Repubblica Italiana

In Nome Del Popolo Italiano

Il Tribunale di Agrigento, sezione civile in composizione monocratica, nella persona del giudice Alfonso Pinto, ha pronunciato la seguente

- SENTENZA -

nella causa iscritta al n° 1157 del Ruolo Generale del 2016 pendente

TRA

Parte_1 , [redacted]

Parte_2 , [redacted]

Parte_3 , [redacted] e

Parte_4 [redacted] tutti elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] che li rappresenta e difende;

ATTORI

Contro

Controparte_1 , in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] cui è rappresentata e difesa;

CONVENUTA

OGGETTO: Domanda di risarcimento danni per responsabilità professionale

CONCLUSIONI. cfr. verbale di udienza del 16 novembre 2018

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione, notificato il 5 aprile 2016, *Parte_1*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Parte_2 , *Parte_3* e *Parte_4* convenivano in giudizio, davanti a questo Tribunale, l *[...]* *Controparte_1* chiedendo che venisse condannata al risarcimento dei danni iure proprio (morale, esistenziale e patrimoniale) nonché iure hereditario (catastrofale), sofferti da loro, anche quali eredi del loro congiunto *Persona_1* , a causa del comportamento dei sanitari del nosocomio convenuto.

Assumevano, in particolare, che, a partire dal 30 luglio 2013, i sanitari dell'azienda convenuta, avevano causato un aggravamento delle condizioni di salute del loro congiunto che, in occasione dei ricoveri ospedalieri presso l'azienda convenuta, aveva contratto un'infezione nosocomiale che lo aveva condotto rapidamente alla morte.

Costituitasi in giudizio, la convenuta, nel merito, contestava la avversa domanda di cui chiedeva il rigetto ed escludeva con fermezza qualsivoglia responsabilità dei sanitari, avendo quest'ultimi – a suo dire - agito con la massima diligenza e perizia, e nel rispetto delle più moderne linee guida della materia.

Esaurita l'istruttoria – affidata oltre che all'attività di acquisizione documentale, all'espletamento di una consulenza medico legale- all'udienza del 16 novembre 2018 le parti precisavano le loro conclusioni e la causa veniva posta in decisione, con l'assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

Così brevemente tratteggiato l'oggetto del contendere, nel merito la domanda è fondata e deve essere accolta.

Nel merito, l'azione esperita dagli attori in epigrafe indicati, impone un

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

accertamento da condursi essenzialmente su due versanti: 1) quello della sussistenza di una condotta illecita (perché imperita o negligente) imputabile ai sanitari dell' *Controparte_1* ; 2) quello della sussistenza di un nesso di causalità tra dette, eventuali, condotte illecite, e il decesso di *Persona_1* .

È allora opportuno, anzitutto, richiamare i principi comunemente ricevuti nella giurisprudenza di legittimità sui punti in questione.

Anzitutto, per quanto attiene alla 'natura' della responsabilità invocata da parte attrice, è noto che quella della "struttura sanitaria", e del medico che ne sia dipendente, è responsabilità "contrattuale", rispettivamente riconnessa, per l'una (struttura sanitaria) e per l'altro (medico), ad un "contratto" (che si conclude con "l'accettazione del paziente in ospedale"), ed al "contatto sociale" che poi ne scaturisce (tra le tante, in materia, v. Cass. 21 giugno 2004 n° 11488, Cass. 28 maggio 2004 n° 10927 e Cass. 22 dicembre 1999 n° 589; nel senso, poi, che "l'ente ospedaliero risponde direttamente della negligenza ed imperizia dei propri dipendenti nell'ambito delle prestazioni effettuate al paziente", v. Cass. 4 marzo 2004 n° 4400; più di recente Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 8940 del 2014; Cass. n. 4792 del 2013).

Qualificata dunque come contrattuale la responsabilità in esame, ne discende (come precipitato logico – giuridico) che, per ciò che riguarda la distribuzione dell'onere della prova, sul danneggiato incombe l'onere di allegare solo l'inesattezza dell'adempimento del medico o dei medici, e grava invece sulle parti di cui si deduca l'inesatto adempimento l'onere di allegare e di provare che la prestazione è stata, al contrario, esattamente eseguita (di provare, insomma, sullo sfondo della previsione dell'art. 1176 c.c., la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

"mancanza di colpa": Cass. 4 marzo 2004 n° 4400), ed anche di allegare e di provare, eventualmente, "la non qualificabilità della stessa" (colpa) "in termini di gravità, nel caso di cui all'art. 2236 c.c.)" (Cass. 21 giugno 2004 n° 11488) e, 'a monte', ancora, di provare "che il caso è di particolare difficoltà" (Cass. 28 maggio 2004 n° 10927 e tutta la giurisprudenza ivi citata).

