



IL TRIBUNALE DI PALERMO
TERZA SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice, dott.ssa Giovanna Nozzetti, ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

nel procedimento ex art. 702 bis c.p.c. iscritto al n.15575 del registro generale affari civili dell'anno 2021

TRA

██████████, nato a ██████████ (C.F. ██████████),

██████████, nato a ██████████ (C.F. ██████████),

██████████, nata a ██████████ (C.F. ██████████),

██████████, nata a ██████████ (C.F. ██████████),

██████████) in proprio e quale amministratore di sostegno di ██████████

██████████ nato a ██████████ (C.F. ██████████), ██████████

██████████ nato a ██████████ (C.F. ██████████) e ██████████

██████████, nato a ██████████ (C.F. ██████████), rappresentati

e difesi dall'avv. Francesco Lauri del foro di Roma, giusta procura in Notar Giulia

Messina Vetrano del 21.5.2019 (rep. N. 2558) e procura per atto detto Notaio Chiara

Maria Florio del 18.9.2019 (rep. N. 2427)

RICORRENTI

E

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "P.GIACCONE"

DI PALERMO in persona del legale rappresentante pro tempore rappresentata e difesa

dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Palermo presso i cui uffici è *ex lege* domiciliata

RESISTENTE

OGGETTO: risarcimento danni da responsabilità sanitaria

CONCLUSIONI: come nelle rispettive note autorizzate per l'udienza a trattazione scritta

del 26 novembre 2023



RAGIONI DELLA DECISIONE

Col ricorso ex art.702 bis c.p.c., depositato il 24 novembre 2021 i ricorrenti, rispettivamente fratelli, coniuge e figli di [REDACTED] ed ivi deceduto l'1.4.2012, richiamando l'esito dell'accertamento condotto dal collegio di consulenti nominato nel procedimento di istruzione preventiva n. 21440/2019 r.g., hanno chiesto 1) accertarsi la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" per gli inadempimenti posti in essere in danno del sig. [REDACTED] concretizzatosi nella contrazione dell'infezione nosocomiale da *Acinetobacter*, nella tardiva esecuzione dell'intervento chirurgico di evacuazione di ematoma subdurale e nella conseguente emiparesi dell'arto superiore destro e nella non corretta sutura della "dura madre" che ha causato la deliquorazione, ossia la costituzione di una fistola liquorale e, quindi, 2) condannare l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", sempre ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., a risarcire i danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, patiti tanto iure proprio che iure hereditatis, dagli odierni ricorrenti, da liquidarsi in via equitativa facendo ricorso alle Tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale in uso presso il Tribunale Civile di Roma nella misura ritenuta di giustizia in conformità alle peculiarità della vicenda che ci occupa, oltre rivalutazione monetaria, interessi per ritardato pagamento ed interessi legali; 3) in subordine, accertare e dichiarare che le condotte inadempienti ascrivibili all'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" ... hanno determinato una seria e significativa riduzione delle chance di sopravvivenza del sig. [REDACTED] e, per l'effetto, condannare l'Azienda Ospedaliera ... al risarcimento della perdita di chance patita dal [REDACTED] e riverberante le sue conseguenze pregiudizievoli anche nei confronti degli istanti, sia iure proprio che iure hereditatis, da determinarsi in via equitativa secondo giustizia, oltre rivalutazione monetaria, interessi per ritardato pagamento ed interessi legali, come per legge.

Costituendosi in giudizio, l'Azienda Ospedaliera Policlinico ha evidenziato, in punto di *an*, che sia dalla CTU che dalla relazione medica del dr. Calamusa del 2.9.2019 emergeva che, a motivo delle pregresse comorbidità, dei plurimi ricoveri ospedalieri e dei ripetuti interventi chirurgici, il paziente si trovava certamente in uno stato di particolare fragilità, per cui l'infezione da *Acinetobacter* aveva avuto solo un ruolo concausale rispetto all'aggravamento delle sue condizioni cliniche. Ha comunque contestato le avverse pretese risarcitorie avanzate iure proprio, in difetto di prova dei danni lamentati, non reputando operante al riguardo alcun automatismo risarcitorio in ragione del solo legame di parentela prossima; relativamente al danno subito dal paziente deceduto, ha chiesto di valutare l'incidenza del suo pregresso,



comprovato e grave stato patologico .. , al fine della congrua riduzione in via equitativa dell'eventuale ristoro liquidato.

Acquisita la consulenza d'ufficio depositata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. R.G. 21440/2019, è stata posta in decisione all'udienza cartolare del 16 novembre 2023.

Procedibilità

L'azione risarcitoria proposta dai ricorrenti, sia in proprio che anche quali eredi di [REDACTED] (sebbene, come si dirà, la qualità di eredi difetti nei fratelli e nella sorella del de cuius) è procedibile e va decisa nel merito, avendo costoro promosso, in seguito all'entrata in vigore della legge 24/2017 (Gelli – Bianco), l'accertamento tecnico preventivo n. 21440/2019 r.g., definito in data 30 luglio 2021, e avendo depositato il ricorso ex art. 702 bis cpc nel termine previsto dall'art. 8 co. 3 della stessa legge, tenuto conto della sospensione feriale.

Peraltro, in accordo con l'esegesi più coerente con la *ratio* della disposizione, la proposizione della domanda oltre il termine di novanta giorni, di cui al comma 3 dell'art. 8 della citata legge, avrebbe avuto come conseguenza soltanto l'impossibilità di fare salvi “*gli effetti della domanda*”, in primis l'effetto interruttivo della prescrizione e dell'eventuale decadenza conseguente al deposito del ricorso ex art. 696 bis c.p.c., essendo ormai definitivamente assolta la condizione di procedibilità in conseguenza della conclusione del procedimento di istruzione preventiva o del de-corso di sei mesi dal suo inizio.

La responsabilità della struttura sanitaria e il riparto dell'onere probatorio

Al fine di rendere chiaro il ragionamento che sarà sviluppato nel paragrafo successivo si rendono opportune alcune premesse sull'inquadramento giuridico della responsabilità della struttura sanitaria e sul riparto dell'onere probatorio.

È noto che, a partire dalla nota sentenza 1 luglio 2002, n. 9556, la Suprema Corte ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di «spedalità» o di «assistenza sanitaria») che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti — con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13 aprile 2007, n. 8826) — e che ha ad oggetto l'obbligo di quest'ultima di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia prestazioni



secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero, ecc.).

Si tratta di un contratto a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., *Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066*).

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospitalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicchè neppure rileva la circostanza che il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, *Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698*), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (*rectius*, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, *Cass., sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.*).

La responsabilità che dall'esplicazione dell'attività del terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa invero sul principio *cuis commoda et eius*



incommoda o, più precisamente, nell'appropriazione o avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore derivano.

Malgrado l'inapplicabilità (*ratione temporis*) all'odierna fattispecie della legge 8.3.2017 n. 24 c.d. Gelli- Bianco (atteso che i fatti risalgono alla fine dell'anno 2008), alla stregua del richiamato indirizzo giurisprudenziale la struttura sanitaria risponde direttamente e a titolo contrattuale di tutte le ingerenze dannose che ai dipendenti, ai terzi preposti e in generale ai soggetti della cui opera si è comunque avvalsa sono state rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che i medesimi hanno potuto arrecare in ragione di quel particolare contatto cui sono risultati esposti nei loro confronti i creditori/danneggiati (*cf.* Cass. 20.4.2016 n. 7768; Cass. 26.6.2012 n. 10616).

E d'altra parte, nonostante l'ambiguità del testo dell'art. 3 del d. l. 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. decreto Balduzzi), come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (*l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c.*), la Suprema Corte aveva costantemente avvertito che "*l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile*", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente *extracontrattuale*, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrelevanza della colpa lieve (Cass., sez. VI-III, ord. 17 aprile 2014, n. 8940; in senso conforme, Cass., sez. VI-III, ord. 24 dicembre 2014, n. 27391).

Ne consegue che, rispetto alla posizione del paziente (e, dunque, anche dei congiunti che agiscano *iure successionis* per il risarcimento dei danni patiti in vita dal defunto), 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 (fondato sul contatto sociale) 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, in relazione alle azioni di responsabilità per inadempimento delle obbligazioni professionali (ed in particolar modo di quelle *sanitarie*), incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno *l'onere di provare, oltre all'esistenza del contratto (o il contatto sociale), il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. 26907/2020, Cass. 28991/19 e Cass. 26700/2018).*

Non è dunque sufficiente la semplice allegazione dell'inadempimento, pur qualificato, del professionista, essendo onere del paziente provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia) (Cass. 26907/2020), atteso che, nell'ambito dell'inadempimento delle obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "*leges artis*" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato) (Cass. 10345/2021; 28991/2019).

Si è infatti osservato che la presunzione contenuta nell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non anche dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta dell'obligato e il danno di cui si domanda il risarcimento. Ed invero, non solo il danno ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare, per cui se si ascrive un danno ad una condotta non può non essere provata da colui che allega tale ascrizione la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta.

Tale maggiore vicinanza al debitore non sussiste, tendenzialmente, in relazione al nesso causale tra condotta dell'obligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. che onera l'attore della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa. (Cass. 29315/17).



