



TRIBUNALE DI PALERMO
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Sezione III civile – in composizione monocratica in persona del Giudice dott. Maura Cannella ha pronunciato ai sensi dell'art. 281 sexies ult. co. cod. proc. civ. (aggiunto dal D.lgs. 10 ottobre 2022 n. 149) la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 6101 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi dell'anno 2024 vertente

TRA

[redacted] nata a [redacted] in data [redacted] (C.F. [redacted]
[redacted], nato a [redacted] in data [redacted]
[redacted] nata a [redacted]
in data [redacted] [redacted] nata a [redacted]
[redacted] in data [redacted]
[redacted] nato a [redacted];
[redacted] in data [redacted]
[redacted] tutti in proprio e nella qualità di eredi della [redacted]
[redacted] ed ivi deceduta in data [redacted]
[redacted] e tutti elettivamente domiciliati in Palermo, via T. Tasso n. 34, presso lo studio dell'Avv. Marco Sanfilippo che li rappresenta e difende congiuntamente e disgiuntamente con l'avv. Antonino Giampino per mandato in atti;

– parte ricorrente –

CONTRO

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone” di Palermo (C.F. 05841790826), in persona del legale rappresentante pro tempore, domiciliata in Palermo, via Mariano Stabile n. 182, presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato, che la rappresenta e difende *ope legis*;

– parte convenuta resistente –

OGGETTO: Morte.

CONCLUSIONI DELLE PARTI: all'udienza del 02/02/2026 le parti discutevano la causa e concludevano come da verbale in pari data al quale si rinvia.

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO ED IN DIRITTO

Nella presente controversia- introdotta con ricorso ex art. 281 decies c.p.c. depositato in data 14/05/2024 -

in proprio e nella qualità di eredi di [REDACTED] a [REDACTED] ed ivi deceduta in data [REDACTED] chiesto la condanna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti per l'errato trattamento sanitario prestato alla congiunta ed esitato nel suo decesso.

Hanno esposto che, la sig.ra [REDACTED] aveva acceduto in data 09/02/2020 presso il P.S. dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo a causa dell'insorgenza di dolore addominale associato a tre episodi di vomito caffeeano ed in data 12/02/2020 era deceduta.

I congiunti hanno esposto di avere presentato denuncia/querela presso la Questura di Palermo, Commissariato di P.S. "Oreto Stazione" ed a seguito di ciò, la Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Palermo aveva conferito incarico ai Periti dr. Antonio Guajana e Lucio Mandalà di accertare le cause della morte e la sussistenza di condotte negligenti imprudenti o imperite del personale sanitario della Struttura.

In seno alla relazione redatta a seguito degli accertamenti eseguiti, i Periti avevano concluso affermando che il decesso della sig.ra [REDACTED] era da attribuire ad *"arresto cardiocircolatorio per stato di shock irreversibile secondario ad occlusione intestinale complicata da ischemia venosa, con necrosi estesa alla mucosa e sottomucosa di un tratto di intestino tenue, indotta da uno strangolamento enterico ad opera di un cordone fibroso sviluppatosi in seguito ad un processo aderenziale riconducibile ai plurimi, pregressi interventi chirurgici addominali"* e che *«se i sanitari si fossero attenuti alle buone pratiche cliniche accreditate, il decesso della Sig.ra [REDACTED] ebbe avuto un'altissima probabilità scientifica di poter essere evitato o quantomeno procrastinato ad epoca sensibilmente suc-*

cessiva rispetto al 12.02.2020 (“...tasso di mortalità ospedaliera del 3% per episodio...” “...Se l’intervento chirurgico viene eseguito entro le 36 ore, il tasso di mortalità non supera l’8%. Il tasso di mortalità è del 25% se l’intervento viene posticipato oltre le 36 ore...” riscontrando, pertanto chiari profili di responsabilità sanitaria”.

Dopo avere senza esito chiesto il ristoro dei danni subiti all’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone” di Palermo, parte ricorrente ha esposto di aver proposto dinanzi a questo Tribunale ricorso ex art. 696 bis c.p.c. rubricato al n. 6798/22 R.G., all’esito del quale i consulenti tecnici nominati avevano rilevato *«profili di censura nell’operato dei Sanitari dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, con particolare riferimento all’errato inquadramento diagnostico della patologia da cui era affetta la Sig.ra [REDACTED] e alla cattiva gestione del monitoraggio laboratoristico-strumentale della paziente»* e, quindi, concluso affermando che *“se i Sanitari avessero assunto una condotta conforme a quanto previsto in casi consimili dalla Letteratura di merito, il decesso della Sig.ra [REDACTED] avrebbe avuto un’elevatissima probabilità scientifica di poter essere evitato o quantomeno procrastinato ad epoca sensibilmente successiva rispetto al 12.02.2020».*

Tanto premesso i ricorrenti hanno invocato, sia iure proprio che iure successionis il risarcimento di tutti i danni non patrimoniali subiti e hanno, quindi, concluso chiedendo al Tribunale di *«Preliminarmente, disporre l’acquisizione del fascicolo di ufficio relativo all’Accertamento Tecnico Preventivo, iscritto al R.G. n°6798/2022 r.g. pendente dinanzi Codesto Tribunale di Palermo, acquisendo agli atti la Relazione di Consulenza Tecnica depositata dai CCTTUU Dott. F. Ausania e Prof. G. Lemmo. Nel merito, Ritenere e dichiarare che gli operatori sanitari dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone” di Palermo hanno agito con negligenza, imperizia ed imprudenza in quanto, nonostante le evidenze scientifiche, trattarono l’occlusione intestinale da cui era affetta la signora [REDACTED] superficialmente e non adeguatamente, tanto da cagionarne il decesso, avvenuto in data 09.02.2020. Per l’effetto, - Condannare l’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone”, in persona del legale rap-*

servato che la legge n. 24/2017 c.d. Gelli Bianco, entrata in vigore l'01/04/2017 ed applicabile ai fatti avvenuti dopo la sua entrata in vigore (cfr. Cassazione, sentenza n. 28994/2019) e quindi *ratione temporis* al caso di specie, 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 imprevisto 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).

Ne consegue che, rispetto alla posizione del paziente (o dei suoi eredi che ne facciano valere le pretese iure successionis) e nel rapporto con la struttura sanitaria o con il medico con il quale sia intercorso un diretto rapporto di natura professionale, il riparto dell'onere probatorio è retto dai medesimi criteri fissati in materia contrattuale e, in particolare, dal principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, per cui il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il "contratto" (sia esso libero professionale o "di ospedalità") ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico di quest'ultimo (e della struttura sanitaria) l'onere di provare l'esatto adempimento, stante la presunzione di colpa a suo carico.

Con la precisazione che, nelle obbligazioni c.d. di comportamento, non ogni inadempimento è rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno (Cass. SS.UU. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577).

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).

È, quindi, onere del paziente danneggiato (o dei suoi eredi) dimostrare

l'esistenza del nesso causale tra la condotta del sanitario e il pregiudizio di cui chiede il risarcimento e tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio c.d. "del più probabile che non", la causa del danno, con la conseguenza che, se al termine dell'istruttoria detto nesso non risulta provato, per essere la causa del danno rimasta assolutamente incerta, la domanda dev'essere rigettata (Cass. 18392/17; 4792/13; 17143/12).

