N. **19054/2016** R.Gen.Aff.Cont.

Cron._____

Rep. _____

Sent. n._____

R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Napoli

8 SEZIONE CIVILE

Il Giudice, dott. Marcello Amura, ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 19054/2016 R.Gen.Aff.Cont. assegnata in decisione all'udienza del 07/01/2021 previa fissazione dei termini previsti dagli artt. 190 e 281*quinquies*, co. I, c.p.c. e vertente

TRA

Parte_1 **E** *Parte_2*, in proprio e nella qualità di genitori esercenti la patria potestà sul figlio minore *Per_1*, e *Parte_3* *[...]* **,** tutti che agiscono in proprio e nella qualità di eredi legittimi del sig. *Persona_2*, rappresentati e difesi in virtù di procura rilasciata a margine dell'atto di citazione introduttivo del giudizio dagli avv.ti [redacted] e [redacted] presso il cui studio in Torre del Greco al [redacted] elettivamente domiciliano.

- ATTORI

E

Controparte_1, c.f.: *P.IVA_1*, in persona del l.r.p.t., elett.te dom.ta in [redacted] *CP_1* presso lo studio dell'Avv. [redacted] c.f.: *C.F._1*, dal quale è rappresentata e difesa in virtù di procura in atti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

- CONVENUTA

Oggetto: Responsabilità professionale.

Conclusioni: all'udienza del 07/01/2021 i difensori delle parti costituite hanno concluso come da note di trattazione scritta.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato gli attori, nelle loro rispettive qualità di genitori e germani conviventi, nonché di eredi legittimi del sig. *Persona_2*, convenivano innanzi al Tribunale di Napoli l' *Controparte_2* *[...]* in persona del l.r.p.t., per ivi sentir accertare la sua responsabilità nella causazione del decesso del loro congiunto e per l'effetto sentirla condannare al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, sia *iure proprio* che *iure hereditatis*, patiti in ragione del predetto evento, con vittoria di spese e competenze di causa, con attribuzione ai difensori antistatari.

Premettevano a tal fine che:

- **in data 29.12.2014**, il sig. *Persona_2*, all'esito di esami ematologici privati che evidenziavano una leggera anemia, si recava presso l' *Controparte_1* di *CP_1* ove i sanitari ne disponevano il ricovero ospedaliero;
- la degenza del sig. *Persona_2* presso la predetta struttura sanitaria risultava essere regolare **fino alla data del 20/21 gennaio 2015**, allorquando ebbe a verificarsi un marcato e repentino peggioramento delle sue condizioni di salute;
- nonostante il marcato peggioramento delle sue condizioni cliniche e l'evidenza di sintomi gravi, **i sanitari non si attivavano** per determinarne la causa e prestare la cure necessarie, ma **solo in data 26.01.2015**, ritennero necessario sottoporre il paziente a visita specialistica da parte di un medico infettivologo, il quale constatò la presenza di un grave stato infettivo;
- nei giorni successivi le condizioni di salute del sig. *Persona_2* precipitarono, tanto che **in data** [redacted] ebbe a verificarsi **il suo decesso**;

A parere degli attori lo stato infettivo ebbe a verificarsi all'interno della struttura ospedaliera, anche in relazione alla natura nosocomiale dell'infezione successivamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

accertata, mentre il decesso fu conseguenza esclusiva della negligente, imperita ed imprudente condotta dei sanitari nella intempestiva formulazione della diagnosi e nella successiva gestione della patologia insorta.

Si costituiva in giudizio l' *Controparte_1* in persona del l.r.p.t. contestando la fondatezza della domanda attorea ed instando per il suo rigetto, eccependo di aver correttamente adempiuto all'obbligazione di spedalità su di essa gravante.

In ottemperanza al provvedimento di questo Giudice del 07.11.2016 (con cui veniva dichiarata la nullità dell'atto di citazione per indeterminatezza di petitum e causa petendi, gli attori provvedevano a depositare memorie integrative; in particolare i profili di inadempimento qualificato venivano individuati:

a. nell'aver eseguito un intervento di impianto di catetere femorale in Pronto Soccorso e non già in un ambiente asettico quale la sala operatoria, in contrasto con le linee guida internazionali;

b. nell'aver dunque causato un'infezione nosocomiale nel paziente, tanto è vero che la punta del catetere, all'esame microbiologico eseguito tardivamente e solo in data 19.01.2015 risultava infetto per alta carica batterica (50.000) "alla candida tropicalis ed all'acinetobacter-baumani", a loro volta causa dell'insorgere della patologia infettiva poi degenerata;

c. nell'aver, anche una volta rilevata l'infezione, omesso di eseguire le cure utili e necessarie ad evitare l'evoluzione sfavorevole della insorta patologia (tardività con cui fu disposta la rimozione del catetere femorale e la successiva richiesta di una perizia infettivologica);

d. nell'aver causato il decesso del sig. *Per_2* che avveniva per "stato settico", a seguito della degenerazione dell'infezione contratta all'interno del nosocomio e delle successive cure tardive ed insufficienti da parte dei sanitari;

e. nell'aver omesso ogni informazione ai familiari in merito allo stato progressivamente degenerativo dell'infezione insorta.

Le predette argomentazioni venivano supportate, dopo un analitico esame della cartella clinica in atti, dal deposito di una C.T.P. medica, redatta dalla dott.ssa *Persona_3* *[...]*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Ammessa ed espletata C.T.U. medico-legale, affidata al Prof. *Persona_4* formulata alla parti una proposta conciliativa ai sensi dell'art.185 bis c.p.c. (accettata dagli attori ma rifiutata dalla convenuta struttura *CP_2*, all'udienza del 07.01.2021 la causa veniva introitata in decisione, previa concessione alle parti dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

****

1) Sulla responsabilità medica in generale.