E ciò vale sia in riferimento al nesso causale materiale (derivazione dell'evento lesivo dalla condotta illecita inadempiente), che in relazione al nesso di causalità giuridica (ossia alla individuazione delle singole conseguenze pregiudizievoli dell'evento lesivo).

Ne discende che 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 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.3704/18; 18392/17; 4792/13; 17143/12*).

Soltanto una volta che il danneggiato abbia dimostrato che 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 (vds. in questi termini anche *Cass. 28991/2019*).

Quanto si è sin qui detto, a proposito della natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, riguarda soltanto le azioni intentate direttamente dal paziente danneggiato o dagli eredi che ne facciano valere le pretese *jure successionis*; qualora, invece, costoro agiscano anche per ottenere il danno patito "*iure proprio*" - come nel caso di specie - da perdita (o lesione) del rapporto parentale, si esclude che l'azione esercitata sia riconducibile alla previsione dell'art. 1218 c.c., poiché il rapporto contrattuale è intercorso solo tra la menzionata struttura ed il ricoverato; ne consegue che l'ambito nel quale la domanda deve essere inquadrata è necessariamente di natura extracontrattuale, atteso che i congiunti non possono essere nella specie qualificati "terzi protetti dal contratto", potendo postularsi l'efficacia protettiva verso terzi del contratto concluso tra il nosocomio ed il paziente esclusivamente ove l'interesse del quale tali terzi siano portatori risulti anch'esso strettamente connesso a quello regolato già sul piano della programmazione negoziale (si vedano, *ex multis, Cass. 14258/2020; 11320/2022*).

Ed infatti, come osservato dalla Suprema Corte, il campo di applicazione del "contratto con effetti protettivi nei confronti dei terzi" deve essere circoscritto,



nell'ambito della responsabilità medica, al solo sottosistema in cui vengono in rilievo quelli che, in lingua inglese, vengono definiti “*wrongful birth damages*”, sicchè al di fuori di queste ipotesi l'azione per la perdita o lesione del rapporto parentale è di natura aquiliana (in senso analogo, Cass. 14615/2020; 21404/2021).

Pertanto, rispetto alle pretese azionate *jure proprio*, l'onere probatorio degli attori si estende a tutti gli elementi costitutivi della responsabilità aquiliana ex art. 2043 c.c., ivi compreso l'elemento soggettivo dell'illecito, ossia la colpa del sanitario, non potendo giovare della presunzione posta dall'art. 1218 c.c.

Per accertare se i ricorrenti abbiano soddisfatto l'onere assertivo e probatorio di cui erano gravati, alla luce dei richiamati principi, occorre allora far riferimento a quanto emerso dalle indagini medico – legali d'ufficio, espletate nell'ambito dell'accertamento tecnico preventivo svoltosi tra le parti, sui cui esiti peraltro non è sorta questione alcuna, non avendo l'Azienda Ospedaliera mosso alcuna censura alla metodologia seguita dagli ausiliari e alle conclusioni cui sono pervenuti.

Le Risultanze dell'indagine peritale: la colpa e il nesso causale con il decesso

Nella materia della responsabilità medico-chirurgica, attesa l'innegabilità delle conoscenze tecnico- specialistiche necessarie non solo alla comprensione dei fatti, ma alla loro stessa rilevabilità, la consulenza tecnica presenta carattere "percipiente", sicché il giudice può affidare al consulente non solo l'incarico di valutare i fatti accertati, ma anche quello di accertare i fatti medesimi, ponendosi pertanto la consulenza, in relazione a tale aspetto, come fonte oggettiva di prova (Cass.Civ. Sez.III 26.2.2013 n.4792 Cass. Civ. Sez.III 8.2.2019 n. 3717).

Sono proprio gli accertamenti tecnici – disposti in sede di istruzione preventiva o mediante consulenza d'ufficio nell'ambito del giudizio - ad offrire al giudice il quadro dei fattori causali entro il quale far operare la regola probatoria della certezza probabilistica per la ricostruzione del nesso causale. La regola della probabilità esprime, infatti, la relazione logica rispetto a tutti gli elementi che confermano il nesso causale e l'esclusione di altri elementi alternativi che lo escludano (cosiddetta probabilità logica o baconiana).



La consulenza svolge, quindi, un ruolo centrale, sia nell'individuare i fattori causali, positivi e negativi, in gioco, sia nel dare spessore e contenuto alla probabilità sulla base delle conoscenze scientifiche.

Considerato che a sostegno del ricorso ex art. 696 bis cpc i ricorrenti avevano prodotto la relazione medico – legale di parte redatta dal dott. Fabrizio Ammoscato il quale aveva ritenuto pressochè certe la *correlazione causale tra il decesso del [REDACTED] e l'infezione da Acineobacter evidenziata nel marzo 2012 e riconducibile, questa, all'intervento di craniectomia eseguito in data 23.5.12*, e l'origine nosocomiale dell'infezione *ascrivibile esclusivamente, dal punto di vista etiopatogenetico, agli interventi chirurgici eseguiti nei vari ricoveri presso la NCH del Policlinico di Palermo nei mesi di maggio e giugno 2011 e nel mese di novembre 2011*, e con ogni probabilità al primo intervento di craniectomia *tenuto conto che già dopo tale intervento si era presentata una fistola liquorale associata a succulenza sottocutanea del lembo chirurgico*, al collegio peritale nominato nel procedimento di istruzione preventiva n. 21440/2019 Rg, erano stati posti i seguenti quesiti:

- 1) *accertare, alla stregua della documentazione sanitaria prodotta e tenuto conto della situazione clinica evidenziatasi al momento dell'accesso di [REDACTED] presso l'Azienda convenuta il 22.5.2011 e della sua successiva evoluzione peggiorativa, l'ingravescenza del quadro clinico e il decesso del paziente siano da porsi, più probabilmente che non, in correlazione causale col processo settico evidenziatosi nel marzo 2012;*
- 2) *ove sia ravvisato detto nesso eziologico, accertare se, in considerazione del germe responsabile dell'infezione, degli eventuali fattori predisponenti, dell'assenza o meno di processi infettivi in atto al tempo del primitivo intervento di craniectomia, della persistenza, dal primo post operatorio, di una fistola liquorale e di una "succulenza sottocutanea" nella sede chirurgica e dell'iter clinico successivo al primo atto operatorio, possano ritenersi maggiormente probabili la natura nosocomiale dell'infezione e la sua ascrivibilità etiopatogenetica ai trattamenti ricevuti dal [REDACTED] nel corso del 2011 presso il Policlinico di Palermo;*
- 3) *nel caso di risposta affermativa al precedente quesito, verificare se: a) la patologia infettiva fosse prevedibile ed evitabile da parte della struttura sanitaria convenuta, tenuto conto della condizione iniziale del paziente e dell'urgenza dell'intervento neurochirurgico resosi necessario nel maggio 2011, e – in tal caso – se la cartella clinica e l'altra documentazione prodotta dalla comparente (parte della quale riferita tuttavia ad un'Unità diversa da quella di NCH presso la quale vennero eseguiti i trattamenti sanitari per cui è causa) diano sufficiente contezza dell'adozione, da parte della struttura, di tutti gli accorgimenti e le misure, suggerite dai protocolli di settore maggiormente accreditati presso la comunità scientifica, idonee ad evitare il rischio di infezioni nosocomiali; b) se, nella gestione della fase post operatoria e, specialmente nel trattamento della fistola liquorale in sede chirurgica, siano stati omessi approfondimenti diagnostici e strategie terapeutiche, indicate dalle *leges artis* applicabili al caso concreto, e se – ad una valutazione ex ante, condotta secondo il ridetto criterio di maggior probabilità logica sorretto da rigorose considerazioni scientifiche – le attività omesse avrebbero consentito la tempestiva diagnosi del processo infettivo e ne avrebbero scongiurato la drammatica progressione fino all'exitus;*



- 4) *nel caso in cui risultino profili di colpa professionale a carico del personale dell'azienda ospedaliera e sia ravvisato detto nesso causale, accertare la durata dell'inabilità temporanea di natura iatrogena, cioè dipendente dal processo infettivo (escludendo dunque la durata delle degenze ospedaliere e del periodo di recupero normalmente associati ad interventi neurochirurgici analoghi, esente da errori e complicanze, tenendo in considerazione l'età e le condizioni generali di salute dell'attore) e – qualora nel tempo intercorso tra l'insorgenza del processo settico e l'exitus si siano consolidati postumi permanenti - l'eventuale incidenza percentuale del danno biologico (permanente) di natura esclusivamente iatrogena sull'integrità psico-fisica dell'attore e la percentuale di invalidità che sarebbe comunque residuata ad un trattamento sanitario in tutto conforme alle leges artis;*
- 5) *tentare, nel corso delle operazioni e in considerazione del loro esito, la conciliazione delle parti;*

I periti, sulla base della documentazione sanitaria in atti, hanno innanzitutto ripercorso la storia clinica del paziente che il 22 maggio 2011 fece accesso al PS del Policlinico di Palermo per un trauma cranico (conseguente a caduta accidentale dal letto); la TAC eseguita il 23.5.2011 – il cui referto venne vidimato alle ore 7.35 – evidenziò un ematoma subdurale acuto emisfero sinistro, per cui dalle ore 13,30 alle ore 16,30 dello stesso giorno venne sottoposto ad intervento chirurgico di craniectomia ed evacuazione dell'ematoma. Nella medesima giornata si evidenziò una emiparesi dx dell'arto superiore e venne quindi trasferito presso la UOC di Medicina.