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) né nel rapporto del paziente (o dei suoi eredi) con il sanitario della cui opera l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria privata si siano avvalsi nell'adempimento del contratto c.d. di ospedalità intercorso con il paziente: in considerazione della natura aquiliana della responsabilità del sanitario, 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 dell'autore.

Ebbene, nel caso di specie, giova osservare che sono incontestate ed emergono dalla documentazione medica versata in atti l'instaurazione del rapporto contrattuale della congiunta dei ricorrenti con la struttura sanitaria convenuta.

In ordine ai profili di responsabilità in capo ai sanitari dell'Azienda convenuta e del nesso causale tra questi e il decesso della sig.ra [REDACTED] consulenti tecnici d'ufficio incaricati nell'ambito dell'accertamento tecnico preventivo (dott. Francesco Ausania e Prof. Gianfranco Lemmo) – esaminata la documentazione prodotta ed eseguiti, nel contraddittorio delle parti, gli accertamenti ritenuti necessari – hanno, in primo luogo, ripercorso la vicenda clinica della de

cuius e quindi affermato che *«la morte della Sig.ra [REDACTED] riconducibile ad un collasso cardiocircolatorio secondario alle conseguenze fisiopatologiche terminali di un quadro di occlusione intestinale, altalenante nella sua espressione, complicatosi con ischemia venosa, verosimilmente esito di uno strangolamento enterico da briglia aderenziale»* (cfr. relazione di C.T.U. pag. 45).

A supporto di tale diagnosi i CC.TT.UU. hanno posto *«la subiettività dolorosa addominale di tipo colico, il vomito, i segni TC»*, evidenziando, altresì che la Sig.ra [REDACTED] *«presentava anamnesi patologica remota di plurimi interventi chirurgici addominali a noto rischio di quadro aderenziale e fatti sub-occlusivi/occlusivi»*.

La presenza di briglia aderenziale, quale elemento favorente lo sviluppo di occlusione intestinale e successiva ischemia a parere del Collegio è, inoltre, *«confirmata in sede di indagine autoptica. Difatti, all'esame necroscopico, nel corso dell'eviscerazione della cavità addominale, si repertava "... una briglia aderenziale distale al Legamento del Treitz (individuata a circa 60 cm di intestino dal Treitz) e tesa tra due anse ..." determinante "... sia uno strozzamento diretto dell'intestino tenue che un attorcigliamento delle anse intorno ad essa ...". Segni di sofferenza ischemica, a livello di tale distretto intestinale, erano descritti sia macroscopicamente che microscopicamente, laddove gli esami istopatologici documentavano "... diffusa necrosi ischemica della mucosa, edema della sottomucosa e diffuso infiltrato granulocitario a carico di tutti gli strati della parete ..."»*.

Secondo i Consulenti *«In un'analisi tecnico-scientifica il quadro sopradescritto appare compatibile con l'estrinsecarsi di uno dei più frequenti meccanismi di occlusione con strangolamento ovvero il volvolo correlato a briglia aderenziale»*.

Gli Ausiliari dell'ufficio hanno descritto il volvolo come *«una situazione anato-mo-patologica in cui si ha la torsione di un'ansa sul proprio asse, sovente su di una briglia aderenziale, cui consegue, se completo per torsione di 360°, grave sofferenza circolatoria per compressione del suo peduncolo vascolare mesenterico»* e rilevato che *«La compressione si rende evidente inizialmente sui vasi venosi per la minore resistenza della loro parete e per la minore pressione interna; l'ansa strozzata è inizialmente edematosa, congesta e cianotica per stasi sanguigna, quindi, diventa sede di infarcimento emorragico ed infine cade in gangrena. Frattanto si*

produce in corrispondenza della superficie sierosa un processo infiammatorio esudativo che da siero-fibrinoso diventa siero-emorragico ed infine purulento, per complicazioni settiche legate a migrazioni batteriche che si compiono attraverso la parete necrotica dell'intestino».

Nel caso di specie, a parere del Collegio, «*si era determinato inizialmente, con ogni verosimiglianza, fatto sub-occlusivo intestinale, non completo o intermittente, da angolatura su briglia aderenziale. Tale rappresentazione appare coerente sia con la clinica, subiettiva ed obiettiva osservate, sia con il laboratorio, sia con l'imaging. L'occlusione intestinale che evolve verso una condizione ischemica conduce alla sofferenza della parete intestinale capace di progredire verso la necrosi, la perforazione e lo shock. Oltre a tutte le modificazioni patologiche proprie dell'occlusione semplice, nello strangolamento si ha perdita di sangue e plasma, specialmente quando l'ostacolo è prevalentemente venoso. Questa perdita nel "terzo spazio" dell'ansa chiusa sottrae liquidi al compartimento vascolare, riducendo la volemia e contribuendo quindi ad aggravare lo shock. Il passaggio di batteri e dei loro prodotti tossici in peritoneo e in circolo può avvenire anche senza una franca perforazione, per trasudazione della parete, quando coesistano la presenza di batteri, un deficit vascolare e l'iperdistensione della parete. Tali eventi possono condurre a depressione miocardica, collasso cardiocircolatorio, shock e, infine, all'exitus».*

I CC.TT.UU. hanno, pertanto, concordato con le «*conclusioni cui sono giunti i CCTT del PM in precedente consulenza che hanno riferito il decesso della Sig.ra [REDACTED] ad "arresto cardiocircolatorio per stato di shock irreversibile secondario ad occlusione intestinale complicata da ischemia venosa, con necrosi estesa alla mucosa e sottomucosa di un tratto di intestino tenue, indotta da uno strangolamento enterico ad opera di un cordone fibroso sviluppatosi in seguito ad un processo aderenziale riconducibile ai plurimi, pregressi interventi chirurgici addominali"».*

Tali conclusioni sono state vivacemente contestate dai CC.TT.PP. dell'Azienda convenuta – Prof. Gianfranco Cocorullo e dott.ssa Valentina Triolo – a parere dei quali «*la causa di morte, di natura molto probabilmente cardiaca (...) debba essere*

ricercata in una morte improvvisa cardiaca da causa n.d.d. (spasmo cardiaco da stenosi dell'IVA, ancorchè non critica?)»

Tuttavia, i Consulenti dell'ufficio, in risposta alle osservazioni di parte, hanno rilevato che *«Il reperto di ischemia intestinale è infatti di univoca interpretazione ed evidente nella sua espressione sia dal dato clinico-strumentale sia dal dato autoptico»* e ribadito che *«le cause della morte dello [redacted] no riconducibili al quadro patologico intestinale, peraltro palesemente testimoniato dai riscontri necroscopici. In altri termini, non vi sono elementi probanti l'ipotesi che la formazione nodulare valvolare cardiaca possa aver assunto ruolo discriminante (senza che i CT di parte resistente specifichino quale) nel meccanismo fisiopatologico che ha condotto al decesso della [redacted] ipotesi di una morte cardiaca improvvisa (eventualmente maturata peraltro in corso di ricovero) appare pertanto priva di qualsivoglia elementi probanti».*

Alla luce di ciò, questo decidente non ha ritenuto necessaria l'acquisizione dei vetrini istologici relativi all'esame autoptico eseguito sulla salma della sig.ra Fi- [redacted] l'aggiornamento della consulenza tecnica, con nomina di un perito specialista in anatomia patologica.

