, e Cass., 21/4/2010, n. 9444).

La Corte ha anche aggiunto che *“l'elevata percentuale di invalidità permanente rende altamente probabile, se non addirittura certa, la menomazione della capacità lavorativa specifica ed il danno che necessariamente da essa consegue”,* danno che può essere liquidato in via equitativa.

Ora, un grado di invalidità permanente come quella, nella specie, riportata dall'attore consente senza ombra di dubbio di ritenere che essa avrà inevitabili ripercussioni sul futuro della vita lavorativa della persona posto che, come chiaramente emerge dalla C.T.U. l'attore, non solo non è in grado di svolgere alcuna attività lavorativa, ma neppure potrà mai svolgerla in futuro.

Per la determinazione del danno patrimoniale, deve assumersi a parametro il reddito effettivo percepito da [REDACTED] prima del sinistro (vedi estratto conto previdenziale allegato n.12 all'atto di citazione) e non il triplo della pensione sociale.

Invero, secondo la giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione – condivisa da questo giudice - *“La liquidazione del danno patrimoniale da incapacità lavorativa, patito in conseguenza di un sinistro stradale da un soggetto percettore di reddito da lavoro, deve avvenire ponendo a base del calcolo il reddito effettivamente perduto dalla vittima, e non il triplo della pensione sociale. Il ricorso a tale ultimo criterio, ai sensi dell'art. 137 c. ass., può essere*

consentito solo quando il giudice di merito accerti, con valutazione di fatto non sindacabile in sede di legittimità, che la vittima al momento dell'infortunio godeva sì un reddito, ma questo era talmente modesto o sporadico da rendere la vittima sostanzialmente equiparabile ad un disoccupato” (in termini la massima di Cass. n. 8896/2016)

Inoltre, nella sentenza n. 2463/2000, la Corte ha chiarito che “nell'art. 137 cod. ass. — trattandosi, secondo costante interpretazione della giurisprudenza di legittimità, di norma eccezionale che si riferisce solo all'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore e non anche all'azione, quale quella di specie, che il danneggiato proponga nei confronti del responsabile (Cass. 21/02/2001, n. 2512; 11/02/1999, n. 1166; 11/06/1990, n. 5672; v. già, con riferimento all'art. 4 d.l. 23 dicembre 1976, n. 857, convertito dalla legge 26 febbraio 1977, n. 39, di cui l'art. 137 cod. ass. costituisce trasposizione quasi integrale, Cass. 20/02/1982, n. 1084) — ma vada piuttosto ricercato nell'art. 1226 cod. civ., che impone al giudice di liquidare il danno con valutazione equitativa, quando lo stesso non possa essere provato nel suo preciso ammontare, sebbene il risultato pratico non cambi atteso che il triplo della pensione (recte: assegno) sociale ben può costituire, anche in tale diverso ambito applicativo, valido parametro di riferimento. Ebbene in tema può dirsi consolidato nella giurisprudenza di questa Corte il principio secondo cui l'accertamento di postumi, incidenti con una certa entità sulla capacità lavorativa specifica, non comporta l'automatico obbligo del danneggiante di risarcire il pregiudizio patrimoniale, conseguenza della riduzione della capacità di guadagno — derivante dalla ridotta capacità lavorativa specifica — e, quindi, di produzione di reddito. Detto danno patrimoniale da invalidità deve, perciò, essere accertato in concreto, attraverso la dimostrazione che il soggetto leso svolgesse o — trattandosi di persona non ancora dedita ad attività lavorativa — presumibilmente avrebbe svolto, un'attività produttiva di reddito. Tale principio è però temperato dal rilievo — legato evidentemente alla previsione di cui alla lett. c) del menzionato art. 137 cod. ass. ma applicabile, per la sua intrinseca forza logica, anche all'ipotesi qui considerata — per cui il ricorso al triplo