Tali principi peraltro si coniugano perfettamente con l'impostazione generale in materia di distribuzione dell'onere di allegazione e di prova, impostazione fatta propria del noto pronunciamento delle Sezioni Unite (Cass. SS.UU. 30 ottobre 2001 n° 13533), in cui è stato solennemente affermato il principio "di riferibilità o di vicinanza della prova", in virtù del quale l'onere della prova deve gravare sulla parte "nella cui sfera si è prodotto l'inadempimento e che quindi è in possesso degli elementi utili per paralizzare la pretesa del creditore".

Ciò debitamente premesso, deve essere più particolarmente evidenziato che la prova della diligenza dell'adempimento, sempre riferibile alla sfera del debitore, lo è tanto più ove si controverta dell'esecuzione di una prestazione che "consista nell'applicazione di regole tecniche che, sconosciute al creditore siccome estraneo al bagaglio della comune esperienza e specificamente proprie di quello del debitore, nella specie specialista nell'esercizio di una professione protetta" (Cass. 21 giugno 2004 n° 11488); ed ancora, "dell'eventuale situazione di incertezza" (in punto di ricorrenza o meno della colpa) "si deve giovare il creditore e non il debitore" (Cass. 23 settembre 2004 n° 19133, Cass. 4 marzo 2004 n° 4400).

In secondo luogo, deve inoltre essere soffermata l'attenzione sui più recenti ed autorevoli criteri ricognitivi della Suprema Corte in merito all'accertamento

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

del nesso di causalità.

Al riguardo va ricordato che già le Sezioni Unite penali della Cassazione hanno accreditato (con la pronuncia n° 30328 dell'11 settembre 2003) quello che è ormai noto – anche in dottrina – come il criterio della "probabilità logica".

Tale indirizzo è stato fatto proprio anche dalla giurisprudenza della Suprema Corte civile, secondo cui "in materia di responsabilità professionale, al criterio della certezza degli effetti della condotta si può sostituire […] quello della probabilità di tali effetti e dell'idoneità della condotta a produrli" (Cass. 4 marzo 2004, n° 4400).

Sulla scorta, infatti, del principio (di matrice penalistica) della "ragionevole probabilità", ad avviso della Corte regolatrice, non è "dato esprimere, in relazione ad un evento esterno già verificatosi, oppure ormai non più suscettibile di verificarsi, 'certezze' di sorta […] ma solo semplici probabilità di un'eventuale diversa evoluzione della situazione" (appunto già realizzatasi).

E, più in particolare, sostiene poi che "con riguardo alla sussistenza del nesso di causalità fra l'evento dannoso e la condotta colpevole (omissiva o commissiva) del medico, ove il ricorso alle nozioni di patologia medica e medicina legale non possa fornire un grado di certezza assoluta, la ricorrenza del suddetto rapporto di causalità non può essere esclusa in base al mero rilievo di margini di relatività, a fronte di un serio e ragionevole criterio di probabilità scientifica, specie quando manchi la prova della preesistenza, concomitanza o sopravvenienza di altri fattori determinanti" (così anche Cass. 21 gennaio 2000 n° 632).

La Suprema Corte ha altresì avuto cura di precisare che, poiché

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'accertamento della sussistenza del nesso di causalità muove dell'elaborazione giurisprudenziale (prevalentemente penalistica) di cui agli artt. 40 e 41 c.p., "non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi dell'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze di fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'esistenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissive o in ogni caso colpevole del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica".

Quanto, inoltre, alla individuazione di quella causa sopravvenuta da sola sufficiente a spiegare l'evento, la Suprema Corte ha ulteriormente precisato che "è ius receptum il principio secondo il quale tutti gli antecedenti in mancanza dei quali un evento dannoso non si sarebbe verificato debbono considerarsi sue cause, abbiano essi agito in via diretta e prossima o in via indiretta e remota, salvo il temperamento di cui all'art. 41, secondo comma, c.p., secondo cui la causa prossima sufficiente da sola a produrre l'evento esclude il nesso eziologico fra questo e le altre cause antecedenti, facendole scadere al rango di mere occasioni", derivandone "che, per escludere che un determinato fatto abbia concorso a cagionare un danno, non basta affermare che il danno stesso avrebbe potuto verificarsi anche in mancanza di quel fatto, ma occorre dimostrare, avendo riguardo a tutte le circostanze del caso concreto, che il danno si sarebbe egualmente verificato senza quell'antecedente" (Cass. 5 luglio 2004 n° 12273).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il punto di riferimento essenziale – rispetto all'accertamento che qui è richiesto – è costituito dalla relazione di C.T.U. in atti – a firma della dottoressa *Persona_2* specialista medico legale e delle assicurazioni - che, siccome logicamente motivata, si condivide appieno in questa sede.