Dal 30.5.2011 si accertò una *succulenza sottocutanea* da cui vennero aspirati circa 35/75 cc di materiale ematico; siffatta operazione venne ripetuta in data 1.6, 6.6. e 7.6 *per persistente raccolta liquorale in sede di ferita chirurgica* e venne posizionato drenaggio lombare liquorale esterno.

Successivamente, l'11.6.2011, venne nuovamente operato per riparazione di un tramite fistoloso generatosi nel sito chirurgico; nel corso di tale intervento venne constatata l'apertura della pacht precedentemente applicata con fuoriuscita di liquido abbondante, per cui venne operata la chiusura di *tale strato durale ... ottenendo chiusura ermetica*. In seguito venne ricoverato presso l'UO di Medicina, sottoposto a terapia antibiotica e metabolica e in data 25.6.2011 la TC cranio rilevò un modico incremento della falda fluida subdurale pronto parietale sx con spessore max di 1,5 cm.

In data 2.7.2011 fu sottoposto a toilette della ferita chirurgica per la presenza di necrosi cutanea. Il 5.10.2011 si rese necessario altro ricovero con ulteriore intervento chirurgico per igroma fronto – parietale sx e in data 3.11.2011 ulteriore intervento per deiscenza della ferita chirurgica.

In data 25.1.2012 venne ricoverato presso il medesimo reparto per diastasi della ferita chirurgica su base infettiva; un ulteriore ricovero si rese necessario nel mese di febbraio



per fistola persistente che venne trattata con toilette chirurgica perilesionale e copertura ossea della perdita di sostanza.

In tale occasione venne isolato su coltura Acinetobacter, per cui il 7.3.2012 iniziò la terapia antibiotica mirata ma, per l'instaurarsi di una condizione di squilibrio elettrolitico, venne trasferito il 26.3.2012 presso la UOC di Medicina dove decedette l'1.4.2012.

Il collegio medico, composto dai dott.ri Riccardo Lopez de Onate (medico legale), Filippo la Seta (neurochirurgo) e Salvatore Di Rosa (specialista in malattie infettive) hanno ravvisato profili di criticità sia per l'aspetto prettamente neurochirurgico che per quello infettivologico.

Riguardo al primo, è stato evidenziato un ritardo nell'esecuzione dell'intervento evacuativo dell'ematoma che, accertato con tAC urgente refertata alle ore 7,25 del 23.5.2011, venne espletato poi dalle 13,30 alle 16,30. *I dati di imaging depongono per fenomeni compressivi tali da non ammettere un lasso di tempo così lungo che, pur non determinando il decesso del paziente, esitò invece in una emiparesi dx che può ritenersi causalmente riconducibile alla eccessiva e prolungata compressione del peduncolo cerebrale sx così come visualizzato in imaging tac delle ore 7,25.*

Come evidenziato dai consulenti, questo quadro anatomopatologico *ineriva un paziente trattato con anticoagulanti e antiaggreganti* (per malattia metabolica complicata da cardiopatia ischemica in terapia con Coumadin e cardioaspirina; diabete tipo II, dislipidemia; BPCO), fattore questo altamente favorente la possibilità di rapido accrescimento del volume dell'ematoma per ulteriore sanguinamento.

Inoltre, allorchè l'11.6.2011 il paziente venne rioperato per la formazione di una fistola liquorale venne visualizzata la patch (ossia una "toppa" di dura liofilizzata che trova impiego quale sostituto nelle condizioni di lesioni della dura e quindi nella sua sostituzione) applicata in occasione dell'intervento del 23.5.2011 (e di cui comunque non venne fatta menzione nella descrizione di tale primo atto operatorio) aperta su tre lati che permetteva la fuoriuscita di liquor. Tale evenienza *farebbe ritenere con elevata probabilità che la dura madre non fosse stata suturata a tenuta "ermetica" nel corso del primo intervento*, causando la formazione della fistola liquorale ed esponendo il paziente al rischio di possibili ingressi batterici e quindi a stati settici oltre a condizioni di progressiva ipotensione endocranica



Purtuttavia, non venne eseguito alcun prelievo finalizzato all'eventuale identificazione batterica sul liquor, né sulla ferita chirurgica, né sulla sacca liquorale né sul liquido di drenaggio lombare né dalla necrosi tessutale che venne trattata chirurgicamente il 2.7.2011, il che ha impedito di praticare una precoce terapia antibiotica mirata nel caso di indagine positiva.

Per contro, le TAC cranio del 25.6.2011, del 27.6.2011 e dell'1.7.2011 ponevano in evidenza una raccolta di liquido che si costituiva dopo l'evacuazione dell'ematoma e che veniva identificato come igroma fronto – parietale: siffatta condizione rese necessaria l'evacuazione della raccolta in data 5.10.2011 con apposizione di drenaggio; non venne tuttavia eseguita profilassi antibiotica. Il trattamento antibiotico con Glazidime Levoxacin venne invece effettuato in occasione del ricovero del 9.10.2011.

Purtroppo la sutura della ferita chirurgica andò incontro a deiscenza per cui in data 3.11.2011 fu eseguito altro trattamento chirurgico con apposizione di uno strato di Tachosil sulla breccia ossea e sigillo con Vivostat. Anche in questo caso non venne eseguita profilassi antibiotica e le medicazioni di protrassero fino alla dimissione avvenuta l'11.11.2011.

In data 10.2.2012 il paziente si sottopose ad un ulteriore intervento in associazione ai chirurgi plastici per “difetto osseo”, al fine di sanare l'ulcera.

Il prelievo sul sito chirurgico effettuato il 5.3.2011 venne refertato il 7.3.2011 con identificazione di acinetobacter: in seguito a consulenza infettivologica venne modificato il protocollo terapeutico con inserimento di colimicina, antibiotico identificato all'antibiogramma come sensibile per il patogeno con una mic < 0,5. La risposta al protocollo terapeutico venne vagliata dopo 6 giorni con un nuovo tampone che rilevò poche colonie di Acinetobacter, per cui lo specialista infettivologo consigliò la prosecuzione del protocollo in atto con colimicina e levofloxacin per ulteriori 20 gg.

Nei giorni seguenti tuttavia le condizioni cliniche peggiorarono fino all'arresto cardiocircolatorio che in data 1.4.2012 conduceva all'exitus.

Soffermandosi sull'insorgenza dell'infezione, *quale evento determinante o concorrente l'aggravamento delle condizioni cliniche del paziente*, il collegio peritale – dopo aver opportunamente evidenziato la differenza tra mera colonizzazione (ossia presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti senza evidenza d'invasione tessutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o



risposta dell'ospite) e infezione (presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria, prevede l'invasione, la moltiplicazione del microrganismo e la risposta locoregionale o sistemica dell'ospite), ha ritenuto di poter affermare, sulla base delle evidenze, che nel caso del Puccio *trattavasi non di colonizzazione bensì di infezione di cute e sottocute da Acinetobacter baumannii, per il riscontro attraverso la coltura dell'isolamento del germe da tampone della ferita chirurgica post craniectomia e per la presenza dei segni dell'infiammazione locoregionale della lesione cutanea e sottocutanea con secreti in sede di intervento neurochirurgico.*

Pur non potendo individuare *con certezza* dove l'infezione possa essere stata contratta, i CCTTU hanno tuttavia ritenuto che *con ragionevole probabilità essa si è originata all'interno delle strutture ospedaliere nelle quali il sig. ████████ è stato ricoverato, in considerazione che questo coccobacillo può essere isolato in ambiente sanitario (resiste nell'ambiente, può sopravvivere fino ad 1 mese) e che nei pazienti a rischio si comporta da opportunist.*

Opportunist è il germe che vive come saprofita o commensale, generalmente poco virulento, ma che può diventare patogeno ed anche difficile da combattere allorquando approfitta di un organismo ospite che abbia una condizione di minore resistente e minore reattività immunologica (cosiddetto ospite indifeso).