Prima di passare all'esame della fattispecie oggetto di controversia, appare opportuno premettere che la presente controversia **è sottratta all'applicazione della Legge n.17 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli Bianco)**, ciò in conformità a quanto affermato di recente dalla Cassazione civile, Sez. III, che con la sentenza n. 28994 dell'11.11.2019, nell'affrontare la natura e il regime della responsabilità medico-sanitaria successiva alla riforma del 2017, avuto particolare riguardo al diritto intertemporale, aderisce all'indirizzo interpretativo espresso dai giudici di merito, affermando il principio di diritto per cui le norme sostanziali contenute nella Legge n. 24/2017, non hanno portata retroattiva e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca antecedente alla loro entrata in vigore.

Ciò detto, secondo l'ormai consolidato orientamento della giurisprudenza, in ipotesi di danni riportati a seguito di intervento chirurgico, il titolo della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria (nonché al medico operante) è di natura contrattuale, che si origina grazie al contatto che si instaura tra medico e paziente.

Con sentenza 1 luglio 2002, n. 9556, in particolare, la Corte di Cassazione a Sezioni Unite ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale, in ipotesi di intervento chirurgico non correttamente eseguito, quella della *CP_3* (ovvero dell'ente ospedaliero) è ascrivibile al novero della responsabilità contrattuale per inadempimento dell'obbligazione che la stessa *CP_3* assume, direttamente con i pazienti, di prestare la propria organizzazione aziendale per l'esecuzione dell'intervento richiesto: ed infatti, all'adempimento dell'obbligazione predetta è collegata la rimunerazione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo inteso come rischio dell'esercizio dell'attività di impresa della *CP_3*. In particolare, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto contratto di spedalità), che si conclude all'atto dell'accettazione del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

paziente presso la struttura e da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del *Controparte_4*) 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 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).

La struttura sanitaria risponde quindi, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 c.c.. (cfr. motivazione della sentenza n. 9556/2002: "la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un non facere e cioè il puro rispetto della sfera giuridica di colui che gli si rivolge fidando nella sua professionalità, ma giustappunto quel facere nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento (l'abilitazione all'attività, rilasciatagli dall'ordinamento, infatti, prescinde dal punto fattuale se detta attività sarà conseguenza di un contratto o meno). In altri termini la prestazione (usando il termine in modo generico) sanitaria del medico nei confronti del paziente non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due. Ciò è dovuto al fatto che, trattandosi dell'esercizio di un servizio di pubblica necessità, che non può svolgersi senza una speciale abilitazione dello Stato, da parte di soggetti di cui il "pubblico è obbligato per legge a valersi" (art. 359 c.p.), e quindi trattandosi di una professione protetta, l'esercizio di detto servizio non può essere diverso a seconda se esista o meno un contratto").

Va poi osservato che non rileva la circostanza per cui 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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

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, Cass., sez. III, 11 maggio 1995, n. 5150; si vedano anche Cass., sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103 e Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

In conclusione, in ipotesi di danno conseguente ad intervento chirurgico, la struttura sanitaria risponde a titolo di responsabilità contrattuale, sia per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., laddove vengano inadempiute obbligazioni connesse al contratto di spedalità e direttamente a carico dell’ente debitore (assistenza post - operatoria; sicurezza delle attrezzature e degli ambienti; custodia dei pazienti, tenuta della cartella clinica; vitto ed alloggio), sia per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, ex art. 1228 cod. civ., con riferimento all’inadempimento della prestazione medico - professionale svolta dal sanitario.

È bene precisare, a questo punto, che non incide sui principi giurisprudenziali sin qui esposti, elaborati dalla Suprema Corte, il disposto dell’art. 3 del d. l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189; ed invero, come chiarito dalla Suprema Corte, l'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "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", fermo restando, in tali casi, "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'irrilevanza della colpa lieve (così Cass., sez. VI-III, ord. 17 aprile 2014, n. 8940; in senso conforme, Cass., sez. VI-III, ord. 24 dicembre 2014, n. 27391; nella giurisprudenza di merito, si veda, nello stesso senso, Trib Milano, 18 novembre 2014, n. 13574: in tema di responsabilità civile sanitaria il tenore letterale dell'art. 3, comma 1, d.l. 158/2012, conv. in l. 189/2012 (c.d. decreto Balduzzi) anche alla luce dell'esame dell'intenzione del legislatore non consente di ritenere che la responsabilità del medico, per condotte interne ad una struttura sanitaria pubblica o privata, sussista solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano perché tale distinzione non è ricavabile dal tenore della norma che ha ad

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

oggetto esclusivo, in punto di delimitazione della responsabilità, l'esimente penale della colpa lieve per tutti gli esercenti le professioni sanitarie senza distinzione tra sanità pubblica e privata; si veda anche Trib. Milano, 23 luglio 2014, n. 9693: L'art. 3, comma 1, della legge Balduzzi non incide né sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata) né su quello del medico che ha concluso con il paziente un contratto d'opera professionale (anche se nell'ambito della cosiddetta attività libero professionale svolta dal medico dipendente pubblico): in tali casi sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c., ed è indifferente che il creditore/ danneggiato agisca per ottenere il risarcimento del danno nei confronti della sola struttura, del solo medico o di entrambi. Il richiamo nella norma suddetta all'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. per l'esercente la professione sanitaria che non risponde penalmente (per essersi attenuto alle linee guida), ma la cui condotta evidenzia una colpa lieve, non ha nessun riflesso sulla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, che ha concluso un contratto atipico con il paziente (o, se si preferisce, è comunque tenuta ex lege ad adempiere determinate prestazioni perché inserita nel Ssn) ed è chiamata a rispondere ex art. 1218 c.c. dell'inadempimento riferibile direttamente alla struttura anche quando derivi dall'operato dei suoi dipendenti e/o degli ausiliari di cui si è avvalsa; la medesima pronuncia ha ritenuto che la responsabilità del medico per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura) venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c. e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare)).