Anzitutto la c.t.u. consente di ricostruire la cronistoria degli eventi più prossimi al decesso del *Persona_1*, che - soggetto cardiopatico, ischemico, ipertensivo - è stato ricoverato presso l'Ospedale *Organizzazione_1* *[...]*, una prima volta, dal 30 07.2016 al 8.8.2016, una seconda volta, dal 10.8.2016 al 8.9.2016.

In particolare, il 30.07.2016, il *Persona_1* accede al pronto soccorso del predetto ospedale per una dispnea ingravescente e per tremore.

Viene ricoverato presso il reparto di Medicina Generale, vengono eseguiti gli esami ematochimici, una eco al torace e, alla luce dei referti, viene prescritto un antibiotico broncodilatatore.

Durante la prima degenza, dal 30 luglio all'8 agosto, migliora la dispnea, ma il paziente inizia ad accusare una addominalgia diffusa: per tale ragione, viene eseguita una rx, dalla quale si osserva un addensamento ilare perilare destra.

L'8 agosto contro il parere dei medici il paziente firma le dimissioni.

Il 10 agosto 2016 accede nuovamente al PS, per eseguire una tac con e senza mdc già programmata.

Dall'esame eseguito si osserva una diverticolosi con diverticolite del discendente sigma: in particolare, dall'addome, il mesentere appare nebuloso da verosimile stato infiammatorio; dal torace, un' area di consolidamento parenchimale interessante il lobo superiore destro con broncogramma aereo.

Viene eseguita, altresì, una rx, dalla quale si osserva un pneumoperitoneo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Alla luce di tale diagnosi di accettazione, lo stesso giorno (il 10 agosto) viene ricoverato presso il reparto di Chirurgia generale e viene sottoposto a intervento chirurgico tramite laparatomia.

Durante il decorso operatorio le condizioni generali del paziente si presentano discrete: il 14 agosto viene eseguita un rx al torace, che mette in luce un'area addensamento parenchimale in regione ilo perilare dx.

Il 16 agosto arrivano i referti dell'esame colturale del prelievo, nonché l'antibiogramma, che segnala la presenza di tre batteri:

- Enteroccucus faecalis
- Enteroccucus faecium
- Klebsiella pneumoniae.

Il giorno successivo, il 17 agosto, preso atto dell'antibiogramma, i sanitari modificano la terapia antibiotica.

Ancora, il 18 agosto si manifesta pus sulla ferita periombelicale e si procede a medicazione.

Il 26 agosto, le condizioni generali, per un paio di giorni stazionarie, mutano a causa di una eviscerazione intestinale, causa di vertigini, di un arresto cardiaco, per superare il quale, si praticano manovre rianimatorie.

Il 27 agosto viene eseguita una tac che segnala una breccia della parete addominale area da consolidamento parenchimale, da riferire a focolaio bronco pneumonico.

Il 28 agosto viene sottoposto nuovamente a intervento chirurgico laparotomico per una deiscenza della ferita chirurgica.

Il giorno successivo, il *Persona_1* accusa una crisi ipertensiva e per questo viene cambiata la terapia antibiotica.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il 30 agosto il paziente viene ventilato con ossigeno.

Il 3 settembre la ferita presenta liponecrosi, si verifica un peggioramento della dispnea e dalla eco emergono segni di broncostenosi diffusa e dalla rx si evidenzia un consolidamento parenchimale.

Il 4 settembre, stante il perdurare dell'addensamento parenchimale, si modifica ancora una volta la terapia antibiotica, selezionando tazocin e lavofloxacin.

Il paziente è fortemente dispnotico e, pertanto, viene trasferito in rianimazione

Già a partire dal 6 settembre le condizioni generali si presentano gravi, il 7 settembre va in shock settico, si presenta anurico.