Nel caso specifico – hanno osservato i Consulenti – *il sig. ████████ per le sue comorbidità e complessità, per i ripetuti ricoveri ospedalieri e i molteplici interventi neurochirurgici a cui è stato sottoposto, oltre che per le sue preesistenti patologie, si trovava certamente in uno stato di fragilità, quest'ultima intesa come maggiore vulnerabilità dell'individuo nell'affrontare situazioni stressanti e quindi poteva in quello stato essere considerato ospite indifeso, su cui il germe saprofita Acinetobacter Baumannii ha trovato le condizioni favorevoli per la sua trasformazione in germe patogeno.*

Rispetto all'annoso profilo della prevenibilità delle c.d. ICA (infezioni correlate all'assistenza), quelle cioè che – non manifeste né in incubazione al momento dell'ingresso del paziente – si rendono evidenti dopo 48 ore o più dal ricovero o successive alla dimissione, ma causalmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al ricovero medesimo, si è poi evidenziato:

- che i dati emergenti dalla letteratura mondiale rivelano che è possibile, soprattutto attraverso scrupolose misure precauzionali, evitare il 30% circa delle infezioni ospedaliere;



- che elemento di base per la prevenzione è rappresentato dagli interventi cosiddetti di tipo organizzativo che comprendono sorveglianza, controllo, lavaggio delle mani, nonché il rispetto di taluni criteri architettonici ... in modo da ridurre la contaminazione, facilitare la disinfezione e costituire zone di filtro nei percorsi effettuati sia dai materiali che dai pazienti, con requisiti minimi che per l'esercizio delle attività sanitarie sono previsti tanto in ambito nazionale (art. 8 ter comma 3 e 4 D. Leg. 502/92, L. 15.03.1997 n. 59; DPR 14 gennaio 1997; DPCM 1.09.2000; DPCM 20.01.2000) che in quello europeo (ISO 9000).

... Oltre all'applicazione delle norme di precauzione standard (misure di barriera, manipolazione di strumenti ed oggetti, smaltimento di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, gestione della biancheria, precauzioni per le manovre invasive e rianimatorie, collocazione e trasporto del malato, manipolazione di campioni biologici, conformità degli ambienti, ossia mobili, attrezzature mediche, aria e meccanismi di ventilazione degli ambienti) è fondamentale la profilassi antibiotica la cui somministrazione deve rifarsi a criteri di opportunità, derivati dalla letteratura internazionale con riguardo alle caratteristiche dello specifico farmaco utilizzato. Per profilassi si intende la somministrazione di un farmaco prima che si verifichi la contaminazione batterica del campo operatorio e il successivo sviluppo di un'infezione del sito chirurgico. Lo scopo è quello di ridurre la carica microbica del sito di intervento a un livello tale che questa possa venire controllata da normali difese dell'ospite.

Tirando dunque le fila delle analitiche considerazioni tratte dallo studio del caso, i CCTTU hanno indicato nell'ingiustificato ritardo nell'esecuzione dell'intervento di craniotomia l'origine dell'emiparesi destra concretizzatasi nel corso della prima giornata operatoria, atteso che all'atto del ricovero non vi erano situazioni preesistenti di deficit nervosi periferici; nell'inadeguata procedura chirurgica esitata nella sutura non a tenuta ermetica della dura madre la causa della formazione della fistola liquorale, "complicanza" prevedibile e prevenibile che esponeva il paziente a fenomeni di infezione secondaria.

Inoltre, la mancata esecuzione di un test batteriologico ha impedito che il paziente – nel caso di riscontro di una contaminazione microbica – fosse sottoposto a terapia antibiotica mirata. Il Puccio riceveva infatti un trattamento antibiotico con Rocefin e Levofloxacin.

Malgrado la comparsa di un igroma cistico sin dal 25 giugno 2011 e due ulteriori interventi chirurgici, a novembre 2011 per deiscenza della ferita e a febbraio 2012 per "difetto osseo", il tampone sulla ferita che identificava il germe Acinetobacter veniva



eseguito soltanto il 5 marzo 2012: il precoce isolamento di tale patogeno opportunisto avrebbe invece potuto condizionare in modo meno sfavorevole la storia clinica della malattia.

Rispondendo dunque al primo quesito circa l'efficienza causale del processo settico sull'ingravescenza del quadro clinico fino al decesso del paziente, il collegio peritale – con espressione assai chiara ed insuscettibile di prestarsi a fraintendimenti – ha affermato che, premesse le patologie preesistenti e coesistenti tali da inquadrare il [REDACTED] come soggetto affetto da sindrome plurimetabolica, *la determinazione di un processo infettivo acquisito in ambiente ospedaliero ha condizionato la prognosi del malato, in quanto ha determinato un indubbio peggioramento delle condizioni generali, richiedendo l'impiego di terapie specifiche (antibiotico – mirate) verosimilmente, rispetto ai tempi di evidenziazione diagnostica dell'agente infettivo risultavano vane ed aggravanti il metabolismo del paziente.*

Pertanto, se è vero che l'infezione nosocomiale ha rappresentato un fattore concausale dell'aggravamento del quadro sistemico del paziente, altrettanto significativo ruolo eziologico va attribuito all'errato *management* (sia quanto alla tempistica che alla tecnica esecutiva) del trattamento specialistico neurochirurgico dall'esordio del trauma (formazione di fistola liquorale a seguito di una non adeguata sutura della meninge, costante gemizio, ritardo nel trattamento dell'igroma instauratosi dopo l'evacuazione dell'ematoma), che ha creato le condizioni per l'insorgenza del processo infettivo.

Il fatto, poi, che – secondo i CCTTU – il decesso del paziente non sia l'effetto della sola infezione da *Acinetobacter* e debba essere riconosciuto come *risultanza di una particolare condizione clinica di deficit organico in cui l'infezione rivelata abbia avuto un ruolo concorrente significativo* non pone in dubbio né attenua l'efficienza causale dell'errato trattamento sanitario ricevuto. Nel rispondere ai rilievi di parte ricorrente, infatti, è stato ulteriormente ed inequivocamente chiarito che:

- le preesistenze cliniche del paziente lo ponevano *in condizioni di particolare criticità essendo un soggetto a rischio per patologia severa metabolica e cardiopatia ischemico ipertensiva;*
- l'inosservanza delle tempistiche e delle procedure del trattamento neurochirurgico ha determinato un prolungamento dei tempi di possibile guarigione del paziente;



- il processo infettivo nosocomiale costituisce quindi *causa preponderante per il ritardo di guarigione ma anche un fattore concausale importante sulla genesi dell'ulteriore squilibrio metabolico ingeneratosi*;
- *in modo controfattuale, attese le condizioni cliniche del paziente deducibili dalla storia anamnestica rilevabile in atti, non è possibile escludere che anche in assenza del fattore infettivo subentrato, la guarigione potesse avere esito certo, viste le incongruenze del trattamento neurochirurgico che hanno portato inevitabilmente ad ulteriori accessi ospedalieri e successivi interventi.*

In conclusione, gli ausiliari hanno ritenuto di poter affermare *che eventuali perdite di chance subite dal paziente siano dovute a due fattori preponderanti: in primis, al trattamento neurochirurgico non congruo; in secondo (luogo) al sovrapporsi di una infezione nosocomiale responsabile di un ritardo di guarigione clinica e con elevata probabilità di un peggioramento metabolico del paziente fino al decesso.*

Ritiene tuttavia chi giudica che dalla complessiva lettura dell'elaborato peritale – che in più parti ha sottolineato come l'insorgenza e la progressione di un processo infettivo acquisito in ambito ospedaliero abbia determinato un indubbio peggioramento delle condizioni generali del paziente – emerga che il termine “*chance*” nelle conclusioni dei chiarimenti non sia stato impiegato nella sua accezione “giuridica” e non abbia inteso conferire patente di “incertezza” alle precedenti considerazioni circa l'efficienza “concausale” delle condotte colpose ascrivibili alla struttura sanitaria o degradare a mera “possibilità” la sopravvivenza del ██████ all'esito dell'iter clinico esordito con la caduta accidentale e la formazione dell'ematoma subdurale.

E' noto, infatti, che la perdita di *chance* a carattere non patrimoniale consiste nella privazione della possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (la possibile maggior durata della vita o la sopportazione di minori sofferenze) conseguente, secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica, alla condotta colposa del sanitario ed integra un evento di danno risarcibile (da liquidare in via equitativa) soltanto ove la perduta possibilità sia apprezzabile, seria e consistente (Cass. 25886/2022; 28993/2019). *La chance si sostanzia, in definitiva, nell'incertezza del risultato, la cui “perdita”, ossia l'evento di danno, è il precipitato di una chimica di insuperabile incertezza, predicabile alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo rapportate alle condizioni soggettive del danneggiato.*



Ove sia invece dimostrabile, sul piano eventistico e secondo i noti criteri che presiedono all'accertamento del nesso causale nell'ambito della responsabilità civile, che la condotta del sanitario abbia cagionato l'anticipazione dell'evento fatale, non di perdita della *chance* – ossia di un evento di danno costituito da una mera possibilità, sinonimo di incertezza - potrà parlarsi, *costituendo, in tale ipotesi, un evidente paralogismo l'evocazione della fattispecie della chance – fondato sull'equivoco lessicale indotto dalla locuzione “perdita della possibilità di vivere meglio e più a lungo”, mentre l'evento di danno è specularmente costituito dalla perdita anticipata della vita* (Cass. sez. 3, 11.11.2019 n. 28993).

Ed è tale situazione che ricorre nel caso che ci occupa, avendo i consulenti attribuito - senza alcuna indecisione - rilevanza (con)causale all'errato *management* neurochirurgico e al processo infettivo nosocomiale senza mai porre in dubbio la probabilità (e non la mera possibilità) della “guarigione” del paziente in caso di corretto e tempestivo trattamento terapeutico.