Per quanto concerne, poi, il riparto dell'onere della prova nelle controversie concernenti la responsabilità professionale del medico, un risalente orientamento giurisprudenziale della Suprema Corte distingueva tra intervento di semplice esecuzione (in cui la dimostrazione, da parte del paziente, dell'aggravamento della propria situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie era ritenuta idonea a fondare una presunzione semplice in ordine all'inadeguata o negligente prestazione, spettando al medico fornire la prova che la prestazione professionale era stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi erano

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile) e interventi di difficile esecuzione (in cui spettava al paziente allegare dimostrare quali erano state le inidonee modalità di esecuzione: cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 21 dicembre 1978, n. 6141).

Dopo la nota sentenza delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte del 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di riparto dell'onere della prova in ipotesi di inadempimento ovvero inesatto adempimento di un contratto, tuttavia, tre pronunce della Suprema Corte (cfr. Cass., sez. III, 19 maggio 2004, n. 9471; Cass., sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297; Cass., sez. III, 21 giugno 2004, n. 11488) hanno chiarito che, in applicazione dei criteri di ripartizione dell'onere della prova dettati dalle Sezioni Unite con la suddetta pronuncia, 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 del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Con la conseguenza per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario allegare e provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

In buona sostanza, al paziente è richiesto di provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dover provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale; il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria) deve dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi furono determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. sul punto Cass., sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997).

Da ultimo, tale impostazione è stata recepita dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577), che hanno altresì affrontato la questione della dimostrazione del nesso di causalità, rilevando che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.”.

Con specifico riguardo a tale ultimo profilo, del nesso di causalità tra condotta del medico (ovvero della struttura sanitaria) ed evento (danno riportato all’esito dell’operazione ovvero del trattamento sanitario), va premesso, sul piano generale, che la valutazione del nesso causale 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. Nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige infatti la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (cfr. Cass., sez. III, 11 maggio 2009, n. 10741; si veda anche Corte di Appello di Bari, sez. III, 13 marzo 2012, n. 274).

In sede civile, in particolare, nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (cfr. Cass., sez. III, 18 luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di “credibilità razionale” o “probabilità logica”, in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073).

La giurisprudenza più recente, in particolare, ha valorizzato, rispetto al criterio dell’alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica, quello del “più probabile che non”, quale regola che presiede il giudizio qualificatorio del nesso eziologico (cfr., da ultimo, Cass.,

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

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).

Conseguentemente, con specifico riguardo alla responsabilità del medico, essendo quest'ultimo tenuto ad espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso (cfr. Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

In tema di riparto dell'onere probatorio in tema di causalità materiale, si evidenzia come la Suprema Corte di Cassazione anche di recente abbia in più occasioni ribadito il principio secondo cui in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, **incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'evento di danno (aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari**, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. civ. (cfr. in tal senso Cass. Ordinanza n.20812 del 2018).

In particolare **con la sentenza n.28991 del 2019** si è affermato il condivisibile principio secondo cui in tema di inadempimento di 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); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, **è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario**, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

2) Sul merito della controversia.

Fatte queste premesse, è possibile esaminare nel merito la domanda spiegata dagli attori.

2.1) Sui danni subiti da *Persona_2* **.**

In atto di citazione e nei propri scritti difensivi gli attori incentrano le censure essenzialmente sui seguenti profili:

- esecuzione dell'intervento di impianto di catetere femorale in Pronto Soccorso e non già in un ambiente asettico quale la sala operatoria, in contrasto con le linee guida internazionali;
- causazione di un'infezione nosocomiale nel paziente e tardiva diagnosi della patologia infettiva poi degenerata;
- omessa esecuzione delle cure utili e necessarie ad evitare l'evoluzione sfavorevole della insorta patologia (tardività con cui fu disposta la rimozione del catetere femorale e la successiva richiesta di una perizia infettivologica);
- omissione di ogni informazione ai familiari in merito allo stato progressivamente degenerativo dell'infezione insorta.

La convenuta struttura sanitaria ha contestato i lamentati inadempimenti ed ha, in ogni caso, negato qualsivoglia rilevanza causale rispetto al verificarsi dell'evento morte. In particolare ha dedotto che il decesso andava ragionevolmente ricondotto alla sfavorevole evoluzione delle sue gravi preesistenti plurime comorbilità, non potendosi, per converso, rilevare nell'episodio infettivo per cui è causa alcun significativo ruolo causale nel determinismo dell'exitus; in tal senso deporrebbero multipli e convergenti elementi documentali contrastanti fortemente con l'insorgenza di uno shock settico. Secondo la convenuta l'analisi del quadro clinico del paziente, già notevolmente compromesso sin dalle prime fasi del ricovero a causa delle plurime gravi comorbilità da cui era affetto, precipitò il 27/1/15 per un improvviso e drammatico aggravamento della insufficienza renale. A conferma di ciò vengono segnalati i valori dei lattati registrati all'emogas che in tale data passarono da 4,1 a 7,42, 6, 2 e 7,19 con sensibile riduzione del pH, contrazione della diuresi, nonché la stessa ipernatremia, tutti espressivi di grave acidosi metabolica da correlare alla condizione di insufficienza renale, che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

andava considerata quale reale causa del decesso del giovane *Persona_2* Ciò anche alla luce dei datti di letteratura scientifica che individuano l'insufficienza renale quale più frequente causa di decesso in soggetti affetti da sclerosi tuberosa (cfr. in tal senso argomenti difensivi addotti dai ctp dottori *Controparte_5* e *CP_6* .