della pensione sociale può essere consentito quando il giudice di merito accerti, con valutazione di fatto non sindacabile in sede di legittimità, che la vittima al momento dell'infortunio godeva sì un reddito, ma questo era talmente modesto o sporadico da rendere la vittima sostanzialmente equiparabile ad un disoccupato (v. in tal senso, da ultimo, Cass. 12/10/2018, n. 25370). Il senso e la portata di tale ultimo sotto-principio vanno tuttavia correttamente intesi. Come questa Corte ha rimarcato, «l'art. 137 cod. ass. non contiene alcuna regola secondo la quale se il reddito della vittima è modesto, il danno si liquida col triplo della pensione sociale. Anche un reddito modesto, infatti, può essere stabile e permanente, e costituire effettivamente il massimo frutto possibile delle potenzialità produttive del danneggiato. «Il corretto principio in iure è un altro: ovvero che il reddito modesto o saltuario può costituire un fatto noto, dal quale risalire al fatto ignorato che il danneggiato, se fosse rimasto sano, non avrebbe continuato a percepire quel reddito per tutta la vita, ma avrebbe prima o poi beneficiato di un reddito maggiore» (così Cass. 04/05/2016, n. 8896). Indicazioni pienamente convergenti si traggono del resto anche dalla sentenza della Corte costituzionale n. 445 del 24 ottobre 1995 che ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 4, primo e terzo comma, d.l. n. 857 del 1976, sollevata dalla Corte d'appello di Trieste, per contrasto con l'art. 3 Cost., sul rilievo che detta norma (poi trasfusa nell'art. 137 cod. ass.), interpretata alla lettera, consentirebbe ad un lavoratore danneggiato che abbia un reddito inferiore al triplo della pensione sociale, di omettere di depositare la dichiarazione dei redditi, ed invocare così il più alto risarcimento che gli sarebbe spettato in base al triplo della pensione sociale. In quella occasione la Corte, nell'evidenziare l'irrazionalità di quell'esito interpretativo, ha osservato in particolare, per quel che maggiormente interessa in questa sede, che la norma di cui al terzo comma dell'art. 4 d.l. n. 857 del 1976 «è applicabile anche ai lavoratori dipendenti o autonomi non solo nell'ipotesi ... di reddito attuale negativo in relazione a particolari contingenze, ma in tutte le ipotesi di reddito, anche positivo, con caratteristiche (esiguità, discontinuità o precarietà del lavoro, livello di mansioni inferiore alle capacità professionali del lavoro-

re, ecc.) tali da escludere che esso possa costituire la componente di base del calcolo probabilistico delle possibilità di reddito futuro, e sempre che il materiale probatorio non fornisca altri elementi di calcolo più favorevole di quello operato sulla base convenzionale del triplo annuo della pensione sociale». Può dunque concludersi che, come è stato condivisibilmente affermato, la regola iuris dettata dall'art. 137, comma 3, cod. ass. «non è ... "il danno alla capacità di lavoro si liquida col triplo della pensione sociale se la vittima è un lavoratore dal reddito esiguo"; ma è la seguente: "il danno alla capacità di lavoro si liquida col triplo della pensione sociale quando la vittima al momento del sinistro ha un reddito che non esprime la reale capacità lavorativa della vittima, e sia quindi impossibile stabilire o presumere il reddito reale della vittima"» (Cass. n. 8896 del 2016, cit.). Va da sé, poi, che stabilire nel caso concreto se il reddito percepito dalla vittima al momento dell'infortunio era o no destinato a crescere, era o no saltuario, era o no occasionale, costituisce oggetto d'un apprezzamento di fatto riservato al giudice di merito» (in termini la motivazione di Cass. n. 2463/2020).

Quindi, volendo riassumere, la norma di cui all'art.137 CdA è norma eccezionale che non trova applicazione diretta alla responsabilità sanitaria, stante il mancato richiamo nella legge Gelli, a differenza degli art.138 e 139 del C.d.A.

Pertanto, la norma cui fare riferimento è l'art.1226 c.c., in cui il triplo della pensione sociale può trovare ingresso come criterio equitativo di riferimento.

Bisogna, tuttavia, tenere ben presente che il criterio del triplo della pensione sociale non soccorre in ragione del mero fatto che il reddito del danneggiato sia esiguo, ma soltanto quando la vittima, al momento del sinistro, ha un reddito che non esprime la sua reale capacità lavorativa, e sia quindi impossibile stabilire o presumere il reddito reale della vittima.

Nella specie, il danneggiato svolgeva l'attività di benzinaio aveva già compiuto l'età di 56 anni, ossia un'età in cui può presumersi che producesse un reddito che esprimeva la sua reale e definitiva capacità lavorativa.

Passando alla quantificazione, sebbene il reddito perduto dal sinistro fino alla data odierna costituisca già un danno attuale emergente, mentre quello successivo alla odierna liquidazione un danno futuro da lucro cessante, si ritiene in via equitativa di calcolare l'intero danno con il metodo della capitalizzazione della rendita alla data della condotta medica erronea (settembre 2019) applicando le Tabelle di Milano 2024, per tenere conto, anche con riferimento al danno patrimoniale emergente già maturato dall'infortunio ad oggi, della rivalutazione e degli interessi compensativi spettanti all'attore per non avere potuto fruire del reddito anno per anno.