E' allora opportuno ricordare, riguardo all'accertamento del nesso causale tra condotta del medico o della struttura sanitaria ed evento dannoso, che tale valutazione, in sede civile, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (secondo i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché al criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "*ex ante*" - del tutto inverosimili) presenta tuttavia notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, stante la diversità dei valori in gioco tra responsabilità penale e responsabilità civile. Pertanto, mentre *nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", in materia civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non",* (Cass. Civ. S.U. 11.1.08 n. 576; 29.2.2016 n. 3893; 22.2.2016 n. 3428).

Si tratta di uno standard di "certezza probabilistica" non ancorato "*esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente*", ma che deve essere "*verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana)*". Nello schema generale della probabilità come relazione logica va verificata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di



conferma (c.d. *evidence and inference* nei sistemi anglosassoni)"(sulla valorizzazione del criterio dell' *alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica* quale regola che presiede al giudizio qualificatorio del nesso eziologico cfr., tra le tante, *Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123*).

Come affermato da Cass. 12 settembre 2013, n. 20904, «dal punto di vista del danneggiato la prova del nesso causale quale fatto costitutivo della domanda intesa a far valere la responsabilità per l'inadempimento del rapporto curativo si sostanzia nella dimostrazione che l'esecuzione del rapporto curativo, che si sarà articolata con comportamenti positivi ed eventualmente omissivi, si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di preteso danno, che è rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui si era richiesta la prestazione o dal suo aggravamento fino anche ad un esito finale come quello mortale o dall'insorgenza di una nuova patologia che non era quella con cui il rapporto era iniziato». L'accertamento del nesso causale in materia di responsabilità da attività medico – chirurgica– da compiersi secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza - implica quindi una valutazione dell'idoneità della condotta del sanitario a cagionare il danno lamentato dal paziente, che deve essere correlata alle condizioni di quest'ultimo nella loro irripetibile singolarità (*Cass. 3390/2015; vds. anche Cass. 23197/2018*).

Una volta poi accertata l'esistenza di tale nesso di causalità materiale, l'evento di danno costituito dal prolungamento dei tempi "di possibile guarigione" del paziente – ossia della durata dell'ospedalizzazione e dei trattamenti sanitari susseguiti – e infine dal suo decesso va interamente ascritto anche sul piano risarcitorio a responsabilità dell'azienda ospedaliera, non rilevando in contrario che le preesistenti patologie metaboliche (diabete e obesità), cardiovascolari (cardiopatía ischemica) e respiratorie (BPCO) che affliggevano il ██████████ lo avessero posto in condizione di maggiore vulnerabilità e di deficit organico (effetto anche dei numerosi interventi neurochirurgici emendativi delle conseguenze dell'errata esecuzione della craniotomia) sulla quale si è poi sfavorevolmente innestata l'infezione da *Acinetobacter*.

Sono infatti a carico del debitore/danneggiante, costituendo integrazione del rischio specifico posto in essere dalla sua antecedente condotta colposa, le conseguenze lesive



costituenti effetto delle eccezionali condizioni personali del danneggiato (peraltro, nel caso di specie, certamente note ai sanitari) (*Cass. 10812/2019*).

Le pregresse condizioni di salute del paziente e, più in generale, il concorso di cause naturali alla produzione del danno non escludono né riducono, infatti, il nesso di causalità tra la condotta illecita e il danno, ma possono incidere soltanto sulla misura del risarcimento, con la precisazione che se il paziente era affetto da una patologia non letale e l'errore del medico ne causa la morte, lo stato di salute pregresso a) è irrilevante ai fini della liquidazione del danno patito iure proprio dai familiari della vittima (a meno che la condizione invalidante pregressa non avesse condizionato negativamente l'atteggiarsi del rapporto affettivo e il sodalizio con i congiunti); b) può, a certe condizioni, giustificare la riduzione del risarcimento dell'eventuale danno alla salute patito dal paziente e trasmesso *iure successionis* agli eredi.

Si è già osservato che, una volta assolto dai congiunti del paziente deceduto che agiscano anche iure proprio l'onere probatorio concernente tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano, spetta al medico o alla struttura sanitaria l'allegazione e dimostrazione della non esigibilità di una diversa e più appropriata condotta terapeutica, ovvero della speciale difficoltà della prestazione agli effetti di cui all'art. 2236 c.c. ovvero ancora della non prevenibilità ed evitabilità dell'evento infausto.

Considerato che le infezioni ospedaliere sono riconosciute da molto tempo come un problema critico che inficia la qualità dell'assistenza dei pazienti e che le condizioni critiche del paziente – specialmente per via della formazione della fistola liquorale – lo espongono a tale prevedibile evenienza, sarebbe stato onere dell'Azienda – secondo i richiamati criteri che presiedono alla distribuzione dell'onere probatorio – dimostrare di essersi attenuta alle Linee guida e ai protocolli vigenti per la prevenzione e il trattamento delle infezioni ospedaliere.

In particolare, i giudici di legittimità hanno recentemente (*Cass. sez. III, 23/02/2021, n.4864*) affermato che in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura



provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. sez. III, 15/06/2020, n.11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione (sulle quali, infra, 6.1.) era necessario adottare.

E ancor più recentemente si è ribadito (Cass. sent. 6386/2023) che, a fronte della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero ed ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle IO - ed anche al fine di fornire al CTU la documentazione necessaria - gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale:

a) *L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;*

L'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;

c) *L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami*

d) *Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;*

e) *Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;*

f) *La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;*

g) *L'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;*

h) *L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;*

i) *Le procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e le profilassi vaccinali;*

j) *L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;*

k) *La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;*



l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;

m) L'indicazione dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

E' mancata tuttavia la prova liberatoria di cui l'Azienda era onerata, essendo state prodotte soltanto richieste e schede di intervento tecnico per la sostituzione di filtri e controllo del funzionamento dell'impianto di condizionamento della sala operatoria di Neurochirurgia sita all'interno del Complesso Operatorio di Ortopedia che, peraltro, se da un canto documentano la presenza di carica batterica elevata proprio nei mesi di giugno e luglio 2011, ossia nel medesimo periodo in cui il *de cuius* accedeva alle strutture in questione, e l'esecuzione di interventi manutentivi, non provano poi l'avvenuta negativizzazione dell'inquinamento ambientale.

Alla omessa dimostrazione dell'adozione di idonee ed efficaci misure protettive nei confronti delle infezioni ospedaliere si aggiunge in ogni caso la mancata esecuzione, nel corso dell'iter clinico, di tempestivi test batteriologici che avrebbero consentito di intraprendere precocemente una terapia antibiotica mirata.

Alla resistente va quindi fatto carico, ai sensi degli artt. 1218, 1228 e 2043 c.c., delle conseguenze dannose derivate dal proprio negligente/imperito operato.

Le conseguenze dannose e l'obbligo risarcitorio dell'Azienda ospedaliera

a) **Danni non patrimoniali subiti da [REDACTED] e risarcibili agli eredi *jure successionis***

[REDACTED] (quest'ultimo rappresentato dalla madre, amministratrice di sostegno) e [REDACTED] rispettivamente figli e moglie del *de cuius*, invocano, *iure hereditatis*, il risarcimento del danno biologico terminale e catastrofe patiti dal congiunto a causa del protrarsi dell'inabilità temporanea per l'allungamento dei tempi necessari alla guarigione e l'insorgenza dell'infezione nosocomiale.

In effetti, agli eredi di soggetto deceduto in conseguenza dell'altrui condotta illecita può 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 e la colpevole condotta attiva o omissiva del terzo.



Va infatti osservato che il danno biologico, che rappresenta una delle voci descrittive del danno non patrimoniale scaturente dalla lesione del diritto alla salute, rientrando tra gli interessi primari della persona costituzionalmente tutelati, secondo la definizione accolta negli artt. 138 e 139 Cod. Ass., estesa ad altri settori dell'ordinamento e mutuata dalla giurisprudenza di merito e di legittimità (Cass. S.U. 26972, 26973, 26974/08), è costituito dalla menomazione temporanea e/o permanente all'integrità psico – fisica della persona, suscettibile di accertamento medico – legale, la quale esplica un'incidenza negativa sulle attività ordinarie, intese come aspetti dinamico – relazionali comuni a tutti, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla capacità di produrre reddito.

In mancanza di alcuna menomazione stabilizzata suscettibile di accertamento medico – legale, per essere il paziente deceduto prima che gli esiti invalidanti si consolidassero (come chiaramente si evince dall'accertamento medico – legale, dal perdurare dello stato di “malattia” necessitante di interventi chirurgici e non per il trattamento delle conseguenze dell'ematoma e dall'inesorabile aggravamento del quadro clinico fino all'*exitus*), va esclusa la sussistenza di un danno biologico da invalidità permanente (se la malattia conduce alla morte, essa ha causato “solo” un'invalidità temporanea (Cass. Ord. 32372/2018; Cass. 5197/2015; Cass. 7632/2003).