Ciò chiarito in ordine all'impianto deduttivo, va segnalato come nell'ambito del presente procedimento sia stata disposta **ctu medico legale**, affidata al Prof. *Persona_4* elaborato depositato in data 25 luglio 2019.

Dopo aver ricostruito la documentazione clinica e medico- legale presente in atti ed aver ricostruito la vicenda clinica del paziente, il ctu, nell'ambito delle considerazioni medico legali, provvede in primo luogo a delineare il grave quadro patologico da cui risultava affetto *Persona_2* all'atto dell'accesso alle cure presso il convenuto nosocomio: "*il giovane Persona_2 , diciottenne, era affetto, secondo quanto desumibile dalla documentazione clinica in atti e dalle stesse relazioni dei consulenti tecnici delle parti, da anemia macrocitica a probabile genesi carenziale (B12 e folati), sclerosi tuberosa, ritardo mentale, esiti di rimozione chirurgica di astrocitoma gigante cellulare con applicazione di shunt ventricolo-peritoneale, insufficienza renale cronica*".

Il ctu provvede, poi, a delineare le caratteristiche delle diverse patologie soffermandosi in particolare sull'anemia macrocitica, la sclerosi tuberosa, l'astrocitoma e l'insufficienza renale cronica; in particolare assume esser dubbio il rapporto del ritardo mentale con l'astrocitoma o meglio con gli esiti della sua asportazione, tenuto conto che la sclerosi tuberosa di per sé lo comporta.

Avuto specifico riguardo alla sclerosi tuberosa, evidenzia che "*circa il 30% dei pazienti gravi muore prima del compimento del quinto anno di età e il 50-75% prima di raggiungere l'età adulta*".

Il ctu ha, poi, cura di **individuare i principali temi di indagine medico legale**, quali emergenti dalle difese delle parti: "*Il caso, in sostanza, concerne un decesso per shock settico, in un 18enne affetto da severa anemia macrocitica e sclerosi tuberosa, che viene causalmente ricondotto da parte attrice ad infezione intraospedaliera polimicrobica di catetere venoso centrale, inizialmente incannulato per via femorale in P.S., ambiente ritenuto non idoneo.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Da ciò l'ipotesi di parte attrice di sussistenza di difetti assistenziali dei sanitari della convenuta Controparte_1 *di* CP_1 *nello sviluppo della infezione definita come nosocomiale.*

Per converso, parte convenuta, pur ammettendo l'infezione del catetere a probabile origine nosocomiale, ne contesta il ruolo causale nel decesso che, a suo avviso, sarebbe, invece, riconducibile a preesistente compromissione renale secondaria alla sclerosi tuberosa.

In subordine detta infezione nosocomiale viene, comunque, ritenuta, da parte convenuta, non concretamente prevenibile."

Orbene il ctu sostiene che "*per quanto evincibile dalla documentazione sanitaria relativa al caso in oggetto* ***il decesso è con elevata probabilità*** *riconducibile* ***a complicanze cardio-circolatorie (shock) di una grave sepsi***. *La richiamata scansione degli eventi biologici porta, infatti, ad affermare, che* ***il paziente presentava evidenti segni di infezione*** *già a partire dalle prime fasi della vicenda clinica* ***con successiva evoluzione in sepsi***". Dopo aver inquadrato la nozione di sepsi il ctu afferma in termini perentori che "*La sussistenza nel p. di uno stato settico, poi evoluto in shock, non è, pertanto, contestabile*", diagnosi di grave sepsi che risulta, peraltro, operata dagli stessi sanitari della convenuta.

Il ctu ha, poi, cura di **sconfessare la ricostruzione causale alternativa prospettata dalla struttura sanitaria** con le seguenti argomentazioni: "*Per converso, nella cartella clinica medesima, non risultano elementi diagnostico-terapeutici congrui con una insufficienza renale letifera secondaria alla sclerosi tuberosa (come paventato da parte convenuta), dovendo anche precisarsi che tutti gli esami strumentali per immagini (ecografico, TAC, RMN) eseguiti in occasione della vicenda clinica mostrarono l'assoluta integrità anatomica del parenchima renale. Parte convenuta esalta il dato della negatività colturale che, tuttavia, non è sufficiente per contestare una causa settica della morte perché giustificabile attraverso il noto fenomeno degli esami colturali falsamente negativi (c.d. falsi negativi)…… In definitiva, nel caso di specie l'iniziale negatività colturale può essere adeguatamente spiegata dalla circostanza che i campioni vennero prelevati in corso di terapia antibiotica".*

A valle dell'accertamento delle cause del decesso di Persona_2 , il ctu procede, poi, a valutare la sussistenza degli inadempimenti paventati dagli attori e la loro concreta rilevanza causale rispetto al verificarsi del decesso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Dopo un inquadramento generale della tematica relativa alle modalità di applicazione dei cateteri venosi centrali, ai rischi di natura infettiva, alle precauzione da adottarsi nonché alle operazioni di monitoraggio ed ai controlli al fine di intercettare e gestire eventuali infezioni (cfr. pagg da 30 a 34), il ctu, **passando ad esaminare il caso di specie** (cfr. da pag. 34 a 37), assume che "*Va, a questo punto, verificato se la condotta dei sanitari convenuti fu conforme alle evidenze scientifiche sopra prospettate e, in caso negativo, se sussiste un nesso causale tra detta condotta e l'infausta evoluzione della vicenda clinica.*

Orbene, un primo aspetto di rilievo medico-legale riguarda lo sviluppo in sé dell'infezione.