In base all'età dell'attore alla data del sinistro (56 anni compiuti) e al numero di anni di perdita del reddito dal sinistro fino all'età pensionabile considerata in anni 67 (n. 11 anni), si applica il coefficiente del 10,16, per il quale va moltiplicato il reddito annuo medio degli ultimi tre anni (2017-2019) pari a circa € 11.000,00.

Si ottiene così la somma di € 111.760,00 che costituisce la capitalizzazione (rectius: l'attualizzazione) della rendita dal sinistro all'età pensionabile.

Sul danno patrimoniale non vanno calcolati rivalutazione e interessi, perché già considerati nel procedimento di calcolo.

In merito alla domanda intesa ad ottenere il ristoro del danno patrimoniale futuro, sub specie di costi che gli attori dovranno sostenere per procurarsi le prestazioni di assistenza alla persona, delle quali il congiunto avrà inevitabilmente bisogno per l'intera durata della sua vita alla luce delle gravissime condizioni in cui versa [REDACTED] come descritte in seno alla C.T.U., si ritiene sussistente la prova che il danneggiato, per l'intera durata della sua esistenza, sarà bisognoso di cure mediche e, alla luce delle gravi patologie, non solo di assistenza infermieristica, ma alla persona per il compimento dei più elementari atti della vita quotidiana (mangiare, lavarsi, vestirsi).

Ed infatti, i CC.TT.UU. hanno osservato che [REDACTED] oggi affetto da *«postumi irreversibili di ictus ischemico-trombotico della metà sinistra del bulbo, dell'emiponte di sinistra e di gran parte della porzione inferiore*

dell'emisfero cerebellare sinistro da occlusione della basilare e della vertebrale sinistra»– ed è «in condizione di allettamento obbligato, totalmente dipendente da terzi per gli atti della vita quotidiana; indossa pannolone; non è autonomo nei passaggi posturali; è portatore di tracheostomia; non è in grado di parlare».

Giova, quindi, ricordare che la corretta stima di tale danno deve avvenire “capitalizzando, al momento della liquidazione, le spese che si dovranno ragionevolmente sostenere in futuro”, tenendo presente, però, che “il danno futuro è un danno non ancora prodottosi al momento della liquidazione”, per cui, “condannandosi il debitore a pagare oggi una somma che la vittima perderà tra “n” anni, si arrecherebbe un pregiudizio al primo e un vantaggio al secondo” (Cass., n. 7774/2016).

Ciò comporta la necessità di procedere alla liquidazione con meccanismi (saggio di sconto ovvero un coefficiente di capitalizzazione), tali da ridurre l'entità della somma dovuta per compensare il fatto che essa viene pagata immediatamente, mentre il danno effettivo si determinerà in futuro.

Mette conto, ancora rammentare, che *“Si può indubbiamente tenere conto in certa misura del contributo dei familiari alla cura dell'infortunato, ma la somma attribuita in risarcimento deve essere comunque adeguata a coprire le spese indispensabili per il personale di supporto, anche in presenza dei genitori, ed in particolare in previsione degli anni in cui questi potrebbero venire a mancare. A tale scopo la somma spettante in risarcimento va determinata con riferimento ai dati desumibili dalle leggi e dal mercato in ordine all'entità delle retribuzioni spettanti al personale di assistenza”* (cfr. Cass. Civ. n. 16197/15).

Pertanto, considerato, che il costo medio mensile per assistenza domiciliare di persona non autosufficiente, comprensivo degli oneri previdenziali dovuti al lavoratore dipendente, si attesta all'incirca sui 1.200,00 euro mensili, deve ipotizzarsi una spesa annua di € 15.600,00, tredicesima inclusa.

Poiché [REDACTED] di anni 61 ad oggi, ha, in assenza di contrarie indicazioni emergenti dalle risultanze di causa, un'aspettativa di vita di presumibili 20 anni (così determinata: anni 81, che è la normale aspettativa di

vita media per gli uomini, in Italia, nell'anno 2025), le spese di assistenza futura da parte di terza persona, possono essere determinate come segue: euro 15.600,00 x 18,50 (coefficiente di capitalizzazione corrispondente ad un individuo di sesso maschile di anni 61 ricavato dalle già citate Tabelle).

Secondo l'indicato conteggio si ottiene, quindi, l'importo di € 288.600,00 che gli attori hanno diritto di vedersi riconosciuto, a titolo di danno patrimoniale per le spese che dovranno sopportare per l'assistenza a [REDACTED] per il resto della sua vita.