Come recentemente ribadito dalla Suprema Corte (ord. 18056/2019), *l'esistenza d'una malattia in atto e l'esistenza di uno stato di invalidità permanente non sono tra loro compatibili: sinchè durerà la malattia, permarrà uno stato di invalidità temporanea, ma non v'è ancora invalidità permanente; se la malattia guarisce con postumi permanenti si avrà uno stato di invalidità permanente, ma non vi sarà più invalidità temporanea; se la malattia dovesse condurre a morte l'ammalato, essa avrà causato solo un periodo di invalidità temporanea* (Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 32372 del 13.12.2018; Sez. 3, Sentenza n. 5197 del 17/03/2015, Rv. 634697 - 01; così pure Sez. 3 Sentenza n. 7632 del 16/05/2003, Rv. 563159, p. 3.3 dei “Motivi della decisione”).

Dunque, nel caso in cui sia intercorso un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni e la morte da esse determinata, è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla menomazione dell'integrità fisica patita dal danneggiato fino al decesso, che è trasmissibile *iure hereditatis* e che va commisurato soltanto alla inabilità temporanea adeguando tuttavia la liquidazione alle circostanze del caso concreto, ossia al fatto che, se pur temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità, tanto che la lesione alla salute non è suscettibile di recupero ed esita, anzi, nella morte e non già nella stabilizzazione dei postumi (Cass. 4658/2024; 15491/2014); tale danno biologico – terminale, che è sempre presente a prescindere dallo stato di coscienza del leso, va liquidato – quanto meno – negli importi previsti dalle tabelle relative alla



invalidità temporanea assoluta, salvo il riconoscimento di un maggior risarcimento (da apprezzarsi con criterio equitativo puro) nel caso in cui alla gravità delle lesioni si accompagni la sofferenza psichica (danno catastrofico) determinata dalla coscienza della gravità delle infermità e dalla consapevolezza della propria fine imminente.

Tale sofferenza può essere multiforme, potendo consistere nella paura della morte, nel dispiacere di lasciare sole le persone care, nella disperazione provocata dall'abbandono delle bellezze e gioie della vita, e presuppone che la vittima sia cosciente e si prefiguri quindi la gravità delle proprie condizioni e l'approssimarsi della propria morte.

In altri termini, in caso di morte causata da un illecito, *il danno morale terminale e quello biologico terminale si distinguono perché il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofico o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata per la consapevolezza dell'approssimarsi della propria fine ed è risarcibile in base all'intensità della sofferenza medesima, indipendentemente dall'apprezzabilità dell'intervallo temporale intercorso tra le lesioni e il decesso, mentre il secondo è costituito dal pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla cosciente percezione della gravissima offesa all'integrità personale della vittima, ed è risarcibile a condizione che tra le lesioni e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo* (tra le più recenti, Cass. sez. 3, 7923/2024; 18056/2019).

Ebbene, accertato il nesso causale tra l'infezione da *Acinetobacter* e l'aggravamento delle condizioni, peraltro già critiche per le preesistenti patologie, del paziente, i CCTTU hanno quantificato in 25 giorni il conseguente periodo di inabilità assoluta dalla data di accertamento batteriologico al successivo decesso; inoltre, dopo aver premesso che *in un paziente privo di particolari condizioni preesistenti il periodo di inabilità assoluta, per un ematoma subdurale e suo trattamento, si articola in media in giorni trenta*, hanno evidenziato che nel caso in oggetto, l'ospedalizzazione del paziente, in considerazione delle complicanze insorte e delle patologie concausali, ebbe invece un periodo complessivo di 270 giorni dall'evento traumatico al rilievo dell'infezione da *Acinetobacter*.

Si è già detto che la circostanza che un paziente, prima dell'intervento rivelatosi infausto, fosse portatore di patologie pregresse non può comportare il frazionamento del nesso di causalità tra condotta e danno: tale nesso o c'è per intero o manca del tutto, per cui qualora il medico, con la propria azione od omissione, abbia comunque fornito un contributo causale alla produzione del danno e qualora tale danno non si sarebbe verificato (secondo il criterio c.d. di probabilità logica o relazionale) se il trattamento sanitario fosse stato conforme alle *leges artis*, il medico ne risponderà per intero.



Applicando tale ragionamento al caso che ci occupa, essendo ragionevole presumere che – in ragione delle plurime patologie pregresse – l’ospedalizzazione e la convalescenza di [REDACTED] si sarebbero protratte per circa tre mesi (in luogo degli ordinari 30 giorni necessari al recupero di un paziente esente da preesistenze morbose), l’allungamento del periodo di inabilità temporanea per ulteriori 180 giorni fino al riscontro dell’infezione e per i successivi 25 giorni fino all’*exitus* rappresenta il danno temporaneo alla salute interamente risarcibile.

Il danno biologico causato dalla invalidità temporanea consiste nella forzosa rinuncia, durante il periodo di malattia, alle ordinarie attività non spiacevoli cui la vittima si sarebbe altrimenti dedicata, se fosse rimasta sana.

Si tratta pur sempre di un pregiudizio di carattere non patrimoniale, ormai pacificamente ricondotto nell’alveo dell’art. 2059 c.c. e risarcibile in ragione della rilevanza costituzionale del bene – salute lesa (Cass. SU. nn 26972, 26973, 26974 e 26975 del 2008).

Se è del tutto plausibile che alla sofferenza nocicettiva patita nel corso del lungo iter clinico in cui venne sottoposto ad ulteriori sei interventi dopo quello di evacuazione dell’ematoma subdurale si siano accompagnati turbamento emotivo, preoccupazione, ansia – stati d’animo che ordinariamente accomunano persone sottoposte a trattamenti sanitari di una certa serietà, implicanti lunghe degenze ospedaliere costellate dal manifestarsi di “complicanze” e che esprimono la sofferenza interiore in cui si sostanzia quella voce del danno non patrimoniale che, a fini puramente descrittivi, viene definita danno morale (Cass. 10816/19; 901/18) – non è altrettanto ragionevole ritenere che [REDACTED] – che pure è rimasto vigile, cosciente e collaborante per buona parte dell’iter clinico fino alla mattina del 30 marzo 2012 (già nel pomeriggio divenne soporoso e il giorno seguente venne definito “in stato comatoso”, come risulta dalla cartella clinica) – possa aver presagito l’imminenza della propria fine durante tutto l’iter clinico, nel corso del quale in verità non vi erano fattori certamente suggestivi di un epilogo tanto infausto. La percezione dell’aggravamento delle proprie condizioni può invece aver ragionevolmente accompagnato il trasferimento del paziente il 26.3.2012 presso l’UO di Medicina Interna per via della comparsa di squilibrio idroelettrolitico e incremento degli edemi periferici e di episodi di microembolia polmonare e i successivi quattro giorni, e dunque a motivo della progressione sfavorevole delle sue condizioni.

Il danno biologico causato dalla invalidità temporanea consiste nella forzosa rinuncia, durante il periodo di malattia, alle ordinarie attività non spiacevoli cui la vittima si sarebbe altrimenti dedicata, se fosse rimasta sana. La liquidazione finalisticamente unitaria di tale danno (non diversamente



da quella prevista per il danno patrimoniale) mira ad attribuire al soggetto una somma di danaro che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito tanto sotto l'aspetto della sofferenza interiore (come detto provata in via presuntiva, avuto riguardo alla durata e alla penosità dell'iter clinico), quanto sotto quello dell'alterazione/modificazione peggiorativa della vita di relazione in ogni sua forma e considerata in ogni suo aspetto, senza ulteriori frammentazioni nominalistiche (così Cass. 20/8/2018 n. 20795; Cass., 20/04/2016, n. 7766).

Si tratta pur sempre di un pregiudizio di carattere non patrimoniale, ormai pacificamente ricondotto nell'alveo dell'art. 2059 c.c. e risarcibile in ragione della rilevanza costituzionale del bene – salute leso (Cass. SU. nn 26972, 26973, 26974 e 26975 del 2008), per la cui liquidazione, necessariamente equitativa ex artt. 1226 e 2056 c.c. questo Tribunale aderisce ai criteri fatti propri dalle più recenti pronunce della Corte di Cassazione in materia; adotta, quindi, i parametri ed i valori indicati nelle Tabelle già in uso presso il Tribunale di Milano cui i giudici di legittimità hanno riconosciuto una “vocazione” nazionale, indicandoli come parametri equi, cioè idonei a garantire la parità di trattamento e da applicare in tutti i casi in cui la fattispecie concreta non presenti peculiarità che suggeriscano di incrementarne o ridurne l'entità (Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 14402 del 30 giugno 2011; conf. Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 12408 del 7 giugno 2011; n. 5243 del 6 marzo 2014).