Sul punto va detto che il paziente in quanto affetto da preesistente patologia era intuitivamente esposto ad un maggior rischio di infezioni rispetto alla media dei pazienti sani.

La procedura in questione presenta, inoltre, un rischio intrinseco di infezione. Si stima, infatti, che l'incidenza media di batteriemie associate a CVC è pari a 5,3 episodi per 1000 giorni/catetere in una popolazione di riferimento costituita da pazienti ricoverati in terapia intensiva (Beathard Per The Use and Complications of Catheters for Hemodialysis Vascular Access. Seminars in Dialysis Volume 14, Issue 6, November–December 2001). La patogenesi delle infezioni associate a catetere è multifattoriale e complessa.

Vi sono, infatti, fattori associati a:

- catetere (attraversamento della barriera cutanea, diminuzione della fagocitosi e della capacità battericida dei polimorfonucleati);

- ospite (adesione di proteine alla superficie del catetere, neutropenia, terapia immunosoppressiva, presenza di un focolaio infettivo in altro distretto corporeo al momento dell'impianto del CVC);

- microorganismo (produzione di adesine e di matrice esocellulare di natura polisaccaridica).

La profilassi antibiotica non è, peraltro, generalmente efficace nel prevenire un tal genere di infezione.

Ciò nondimeno, l'infezione nel caso di specie intervenne precocemente e fu sostenuta da parte di agenti microbici tipicamente nosocomiali, peraltro non frequentemente implicati nelle infezioni del CVC.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

A fronte di ciò, in assenza di specifica documentazione prodotta da parte convenuta, non è consentita la verifica dell'effettivo rispetto e della concreta attuazione del programma allestito dalla struttura in materia di prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Ciò non è senza rilievo nel caso di specie perché se è vero che le stime attuali circa la proporzione delle infezioni evitabili generalmente intese non si discostano molto da quelle calcolate nello storico studio CP_7 , svolto dal 1971 ed il 1976 e pubblicato circa dieci anni dopo (1988), secondo cui solo il 32% di tutte le infezioni nosocomiali possono essere prevenute mediante programmi di controllo efficaci e bene organizzati, è altrettanto vero che esistono aree di intervento (tra cui quelle delle infezioni da catetere) che hanno fatto registrare stime

di riduzione delle infezioni molto variabili (dal 29% al 95%), attestabili mediamente intorno al 50% (Per– et al. Aspetti medico-legali delle infezioni da germi antibiotico resistenti alla luce della legge 8 marzo 2017 n. 24. Riv. CP_8 3, 1 giugno 2018).

Per tutto quanto precede, ***l'infezione sviluppatasi nel p. deve ritenersi evento avverso prevedibile ma concretamente evitabile con idonea prevenzione*** *(della cui reale effettuazione parte convenuta non dà prova).*

Un secondo aspetto di rilievo medico-legale *riguarda la gestione diagnostico-terapeutica dell'evento avverso "infezione" da parte dei sanitari convenuti, che fu* ***inadeguata sostanzialmente per profili di imperizia e negligenza****.*

Sul punto può riferirsi che la cartella clinica non documenta un'attività volta alla precoce identificazione di eventuali infezioni catetere correlate, dovendo precisarsi che non risulta nemmeno chiaro se e quando avvennero gli atti di rimozione/sostituzione del catetere venoso centrale poi risultato infetto.

Non è altrettanto condivisibile l'inerzia con la quale si procedette al consulto infettivologico *nonostante l'evidente inefficacia della terapia antimicrobica empirica attuata.*

Tali inadempienze rappresentano ***una condotta omissiva senza dubbio pregiudizievole per la salute del p.*** *perché intuitivamente comportarono* ***un progressivo aggravamento dell'infezione****, a sua volta di origine nosocomiale, rendendone complessa l'eradicazione.*

Lo sviluppo dell'infezione e la sua poco contrastata progressione *(entrambi riconducibili a difetto di qualità assistenziale) si pongono, tuttavia,* ***in rapporto di concausalità con il***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

decesso in concomitanza di un altro fattore *(tuttavia non riconducibile alla qualità assistenziale), rappresentato dalle preesistenti precarie condizioni di salute del p. (severa persistente anemia ed insufficienza renale). Ne consegue che il difetto preventivo della struttura nei confronti della infezione nosocomiale e di comportamento tecnico professionale dei sanitari ospedalieri che si occuparono del caso va posto in termini* ***non causali ma concausali*** *rispetto al verificarsi del decesso.*

*Orbene****, in una ponderata ripartizione di ciascuna quota concausale****, deve concludersi, tenuto conto dello stato fisico del p. all'ingresso in ospedale, della qualità delle patologie presentate e del complessivo sviluppo degli eventi patologici manifestatisi, che* ***l'infezione nosocomiale (ed il suo avanzamento) concausò il decesso del giovane*** *Persona_2* ***in quota parte maggioritaria (all'incirca per i 2/3)*** *rispetto allo stato anteriore (restante 1/3) che pure contribuì all'exitus*".

A fronte di tali lineari conclusioni, il ctu ha avuto cura di puntualmente replicare ai rilievi critici mossi dal ctp degli attori e dai ctp della convenuta; nel primo caso ha replicato alla contestata rilevanza concausale del quadro patologico da cui era affetto il paziente, con i seguenti convincenti argomenti: " *i contenuti della documentazione in atti dimostrano che il paziente venne ricoverato in condizioni cliniche scadute per una "severa anemia" che, come tale, necessitò di ripetute emotrasfusioni e che, in quell'occasione, gli vennero riscontrati parametri ematici (creatinina: 2,24 mg/dl; sodio: 165 mEq/l; osmolarità: 339 mOsm/l; potassio: 3,2 mEq/l; Calcio: 7,8 mg/dl) indicativi di insufficienza renale, poi inquadrata come "cronica" dal consulente ematologo che, condivisibilmente, precisò: "…l'anemia può essere verosimilmente*

legata alla malattia di base aggravata dallo stato settico". In tale ottica deve, pertanto, ribadirsi che lo stato anteriore con elevata probabilità contribuì in senso causale all'exitus come precedentemente indicato".

