



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte di Appello di Palermo - Sezione Seconda Civile - riunita in camera di consiglio e composta dai magistrati:

Dott. Giuseppe Lupo	Presidente
Dott.ssa Rossana Guzzo	Consigliera
Dott.ssa Mary Carmisciano	Consigliera rel.

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. 1343/2022 del R.G. di questa Corte di Appello vertente in questo grado

**TRA**

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" DI PALERMO** in persona del legale rappresentante *p.t.*, P.IVA 05841790826 domiciliata *ex lege* in Palermo, via Mariano Stabile n.182, presso gli Uffici dell'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Palermo che la rappresenta e difende;

*Appellante***CONTRO**

[REDACTED], nato a [REDACTED];  
 [REDACTED] nata a [REDACTED];  
 [REDACTED], nato a [REDACTED];  
 [REDACTED], nato a [REDACTED];  
 tutti elettivamente domiciliati in Palermo, via Giovanni Pacini n.67 (c/o lo studio del Prof. Avv. Alfredo Galasso), rappresentati e difesi dall'Avv. Franco Di Maria, per mandato in atti

*Appellati*

Motivi della decisione

**❖ FATTI DI CAUSA**

Il Tribunale di Palermo, con ordinanza pubblicata in data 21/06/2022 all'esito del giudizio n.r.g.851/2019 promosso ai sensi dell'art. 702bis e ss. c.p.c. da [REDACTED] ha condannato l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, in persona del legale rappresentante, a pagare a [REDACTED] € 1.066.509,00, a [REDACTED] la somma complessiva di € 76.627,00, ad entrambi - n.q. di esercenti la potestà genitoriale sul figlio [REDACTED] - la somma complessiva di €32.040,00, a [REDACTED] la somma complessiva di €32.040,00, da maggiorarsi degli interessi legali dalla decisione all'effettivo pagamento; condannato altresì la



convenuta a rifondere le spese di lite sostenute dalla parte vittoriosa e liquidate in complessivi € 15.572,00 di cui € 15.000,00 per compensi, oltre spese generali nella misura del 15%, iva e cpa come per legge, disponendone la distrazione in favore del procuratore antistatario; posto il compenso e le spese liquidati al collegio peritale nel procedimento di ATP e nel successivo giudizio di merito a carico dell'Azienda Ospedaliera convenuta.

Avverso la detta ordinanza decisoria, ha interposto appello la struttura sanitaria eccependone l'erroneità sotto vari profili.

Si sono costituiti in giudizio [REDACTED] i quali hanno contestato le difese dell'appellante e chiesto il rigetto dell'impugnazione.

Scaduto il termine perentorio del 20/12/2024 per il deposito di note scritte in sostituzione di udienza *ex art. 127 ter c.p.c.*, la causa è stata posta in decisione dal Collegio con assegnazione alle parti dei termini di cui all'*art. 190 c.p.c.*

### ❖ MOTIVI DI APPELLO

1. Con il primo motivo di appello, l'appellante ritiene che il ricorso *ex art. 702 bis c.p.c.* sarebbe inammissibile per mancato compiuto svolgimento del procedimento di accertamento tecnico preventivo *ex art. 8 della Legge Gelli-Bianco*, interrottosi per collocamento a riposo del difensore della struttura sanitaria, in data 01/05/2018.

Trattandosi di effetto interruttivo automatico, gli atti compiuti successivamente al suo verificarsi, ivi compresa la sentenza, sarebbero irrimediabilmente nulli. Pertanto, chiede dichiararsi la nullità dell'impugnato provvedimento.

2. Con il secondo motivo di appello, l'azienda ospedaliera ritiene che non vi sarebbe alcun nesso di causa tra i pregiudizi patiti da [REDACTED] e la condotta dei sanitari in quanto gli interventi neurochirurgici compiuti e la gestione del post-operatorio sarebbero stati corretti.

Con riguardo alla vicenda clinica dell'appellato, rileva che la recidiva di ernia e la fistola liquorale determinata dalla lacerazione durale non sarebbero imputabili ad errori tecnici, ma rientrerebbero tra le cc.dd. complicanze prevedibili, ma non prevenibili, in relazione sia ai dati statistici che alla variabilità intersoggettiva di ogni paziente.