Quanto alla valutazione della condotta dei Sanitari e alla valenza causale degli errori identificati, il Collegio peritale ha osservato che la [redacted] *«in data 09.02.2020 alle ore 02:50 accedeva, con modalità di arrivo autonomo, al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo a motivo di “dolore addominale” insorto dopo cena a cui si associavano episodi di vomito alimentare (...). In una condizione di apiressia e con alvo riferito aperto a feci e gas, i parametri vitali venivano rilevati soddisfacenti(...). Al controllo delle ore 04:02, in parametri vitali ancora soddisfacenti, si aveva persistenza di dolore addominale che anzi aumentava di intensità (...). Si prescriveva terapia antalgica e antiemetica (...). Il laboratorio (ore 04:31) documentava modesta leucocitosi neutrofila e modesta caduta emoglobinica in una normalità dei valori dei globuli rossi (...) Verso le ore 07:00, nella persistenza della sintomatologia dolorosa, si integrava la terapia antalgica (...). La TC addome (ore 08:35), documentava un quadro suggestivo per: • ischemia venosa di ansa del piccolo intestino • alterato*

transito alimentare cui si associava trombosi venosa nel distretto della vena mesenterica superiore con versamento libero endoaddominale diffuso in più recessi)» e rilevava che “Tali reperti sono suggestivi per ischemia venosa di ansa del piccolo intestino”».

Dopo avere fornito brevi note sulla occlusione intestinale i CC.TT.UU. hanno osservato che, nella specie «*Alle ore 09:30, si disponeva ricovero urgente in Chirurgia d’Urgenza con diagnosi di “ischemia intestinale”. La paziente, giunta in Reparto, sottoscriveva il rifiuto al ricovero pur edotta dai sanitari dei rischi di tale decisione*».

Tuttavia, «*Alle ore 14:20 di quello stesso giorno, 09.02.2020* [REDACTED] *accedeva nuovamente al Pronto Soccorso per: persistenza di dolore addominale che, nelle caratteristiche “di tipo colico” (con cui si definisce un dolore con una alternanza di periodi di acuzie dolorosa intervallate da periodi di sua remissione completa o parziale, ndr), poteva orientare verso un fatto occlusivo intestinale; comparsa di vomito che, nelle caratteristiche “di tipo caffeeano” (per un suo colore come la “posa del caffè”, ndr), poteva orientare per un sanguinamento delle prime vie digestive, pregresso, ma recente. Alle ore 14:48 si disponeva ricovero in chirurgia generale e d’urgenza con diagnosi di “ischemia intestinale”, dettata, verosimilmente, dalla “suggerione” radiologica emersa all’indagine TC condotta nella circostanza dell’accesso precedente nello stesso PS*».

Giunta alle ore 15:10, al reparto di destinazione «*In una obiettività generale soddisfacente, alle ore 15:30 si programnavano esami ematochimici (...), RX Torace (...), ECG (...) e si disponeva posizionamento di sondino naso-gastrico che la paziente rifiutava. Alle ore 16:40 la paziente lamentava persistenza del dolore di non irrilevante intensità (scala del dolore 5) motivo per il quale si somministrava Toradol (...). Alle ore 21:00 la paziente si presentava apiretica con addome trattabile*».

Sulla base di tali dati, i CC.TT.UU hanno osservato che gli elementi clinicolaboratoristici noti fino a questo momento, costituiti da «*anamnesi patologica remota positiva per plurimi interventi chirurgici addominali; sintomatologia dolorosa addominale di tipo colico associata a vomito caffeeano; obiettività all’ingresso ca-*

ratterizzata da addome trattabile e alla palpazione dolente e dolorabile al fianco destro, all'ipogastrio e al fianco sinistro; riscontro strumentale TC di ischemia venosa di ansa del piccolo intestino e formulata diagnosi di ischemia intestinale; esami ematochimici compatibili con processo flogistico in atto (leucocitosi neutrofila, rialzo della PCR)», avrebbero dovuto «porre il sospetto di una condizione di occlusione intestinale meccanica complicata da ischemia venosa ed indurre ad un approfondimento strumentale al fine di ricorrere a una corretta strategia terapeutica. In altri termini, alla luce di quanto appena argomentato, nonostante l'apiressia, un'obiettività addominale non di acuzie, un'analisi laboratoristica con valori non allarmanti da un punto di vista clinico, sarebbe stato quantomai opportuno-diligente e forsanco doveroso l'esecuzione dopo il ricovero, di un nuovo controllo imaging con una RX diretta addome o, ancor meglio, con una nuova TC addome, volto ad indagare prudentemente l'evoluzione del quadro addominale indagato al mattino e risultato francamente patologico che, nel suo eventuale possibile sviluppo negativo, avrebbe potuto correlare pericolose e più drammatiche conseguenze, come in concreto occorso».

Gli Ausiliari hanno sottolineato che, invece, «alcun altro esame di imaging verrà più condotto in seguito a quello effettuato nella mattinata del 09.02.2020».

Sebbene «In data 10.02.2020, al mattino (ore 08:30), le condizioni cliniche venivano riferite stabili» ed «Analogo reperto era annotato al controllo clinico delle ore 15:30» e «poi ancora a quello delle ore 21:30», i Consulenti hanno segnalato relativamente al quadro clinico obiettivato «che in quadro occlusivo-ischemico, quantomeno inizialmente, una subiettività dolorosa addominale, puranco drammatica, può trovare coerenza con il rilievo di una trattabilità obiettiva dell'addome, di una peristalsi conservata, di un Blumberg negativo. Difatti, l'ischemia intestinale va inizialmente a coinvolgere gli strati più interni della parete intestinale (mucosa e sottomucosa) e solo in fase avanzata, con l'interessamento ischemico degli strati più esterni (muscolare e sieroso), si manifesta con un chiaro quadro di addome acuto che coniuga l'importante dolore subiettivo con un dolore obiettivo palpatorio, una contrattura di difesa, un arresto peristaltico e un Blumberg positivo compatibile con peritonismo. Si segnala, altresì, che la normalizzazione dei bianchi, quale

osservata nel caso di specie ai controlli successivi delle ore 12:56 e delle ore 19:45 del 10.02.2020, potrebbe avere riferimento con una altalenanza, possibile a manifestarsi, della entità dei fatti compressivo-ischemizzanti espressi sull'intestino e sulla vascolarizzazione distrettuale da angolatura e/o da volvolo di un'ansa su briglia aderenziale».

Proseguendo nella disamina della vicenda clinica, il Collegio ha riferito che «alle ore 19:50, ad indagare sul riferito vomito caffeeano, veniva correttamente condotta endoscopia delle alte vie digestive che documentava: "... Cavità gastrica ampia contenente discreta quota di materiale color caffeeano adeso alle pareti ... Si esplora l'ansa efferente per 20 cm circa che presenta stessa tipologia di residuo in assenza di sanguinamento attivo. Si eseguono multipli lavaggi in cavità gastrica e in digiuno sino a detersione delle pareti non repertando alcuna lesione sede di sanguinamento attivo e/o recente. Conclusioni: ernia jatale da scivolamento; esiti di resezione gastrica e confezionamento di gastro-enteroanastomosi T-L; flogosi della rima anastomotica ...".