E' tuttavia inappropriata l'applicazione *tout court* della tabella relativa alla liquidazione del c.d. danno terminale, in quanto comprensiva sia della componente biologica temporanea che del danno morale catastrofe che, invece, come detto, può ritenersi presuntivamente per soli 5 giorni per cui, tenuto conto dei principi più sopra ricordati, secondo cui il danno biologico terminale va commisurato agli importi tabellari previsti per l'invalidità temporanea, adeguando la liquidazione alle circostanze del caso concreto, salvo il riconoscimento di un maggior risarcimento, da apprezzarsi con criterio equitativo, nel caso in cui allo stato invalidante si accompagni la c.d. lucida agonia, si reputa adeguato l'importo di € 10.000,00 complessivi a ristoro del pregiudizio (comprensivo del danno catastrofe) patito dal 26 al 30 marzo 2012 e l'importo di € 172,5 pro die per i restanti 200 giorni, dunque complessivi € 34.500,00, corrispondente al massimo importo liquidabile, comprensivo di aumento personalizzato, secondo le tabelle milanesi nell'edizione aggiornata (anno 2024), per il danno non patrimoniale omnicomprensivo da inabilità temporanea (comprendente cioè il danno biologico dinamico – relazionale e la corrispondente sofferenza soggettiva interiore, c.d. danno morale, nell'accezione sopra precisata).

La somma dovuta a ristoro del pregiudizio non patrimoniale patito dal defunto ascende dunque a complessivi € 44.500,00 in valori attuali e va liquidato, *jure successionis* e *pro quota*, in favore



del coniuge e dei figli del de cuius (uno dei quali, ██████████ intervenuto nel procedimento di istruzione preventiva, non ha però agito in questo giudizio), della cui qualità ereditaria non si ha ragione di dubitare.

b) Il danno non patrimoniale *iure proprio* per perdita del rapporto parentale

Da tempo, la Suprema Corte, sulla scorta di un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., secondo la quale nel caso di compromissione di valori della persona di rango costituzionale il diritto al risarcimento del danno non patrimoniale conseguente alla lesione di diritti assoluti della persona ha il suo referente normativo direttamente nella carta costituzionale senza il limite della riserva di legge dell'art. 185 c.p., ha ritenuto risarcibile il danno non patrimoniale prodottosi in capo agli stretti congiunti della vittima primaria, non ostandovi il disposto contenuto nell'art. 1223 c.c. in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso (*Cass. 7629/03*).

In tal caso, infatti, medesimo fatto illecito lede in pari tempo le situazioni giuridiche dei diversi soggetti legati dal vincolo parentale : l'uccisione della vittima causa non solo il massimo danno configurabile in capo alla stessa, ma anche – e simultaneamente – l'estinzione del rapporto "parentale" con gli stretti congiunti, che quindi a loro volta subiscono, immediatamente e direttamente, la compromissione del loro interesse all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che connota la vita familiare.

Si è infatti ravvisato, in tali situazioni, un fatto illecito plurioffensivo, rispetto al quale *ciascun danneggiato – in forza di quanto previsto dagli artt. 2,29,30 e 31 Cost. nonché degli artt. 8 e 12 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e dell'art. 1 della Carta di Nizza – è titolare di un autonomo diritto all'integrale risarcimento del pregiudizio subito, comprensivo pertanto sia del danno morale (da identificare nella sofferenza interiore soggettiva patita sul piano strettamente emotivo, non solo nell'immediatezza dell'illecito, ma anche in modo duratura, pur senza protrarsi per tutta la vita) che di quello dinamico relazionale (consistente nel peggioramento delle condizioni ed abitudini, interne ed esterne, di vita quotidiana). Ne consegue che, in caso di perdita definitiva del rapporto matrimoniale e parentale, ciascuno dei familiari superstiti ha diritto ad una liquidazione comprensiva di tutto il danno non patrimoniale subito, in proporzione alla durata ed intensità del vissuto, nonché alla composizione del restante nucleo familiare in grado di prestare assistenza morale e materiale, avuto riguardo all'età della vittima e a quella dei familiari danneggiati, alla personalità individuale di costoro, alla loro capacità di reazione e sopportazione del trauma*



e ad ogni altra circostanza del caso concreto, da allegare e provare (anche presuntivamente, secondo massime di comune esperienza) da parte di chi agisce in giudizio, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare (Cass. 9231/13).

Va, dunque, condiviso il principio di diritto enunciato dalla Suprema Corte (sez. III, 4253/12, 7272/12) che reputa insito nel fatto illecito costituito dall'uccisione del congiunto (ovvero dall'inflizione di lesioni dolose o colpose che lo abbiano condotto al decesso) un danno non patrimoniale presunto, consistente nella perdita del rapporto parentale, *allorchè esso colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare.*

Ancor più recentemente, si è affermato chiaramente che l'uccisione di una persona (ossia l'averne provocato la morte) fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del "*quantum debeatur*"). Nei casi suddetti è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo (Cass. Civ. sez. III 15.7.2022 n. 22397; vds. anche Cass. n. 7748 del 2020; Cass. Sez. 6-3, 3767/2018; sez. L, 29784/2018).

E' vero, infatti, che il danno in questione non coincide con la lesione dell'interesse protetto, ma consiste in una perdita, nella irreversibile privazione di un valore non economico ma personale, costituito dal rapporto personale con il congiunto, nella definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali esse normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare; perdita, privazione e preclusione che costituiscono conseguenza della lesione dell'interesse protetto; e che, per tale ragione l'onere probatorio grava sul danneggiato. Tuttavia anche la gravità delle lesioni e l'intensità del legame parentale possono valere come prova presuntiva del pregiudizio (Cass. 11001/03, 2888/03, 7629/03, 10986/03, 20667/2010), essendo ammesso a tal fine il ricorso alle presunzioni fondate sul normale atteggiarsi delle relazioni all'interno della famiglia, specie nucleare, non potendo considerarsi quella presuntiva una prova deminuta, subordinata o più debole di quella c.d. diretta o rappresentativa.

Costituisce indirizzo consolidato presso la Suprema Corte che in tema di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, la presunzione iuris tantum di esistenza del pregiudizio – configurabile per i membri della famiglia nucleare “successiva” (coniuge e figli) – si estende ai



membri della famiglia “originaria” (genitori e fratelli), senza che assuma ex se rilievo il fatto che la vittima ed il superstite non convivessero o fossero distanti; tale presunzione impone al terzo danneggiante l’onere di dimostrare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, con conseguente insussistenza in concreto dell’aspetto interiore del danno risarcibile (c.d. sofferenza morale) derivante dalla perdita, ma non riguarda invece l’aspetto esteriore (c.d. danno dinamico relazionale), sulla cui liquidazione incide la dimostrazione, da parte del danneggiato, dell’effettività, della consistenza e della intensità della relazione affettiva (desunta dalla coabitazione o da altre allegazioni fornite di prova) (Cass. sez. 3, 4.3.2024 n. 5769).

Non occorre, dunque, la specifica enunciazione assertiva dei riflessi per così dire ordinari di tale lesione – la c.d. sofferenza da lutto – e può farsi ricorso a presunzioni semplici e al notorio quanto alla prova dei profili oggettivi e soggettivi del pregiudizio normalmente insiti nella perdita di un familiare (Cass. Civ. sez. III, 4253/12, 7272/12). Viceversa, rispetto alle conseguenze specifiche ed ulteriori che giustifichino una personalizzazione della liquidazione modulata sulle peculiari, più intense ripercussioni della perdita del congiunto sia in termini di dolore e turbamento soggettivo sia in relazione agli aspetti *latu sensu* esistenziali, occorre la prova del tipo di rapporto esistente con il defunto, della sua intensità, della sua continuità, delle rispettive abitudini di vita, delle ripercussioni della perdita sulle normali attività quotidiane, sulla vita di relazione e lavorativa, sull’esplicazione della personalità del superstite.

Nel caso di specie, le certificazioni anagrafiche prodotte (all. 3, 4) documentano il rapporto di filiazione tra il *de cuius* e [REDACTED] quello di coniugio con [REDACTED] [REDACTED] nonché la coabitazione del defunto con la moglie e il figlio [REDACTED] quale ultimo – tuttavia – manca qualsiasi informazione circa le condizioni psichiche che hanno motivato l’apertura dell’amministrazione di sostegno nel luglio 2012. Per cui, se da un lato, provato il rapporto parentale e di coniugio, non vi sono elementi che inducano a dubitare dell’intensità e normalità del legame affettivo, spirituale e solidale tra costoro, mancano tuttavia allegazioni puntuali e *a fortiori* risultanze istruttorie che, dimostrando la frequenza dei contatti, la condivisione di momenti della vita quotidiana o di ricorrenze e festività, lo svolgimento in comune di alcune attività, avrebbero consentito di apprezzare il concreto ed effettivo atteggiarsi, in termini di qualità ed intensità, di tale relazione con i figli e i fratelli e, conseguentemente, di valutare la dimensione dinamico – relazionale della sua prematura recisione.



Le risultanze acquisite sono, dunque, sufficienti per ritenere provato in via presuntiva, rispetto ai figli e ai germani della vittima primaria, soltanto l'*an* del pregiudizio di natura morale – soggettiva rappresentato dalla sofferenza interiore suscitata dalla perdita della persona cara.

Venendo allora ai criteri di liquidazione del pregiudizio non patrimoniale sofferto dai ricorrenti, 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 ristorare 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 patrimoniale e della unicità ed omnicomprensività 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 omnicomprensiva del danno non patrimoniale.