Dal referto della urinocultura si segnala ancora la presenza di Klebsiella pneumoniae, mentre il giorno dopo arrivano i referti dell'esame dello broncoaspirato, che segnala la presenza di Acinetobacter baumannii e ancora successivamente arriva il referto dell'esame colturale del sangue che segnala Staphylococcus Aureus

L[redacted] dopo essere stato sottoposto a manovre rianimatorie per l'esordio di asistolia, *Persona_1* muore.

Questa la ricostruzione diacronica del ricovero, il nominato c.t.u. ha dunque accertato che *Persona_3* è deceduto a causa di uno shock settico, causato da tre germi: Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae, Staphylococcus Aureus e Acinetobacter Baumannii, che, per le resistenze agli antibiotici dimostrati all'antibiogramma, c.d. multiantibioticoresistente, si considerano con verosimile genesi nosocomiale.

Un ruolo concausale è stato certamente svolto dalle preesistenti patologie

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

cardiorespiratorie, di cui era affetto il paziente, dagli interventi chirurgici resisi necessari per il trattamento, prima, della perforazione intestinale e, poi, della deiscenza della ferita comportante eviscerazione, dalle sequele sistemiche e locoregionali determinate dalla perforazione intestinale e dalla eviscerazione, nonché dalla incongrua terapia antibiotica instaurata a far data dal 17.08.2013.

È opportuno, a questo punto, rilevare, sulla scorta di quanto accertato dal c.t.u,. che le infezioni nosocomiali si sviluppano in pazienti ospedalizzati da più di 48 ore (72 ore secondo altre tesi) prima dell'esordio di segni e sintomi di malattia e sono legate alla stessa ospedalizzazione.

Nel caso in esame, il paziente ha contratto una infezione causata da tre batteri:

lo Staphylococcus aureus, che vive in un habitat naturale costituito dal naso e dalla cute e può diventare un devastante agente patogeno (soprattutto in pazienti con più di 65 anni di età) quando l'infezione si contrae in ambiente ospedaliero o in comunità, determinando una mortalità dell'80%;

gli Acinetobacter, che sono parte della flora batterica umana (tratto respiratorio, genitourinario e cute) e vengono comunemente isolati dall'ambiente ospedaliero;

la Klebsiella Pneumoniae che è un batterio che sviluppa una progressiva resistenza agli antibiotici grazie alla presenza di plasmidi specifici. La maggior parte delle infezioni da batteri produttori di KPC colpiscono pazienti allettati, generalmente lungodegenti e già sottoposti a numerose terapie antibiotiche, pazienti immunocompromessi, portatori di cateteri venosi centrali, tracheostomie o sottoposti a ventilazione meccanica assistita. Le opzioni terapeutiche nei pazienti con infezione da KP-KPC sono estremamente

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

limitate: infatti i ceppi produttori di KPC sono generalmente resistenti a molti antibiotici, tuttavia, *CP_2* conserva sensibilità a gentamicina, tigeciclina e colistina.

Inoltre, lo stesso paziente è stato contagiato da altri batteri Enterococcus fecalis, Enterococcus faecium e Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae; lo sviluppo degli enterococchi è stato causato dal prolungato trattamento a base di cefalosporine, cui il paziente era stato sottoposto per il focolaio polmonare, mentre quello della Klebsiella, è stato secondario alla penetrazione di tale germe nosocomiale nel corso del primo ricovero.

Ad avviso del c.t.u. non sussistono dubbi sulla natura nosocomiale delle infezioni riportate dal *Persona_1* , anche in assenza di prova del "contatto con una fonte di infezione identificata", che è un parametro che non viene richiesto per ritenere una infezione come nosocomiale atteso che, per definizione, le infezioni nosocomiali che sono quelle che insorgono nel corso del ricovero o subito dopo un ricovero perché contratte in ospedale .

Applicando, dunque, i principi generali in tema di nesso di causalità al caso di contrazione di una patologia infettiva in ambiente ospedaliero (cd. "infezione nosocomiale"), se ne deduce che, una volta accertato – in termini di certezza ovvero di elevata probabilità logica – il nesso causale tra il lamentato pregiudizio e l'infezione, graverà sulla struttura sanitaria l'onere di dimostrare di avere diligentemente adempiuto la "prestazione" offerta al paziente, sia sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e delle leges artis (onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

carattere batterico), sia sotto il profilo dell'effettuazione, ad opera del proprio personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico successivo all'eventuale contrazione dell'infezione da parte del paziente.