Pertanto, sul piano causale, gli esiti invalidanti accertati dai CC.TT.U. non potrebbero essere imputati alla condotta dei sanitari intervenuti.

3. Con il terzo motivo di appello, l'azienda ospedaliera censura la pronuncia nella parte in cui ha ritenuto leso il diritto all'autodeterminazione del paziente.

Afferma di aver informato adeguatamente [REDACTED] in quanto, nel modulo di consenso dallo stesso firmato, erano previste, come possibili conseguenze, complicanze ben più gravi di quelle poi verificatesi in concreto.



Nessuna limitazione e/o compromissione della libertà di scelta potrebbe pertanto configurarsi ai danni dell'appellato.

Chiede che la decisione sia modificata nella parte relativa alle conseguenze risarcitorie dell'evento dannoso (maggior danno iatrogeno permanente e temporaneo) prodottosi in forza dell'imperito trattamento sanitario e della lesione del diritto all'autodeterminazione.

4. Con il quarto motivo di appello, la struttura sanitaria contesta il *quantum debeatur* con riguardo al danno non patrimoniale sofferto da [REDACTED], perché ritenuto sproporzionato ed eccessivo.

L'appellante contesta la personalizzazione del danno applicata in favore del paziente in quanto questi non avrebbe provato la maggiore e differente incidenza dei postumi sulla vita quotidiana rispetto a tutte le altre persone dello stesso sesso e della stessa età, che abbiano sofferto postumi di identica misura.

In caso di ritenuta responsabilità, ritiene che il giudice di prime cure avrebbe dovuto liquidare il danno commisurandolo alla percentuale di invalidità direttamente connessa al comportamento dei sanitari, tenendo conto dell'effettiva incidenza della *malpractice* sulle condizioni generali del paziente. E così anche per il calcolo della ITT e ITP.

Critica anche l'*iter* seguito dagli esperti d'ufficio nella valutazione dell'invalidità permanente.

5. Con il quinto motivo di appello, l'azienda ospedaliera contesta il *quantum debeatur* con riguardo anche al danno patrimoniale, e, in particolare, alla riduzione della capacità lavorativa specifica del paziente.

L'appellato non avrebbe fornito prova dell'incapacità di svolgere altri lavori produttivi di reddito, tenuto conto delle sue competenze e specializzazioni.

A suo dire, non può ritenersi dimostrata l'impossibilità di una riqualificazione verso professioni compatibili con il quadro clinico accertato.

Inoltre, il danno da lesione alla capacità lavorativa specifica dell'appellato sarebbe imputabile, non già all'evento lesivo, ma alle inevitabili conseguenze delle patologie comunque sofferte dal [REDACTED] e dunque di esso non potrebbe farsi carico l'Azienda Ospedaliera appellante.

Il conteggio sarebbe inesatto in quanto l'appellato avrebbe dovuto provare, non solo la riduzione della sua capacità lavorativa, ma anche l'effettiva riduzione del suo reddito, attraverso il deposito delle dichiarazioni precedenti gli eventi denunciati e di quelle successive, e dimostrare per l'effetto il decremento effettivamente subito.

6. Con il sesto motivo di appello, la struttura sanitaria censura la pronuncia nella parte in cui ha rigettato l'eccezione relativa alla sussistenza di prestazioni appositamente erogate dagli enti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

L'appellante rileva, in particolare, che, dalla documentazione ottenuta, il [REDACTED] avrebbe percepito dall'INAIL un'indennità giornaliera per infortunio professionale da cui sarebbe derivata



l'inabilità temporanea assoluta, e che la retribuzione base utilizzata per il calcolo dell'indennità temporanea è di € 87,63.

Insiste affinché venga detratto dall'ammontare del risarcimento dovuto quanto già erogato dall'INAIL in favore dell'appellato.