Puntuali e condivisibili appaiono, infine, le repliche alle osservazioni critiche mosse dalla convenuta e concentrate sulla perdurante contestazione della sussistenza di uno shock settico; in particolare si legge: "*parte convenuta ribadisce che, nonostante la diagnosi formulata dai sanitari, il caso in realtà non fu caratterizzato da shock settico per negatività delle indagini colturali, per i valori di pressione arteriosa sostanzialmente normali, per la glicemia*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

anch'essa sostanzialmente nella norma, per l'inconsistenza diagnostica della procalcitonina in presenza di insufficienza renale acuta.

Ma, a ben vedere, questo ragionamento controdeduttivo di parte convenuta non è convincente perché risulta strutturato sull'ipotesi che dal principio dell'esordio della sepsi sarebbe dovuto ricorrere uno stato di shock. Ebbene, non è affatto così. La vicenda clinica nelle sue prime fasi fu caratterizzata da uno stato settico, senza segni di shock, e ciò risulta acclarato non solo dalla diagnosi (appunto di stato settico) dei sanitari, ma soprattutto dalla soddisfazione dei numerosi criteri previsti dalle linee guida (sopra descritti) per poterla formulare.

Lo stato settico, poi, solo nelle fasi finali della vicenda clinica ebbe evoluzione in shock e ciò rappresentò la causa finale del decesso. Circa la falsa negatività delle indagini colturali, si è, poi, dimostrato, con dati di letteratura, che tale fenomeno può ricorrere frequentemente in corso di terapia antibiotica e che ciò non rappresenta affatto un indice di efficacia della terapia medesima. Per di più nel prosieguo della vicenda si registrò positività emocolturale per Stafilococco Epidermidis, e soprattutto positività colturale sulla punta del catetere femorale per Candida CP_9 e Acinetobacter CP_10 Risulta, dunque, dimostrata la ricorrenza di infezioni tipicamente nosocomiali e ciò sgombra anche il campo dall'ipotesi (di parte convenuta) di una infezione preesistente al ricovero. In definitiva, le osservazioni delle parti non apportano sufficienti elementi tecnico-scientifici e medico-legali per dover modificare il contenuto dell'elaborato in bozza che, pertanto, va ritenuto definitivo".

In conclusione, alla luce delle considerazioni finora sviluppate sulla base degli elementi probatori (di natura essenzialmente documentale) acquisiti al presente giudizio, deve certamente essere affermata la responsabilità della convenuta Controparte_1 nella causazione del decesso di Persona_2 .

Detta convenuta, per contro, non ha fornito la prova liberatoria alla stessa richiesta, consistente, come già chiarito, nella dimostrazione della diligente esecuzione della prestazione medica ovvero della riconducibilità del decesso ad un evento imprevisto ed imprevedibile.

In particolare, avuto riguardo alle doglianze mosse dalla difesa della convenuta in ordine alla contestazione delle cause del decesso, appare sufficiente richiamare le risposte fornite dal ctu,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

il quale ha puntualmente esaminato l'ipotesi causale alternativa paventata dalla stessa mettendone in luce in maniera puntuale e particolareggiata i profili di non condivisibilità, il tutto nei termini sopra evidenziati.

Anche in ordine all'instaurarsi del processo infettivo ed alle sue caratteristiche il ctu ha fatto buon governo dei principi in tema di riparto dell'onere della prova, ciò dicasi in particolare per l'omessa prova della inevitabilità dell'instaurarsi del processo infettivo e per il raggiungimento della prova che detto processo ebbe a svolgere un significativo ruolo concausale nella determinazione della morte del paziente.

In proposito si deve considerare, innanzitutto, il pacifico principio secondo cui «*in tema di responsabilità civile, qualora la produzione di un evento dannoso possa apparire riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla pregressa situazione patologica del danneggiato (la quale non sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale), il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, primo comma, c.c.), l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (rettamente intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi) onde ascrivere all'autore della condotta, responsabile "tout court" sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito, come tale da reputarsi la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario*» (così, da ultimo, in motivazione Cassazione sez. III, 4.11.2020 n.24471; Sez. III n. 15991 del 21.7.2011; Sez. III n. 30521 del 22.11.2019).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

In applicazione di questa regola non è rilevante il gradiente di incidenza della condotta umana rispetto alle concause naturali; anche una percentuale di incidenza minima è sufficiente per ritenere la responsabilità del danneggiante alla condizione che – probabilisticamente – si possa individuare un nesso causale con l'evento di cui si discute.

A questo riguardo, quindi, un ruolo del tutto chiaro è svolto dal giudizio controfattuale che opera sulla regola del "più probabile che non" intesa come la probabilità, positiva o negativa, che, alla luce degli elementi del caso concreto, l'omissione della condotta umana dedotta come danneggiante potesse evitare il rischio specifico del danno effettivamente verificatosi (così Cassazione sez. III n. 7760 del 08/04/2020, m. 657597 – 01).

Quindi, in materia di rapporto di causalità nella responsabilità civile, in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica sulla quale incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, poiché una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile.