Su tale importo, non vanno calcolati interessi e rivalutazione perché la spesa costituisce voce di danno futuro e la rendita è stata già capitalizzata come sopra illustrato.

Vanno disattese, invece, le pretese afferenti alle ulteriori voci di danno patrimoniale, consistenti nelle spese per cure, in quanto dette cure vengono erogate dal SSN.

Infatti, sebbene non sempre le cure del SSN possano ritenersi sufficienti, tuttavia, depone per l'esclusione del riconoscimento di spese ulteriori, l'assoluta carenza di prove documentali volte a dimostrare spese mediche o similari in ipotesi già sostenute dagli attori.

Danno non patrimoniale subito dai congiunti.

[REDACTED] hanno invocato il ristoro del danno consistente nella sofferenza d'animo per le lesioni patite dal congiunto a causa del totale sconvolgimento delle abitudini di vita del nucleo familiare oltre che del danno biologico.

Orbene, non è dubitabile che spetti loro il risarcimento del danno non patrimoniale per la lesione del rapporto parentale con il congiunto.

In presenza dell'allegazione del fatto-base costituito dalla gravità delle lesioni dalla severità delle lesioni patite dal congiunto (Cass. 13.11.2020 n. 25843) - come accertato dal Collegio di CC.TT.UU. - non possono, invero, che ritenersi provati la sofferenza interiore e lo sconvolgimento dell'esistenza del coniuge e del figlio, le ripercussioni di tale situazione sulla loro serenità psichica nonché l'idoneità dei molteplici disagi cui andranno quotidianamente

incontro per tutta la durata vita del congiunto, quali effetti normali, secondo l'*id quod plerunque accidit*, di una situazione siffatta.

Risponde a una regola di esperienza di difficile smentita che familiari del nucleo primario abbiano sofferto, soffrano e soffriranno per sempre di una simile condizione e che la loro vita non sarà più la stessa dal punto di vista dinamico relazionale (che comprende ogni profilo di danno lamentato dagli attori).

È in ragione di ciò che il danno va riconosciuto nella misura massima.

Nessuna presunzione può, tuttavia, essere ammessa rispetto al danno alla salute che i superstiti asseriscono di aver risentito in conseguenza della lesione del rapporto affettivo e solidale con il congiunto, occorrendo, per tale pregiudizio, secondo la definizione offertane dagli artt. 138 e 139 D. Lgs. 209/05, cui è stata riconosciuta portata generale, l'accertamento e la valutazione medico – legali, che ne presuppongono la compiuta allegazione e la dimostrazione attraverso documenti (in primis, referti e certificazioni sanitarie) o testimonianze (che tendenzialmente riguarderanno le manifestazioni esteriori, la sintomatologia delle affezioni fisiche o psichiche).

In difetto di prova alcuna, nulla può essere riconosciuto agli attori a tale titolo.

Quanto ai criteri di liquidazione *“Per rideterminare secondo i principi indicati la liquidazione del danno non patrimoniale spettante ai congiunti del soggetto macroleso, il giudice del rinvio dovrà far riferimento a tabelle che prevedano specificamente idonee modalità di quantificazione del danno, come le tabelle predisposte dal Tribunale di Roma, che fin dal 2019 contengono un quadro dedicato alla liquidazione dei danni cd. riflessi subiti dai congiunti della vittima primaria in caso di lesioni. Le tabelle del Tribunale di Milano, che nella loro più recente versione si sono adeguate alle indicazioni di questa Corte prevedendo una liquidazione "a punti " in riferimento alla liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale, non altrettanto hanno fatto, allo stato, in riferimento alla liquidazione del danno dei congiunti del macroleso" in quanto per ora non è stato raccolto un campione significativo*

di sentenze utile a costruire una tabella fondata sul monitoraggio” (Cass. 13540/2023).

Orbene, le tabelle del Tribunale di Roma del 2025 prevedono un valore punto massimo di € 7.066,12 che comprende due diverse componenti: il danno “morale” vale a dire l'aspetto interiore del danno sofferto (danno morale sub specie di dolore, vergogna, disistima di sé, paura, disperazione, ansia e incertezza in ordine al futuro del congiunto) e il danno dinamico-relazionale, coincidente con la modificazione peggiorativa delle relazioni di vita esterne del soggetto.

Per la prima componente del danno “riflesso” patito dai familiari del macroleso, l'importo è fissato in € 3.533,06; per la seconda, nella somma compresa tra 3.533,06 ed € 2.491,65, in funzione della presenza di riconoscimento del diritto all'assistenza per il congiunto o attraverso sussidi pubblici (la cd indennità di accompagnamento) o a seguito del riconoscimento allo stesso del risarcimento per la fruizione di una assistenza per il futuro, con la precisazione che tale seconda voce è riconoscibile solo ai soggetti titolari dell'obbligo di provvedere all'assistenza del congiunto.