7. Con il settimo motivo di appello, l'azienda sanitaria contesta la decisione di primo grado nella parte in cui ha ritenuto provato il danno *iure proprio* dei prossimi congiunti del [REDACTED]

La motivazione posta a sostegno della decisione sarebbe apparente in quanto parte appellata non avrebbe fornito prova in concreto del danno da lesione del rapporto parentale determinato dal radicale stravolgimento delle abitudini di vita a causa dall'evento dannoso, e che comunque, ai fini della liquidazione, avrebbe dovuto applicare le Tabelle di Milano e non quelle di Roma.

~~~~~

### **Il primo motivo dell'appello è infondato.**

L'art. 8, comma 3, della Legge Gelli-Bianco dispone che, ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso (nelle forme stabilite dalla Legge).

Parte appellata ha documentato di avere depositato il ricorso *ex art. 696 bis c.p.c.* il 26/10/2017. Il difensore dell'azienda ospedaliera è stato posto in quiescenza l'01/05/2018, quando il termine di sei mesi era spirato, essendo maturato il 26/04/2018.

Sul punto, l'ordinanza gravata è corretta: il giudice di prime cure ha dichiarato la procedibilità della domanda (correttamente introdotta nelle forme previste dall'art. 702 *bis c.p.c.*) essendosi l'evento interruttivo verificato dopo la scadenza del detto termine perentorio; e ha dichiarato la nullità della consulenza tecnica depositata nel procedimento *ex art. 696 bis c.p.c.* (recante n.r.g. 17453/17) interrottosi prima dell'invio alle parti della relazione provvisoria.

Gli atti processuali compiuti nel giudizio di merito, ivi compresa l'ordinanza decisoria, sono, dunque, validi ed efficaci.

Il motivo deve essere pertanto rigettato.

### **Il secondo motivo dell'appello è pure infondato.**

I CC.TT.U. hanno riscontrato a carico di [REDACTED] esiti irreversibili di tre interventi chirurgici per ernia discale L4-L5 con marcata compromissione motoria-sensitiva all'arto inferiore dx nei territori innervati dalle radici L4-L5 ed S1 a Dx, in soggetto con severa difficoltà alla stazione eretta e a deambulare per sindrome algica cronicizzata, *failed back surgery syndrome* (FBSS - Sindrome da fallimento chirurgico spinale).

Occorre a tal proposito ripercorrere, in fatto, la vicenda clinica dell'appellato:

- nel mese di luglio del 2014, dopo intenso sforzo fisico in sede lavorativa, [REDACTED] accusava forte dolore lombare destro e alla coscia destra motivo per il quale il 09/07/2014 si recava presso



il Pronto Soccorso dell'A.O.U. Careggi di Firenze, ove veniva diagnosticata lombosciatalgia e prescritta terapia farmacologica, con prognosi di sette giorni;

- rientrato in Sicilia, [REDACTED] effettuava approfondimenti diagnostici (RM lombo-sacrale il 21/07/2014) e si sottoponeva a visita ortopedica il 19/08/2014 nonché ad ulteriori controlli successivi;
- si recava presso l'A.O.U.P. "Paolo Giaccone" di Palermo per visite specialistiche che confermavano l'esistenza di lombosciatalgia bilaterale per ernia discale L4-L5 dx;
- veniva ricoverato presso la detta struttura il 27/10/2014 e il 31/10/2014 veniva sottoposto a trattamento chirurgico dell'ernia discale in L4-L5 (discectomia microchirurgica) con posizionamento di dispositivo artrodesico posteriore ASPEN; veniva dimesso il 02/11/2014;
- l'01/12/2014 veniva sottoposto a nuova RM lombo-sacrale;
- dopo ulteriori visite specialistiche (neurochirurgica e Terapia del Dolore), veniva sottoposto il 22/01/2015 ad un secondo intervento chirurgico di rimozione del dispositivo interspinoso ASPEN e inserzione di viti transpeduncolari nonché asportazione di residuo tessuto discale e inserzione di cage intersomatica (Tpal); dalla relativa cartella clinica (la n.1152/2015), risulta che il 25/01/2015 (dopo il secondo intervento) venivano aspirati all'incirca 100 cc di liquor misto a sangue; il 26/01/2015 veniva dimesso;
- veniva sottoposto ad un terzo intervento chirurgico in data 13/02/2015 per chiusura fistola liquorale in ragione di voluminosa tumefazione in sede di pregressa ferita, accertata all'atto di ingresso presso la struttura ospedaliera; veniva dimesso il 16/02/2015;