In definitiva, "allorché venga accertata la natura nosocomiale di una infezione per la presenza di un batterio nell'ambiente ospedaliero, la responsabilità è da imputarsi alla struttura ospedaliera" (Cass. civ. n. 22379/2012), salvo che quest'ultima dimostri che "l'insorgenza della malattia è riconducibile a un evento imprevisto, non evitabile né imputabile alla condotta dei medici" (Cass. civ. n. 12274/2011).

Nel caso di specie, non solo la struttura sanitaria non ha fornito la prova di aver adottato tutte le cautele imposte per scongiurare l'insorgenza di infezioni, ma, invece, è stata provata una condotta colposa dei sanitari nell'approccio terapeutico alla patologia infettiva contratta dal paziente.

Profili colposi nella condotta dei sanitari si apprezzano, infatti, con riferimento al secondo periodo di ricovero, presso la U.O. di Chirurgia Generale; in particolare, si osserva come, nonostante la prescrizione della terapia antibiotica richiesta dal caso concreto rappresentasse un'attività abituale per i sanitari in questione, la stessa non è stata eseguita con la dovuta diligenza, perizia e prudenza.

Invero, le linee guida del 2012 sulla terapia della sepsi raccomandavano che, per impostare la terapia antibiotica empirica di un paziente con sepsi, fosse necessario considerare il pattern di sensibilità dei germi precedentemente isolati sul paziente e dei germi usualmente presenti in ospedale, inclusi gli stafilococchi meticillinoresistenti.

Tale approccio terapeutico avrebbe garantito al paziente una maggiore

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

probabilità di debellare non solo i germi precedentemente identificati e dei quali erano note le sensibilità antibiotiche ma, anche, germi eventualmente presenti e non ancora identificati (candida e meticillinoresistenti).

Pertanto, se si fosse rispettata l'impostazione terapeutica promanante dalle linee guida, sarebbero stati coperti sia lo Staphylococcus Aureus che l'Acinetobacter *Per_4* prima che essi fossero evidenziati (post-mortem) nelle colture ottenute dai prelievi effettuati nel corso del ricovero in Rianimazione.

Nel caso di specie, i sanitari – a fronte delle caratteristiche dei germi già individuati (la Enterococcus fecalis, Enterococcus faecium e Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae) hanno modificato la terapia antibiotica sulla base degli antibiogrammi ottenuti, ma selezionando dei farmaci che non avrebbero potuto debellare i batteri in questione, e non inserendone contro i germi coinvolti nelle infezioni addominali, in particolare:

-per gli enterococchi sono stati contemporaneamente inseriti Vancomicina e Teicoplanina, antibiotici sovrapponibili che determinano, invece, un aumento della tossicità;

- per la Klebsiella è stata utilizzata la Colistina con una dose insufficiente.

Inoltre la terapia antibiotica, effettuata dal 27 al 31 agosto, manifesta ancor di più la condotta negligente, imperita e imprudente dei sanitari, nella misura in cui, contrariamente a quanto raccomandato dalla linee guida del tempo, il paziente è stato sottoposto solamente alla somministrazione di aciclovir; successivamente, dopo la manifestazione della liponecrosi della ferita, rialzo pressorio, febbre e brividi scuotenti, è stata disposta emocoltura, e accertata la presenza di inomogeneo consolidamento della trama polmonare, è stata

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

avviata somministrazione di ciprofloxacina, antibiotico assolutamente inadeguato a trattare un processo infettivo polmonare nosocomiale.

Tra l'altro, quando, in data 29.08.2013, le condizioni cliniche del paziente erano peggiorate, con instabilità emodinamica, aumento della Proteina C Reattiva e dei globuli bianchi, si sarebbe dovuto instituire un regime di terapia antibiotica che tenesse conto del precedente isolamento di Klebsiella multiantibioticoresistente e di enterococchi, che coprisse un'eventuale candidemia e germi meticillinoresistenti potenzialmente presenti

Il giorno seguente, tuttavia la ciprofloxacina e l'aciclovir sono state sostituiti da *Pt_5* e *Parte_6*, cui avrebbero dovuto aggiungersi Vancomicina o Linezolid, per offrire una copertura nei confronti dei germi meticillinoresistenti.

Alla luce delle risultanze del ctu è ragionevole ritenere che il paziente sia deceduto per uno shock settico, causato da una infenzione nosocomiale, colposamente curata dai sanitari.