Ne consegue che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo "con-causale" di un fattore naturale (quale che esso sia), non è ammesso, sul piano giuridico, affidarsi ad un ragionamento probatorio "semplificato", tale da condurre "ipso facto" ad un frazionamento delle responsabilità in via equitativa, con relativo ridimensionamento del "quantum" risarcitorio» (Cassazione sez. III n. 30521 del 22/11/2019).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

L'applicazione di quest'ultimo principio deve essere temperata, in sede di liquidazione, alla luce della circostanza che, nel caso in esame, è certa la derivazione della morte del paziente dalle condotte colpose sopra ricordate, ma che esse sono risultate concorrenti con le comorbilità naturali che hanno reso ampiamente fragili e precarie le condizioni di salute del sig. *Parte_4* all'atto dell'accesso alla struttura sanitaria.

Ne deriva, pertanto, l'accoglimento della domanda risarcitoria proposta dagli attori nei confronti della convenuta struttura sanitaria, la quale, come già sopra chiarito, risponde a titolo contrattuale per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, ex art. 1228 cod. civ., con riferimento all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta dal personale sanitario da essa dipendente.

Ciò posto, **deve ora procedersi alla quantificazione dei lamentati danni**.

Prima di procedere alla quantificazione dei danni, occorre brevemente analizzare il contenuto dell'atto di citazione e le richieste formulate dagli attori.

Ed invero ivi si rinviene la richiesta di condanna al risarcimento dei danni come sopra individuati.

È necessario, a questo punto, esaminare le voci di danno non patrimoniale richieste dagli attori.

Danno non patrimoniale iure proprio da lesione parentale

Nella comparsa conclusionale depositata telematicamente gli attori rinnovano la richiesta di ristoro dei danni sofferti jure proprio per la perdita del proprio caro. La quantificazione di tali danni viene dagli stessi così determinata:

"*nella fattispecie concreta, in considerazione della peculiarità della relazione, per le motivazioni sopra esplicate, deve essere riconosciuto il danno non patrimoniale nella sua massima entità e dunque secondo l'importo di €323.621,00 per ciascuno dei genitori ed € 205.940,00 per ciascuno dei fratelli. In considerazione della dovuta riduzione di 1/3, per il concorso del complesso morboso nella causazione del decesso, si ritiene dunque congruo quantificare il danno parentale subito* ***in € 215.747,00 per ciascuno dei genitori*** *ed* ***€ 137.293,00 per ciascuno dei fratelli***.

Appare evidente come le richieste degli attori formulate iure proprio appaiano fondate essenzialmente ad ottenere la liquidazione del danno da lesione parentale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Come già sopra posto in rilievo, con la recente evoluzione giurisprudenziale, la Corte di Cassazione, di recente anche a Sezioni Unite, è pervenuta ad una nuova interpretazione dell'art. 2059 cod. civ., fornendone una lettura costituzionalmente orientata, e chiarendo che qualsiasi danno non patrimoniale è sempre illimitatamente risarcibile, anche al di fuori dei limiti imposti dalla disposizione normativa appena menzionata, sempre che il pregiudizio derivi dalla lesione di un interesse della persona di rango costituzionale.

Del resto, proprio la lettura della norma costituzionalmente orientata, infatti, impo-ne di ritenere inoperante i predetti limiti se la lesione ha riguardato valori della persona costituzionalmente garantiti; poiché la riparazione mediante risarcimento per equivalente monetario (ove non sia praticabile quella in forma specifica) costituisce la forma minima di tutela ed una tutela minima non è assoggettabile a specifici limiti, che si risolverebbero in rifiuto della tutela stessa nei casi esclusi e ben potendo il rinvio ai casi in cui la legge con-sente la riparazione del danno non patrimoniale, dopo l'entrata in vigore della Costituzione, riferirsi anche alle previsioni della legge fondamentale, atteso che il riconoscimento nella Costituzione dei diritti inviolabili inerenti alla persona non aventi natura economica implicitamente, ma necessariamente, ne esige la tutela, ed in tal modo configura un caso determinato dalla legge, al massimo livello, di riparazione del danno non patrimoniale (cfr., in tal senso, sia Cass. 31 maggio 2003, n. 8827 e Cass. 31 maggio 2003, n. 8828 e, dunque, le due sentenze "gemelle" del 2003, sia Cass., SS. UU., 11 novembre 2008, n. 26972, n. 26073, n. 26974 e n. 26975 e, dunque, le quattro "sentenze gemelle" del 2008).

Orbene il fatto illecito, costituito dalla uccisione del congiunto, dà luogo ad un danno non patrimoniale presunto, consistente nella perdita del rapporto parentale, allorché colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare (Sez. 3, Sentenza n. 4253 del 16/03/2012, Rv. 621634).

La liquidazione del danno non patrimoniale derivanti dalla morte di un congiunto, quale conseguenza di un fatto illecito del terzo, sfugge per sua natura ad una valutazione economica vera e propria, e può compiersi soltanto col ricorso a criteri equitativi (art. 1226 cod. civ.), in relazione a considerazioni soggettive quali l'età della vittima, il grado di parentela, le particolari condizioni della famiglia.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Tali danni devono essere liquidati unitariamente ai pure prospettati danni morali e esistenziali, essendo accomunati dalla natura non patrimoniale e, pertanto, ontologicamente uniformi.