- seguivano ulteriori approfondimenti diagnostici e numerose visite neurochirurgiche presso il Policlinico e presso altre strutture nonché visite specialistiche presso l'UOSD Terapia del Dolore, in ragione del persistente ed intenso dolore lombare bilaterale, che imponeva terapia farmacologica.

Premesso ciò, la doglianza secondo cui non vi sarebbe alcun nesso di causa tra l'operato dei sanitari e i danni sofferti dal paziente non è meritevole di accoglimento.

Questo Collegio ritiene di condividere le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti tecnici d'ufficio nel giudizio di I grado, i quali hanno analizzato con precisione e rigore scientifico la condotta dei professionisti, tenuto conto dell'*iter* clinico del paziente e della documentazione sanitaria versata in atti.

Con riguardo al primo intervento, gli esperti d'ufficio, attraverso un confronto tra le immagini delle RMN lombari del 28/10/2014 (preoperatoria) e 01/12/2014 (la prima postoperatoria) hanno riscontrato: 1) una chiara persistenza dell'ernia discale dato che l'entità della protrusione del disco a L4-L5 era rimasta analoga (e dotata di analogo potere compressivo sul sacco e sulla radice di destra); 2) presenza di tessuto fibro-cicatriziale in sede di pregresso intervento chirurgico, nonché 3) raccolta ovalare compatibile con liquor, insistente a livello dei tessuti paravertebrali.

Delle dette conseguenze, la n.3) ovvero la deliquorazione per lacerazione accidentale della dura madre è stata considerata una complicanza frequente, prevedibile ma non prevenibile degli interventi chirurgici di discectomia e microdiscectomia; la n.2), ovvero la presenza di "tessuto



fibrotico cicatriziale”, è stato imputata alla peculiare risposta biologica tissutale del soggetto interessato, ed entrambe comunque non sono state ascritte a imperizia dei chirurghi.

Solo la persistenza dell'ernia discale (la n.1) è stata imputata ad errore degli operatori.

Contrariamente alle affermazioni dell'appellante, non può parlarsi di “recidiva”, non essendo nel caso di specie trascorsi almeno sei mesi dall'intervento, bensì (come indicato dai periti d'ufficio) di “persistenza dell'ernia” o “ernia residua” per mancata o incompleta asportazione dei residui discali, dopo avere escisso il nucleo francamente erniato (v. pag. 71 della consulenza).

A conferma di ciò, da un esame dell'*iter* clinico tra il primo e il secondo intervento (effettuato il successivo 22/01/2015), i CC.TT.U. hanno rilevato che:

- il 06/11/2014, dunque a distanza di pochissimi giorni dal primo intervento, [REDACTED] fu costretto a recarsi dal Neurochirurgo del Policlinico a causa del dolore lombare, motivo per il quale venne programmata la RMN di controllo;

- la detta lombalgia fu così intensa che sia il 15/12/2014 che il 29/12/2014 l'appellato venne trattato dagli Anestesisti della Terapia del Dolore del Policlinico.

Difatti, nel primo ricovero in NCH, all'ingresso, era annotato: “*Modesta ipostenia del TA a destra*”, cioè il solo deficit del tibiale anteriore da sofferenza della radice L5 destra; nel secondo ricovero l'esame neurologico di ingresso evidenziava: “*ipostenia flessione plantare e dorsale Dx; ipoestesia tattile e dolorifica in territorio radicolare L4-L5-S1 destra*”, indicativo di coinvolgimento marcato pure della radice S1 a destra (v. pag. 71).

Il residuo di materiale discale erniato (eliminato pertanto in occasione del secondo intervento) ha determinato, in definitiva, una maggiore compressione sulle radici e conseguenze neurologiche precise, e dunque un aggravamento delle condizioni del paziente.

La RMN lombare dell'01/12/2014 ha confermato la compressione esercitata dalla persistenza dell'ernia discale, e da fibrosi cicatriziale.

Il primo intervento di microdiscectomia L4-L5 è esitato in un fallimento terapeutico per insufficiente asportazione del materiale discale erniato, responsabile di persistenza erniaria accertata anche mediante RMN.