A parere dei CC.TT.UU. «Elementi non condivisibili sono da individuarsi nell'omessa attenzione diagnostica dopo tale indagine. Se quanto emerso alla TC dell'addome al primo accesso sollecitava, se non un approccio chirurgico in urgenza, di certo un atteggiamento più vigile ed attivo, il forte sospetto di sanguinamento dalle alte vie digestive, ancorché pregresso ma recente, quale evocato dalle caratteristiche del vomito e da quanto osservato alla EGDS, ancor più esigevano vigilanza ed attenzione. A tal proposito si segnala che la verniciatura da parte di materiale caffeeano delle pareti gastriche e dei primi 20 centimetri esplorati dell'ansa efferente dalla gastro-digiunostomia – a forte, forse inequivoco richiamo, come dianzi già commentato, di un possibile-probabile pregresso-recente sanguinamento dalle alte vie digestive; l'indagine TC illustrante un quadro suggestivo di fatto ischemico intestinale – esso stesso possibile fonte di tale pregresso-recente sanguinamento avrebbero dovuto far avanzare il forte sospetto che un sanguinamento, di certo realizzatosi e non visto nel tratto intestinale esplorato (cavità gastrica e primi 20 cm dell'ansa efferente), potesse essere a valle di questo. Si evidenzia che, al riscontro autoptico, l'ansa ischemizzata, e probabilmente sede del sanguina-

mento, verrà localizzata a circa 60 cm dal Treitz, a valle dei 20 cm esplorati».

I Consulenti hanno rilevato che «Una corretta attenzione diagnostico strumentale (RX diretta addome, TC) nel documentare l'evoluzione, pur verosimilmente ad andamento altalenante, del quadro occlusivo-ischemico avrebbe fornito elementi utili all'assunzione di una decisione chirurgica forsanco nell'immediato o, comunque, elementi utili a consiglio della assunzione di un atteggiamento di più prudente e vigile attesa per essere pronti ad intraprendere in urgenza un programma chirurgico alla contezza di un viraggio clinico-laboratoristico-strumentale che avesse avuto a manifestarsi».

In data 11.02.2020 «ai controlli clinici del mattino, pur riscontrando un addome trattabile, soddisfacenti parametri vitali, diuresi conservata, alvo aperto ai gas, si annotava in diaria una subiettività dolorosa a sede lombare ed ai quadranti inferiori dell'addome».

Il Collegio ha osservato che «Stante la persistenza della sintomatologia algica, nulla, tuttavia, neglientemente, veniva assunto di più attivo sotto il profilo diagnostico laboratoristico e strumentale, né nell'immediato né nel corso della giornata. Si rammenta, inoltre, che durante la notte successiva la paziente, verso le ore 02:00, si mostrava irrequieta per il persistente dolore lombare. Nulla ancora veniva assunto».

Alle ore 04:40 del 12.02.2020 veniva annotato «nel diario clinico un improvviso cambiamento delle condizioni generali della paziente con quadro di perdita di coscienza e grave stato ipotensivo. Nonostante gli idonei ed adeguati provvedimenti assunti in urgenza, si assisteva all'arresto cardiaco ed al decesso della paziente» ed alle ore 05:15 veniva constatato il decesso.

Alla luce di quanto osservato ed argomentato gli Ausiliari hanno concluso affermando che «nel corso della degenza presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, non si sia attuata una condotta volta ad approfondire adeguatamente le problematiche presentate dallo [REDACTED] correlate all'iniziale riscontro di ischemia intestinale, con il risultato di non raggiungere mai ad una corretta definizione diagnostica della patologia – ovvero un quadro occlusivo-ischemico intestinale – e a porre in essere la strategia terapeuti-

ca più adeguata. In sintesi, si ravvedono profili di censura nell'operato dei Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, con particolare riferimento all'errato inquadramento diagnostico della patologia da cui era affetta la [REDACTED] «la cattiva gestione del monitoraggio laboratoristico-strumentale della paziente».

In ordine al nesso causale, i CC.TT.UU. hanno osservato che «le condizioni della paziente unitamente al riscontro TC di ischemia intestinale ponessero chiara indicazione ad uno stretto monitoraggio laboratoristico-strumentale finalizzato ad intraprendere un approccio chirurgico tempestivo qualora necessario. Specificatamente, si ritiene che l'attendismo assistenziale passivo, sia sotto il profilo diagnostico strumentale sia sotto il profilo diagnostico laboratoristico, a fronte del dato iniziale di fatto ischemico intestinale TC documentato e della persistenza di sintomatologia dolorosa, non consentiva di inquadrare correttamente la patologia e di coglierne l'evoluzione negativa. Alla luce di un ragionamento controfattuale, l'assunzione di un atteggiamento di prudente vigile attesa avrebbe consentito, secondo il criterio del "più probabile che non", di giungere tempestivamente ad un corretto inquadramento diagnostico e ad un adeguato trattamento del fatto occlusivo-ischemizzante, prima che si concretizzassero l'occlusione stabilizzata con correlata sofferenza acuta totale ad effetto necrotizzante tissutale, il grave acuto decadimento delle condizioni generali della paziente e il conseguente collasso cardiocircolatorio. Concludendo, se i Sanitari avessero assunto una condotta conforme a quanto previsto in casi consimili dalla Letteratura di merito, il decesso della Sig.ra [REDACTED] avuto un'elevatissima probabilità scientifica di poter essere evitato o quantomeno procrastinato ad epoca sensibilmente successiva rispetto al 12.02.2020».

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.

La Struttura sanitaria, dal canto suo, non ha fornito la prova dell'inesistenza, dell'irrelevanza e/o della non imputabilità dell'inadempimento dedotto dai ricorrenti a fondamento delle domande risarcitorie, così come acclarato all'esito

dell'accertamento peritale espletato in via preventiva, essendo risultate infondate, alla luce dei chiari e condivisibili chiarimenti forniti dai CC.TT.UU., le osservazioni mosse dalla Azienda Ospedaliera Universitaria alla relazione dei Consulenti d'ufficio.

Sul punto mette appena conto ricordare che anche la consulenza tecnica di parte non costituisce un mezzo di prova, bensì una semplice allegazione difensiva, in relazione alla quale il giudice non deve motivare il proprio dissenso quando pone a base del proprio convincimento considerazioni incompatibili con le osservazioni ivi contenute e conformi al parere del proprio consulente (v. Cass. 6432/2002; Cass. 17556/2002; Cass. 1902/2002; Cass. 15028/2001; Cass. 5687/2001; Cass. 3371/2001).

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

Prima di procedere con l'accertamento e la quantificazione dei danni va preliminarmente osservato che difetta la legittimazione attiva in relazione alla domanda proposta *iure hereditatis* da parte di [REDACTED]

Invero, soltanto il marito [REDACTED] figlio [REDACTED] possono considerarsi soggetti chiamati all'eredità di [REDACTED] sensi del combinato disposto degli artt. 565 e 581 c.c. relativi alle successioni legittime, mentre sono esclusi dalle categorie di successibili, in presenza di coniuge e di figli, gli ascendenti, i fratelli e le sorelle.