È opportuno precisare che l'evento morte si sarebbe verificato ugualmente, anche se il paziente non si fosse volontariamente dimesso l'8 agosto 2016, atteso che, sussistendo una microperforazione, l'approccio terapeutico sarebbe stato comunque subordinato all'esecuzione della TC dell'addome, programmata (ed eseguita) il 10 agosto, comunque dopo due giorni dalle dimissioni volontarie.

In definitiva, vi è quindi la prova della sussistenza del nesso di causalità tra la condotta dei sanitari dell'Asp convenuta ed il decesso di *Persona_1 [...]*.

Con riguardo ai danni chiesti dagli attori, mette conto osservare che gli stessi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

– rispettivamente *Parte_4* *Parte_2* e *Parte_3* - quali figli e *Parte_1* nella qualità di coniuge della vittima c.d. primaria *Persona_1* – hanno chiesto il risarcimento sia per il danno morale, esistenziale e patrimoniale da loro rispettivamente sofferti iure proprio che il risarcimento del danno cosiddetto iure hereditatis sofferto dalla de cuius e poi trasmesso ad essi quali eredi.

Con riguardo, dunque, al danno non patrimoniale iure proprio deve essere messo in luce che le Sezioni Unite della Suprema Corte (sentenze n. 26972, 26973, 26974, 26975 del 2008), hanno superato la tripartizione, sostenuta da una parte della giurisprudenza di merito, tra danno biologico, morale ed esistenziale, introducendo l'unica categoria del "danno alla persona" che "deve essere integrale, nel senso che deve ristorare interamente il pregiudizio, ma non oltre…il danno non patrimoniale di cui all'art. 2059 c.c., identificandosi con il danno determinato dalla lesione di interessi non connotati di rilevanza economica, costituisce categoria unitaria non suscettiva di suddivisione in sottocategoria".

"Il riferimento a determinati tipi di pregiudizio" - osserva ancora la Suprema Corte – "in vario modo denominati (danno morale, danno biologico, danno da perdita del rapporto parentale) risponde ad esigenze descrittive, ma non implica il riconoscimento di distinte categorie di danno".

Alcun dubbio vi può essere in ordine alla risarcibilità del danno non patrimoniale allegato dagli attori perché il danno morale subiettivo (il cosiddetto pretium doloris) può essere riconosciuto in quanto "conseguente alla lesione di un diritto inviolabile della persona".

Ora, appare chiaro che la citata pronuncia si ponga pienamente nel solco di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

quella tradizione che ampio riconoscimento dà, nel caso di evento morte di un congiunto, al danno da lesione del rapporto parentale.

È comunemente ricevuto, infatti, da tempo in giurisprudenza che tra i pregiudizi di natura non patrimoniale risarcibili ex art. 2059 c.c., in quanto conseguenti alla lesione di interessi di rango costituzionale inerenti alla persona è certamente compreso anche quello derivante dalla lesione del rapporto parentale intercorrente con il prossimo congiunto deceduto.

Invero, afferma la Corte, "l'interesse fatto valere nel caso di danno da morte di congiunto è quello all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia, alla inviolabilità e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2, 29 e 30 Cost. Si tratta, quindi, di interesse protetto, di rilievo costituzionale, non avente natura economica, la cui lesione non apre la via ad un risarcimento ai sensi dell'art. 2043 c.c., ma ad un risarcimento ai sensi dell'art. 2059 c.c., senza il limite ivi previsto in correlazione all'art. 185 c.p. in ragione della natura del valore inciso, vertendosi in tema di danno che non si presta ad una valutazione di mercato". Come ogni danno, anche quest'ultimo va accertato in relazione a quanto dalle parti allegato, ma nel caso di specie tale accertamento può ritenersi molto più agevole considerando che gli attori nella veste, rispettivamente di figli, e coniuge, vanno a rappresentare quella categoria di congiunti che costituiscono il "proprium" del legame parentale basato sulla famiglia nucleare. Pertanto, l'incidenza della condotta per cui è causa sugli affetti reciproci e sulla scambievole solidarietà che connota la famiglia può desumersi dagli elementi forniti da parte attrice a sostegno della

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

domanda.