Passando al secondo intervento, effettuato il 22/01/2015 - consistito nella rimozione del dispositivo interspinoso (ASPEN); spinosectomia e laminectomia bilaterale L4-L5; stabilizzazione transpeduncolare L4-L5 (Sistema Expedium); discectomia microchirurgica residua L4-L5 e lisi aderenze cicatriziali periradicolari; impianto cage intersomatica (Tpal) mediante TLIF - i consulenti d'ufficio hanno ritenuto rilevante l'errore consistito nell'inevasa necessità di sanare la lacerazione durale (con conseguente eliminazione della fistola) che già risultava evidente dalla RMN lombare dell'01/12/2014.

In particolare, i CC.TT.U. hanno rimproverato:

- il non avere descritto (né preso in considerazione) la lacerazione durale;
- il non avere informato il paziente della sua esistenza;



- (soprattutto) il non aver proceduto a sutura ermetica nel corso del secondo intervento, essendosi i chirurghi limitati all'applicazione acritica di Tissucol a protezione del piano durale (pag. 72), come può ricavarsi dalla descrizione completa del citato intervento.

L'errore trova conferma nella documentazione medica (cartella clinica n.1152/2015, v. pag. 15 della CTU) dalla quale si evince che, tre giorni dopo il secondo intervento, ovvero il 25/01/2015, i sanitari avevano provveduto all'aspirazione di 100 cc di liquor, fuoriuscito dal sacco durale, depositato nei tessuti sottocutanei vicino la ferita, a riprova della persistenza della menzionata deliquorazione.

Ulteriore condotta censurabile dei sanitari è stata poi quella di aver posto il paziente "in dimissione" il 26/01/2015 (il giorno dopo l'aspirazione) senza il consiglio di rimanere a letto, e senza avergli prescritto la necessaria terapia antibiotica, mentre sarebbe stato corretto tenerlo ricoverato ed eventualmente rioperarlo subito.

Il terzo intervento (questo sì eseguito correttamente) è stato effettuato per eliminare la deliquorazione dovuta alla lacerazione durale iatrogena, che doveva essere riparata a tenuta stagna.

Alla luce di un così chiaro quadro clinico, come dettagliatamente e minuziosamente analizzato dai consulenti tecnici, questo Collegio ritiene di condividere l'*iter* logico seguito dal Decidente che ha fatto corretta applicazione dei principi in tema di responsabilità medica e che ha considerato la condotta dei sanitari causa dell'evento, in base alle risultanze della CTU e alla regola della preponderanza dell'evidenza, o del "più probabile che non" (in tal senso, v. SS.UU. Cass., sent. n.581/2008).

Difatti, gli errori tecnici e gestionali imputabili al secondo intervento hanno determinato la necessità di un terzo ricovero e di un terzo intervento - altrimenti evitabile - nello stesso sito chirurgico che ha favorito la produzione di cicatrici esuberanti (in un soggetto già predisposto in tal senso) facilitando l'insorgenza, e dunque ponendosi come concausa, della diagnosticata FBSS.

La detta sindrome algica cronicizzata, da intendersi quale persistenza o ricorrenza del dolore originario o l'insorgenza di nuovo dolore dopo un intervento di chirurgia alla colonna vertebrale, è dunque da ascrivere agli errori commessi dai sanitari, come individuati e descritti dai CC.TT.U.

La difesa dell'appellante, volta ad escludere il nesso di causa per ritenuta correttezza dell'operato dei tecnici, non offre elementi di novità rispetto alle argomentazioni spese nel giudizio di I grado, e già confutate dagli esperti d'ufficio.

Va peraltro rimarcato che il riconoscimento - da parte dei CC.TT.U. - dell'invalidità del [REDACTED] è stato effettuato in termini differenziali rispetto a quello che si sarebbe comunque verificato in seguito a prestazioni prudenti e perite, mentre l'accentuazione della fibrosi cicatriziale derivata dalle descritte condotte integranti responsabilità sanitaria - e causa delle odierne menomazioni - è stata correttamente presa in considerazione ai soli fini del *quantum*, e non dell'*an*, della pretesa risarcitoria.

L'impugnazione va dunque rigettata sul punto.