Per quanto concerne la posizione del marito e del figlio, come è noto, il promuovimento dell'azione costituisce compimento di un atto che presuppone necessariamente la volontà del chiamato di accettare l'eredità e che non avrebbe diritto di fare se non nella qualità di erede ex art. 476 c.c.

Invero, secondo l'orientamento della Suprema Corte di Cassazione – che si condivide – “*Nel caso di azione proposta da un soggetto che si qualifichi erede del "de cuius" in virtù di un determinato rapporto parentale o di coniugio, la produzio-*

ne del certificato dello stato di famiglia è idonea a dimostrare l'allegata relazione familiare e, dunque, la qualità di soggetto che deve ritenersi chiamato all'eredità, ma non anche la qualità di erede, posto che essa deriva dall'accettazione espressa o tacita, non evincibile dal certificato; tuttavia, tale produzione, unitamente alla allegazione della qualità di erede, costituisce una presunzione "iuris tantum" dell'intervenuta accettazione tacita dell'eredità, atteso che l'esercizio dell'azione giudiziale da parte di un soggetto che si deve considerare chiamato all'eredità, e che si proclami erede, va considerato come atto espressivo di siffatta accettazione e, quindi, idoneo a considerare dimostrata la qualità di erede." (in termini la massima di Cass. n.16814/2018; conforme Cass. n.868/2017).

Ne consegue che i ricorrenti [REDACTED] sono legittimati ad agire, sia per la domanda risarcitoria *iure proprio* che per quella *iure hereditatis*, nella qualità, rispettivamente, di congiunti e di eredi, mentre i ricorren-

[REDACTED] sono privi della legittimazione ad agire limitatamente alla domanda risarcitoria *iure hereditatis* (ossia di risarcimento del danno subito [REDACTED] per via successoria), mentre sono legittimati ad agire per la domanda risarcitoria *iure proprio* quali congiunti.

Passando all'accertamento e alla quantificazione dei danni, va osservato che i ricorrenti hanno chiesto *iure successionis* il risarcimento del danno non patrimoniale che sarebbe spettato alla *de cuius* sub specie di danno terminale nella sua componente biologica e morale da c.d. lucida agonia per la consapevolezza della paziente circa l'approssimarsi dell'exitus.

Orbene, esclusa – in accordo con l'ormai pacifico indirizzo della giurisprudenza di legittimità – la risarcibilità del danno da morte o tanatologico, costituito cioè dalla perdita della vita, bene giuridico autonomo rispetto alla salute, fruibile solo in natura dal titolare e insuscettibile di essere reintegrato per equivalente (Cass. S.U. 22.7.2015 n. 15350; Cass. Sez. L. 20.7.2016 n. 14940; Cass. Sez. 3, 11.11.2019 n. 28989) va poi premesso che le espressioni "danno biologico terminale", "danno tanatologico", "danno catastrofe" non corrispondono ad alcuna categoria giuridica, ma possono avere al massimo un valore descrittivo, e cioè

possono essere utilizzate come "mera sintesi descrittiva".

Il danno biologico c.d. terminale è il danno biologico "stricto sensu" (ovvero danno al bene "salute") subito per i giorni intercorsi tra la data delle lesioni a quella del decesso, è, invero, configurabile, e trasmissibile *iure successionis*, ove la persona ferita non muoia immediatamente, sopravvivendo per almeno ventiquattro ore (tale essendo la durata minima, per convenzione legale, ai fini dell'apprezzabilità dell'invalidità temporanea), essendo, invece, irrilevante che sia rimasta cosciente.

Siffatto danno, proprio perché consistente nella oggettiva perdita delle attività quotidiane dalla data dell'evento lesivo fino a quella del decesso, è sempre presente, prescindendo dalla consapevolezza dello stesso o dallo stato di coscienza.

Il danno morale c.d. terminale o danno catastrofale può talora aggiungersi al danno biologico c.d. terminale quale peculiare danno morale, ovvero quale danno consistente nella sofferenza provocata dalla consapevolezza di dovere morire (c.d. "danno morale terminale" o "danno da lucida agonia" o "danno catastrofale o catastrofico").

Detto "danno morale terminale", si risolve nella "paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali" ed è un danno non patrimoniale risarcibile soltanto se la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente.

Agli eredi di soggetto deceduto in conseguenza dell'altrui condotta illecita può quindi astrattamente trasmettersi il diritto al risarcimento del danno biologico c.d. temporaneo, in ragione del periodo in cui il congiunto sopravvisse in condizioni menomate e sempre che ricorra un nesso causale tra dette condizioni tra tali condizioni e la colpevole condotta attiva o omissiva del terzo, purché tra l'evento dannoso e la morte sia intercorso un apprezzabile lasso di tempo (di regola non inferiore alle 24 ore) necessario al consolidamento del pregiudizio (temporaneo) all'integrità psico-fisica e all'insorgenza del diritto della vittima al suo risarcimento (cfr. Cass. Civ., sez. III, n.870/2008).

A questo, nell'unitarietà del genus del danno non patrimoniale, può aggiungersi – se dedotto e provato anche presuntivamente - un danno morale peculia-

re, ossia il danno da percezione, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza psicologica – definita, con evidente significatività etimologica, agonia – derivante dall'avvertita imminenza dell'exitus.

Se, infatti, nel tempo che si dispiega tra la lesione e il decesso la persona non è in grado di percepire la sua situazione e in particolare l'imminenza della morte, il danno non patrimoniale è riconducibile soltanto alla species biologica; se, invece, la persona si trova in una condizione di lucidità agonica, si aggiunge, sostanzialmente, quale ineludibile accessorio della devastazione biologica stricto sensu, un peculiare danno morale, che ben può definirsi morale terminale (Cass. 26727/2018; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6754 del 24/03/2011; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7126 del 21/03/2013; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 13537 del 13/06/2014; 23153 del 17.9.2019).

Per quanto riguarda la liquidazione di tale danno, il più recente insegnamento della Suprema Corte è nel senso che siffatta tipologia di danno c.d. terminale è comprensiva di un danno biologico da invalidità temporanea totale (che si protrae dalla data dell'evento lesivo fino a quella del decesso, purché la vittima sia sopravvissuta per un apprezzabile lasso di tempo) cui può sommarsi una componente di sofferenza psichica (danno catastrofico o da lucida agonia) costituita dal patimento interiore e dall'angoscia di massima intensità avvertiti dalla vittima che percepisca coscientemente l'approssimarsi della propria morte: mentre nel primo caso la liquidazione può essere effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea, nel secondo caso risulta integrato un danno non patrimoniale di natura affatto peculiare che comporta la necessità di una liquidazione che si affidi ad un criterio equitativo puro- ancorché sempre puntualmente correlato alle circostanze del caso- che sappia tener conto della enormità del pregiudizio (Cass. Civ., sez. III, 23183/2014).