Ciò che adesso deve essere messo in luce è che le celeberrime Sezioni Unite del novembre del 2008 hanno – segnando, in questo caso, una significativa soluzione di continuità rispetto al recente passato (cfr. Cass. n. 8828/03, Cass. n. 12124/03, Cass. civ. n. 15022/05) – escluso che possa esservi riconoscimento per lo stesso evento lesivo (morte del congiunto) del risarcimento e del danno morale soggettivo e del danno da lesione del rapporto parentale (esistenziale), costituendo ciò una inammissibile duplicazione di poste risarcitorie: "…egualmente determina duplicazione si risarcimento la congiunta attribuzione del danno morale, nella sua rinnovata configurazione, e del danno da perdita del rapporto parentale, poiché la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita e quella che accompagna l'esistenza del soggetto che l'ha subita altro non sono che componenti del medesimo pregiudizio ed unitariamente ristorato…".

Quanto ai criteri di liquidazione di detto (ultimo) danno, vertendosi in tema di lesione di valori inerenti alla persona, in quanto tali privi di contenuto economico, non potrà che avvenire in base ad una valutazione equitativa (artt. 1226 c.c. e 3056 c.c.), tenuto conto dell'intensità del vincolo familiare, della situazione di convivenza, e di ogni ulteriore utile circostanza, quali 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 (cfr. Cass. 15022/05).

Va, adesso, rilevato che gli attori in epigrafe indicati non hanno allegato né tampoco comprovato alcun elemento idoneo a consentire non solo e non tanto la personalizzazione ma nemmeno la liquidazione di tale danno, non

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

avendo indicato:

se fossero o meno conviventi con il padre (ciò che, in via presuntiva, è da escludere per i figli considerata l'età anagrafica di costoro) né hanno aggiunto altri particolari per provare la "qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta";

quali e quanti fossero i congiunti del loro nucleo primario sopravvissuti alla "vittima primaria" (se fossero o meno coniugati, se avessero generato figli); in altre parole non hanno allegato se, a loro volta, avessero dei nuclei familiari autonomi e nulla in relazione alla "relazione familiare residua".

In definitiva nessuno degli attori ha offerto gli elementi più semplici per consentire la valutazione della entità in concreto della sofferenza conseguente al decesso di *Persona_1* , sofferenza che hanno invocato solo sulla scorta del rapporto di stretta parentela e coniugio.

Per tutto quanto precede, ritiene questo giudicante di fare applicazione – secondo quanto stabilito dalle più recenti Sezioni Unite della Suprema Corte (nr. 14402 del 2011) delle tabelle adottate dal Tribunale di Milano (nella versione recentemente aggiornata nel marzo del 2018) e, quindi considerato che la tabella prevede in valore medio di euro 165.960,00, di fissare in euro 82.960,00 (pari ad 1\2 del medio) il risarcimento per ciascuno dei figli ed in euro 110.640,00 (pari a 2\3 del medio) il ristoro spettante al coniuge.

Va invece escluso il risarcimento del danno non patrimoniale patito dal *Persona_1* e trasmesso agli attori, quali suoi eredi.

In materia, la Suprema Corte ha precisato che è danno biologico risarcibile (inteso come conseguenza rispetto al danno evento della lesione) la perdita, per il danneggiato, di utilità dell'esistenza, determinata dalla lesione del bene

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

della salute, mentre non costituisce danno biologico la lesione diretta del bene della vita (indipendentemente da quell'intervallo di tempo che, pur sempre, anche se minino e se comporta sofferenza per l'individuo, intercorre fra la causa della morte e la morte stessa), cosicché, per potersi ipotizzarsi un danno biologico risarcibile agli eredi iure hereditatis, occorre che tra la lesione e la morte sia intercorso un lasso di tempo sufficientemente apprezzabile perché si concretizzi quella perdita di utilità fonte dell'obbligazione risarcitoria (Cassazione civile sez. III, 25 agosto 1997, n° 7975; Sez. 3, Sentenza n. 3549 del 2004).

Venendo all'ipotesi in esame, e cioè al caso di morte della vittima delle lesioni, per un orientamento più rigoroso non esiste mai danno alla salute. Le giustificazioni dell'esclusione del risarcimento iure hereditatis del danno biologico sono individuate dalla dottrina nel carattere personalissimo del diritto leso e, quindi, della sua intrasmissibilità; nella perdita della personalità giuridica a seguito della morte e della incapacità di diventare titolare del diritto, fatta eccezione dei casi in cui la relativa azione sia stata già esercitata dal suo diretto titolare. Secondo altro indirizzo, rispetto alla lesione, è rilevante il momento in cui avviene la morte: se questa è istantanea o estremamente vicina al fatto lesivo la risarcibilità iure hereditatis deve essere esclusa; qualora, invece, la morte sopraggiunga dopo un apprezzabile lasso di tempo e la persona sia sopravvissuta, in condizioni di salute compromessa, per un periodo di tempo più o meno lungo, la risarcibilità del danno è ammessa iure hereditatis, limitatamente al periodo di sopravvivenza (cfr. Corte Costituzionale 27 ottobre 1994, n° 372, nonché Cassazione civile, 27.12.1994, n° 11169 già citata; tra le più recenti cfr. Sez. 3, Sentenza n. 3549