**Il terzo motivo dell'appello è anch'esso infondato.**



La tesi dell'ente ospedaliero secondo cui la prospettazione, nel modulo di consenso informato relativo al primo intervento, firmato dal [REDACTED], di conseguenze ben più gravi - quali "*exitus, deficit neurologici permanenti, complicanze infettive, complicanze emorragiche*" - rispetto a quelle verificatesi in concreto, non è sufficiente a far ritenere in ogni caso assolto l'obbligo informativo.

Sul punto, deve trovare conferma l'ordinanza impugnata, molto precisa e dettagliata, la quale ha riscontrato la violazione del detto dovere, sia con riguardo al primo intervento, per non avere la struttura sanitaria menzionato nel modulo di consenso le più frequenti complicanze nel tipo di intervento effettuato nonché quelle che, poi, si sono verificate in concreto; sia con riguardo al secondo intervento, in cui il modulo si presenta come un prestampato, schematico, aspecifico, in cui è indicata "*Stabilizzazione metamerica e decompressione neurale*", ove non è menzionata l'esistenza della fistola liquorale, né sono descritti i rischi e le complicanze della stabilizzazione e dell'Impianto di cage intersomatica TPAL mediante TLIF.

La violazione dell'obbligo informativo e gli errori nei trattamenti terapeutici hanno determinato la lesione del diritto alla salute ai danni dell'appellato (maggior danno iatrogeno permanente e temporaneo).

Le conseguenze risarcitorie del detto evento devono pertanto permanere a carico dell'appellante.

#### **Il quarto motivo dell'appello è infondato.**

La doglianza non è meritevole di accoglimento.

Deve essere riconosciuto il diritto alla personalizzazione - da confermare nella misura del 10% del danno biologico accertato - in quanto l'appellato ha dimostrato di aver subito un danno ulteriore rispetto a quello biologico/dinamico relazionale e alla sofferenza soggettiva interiore - ossia alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età -; danno motivatamente individuato nelle accertate limitazioni all'ordinario svolgimento della vita familiare - in considerazione della giovane età dei figli e della moglie -, dalla necessità di dipendere costantemente dall'aiuto altrui per le attività quotidiane e dall'enorme limitazione dello stile di vita dinamico tenuto prima degli eventi per cui è causa.

Per il resto la doglianza appare generica e dunque infondata.

Va confermata, anche sotto questo profilo, la pronuncia di I grado.

#### **Il quinto motivo dell'appello è infondato.**

La censura secondo cui l'appellato non avrebbe dimostrato la riduzione della capacità lavorativa specifica ovvero l'incapacità di svolgere altri lavori produttivi di reddito, tenuto conto delle sue competenze e specializzazioni, è parimenti infondata.

Secondo consolidato orientamento giurisprudenziale, il danno da compromissione della capacità lavorativa specifica si pone quale pregiudizio patrimoniale futuro da valutare su base prognostica; in caso di lesioni macro-permanenti (pari o superiori al 10%), il danneggiato può avvalersi anche di presunzioni semplici (in tal senso, Cass. sent. n.21988/2019).

Di Gregorio, prima del sinistro per cui è causa, svolgeva la mansione di operaio e restauratore edile e gli esiti nefasti dell'intervento hanno certamente compromesso la possibilità di svolgere l'attività lavorativa precedente, che, secondo i CC.TT.U., il paziente avrebbe potuto riprendere



se l'intervento chirurgico di microdiscectomia L4-L5 fosse stato condotto correttamente, sia pure con le dovute limitazioni imposte dal medico competente.

Peraltro, è altrettanto legittimo ritenere che l'incidenza e la gravità dei pregiudizi accertati dagli esperti (trattasi di lesioni macro-permanenti) siano tali da precludere, ormai, non solo l'attività svolta in precedenza, ma qualunque altra attività lavorativa allo stesso confacente, tenuto conto dell'età, della capacità ed esperienza professionale del [REDACTED]

Deve pertanto ritenersi provata la menomazione della capacità lavorativa specifica.

Contrariamente alle affermazioni dell'appellante, ai fini della liquidazione, il [REDACTED] ha allegato il contratto a tempo indeterminato dell'Aprile 2014 e il reddito netto prodotto nei mesi aprile-dicembre 2014, e ha dimostrato che successivamente agli eventi lesivi non ha più svolto alcuna attività lavorativa, azzerando così i propri redditi.