Nel caso in esame, il danno terminale imputabile all'Azienda è quello prodottosi nell'arco temporale compreso tra il ricovero del 09/02/2020 ed il decesso 12/02/2020, corrispondente al frangente in cui si consumò il ritardo nel compimento dell'atto salvavita.

Tempo durante il quale è verosimile che la paziente abbia percepito la gravità

della propria situazione ed abbia avvertito nel trascorrere del tempo il pericolo dell'inesorabile progressione della propria drammatica condizione verso l'exitus poi intervenuto.

In nessuna parte della cartella clinica, infatti, vi è evidenza della compromissione delle facoltà sensitive o cognitive della sig.ra [REDACTED] o alla perdita di coscienza annotata alle 04:40 del 12/02/2020 nel diario clinico.

Ai fini della liquidazione, le tabelle milanesi – anche nell'ultima edizione aggiornata – offrono una definizione omnicomprensiva del danno terminale, *“tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente”* e una liquidazione unitaria *“onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio”*.

Considerato quindi che, per i primi tre giorni, la tabella in questione indica un importo omnicomprensivo fino ad € 35.247,00, il Tribunale ritiene che la liquidazione vada effettuata riconoscendo interamente tale importo (Cass. S.U. 24657/07; Cass. n. 995/2012; Cass. n. 15894/2014; Cass. n. 27417/2017; Cass. n. 39384/2021).

I ricorrenti hanno chiesto, altresì, il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale subito nella qualità di coniuge convivente [REDACTED]

In tale ambito, la giurisprudenza è ormai pacifica nel riconoscere che, a fronte della morte o di una gravissima menomazione dell'integrità psicofisica di un soggetto causata da un fatto illecito di un terzo, i parenti hanno diritto ad un danno *iure proprio*, sia di carattere patrimoniale che non patrimoniale, per il venir meno del godimento del rapporto parentale con il congiunto, riconoscendosi una voce risarcitoria che, globalmente, ha lo scopo di ristorare il familiare sia della sofferenza psichica sofferta in conseguenza dell'impossibilità di proseguire il proprio rapporto di comunanza familiare, sia lo sconvolgimento di vita destinato ad accompagnare l'intera esistenza del soggetto che l'ha subita (cfr. Cass. Civ., sez. 3, 11 novembre 2019, n. 28989).

Quanto alla prova del danno, conformemente agli ordinari criteri di riparto della prova, spetta alla vittima dell'illecito altrui dimostrare i fatti costitutivi della propria pretesa e, dunque, l'esistenza del pregiudizio subito, ma detto onere probatorio può essere soddisfatto anche mediante il ricorso a presunzioni semplici, potendo la morte di una persona per fatto illecito dei terzi far presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli o ai fratelli della vittima.

In altri termini, costituisce orientamento ormai consolidato quello per cui l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere, secondo l'*id quod plerumque accidit*, la sofferenza del familiare superstite trattandosi di conseguenza che – per comune esperienza – è connaturale all'essere umano (cfr. Cass. Civ., sez. 3, 24 aprile 2019, n. 11212; Cass. Civ., sez. 3, 11 dicembre 2018, n. 31950; Cass. Civ., sez. 3, 14 giugno 2016, n. 12145).

Trattandosi di una *praesumptio hominis* spetta al convenuto dimostrare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio e che, di conseguenza, la morte della prima non abbia causato alcun pregiudizio non patrimoniale al secondo (cfr. Cass. civ., sez. III, 15 febbraio 2018, n. 3767).

Ebbene, nel caso di specie, incontestati e documentati i rapporti di parentela, nulla induce a dubitare della normalità della corrispondente relazione affettiva. Possono quindi presumersi l'esistenza di rapporti costanti di reciproco affetto e solidarietà con la defunta e l'esistenza del pregiudizio per la prematura recisione della relazione instaurata con quest'ultima.

Quanto ai criteri di liquidazione di tale pregiudizio va ricordato che, in un recente passato, il danno da uccisione del congiunto o da lesione del rapporto parentale veniva identificato nella irreversibile e permanente privazione della reciprocità affettiva e, dalla sua ontologica proiezione nel futuro, si faceva discendere la possibilità che ad esso si affiancasse e coesistesse il danno morale subiettivo contingente, inteso quale sofferenza morale, interiore, indotta dall'ingiustizia patita.

Poiché entrambi concorrevano a delineare il pregiudizio non patrimoniale complessivamente sofferto dal superstite, la riparazione dell'uno e dell'altro –

volta, la prima, a risarcire la lesione dell'interesse protetto di rango costituzionale all'integrità del vincolo familiare, la seconda a ristore lo stato di afflizione, di turbamento anche profondo, di dolore cagionato dalla morte del proprio caro – delineava l'unico risarcimento concesso alla vittima dell'illecito, così che la loro attribuzione congiunta richiedeva l'attenta ponderazione delle poste risarcitorie onde evitare il rischio di duplicazioni del risarcimento (S.U. 8823/03).

Per tale ragione, costituendo nel contempo funzione e limite del risarcimento del danno alla persona, unitariamente considerata, la riparazione del pregiudizio effettivamente subito, il giudice di merito, nel caso di attribuzione congiunta del danno morale soggettivo e del danno da perdita del rapporto parentale, doveva considerare, nel liquidare il primo, la più limitata funzione di ristoro della sofferenza contingente che gli era riconosciuta, atteso che, diversamente, sarebbe stato concreto il rischio di una duplicazione.

La questione è stata però affrontata *funditus* nelle sentenze del novembre 2008 (S.U. 26972/08), nelle quali – nell'ottica dell'unitarietà del danno e della unicità ed onnicomprensività del relativo risarcimento - le Sezioni Unite della S.C. hanno affermato che non può più trovare spazio una duplice liquidazione del danno morale soggettivo e del danno parentale, perché la sofferenza patita nel momento della perdita del congiunto, sia nel momento in cui viene percepita sia nell'arco della propria esistenza, costituisce una forma di pregiudizio suscettibile di un unico integrale ristoro (nozione ripresa da SS.UU. sent. n. 557/09).

In definitiva, nella nuova sistematica del danno non patrimoniale delineata dalle Sezioni Unite, la perdita di una persona cara implica necessariamente una sofferenza morale, la quale non costituisce un danno autonomo, ma rappresenta un aspetto del quale tenere conto, unitamente a tutte le altre conseguenze, nella liquidazione unitaria ed onnicomprensiva del danno non patrimoniale.

È, perciò, inammissibile, costituendo una duplicazione risarcitoria, la congiunta attribuzione, al prossimo congiunto di persona deceduta in conseguenza di un fatto illecito costituente reato, del risarcimento a titolo di danno da perdita del rapporto parentale e del danno morale, inteso quale sofferenza soggettiva, ma che in realtà non costituisce che un aspetto del più generale danno non pa-

trimoniale" (cfr. Cassazione civile, Sez. Un., 11 novembre 2008, n. 26972).

Parimenti da rigettare è l'idea che al prossimo congiunto di persona deceduta in conseguenza del fatto illecito di un terzo possano essere liquidati sia il danno da perdita del rapporto parentale che il danno esistenziale, poiché il primo già comprende lo sconvolgimento dell'esistenza, che ne costituisce una componente intrinseca (ex multis, Cass. 30997/18).