I parametri che vengono presi in considerazione per il calcolo del danno sono la relazione di parentela con il danneggiato, il numero dei familiari tenuti all'assistenza, l'età del danneggiato, l'età del parente da risarcire e la percentuale di invalidità del danneggiato (più precisamente, il danno viene calcolato sulla base dei fattori di influenza x il valore del punto base x la percentuale di invalidità del soggetto leso).

Alla luce di tali criteri si ha, per il coniuge [REDACTED] valore punto (che si determina nella misura massima) di € 7.066,12, punti 28, 0,8 coefficiente in base al numero dei soggetti (2) tenuti all'assistenza; punteggio totale $(28 \times 0,8) = 22,4$ totale danno: € 110.796,76 $(€ 7.066,12 \times 22,4 \times 70\%)$, oltre rivalutazione ed interessi secondo i criteri sopra esposti (Cass. sez. Un. 1712/1995).

Si perviene, così, alla somma di € 121.343,61 per [REDACTED] sulla quale spettano gli interessi legali dalla data della presente decisione al sod-

disfo.

Per il figlio [REDACTED] valore punto (che si determina nella misura massima) di € 7.066,12, punti 24, 0,8 coefficiente in base al numero dei soggetti (2) tenuti all'assistenza; punteggio totale $(24 \times 0,8) = 19,2$ totale danno: € 94.968,65 ($€ 7.066,12 \times 22,4 \times 70\%$), oltre rivalutazione ed interessi secondo i criteri sopra esposti (Cass. sez. Un. 1712/1995).

Si perviene, così, alla somma di € 104.008,80 per [REDACTED] sulla quale spettano gli interessi legali dalla data della presente decisione al soddisfo.

Le spese di lite.

Infine, in ossequio al principio di soccombenza di cui all'art. 91 c.p.c., la Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo deve essere, altresì, condannata al pagamento delle spese di lite sostenute dalla parte attrice.

Le spese vengono liquidate – come in dispositivo – secondo i parametri introdotti dal D.M. Giustizia 55/2014 (attuativo dell'art. 13, sesto comma, L. 247/2012), nella formulazione conseguente alle modificazioni apportate con D.M. n. 147 del 13/08/2022, tenuto conto dell'attività svolta in relazione al *decisum* con applicazione dei valori medi per tutte le fasi ad eccezione di quella istruttoria esauritasi nelle indagini medico legali per la quale va applicato il valore minimo, con aumento di cui all'art. 4, comma 2, D.M. 55/14 per la presenza di più parti e di pretese che devono ritenersi "identiche in fatto ed in diritto" e con distrazione in favore del procuratore antistatario.

Le spese occorse per la C.T.U. vanno poste definitivamente a carico di parte convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa, definitivamente pronunciando così provvede:

condanna la Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento:

in favore di [REDACTED] n.q. di amministratore di sostegno di [REDACTED]
[REDACTED] della somma di € 1.000.724,18 a titolo di danno non patrimoniale subito quest'ultimo, oltre interessi dalla data della presente decisione fino al soddisfo;

in favore di [REDACTED] n.q. di amministratore di sostegno di [REDACTED]
[REDACTED] della somma di € 111.760,00 a titolo di danno patrimoniale da lucro cessante, oltre interessi dalla data della presente decisione fino al soddisfo;

in favore di [REDACTED] n.q. di amministratore di sostegno di [REDACTED]
[REDACTED] della somma di € 288.600,00 per spese future di assistenza, oltre interessi dalla data della presente decisione fino al soddisfo;

in favore di [REDACTED] in proprio della somma di € 121.343,61 per danno non patrimoniale, oltre interessi dalla data della presente decisione al soddisfo ;

in favore di [REDACTED] in proprio della somma di € 104.008,80 per danno non patrimoniale, oltre interessi dalla data della presente decisione al soddisfo;

condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento delle spese di lite di parte attrice che si liquidano in € 32.652,48, oltre CU marca, spese forfettarie, I.V.A. e C.P.A. come per legge;

pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio definitivamente a carico dell' Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore con distrazione in favore del procuratore antistatario.

Manda la cancelleria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso a Palermo, lì 12/06/2025.

Il presente provvedimento, redatto su documento informatico, viene sottoscritto con firma digitale dal Giudice Dott. Maura Cannella, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del d.lgs. 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del Ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.