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

del 2004; Cass. sez. 3, Sentenza n. 870 del 2008; Cass. .sez.3, Sentenza n. 79 del 2010; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 21976 del 2007; di recente Cass. Sez. U, Sentenza n. 15350 del 2015).

Tuttavia, nel caso di specie, pur esistendo senz'altro l'apprezzabile lasso di tempo, manca la prova della cosiddetta "coscienza della morte": il danno in questione – variamente denominato come danno catastrofale o danno da morte imminente – non è mai un danno in re ipsa, occorrendo la comprovata percezione della fine imminente.

La consapevolezza della fine vita da parte della vittima è, dunque, un presupposto necessario affinchè possa esservi il risarcimento del danno terminale, che non potrà dirsi esistente, ad esempio, nel caso in cui nel tempo intercorso prima del decesso la vittima stessa abbia versato in stato di incoscienza.

Nella fattispecie in esame nessuna prova è stata fornita – né è altrimenti presumibile – che, nell'intervallo di tempo tra il primo ricovero (30 luglio 2013) ed il [redacted] *Persona_1* [redacted] costui abbia avuto coscienza della propria fine imminente, nulla risultando nemmeno dalla c.t.p prodotta dagli attori.

Va accolto, inoltre, il risarcimento per il generico danno patrimoniale invocato dagli attori che non hanno né allegato né tanto meno comprovato di avere ottenuto un decremento patrimoniale dalla morte del loro congiunto.

Ora, poiché il risarcimento è espresso in valuta attuale, occorre tenere presente che è necessaria una "devalutazione" nominale delle voci liquidate in valuta attuale, rapportandole all'equivalente della data di insorgenza del danno e procedere quindi alla rivalutazione applicando gli interessi alle somme che

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

man mano che si incrementano per effetto della rivalutazione annuale, mentre i corrispondenti interessi, di tempo in tempo applicati sulla variabile base secondo il tasso vigente all'epoca di riferimento, si accantonano e si cumulano senza rivalutazione.

In merito agli interessi da ritardato pagamento si noti che le somme sin qui liquidate, se da un lato costituiscono l'adeguato equivalente pecuniario, al momento della statuizione, della compromissione di beni giuridicamente protetti, tuttavia non comprendono l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità della somma dovuta, provocata dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente in denaro del bene leso.

Tale "interesse" va poi applicato non già alla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, bensì, conformemente al principio enunciato dalle S.U. della Suprema Corte con sentenza 17/2/1995, n° 1712 (ribadito, tra le altre, da Cassazione sez. II civile sentenza 3/12/1997 n° 12262, nonché da Cassazione civile sez. III, 10 marzo 2000 n° 2796) sulla "somma capitale" originaria rivalutata di anno in anno.

Si perviene così alla conclusione per cui la somma dovuta a *Parte_1* *[...]* è pari ad euro 114.055,11, quella dovuta a ciascuno dei quattro figli è pari ad € 85.520,73.

Per quanto riguarda le spese di lite, esse seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale

ogni contraria domanda ed eccezione proposta e definitivamente pronunciando,

accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna l *Controparte_1*

[...]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[...]

[...] , in persona del legale rappresentante pro tempore a pagare, per i titoli di cui in motivazione, a *Parte_2* , *Parte_3* e *Parte_4* la somma di euro 85.520,73 ciascuno ed a *Parte_1* *[...]* la somma di euro 114.055,11, il tutto oltre interessi legali dalla data di questa decisione al saldo;

condanna l' *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante pro tempore, a pagare agli attori in epigrafe indicati le spese sostenute in giudizio, che si liquidano in complessivi euro 6.590,00, di cui euro 540,00 per spese, oltre accessori come per legge;

pone a carico della *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante pro tempore, le spese di C.T.U., liquidate con sperato decreto.

Così deciso in Agrigento, in data 01/06/2019 .

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dr. Alfonso Pinto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it