Questo Collegio condivide, in quanto corretti, i criteri e la metodologia di calcolo applicati ai fini della quantificazione del danno da perdita della capacità di lavoro e di guadagno patita dalla vittima.

### **Il sesto motivo dell'appello è parimenti infondato**

La censura non è meritevole di accoglimento.

Va preliminarmente rilevato che [REDACTED] ha percepito dall'INAIL un'indennità per infortunio professionale che nulla ha a che vedere con il risarcimento del danno da *malpractice* medica. Era comunque onere della struttura ospedaliera acquisire la documentazione completa da parte del citato istituto, al fine di scongiurare indebite duplicazioni risarcitorie (cfr. sul punto Cassazione civile sez. II, 10/01/2024, n.982). Mancando la prova, l'ordinanza non può che essere confermata.

### **Il settimo motivo è parimenti infondato.**

La doglianza è generica ed infondata.

Nel caso di specie, deve convenirsi con il Giudice di primo grado circa la presunzione del danno non patrimoniale *iure proprio* patito dai congiunti del danneggiato, [REDACTED] e riconducibile alla condotta colposa dei sanitari.

Esso si identifica nello sconvolgimento dell'esistenza - per i fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita - nonché nella sofferenza interiore derivante appunto dalla lesione del rapporto.

Nel caso di specie, non può non tenersi conto 1) dello stretto rapporto di parentela e della convivenza dei familiari con il soggetto danneggiato; 2) della sofferenza insita nel convivere con il coniuge ed il padre gravemente leso, correlata tanto al dispiacere per il suo stato fisico, quanto al grave stravolgimento delle abitudini di vita e della serenità familiare, nonché della prospettiva di dovervi prestare continua assistenza, piuttosto che ricevere essi stessi il necessario contributo al menage familiare.

Per quanto riguarda la quantificazione del danno non patrimoniale, occorre fare applicazione del principio di diritto da ultimo enucleato dal giudice di legittimità, in base al quale in tema di risarcimento del danno non patrimoniale spettante ai congiunti del soggetto macro leso, il giudice deve fare riferimento a tabelle che prevedano specificamente idonee modalità di quantificazione



del danno, come le tabelle predisposte dal Tribunale di Roma, le quali, fin dal 2019, contengono un quadro dedicato alla liquidazione dei danni c.d. riflessi subiti dai congiunti della vittima primaria in caso di lesioni (cfr. Cass. sent. n.13540/2023).

Va, dunque, condivisa perché corretta l'applicazione delle tabelle di Roma da parte del giudice di I grado.

In conclusione, l'appello va integralmente rigettato.

**Le spese di lite** seguono la soccombenza e vanno liquidate in dispositivo in applicazione dei parametri previsti dal D.M. 55/2014 e successive modifiche.

Deve infine darsi atto della sussistenza dei presupposti di cui all'art. 13 comma I *quater* D.P.R. 30 maggio 2002 n. 115, come inserito dall'art. 1 comma 17 L. 24 dicembre 2012 n. 228 per il versamento da parte dell'appellante dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato a norma del comma 1-bis dello stesso art. 13.

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando, nel contraddittorio delle parti,

- Rigetta l'appello;
- condanna l'appellante a pagare a [REDACTED] e [REDACTED] le spese di lite del presente grado che liquida in € 15.000,00 oltre accessori di legge, disponendone la distrazione in favore dell'Avv. Franco Di Maria, dichiaratosi antistatario;
- dà atto dell'esistenza dei presupposti di cui all'art. 13 comma I *quater* D.P.R. 30 maggio 2002 n. 115, come inserito dall'art. 1 comma 17 L. 24 dicembre 2012 n. 228 per il versamento da parte dell'appellante dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato a norma del comma 1-bis dello stesso art. 13.

*Così deciso nella camera di consiglio della seconda sezione della Corte d'Appello di Palermo, in data 22/05/2025.*

Palermo, 30/05/2025.

La Consigliera rel.

*Mary Carmisciano*

Il Presidente

*Giuseppe Lupo*