E', 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 patrimoniale*" (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 predeterminati 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 pertanto 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 7.6.2011 n. 12408, i giudici di legittimità, dopo aver preso atto che le "tabelle di Milano" sono andate nel tempo assumendo una "vocazione nazionale", poiché recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa e ad evitare o quanto meno ridurre ingiustificate disparità del trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3 Cost, le hanno elevate 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).

E' vero, tuttavia, che i parametri previsti dalle tabelle milanesi, a motivo dell'ampiezza di ciascuna "forbice", lasciavano al Giudice ampia discrezionalità, esaltando il ruolo dell'equità pura nella valutazione della specificità del caso concreto, con l'unico limite della motivazione e dell'ossequio alle soglie inferiori e superiori previste.

Per tale ragione, *al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi*, la terza sezione civile della Suprema Corte ha recentemente 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) e ha precisato che la Tabella che, allo stato, assolve alle summenzionate caratteristiche *"risulta essere quella di Roma"*. (Cass. civ. sez. III 29.9.2021 n.26300).



Successivamente, l'Osservatorio milanese ha rielaborato le proprie tabelle secondo le indicazioni della Corte di legittimità, che ha da ultimo riconosciuto che “ *Le tabelle di Milano pubblicate nel giugno del 2022, costituiscono idoneo criterio per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale, in quanto fondate su un sistema “ a punto variabile” (il cui valore base è stato ricavato muovendo da quelli previsti dalla precedente formulazione a forbice) che prevede l’attribuzione dei punti in funzione dei cinque parametri corrispondenti all’età della vittima primaria e secondaria, alla convivenza tra le stesse, alla sopravvivenza di altri congiunti e alla qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta*”. (Cass. Civ. Ord. Sez. III 16.12.2022 n. 37009).

Pertanto questo Tribunale, recependo tale indirizzo, ritiene conforme ad equità applicare le tabelle integrate a punti elaborate dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano che, nell'edizione aggiornata all'anno 2024, fissano rispettivamente in € 3.911,00 il valore di ciascun punto per la liquidazione del danno da perdita del genitore, e in € 1.698,00 il valore di ciascun punto per la liquidazione del danno da perdita del fratello/nipote e attribuiscono un punteggio ad alcuni parametri, ossia:

- a. età della vittima primaria;
- b. età della vittima secondaria;
- c. convivenza;
- d. sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario del *de cuius*;
- e. qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto.

Il risarcimento totale, quindi, risulta pari al punteggio dato dalla sommatoria dei punti previsti per ciascuna delle ipotesi ricorrenti nel caso concreto, moltiplicato per il valore del punto.

Sull'importo finale possono essere, poi, applicati dei correttivi per adeguare ulteriormente il risarcimento alla fattispecie concreta in esame.

Nel caso in esame, la relazione di convivenza ricorreva – stando ai certificati prodotti (e anche all'anagrafica delle cartelle cliniche) – soltanto con la [REDACTED] la sopravvivenza di un numero di congiunti superiore a tre rispetto al nucleo familiare successivo impedisce di riconoscere alcun punteggio sub D a moglie e figli, mentre in relazione al parametro E, tenuto conto, da un canto, dell'intensità della relazione affettiva e della particolare penosità della malattia della vittima primaria e della documentata assistenza prestata dalla consorte nel corso delle degenze ospedaliere (è lei infatti ad autorizzare emotrasfusione ed altri trattamenti), dall'altro della mancanza di qualsiasi deduzione relativamente alla dimensione dinamico – relazionale del



pregiudizio rispetto a tutti gli attori e della preesistente condizione patologica del congiunto (che verosimilmente ne condizionava la quotidianità) possono riconoscersi esclusivamente 20 punti a

[REDACTED].
Vanno quindi attribuiti n. 29 punti a ciascun fratello o sorella del defunto (età comprese tra 61 e 70 anni) (A 10, B 10, C 0, D 9); n. 68 punti al coniuge (anni 62) (A 16, B16, C 16, D 0, E 20); a [REDACTED] (anni 25) n. 56 punti (A 16, B24, C16, D 0, E 0); a [REDACTED] (anni 33) e [REDACTED] (anni 32) n. 38 punti (A 16, B22, C 0, D 0, E 0); ne consegue che vanno liquidati in € 49.242,00 in valori attuali il risarcimento spettante ai due fratelli e alla sorella di [REDACTED] in € 265.948,00 l'importo dovuto a [REDACTED] in € 219.016,00 la somma spettante a [REDACTED]; in € 148.618,00 la somma spettante agli altri due figli del defunto.

A tutti i danneggiati è dovuto, altresì, il ristoro dell'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro nel tempo intercorso tra la lesione e la sua liquidazione per equivalente monetario (all'attualità), danno derivante dal ritardo con cui viene loro liquidato l'equivalente monetario del bene leso. Nei debiti di valore, come quelli di risarcimento da fatto illecito, posso infatti essere corrisposti interessi ad un tasso che, soltanto in mancanza di specifiche indicazioni circa gli impieghi maggiormente remunerativi nei quali il danaro sarebbe stato investito, può determinarsi in misura pari al tasso legale, in modo da rimpiazzare il mancato godimento del denaro dovuto.

Nel caso in esame, poiché i ricorrenti hanno chiesto che tale "lucro cessante" venga determinato facendo riferimento al tasso medio di redditività degli investimenti mobiliari a basso rischio (titoli di Stato, BOT, CCT), nel periodo in questione, quantificato nel tasso dell'1,70%, essendo presumibile che tale impiego sarebbe stato quello nel quale le somme oggi liquidate sarebbero state investite, il danno da ritardo può essere stimato nella remunerazione media che si sarebbe tratta da tale investimento nel periodo indicato.

Secondo un indirizzo ormai consolidato, tali interessi, cosiddetti compensativi, vanno però 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 dell'importo risarcitorio liquidato in valuta attuale sì da rapportarlo all'equivalente alla data di insorgenza del danno medesimo (1 aprile 2012) e procedere poi alla successiva rivalutazione sì da conteggiare gli



interessi sulle somme che progressivamente si incrementano per effetto della rivalutazione, con cadenza mensile alla stregua della variazione degli indici ISTAT- FOI costo della vita; gli interessi così ottenuti vanno accantonati e cumulati tra loro senza rivalutazione.

Sull'importo finale decorreranno interessi nella misura legale dalla decisione all'effettivo pagamento.

Le spese del presente giudizio di merito e quelle per la difesa legale nel procedimento di istruzione preventiva seguono, ai sensi dell'art. 91 c.p.c., la soccombenza, vanno quindi addossate all'Azienda Ospedaliera e liquidate secondo i parametri previsti dal d.m. 55/2014, applicando, per l'ATP i valori medi previsti dalla tabella n. 9 allegata allo stesso Regolamento, scaglione di valore indeterminabile complessità media (26.000/260.000) fasi di studio, introduttiva e istruttoria; per il giudizio di merito, stante la natura documentale del procedimento, il valore indeterminabile della domanda e l'entità del *decisum*, appare adeguato liquidare, per le fasi di studio e introduttiva, i valori medi previsti dalla tab. 2 (valore indeterminabile – complessità alta - scaglione fino ad € 520.000,00) DM 147/2022 e ridurre del 40% i compensi tabellari per le fasi di trattazione/istruttoria e decisionale.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, sulle domande formulate da [REDACTED] in proprio e quale ADS di [REDACTED], [REDACTED] nei confronti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P Giaccone di Palermo, col ricorso depositato il 24.11.2021, così decide:

- Condanna l'Azienda Ospedaliera spa a pagare le seguenti somme:

€ 44.500,00 a [REDACTED] in proprio e quale ADS di [REDACTED] [REDACTED] (cl. '79), *iure successionis* e in proporzione e nei limiti della rispettiva quota ereditaria;

€ 49.242,00, ciascuno, a [REDACTED] cl. '42), P [REDACTED];

€ 265.948,00 a [REDACTED] in proprio;

€ 219.016,00 a [REDACTED] quale ADS del figlio [REDACTED]

€ 148.618,00, ciascuno, [REDACTED] e [REDACTED] (cl. '79);

oltre interessi compensativi al tasso dell'1,70% da calcolarsi sulle predette somme, devalutate alla data dell'1.4.2012 e progressivamente rivalutate secondo gli indici ISTAT FOI costo della vita dall'1.4.2012 alla presente decisione ed oltre interessi al saggio legale (art. 1284



co. 1 cod. civ.), sull'importo all'attualità e comprensivo di interessi compensativi, dalla decisione sino all'effettivo pagamento;

- condanna inoltre l'Azienda Ospedaliera a rifondere ai ricorrenti le spese processuali sostenute nel procedimento di ATP n. 21440/2019 r.g., liquidate in complessivi € 3.566,00, di cui € 3.280,00 per compensi, oltre IVA, CPA e rimborso forfettario nella misura del 15% dei compensi, ed oltre i compensi liquidati ai CCTTU, e quelle relative a questo giudizio, liquidate in complessivi € 10.420,00 di cui € 10.134,00 per compensi, oltre IVA, CPA e rimborso forfettario nella misura del 15% dei compensi.

Così deciso a Palermo, il 24 ottobre 2024

Il Giudice

Giovanna Nozzetti

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dott.ssa Giovanna Nozzetti 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 decreto legislativo 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.