Sofferenza interiore e compromissione della relazione affettiva costituiscono le due facce della stessa medaglia, l'una riguardante le conseguenze soggettive che derivano al danneggiato dalla privazione del vincolo parentale inciso (dispiacere, strazio, angoscia, insomma tutti gli sconvolgimenti dell'animo che è costretto a vivere il soggetto che abbia subito la perdita e che non si esauriscono in quelle provate dall'interessato al momento del fatto (vecchio danno morale soggettivo "transeunte"), ma comprendono anche i patimenti soggettivi dell'individuo capaci di durare nel tempo e protrarsi negli anni a decorrere dal fatto illecito (secondo la nuova configurazione del danno morale da sofferenza elaborata dalle S.U. 2008); l'altra inerente i riflessi oggettivi della lesione, consistenti nelle compromissioni e negli effetti negativi che l'individuo subisce nell'ambito della sua sfera familiare, dotati di un loro autonomo disvalore a prescindere dalla sofferenza soggettiva cagionata alla sfera interiore (vecchio danno da perdita di rapporto parentale).

Il pregiudizio di cui si discorre, quale danno per sua natura privo del carattere della patrimonialità, ben può essere liquidato, in ragione di tale sua natura e della circostanza che la riparazione mediante dazione di una somma di danaro, in tal caso, assolve una funzione non già reintegratrice di una diminuzione patrimoniale bensì compensativa di un pregiudizio non economico, secondo il criterio equitativo ex artt. 1226 e 2056 c.c., avendo riguardo all'intensità del vincolo familiare, alla situazione di convivenza e ad ogni ulteriore utile circostanza, quali ad es. la consistenza più o meno ampia del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima e dei singoli superstiti, le esigenze di questi ultimi rimaste definitivamente compromesse (S.U. 6572/06, 13546/06).

L'applicazione di criteri equitativi di liquidazione deve tuttavia consentirne sia

in caso di adozione del criterio equitativo puro che di applicazione di criteri pre-determinati e standardizzati (in tal caso previa definizione di una regola ponderale commisurata al caso specifico) – la maggiore approssimazione possibile all'integrale risarcimento; l'eventuale adozione di criteri standardizzati dovrà per-tanto in ogni caso garantire anche la c.d. personalizzazione del danno.

L'equità assolve anche alla fondamentale funzione di garantire l'intima coerenza dell'ordinamento, assicurando che casi uguali non siano trattati in modo diseguale e viceversa che situazioni differenti ricevano un trattamento corrispondentemente diversificato, con eliminazione delle disparità di trattamento e delle ingiustizie, a tale stregua venendo ad assumere il significato di "adeguatezza" e di "proporzione" (Cass. 18641/2011).

Per tale ragione, a partire dalla nota sentenza del 07/06/2011 n. 12408, i giudici di legittimità hanno elevato le "tabelle di Milano" a valido criterio di riferimento ai fini della liquidazione equitativa del danno non patrimoniale ai sensi dell'art. 1226 c.c., laddove la fattispecie concreta non presenti circostanze che richiedano la relativa variazione in aumento o in diminuzione (si vedano, ex multis, Cass. Civ. sez. III, nn. 5243/14; 23778/14; 20895/14).

Successivamente, tuttavia, la Terza Sezione civile della Suprema Corte ha mostrato preferenza per le tabelle basate sul c.d. sistema a punti, che prevedano, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella (Cass. Civ. sez. III 21.4.2021 n. 10579; Cass. Civ. sez. III 10.11.2021 n.33005).

Recentemente, quindi, anche il Tribunale di Milano si è dotato di proprie tabelle a punti per la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, tabelle che, per la loro analiticità, paiono soddisfare maggiormente l'esigenza della

personalizzazione del risarcimento, intesa quale adeguatezza al caso concreto.

Le tabelle di Milano individuano precisamente cinque parametri per la liquidazione del risarcimento all'interno del rapporto di parentela esistente tra la vittima ed il congiunto avente diritto al risarcimento (l'età della vittima primaria, l'età della vittima secondaria, la convivenza, la sopravvivenza di altro/altri congiunti nel nucleo familiare primario del de cuius, la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto), e attribuiscono un punteggio fisso o variabile (per la qualità ed intensità della relazione affettiva) ai parametri enucleati da moltiplicare per una somma di denaro (costituente il valore del singolo punto di danno non patrimoniale).

Partendo dalla liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale patito da [REDACTED] nuto conto del valore del punto base di € 3.911,00 previsto per la perdita di un coniuge, si applicano i punteggi previsti per l'età della vittima (punti 18), per l'età del congiunto (punti 20), per la convivenza tra congiunto e vittima (punti 16), per il numero di familiari presenti nel nucleo primario (punti 12), per la qualità ed intensità della relazione affettiva (punti 15, corrispondente alla attribuzione del punteggio mediano, in assenza di allegazioni specifiche) e si perviene così ad un importo totale di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio, in favore di [REDACTED] di € 0 316.791,00 (€ 3.911,00 x 81 punti).

Passando dalla liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale patito da [REDACTED] nuto conto del valore del punto base di € 3.911,00 previsto per la perdita di un genitore, si applicano i punteggi previsti per l'età della vittima (punti 18), per l'età del congiunto (punti 24), per la convivenza tra congiunto e vittima (punti 16), per il numero di familiari presenti nel nucleo primario (punti 12), per la qualità ed intensità della relazione affettiva (punti 15, corrispondente alla attribuzione del punteggio mediano, in assenza di allegazioni specifiche) e si perviene così ad un importo totale di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio, in favore di [REDACTED] di € 332.435,00 (€ 3.911,00 x 85 punti).

Avendo, tuttavia, il ricorrente quantificato in € 329.152,20 la somma spettan-

tegli (cfr. note conclusive autorizzate), solo quest'ultima potrà essergli riconosciuta.

Quanto alla liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale patito da [REDACTED] tenuto conto del valore del punto base di € 3.911,00 previsto per la perdita di un figlio, si applicano i punteggi previsti per l'età della vittima (punti 18), per l'età del congiunto (punti 16), per la convivenza tra congiunto e vittima (punti 16), per il numero di familiari presenti nel nucleo primario (punti 9), per la qualità ed intensità della relazione affettiva (punti 15, corrispondente alla attribuzione del punteggio mediano, in assenza di allegazioni specifiche) e si perviene così ad un importo totale di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio, in favore di [REDACTED] di € 289.414,00 (€ 3.911,00 x 74 punti).

Quanto a [REDACTED] sorella convivente della vittima, tenuto conto del valore del punto base di € 1.698,00 previsto per la perdita di un fratello, si applicano i punteggi previsti per l'età della vittima (punti 12), per l'età del congiunto (punti 16), per la convivenza tra congiunto e vittima (punti 20), per il numero di familiari presenti nel nucleo primario (punti 9), per la qualità ed intensità della relazione affettiva (punti 15, corrispondente alla attribuzione del punteggio mediano, in assenza di allegazioni specifiche) e si perviene così ad un importo totale di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio di € 122.256,00 (€ 1.698,00 x 72 punti).

Infine, quanto a [REDACTED] fratello non convivente e [REDACTED] [REDACTED] non convivente ma abitante nel medesimo isolato, tenuto conto del valore del punto base di € 1.698,00 previsto per la perdita di un fratello, si applicano i punteggi previsti per l'età della vittima (punti 12), per l'età del congiunto (punti 14), per il numero di familiari presenti nel nucleo primario (punti 9), per la qualità ed intensità della relazione affettiva (punti 15, corrispondente alla attribuzione del punteggio mediano, in assenza di allegazioni specifiche) si perviene ad un importo totale di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio di € 84.900,00 ciascuno (€ 1.698,00 x 50 punti).

Per quanto concerne il danno da ritardo, secondo l'orientamento della giuri-

sprudenza della Suprema Corte di Cassazione – condiviso da questo giudice – *“nell’obbligazione risarcitoria da fatto illecito, che costituisce tipico debito di valore, è possibile che la mera rivalutazione monetaria dell’importo liquidato in relazione all’epoca dell’illecito, ovvero la diretta liquidazione in valori monetari attuali, non valgano a reintegrare pienamente il creditore, il quale va posto nella stessa condizione economica nella quale si sarebbe trovato se il pagamento fosse stato tempestivo: in tal caso, è onere del creditore provare, anche in base a criteri presuntivi, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) sia inferiore a quella di cui avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Tale effetto dipende prevalentemente, dal rapporto tra remuneratività media del denaro e tasso di svalutazione nel periodo in considerazione, essendo ovvio che in tutti i casi in cui il primo sia inferiore al secondo, un danno da ritardo non è normalmente configurabile; ne consegue, per un verso che gli interessi cosiddetti compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno da ritardo nei debiti di valore; per altro verso che non sia configurabile alcun automatismo nel riconoscimento degli stessi”* (in termini la massima di Cass. n. 6351/2025; conforme Cass. 18564/2018).

Nella specie, parte ricorrente si è limitata a chiedere gli interessi e la rivalutazione dalla data del fatto fino al soddisfo, senza assolvere gli oneri di allegazione e prova a suo carico.

Sulle predette somme – al cui pagamento va condannata l’Azienda convenuta – sono poi dovuti gli interessi legali, ai sensi del combinato disposto degli artt. 1224, primo comma, e 1284, quarto comma, c.c. dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) fino al soddisfo.

Invero: la necessaria domanda di parte può ritenersi sussistente in base alla richiesta di “interessi sino al soddisfo” e la previsione di cui al quarto comma dell’art.1284 c.c. trova applicazione anche alle obbligazioni da fatto illecito e non soltanto alle obbligazioni di natura contrattuale (cfr. Cass. n. 61/2023 e Cass. n. 7677/2025).

Infine, in ossequio al principio di soccombenza di cui all’art. 91 c.p.c., la parte

resistente deve essere, altresì, condannata al pagamento delle spese di lite sostenute dalla parte ricorrente, ivi comprese quelle relative all'accertamento tecnico preventivo ante causam (cfr., per tale aspetto, tra le tante, anche di recente Cass. civ. n. 9735/2020: *“Le spese dell'accertamento tecnico preventivo “ante causam” devono essere poste, a conclusione della procedura, a carico della parte richiedente, in virtù dell'onere di anticipazione e del principio di causalità, e devono essere prese in considerazione, nell'eventuale successivo giudizio di merito, come spese giudiziali, da regolare in base agli ordinari criteri di cui agli artt. 91 e 92 c.p.c.”*).

Analogamente, le spese della consulenza tecnica d'ufficio espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. devono porsi, in via definitiva, a carico della parte resistente (cfr. Cass. civ. n. 12759/1993: *“Le somme erogate dalla parte che ha chiesto un accertamento tecnico preventivo per compensare il consulente tecnico di ufficio ed il proprio consulente costituiscono, dopo che gli atti dell'accertamento tecnico sono stati acquisiti nel successivo giudizio di merito, spese giudiziali e non componenti del danno da risarcire e le relative somme non sono pertanto soggette a rivalutazione monetaria, ma debbono essere considerate nella liquidazione delle spese processuali da porre, in tutto o in parte, a carico del soccombente, salvo che il giudice non ritenga di compensarle ai sensi dell'art. 92 cod. proc. civ.”*).

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 valore della domanda accolta più elevata [cfr. Corte di Cassazione, sezione III, con l'ordinanza n.10367 del 17 aprile 2024 le domande proposte da più attori contro un solo convenuto (litisconsorzio facoltativo attivo) non si sommano tra loro (Sez. 1 – , Ordinanza n. 18166 del 26/06/2023; Sez. 6 – 3, Ordinanza n. 3107 del 06/02/2017, anche ai fini della liquidazione dei compensi professionali: Sez. L, Sentenza n. 8599 del 16/07/1992; Sez. 2, Sentenza n. 6236 del 24/10/1983, quest'ultima con ampia motivazione; Sez. L, Sentenza n. - 34 - 6901 del 14/12/1982; Sez. 3, Sentenza n. 4711 del 25/08/1982; Sez. 3, Sentenza n. 2946 del 05/05/1980 Sez. 2, Sentenza n. 3149 del 20/11/1962) e, pertanto, il valore della causa ai fini della liquidazione delle spese processuali sarà quello della domanda di valore più alto (Sez. 2 – , Sentenza n. 26614 del 21/12/2016) e, nella specie, da € 260.001 a € 520.000] con applicazione dei valori medi, 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 dirit-*

Infine, non si ritengono sussistere i presupposti di cui all'art. 96 c.p.c., non ravvisandosi nella resistenza in giudizio della convenuta un atteggiamento sorretto da dolo o colpa grave.

P.O.M.

dichiara inammissibili le domande proposte da

della somma di € 289.414,00 in favore di [REDACTED] a titolo di danno non patrimoniale patito iure proprio;

della somma di € 122.256,00 in favore di I [REDACTED] a titolo di danno non patrimoniale patito iure proprio;

della somma di € 84.900,00 ciascuno in favore di [REDACTED]
[REDACTED] a titolo di danno non patrimoniale patito iure proprio

oltre interessi legali ai sensi del combinato disposto degli artt. 1224, primo comma, e 1284, quarto comma, c.c., con decorrenza dalla data della presente pronuncia fino 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 ricorrente relative al precedente procedimento di A.T.P. (n. 6798/22 R.G.A.C. Trib. Palermo) che si liquidano in complessivi € 10.353,00 per compenso, oltre C.U., marca, rimborso spese forfettarie, I.V.A. e C.P.A. come per legge ed al presente giudizio, che si liquidano in complessivi € 39.299,75 per compenso, oltre C.U., marca, rimborso spese forfettarie, I.V.A. e C.P.A. come per legge, con distrazione in favore dei procuratori antistatari;

pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio espletata nell'ambito del procedimento di A.T.P. (n. 6798/22 R.G.A.C. Trib. Palermo) definitivamente a carico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore;

indica nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, la parte obbligata al risarcimento del danno derivante da fatto costituente reato, nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito, ai sensi del combinato disposto degli artt. 59, lett. d), e 60 T.U. sull'imposta di registro.

Manda la cancelleria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso a Palermo, lì 02/03/2026.

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.