Ed invero, come recentemente chiarito dalla giurisprudenza di legittimità e di merito, in tema di danno non patrimoniale per la perdita di un familiare, questo può essere determina-to in un'unica somma comprendente sia il cosiddetto danno morale in senso stretto, derivante dalla sofferenza per la perdita del congiunto, sia il cosiddetto danno esistenziale, derivante dalla lesione del rapporto parentale e dall'incidenza che tale lesione assume sulla vita futura del congiunto superstite (secondo l'accezione di cui alle note pronunce della Suprema Corte di Cassazione del 31 maggio 2003, n. 8827 e n. 8828). Pertanto, nell'ipotesi di riconoscimento congiunto del danno morale subiettivo e del danno esistenziale, relativo alla compromissione dei rapporti parentali e relazionali tout court, appare equo liquidare a favore dei congiunti del defunto (marito e figlie) una somma complessiva a titolo di ristoro del danno non patrimoniale subito in proprio, sia nella sua componente esistenziale che nella sua proiezione morale, attinente cioè al cosiddetto *pretium doloris* in senso stretto. Va precisato, peraltro, che il riconoscimento dei diritti della famiglia (art. 29 Costituzione) va inteso non in senso restrittivo, cioè come tutela delle estrinsecazioni della persona nell'ambito esclusivo di quel nucleo, con una proiezione di carattere meramente interno, bensì nel più ampio senso di modalità di realizzazione della vita stessa dell'individuo, alla stregua dei valori e dei sentimenti che il rapporto personale ispira, sia generando bisogni e doveri, sia dando luogo a gratificazioni, supporti, affrancazioni e significati (Cass. 12 giugno 2006, n. 13546).

Laddove il fatto lesivo alteri profondamente tale complessivo assetto, provocando una rimarchevole dilatazione dei bisogni e dei doveri ed una determinante riduzione – ovvero addirittura un annullamento (come nel caso di specie) - delle positività che dal rapporto parentale derivano (Cass. 31 maggio 2003, n. 8827; Cass. 20 ottobre 2005, n. 20324), viene a determinarsi quello sconvolgimento delle abitudini di vita che, pur potendo avere diversa ampiezza e consistenza in termini di intensità e protrazione nel tempo in relazione alle diverse situazioni, deve trovare comunque obiettivazione nell'alterazione del modo di relazionarsi del soggetto sia all'interno del nucleo familiare che all'esterno di esso nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione (Cass. 31 maggio 2003, nn. 8827 e 8828).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Esso si concreta invero in una modificazione (peggiorativa) della personalità dell'individuo, che si obiettivizza socialmente nella negativa incidenza sul suo modo di rapportarsi con gli altri, sia all'interno del nucleo familiare, che all'esterno del medesimo, nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione.

E ciò in conseguenza della subita alterazione, della privazione (oltre che di quello materiale anche) del rapporto personale con lo stretto congiunto nel suo essenziale aspetto affettivo o di assistenza morale (cura, amore), cui ciascun componente del nucleo familiare ha diritto nei confronti dell'altro (Cass. 12 giugno 2006, n. 13546).

Tale compromissione della personalità dell'individuo in ipotesi tragiche come quella di specie deve dunque sicuramente presumersi, in quanto rispondente all'id quod plaerumque accidit, fino a prova contraria gravante sul danneggiante (cfr., in tal senso ed ex multis, Cass. 12 giugno 2006, n. 13546; Cass. 15 febbraio 2006, n. 3289; Cass. 11 agosto 2004, n. 15568).

Ciò posto, occorre sicuramente tenuto conto:

a) del vincolo affettivo e parentale esistente tra gli attori (genitori e germani) e la vittima *Persona_2* (moglie e madre);

b) dell'età di *Persona_2* (18 anni) e degli attori (rispettivamente 39 anni il padre, 36 anni la madre, 13 anni la sorella e 10 anni il fratello) al momento del decesso;

c) del rapporto di convivenza alla data del decesso (circostanza dedotta in citazione e non specificamente contestata dalla convenuta in occasione della costituzione).

Alla luce di quanto sopra si ritiene di dover riconoscere in via equitativa a titolo di danno non patrimoniale attuale, la somma di euro 240.000,00 in favore di ciascun genitore e la somma di euro 80.000,00 in favore di ciascun germano. Tali liquidazione si fonda sulla condivisione dell'orientamento emerso nel Tribunale di Milano (Tabelle 2021) in ordine ad una valutazione del danno per perdita di un figlio o del coniuge in una "forbice" che va da un minimo di €. 168.250,00 ad un massimo di €. 336.5000,00; il riconoscimento in favore degli attori di dette somme si colloca nella misura indicata in ragione del bilanciamento dei criteri sopra individuati ed è, inoltre, da ritenersi comprensivo sia del cosiddetto danno morale subiettivo sia del cosiddetto danno da perdita del prossimo congiunto, come sopra già qualificati (pretium doloris e danno da perdita del rapporto parentale).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Siffatti importi devono essere, tuttavia, abbattuti in applicazione del principio per cui, quando la produzione di un evento dannoso risulti riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta della struttura sanitaria (nella specie, omessa vigilanza) e del fattore naturale (comorbidità), il giudice, accertata la causalità materiale del fattore umano, deve procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle concause sul piano della causalità giuridica (cfr., ex multis, Cass. Civ., III, 21.7.2011, N. 15991).

In concreto, ascritta alla struttura sanitaria la responsabilità dell'evento sotto il profilo della causalità materiale, la compresenza di concause naturali deve rilevare nella determinazione risarcitoria, in modo da attribuire all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non ricomprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, in quanto determinate da un fatto esterno, che nella specie si identifica nella precedente situazione patologica del danneggiato e che non è ascrivibile alla condotta sanitaria.

Si rileva, a tal proposito, come le risultanze peritali diano conto di una situazione clinica complessa, che il ctu ha espressamente riconosciuto avere un concreto e significativo ruolo concausale nella determinazione del decesso.

Al contempo occorre dar rilievo al complesso quadro patologico patito dal *Persona_2* anche sotto un diverso quadro prospettivo, ovvero come condizione che non ha potuto non incidere in maniera assolutamente significativa e rilevante sulla qualità del rapporto parentale instauratosi e che appare tema assolutamente distinto dai sentimenti e dall'affetto (sicuramente intensi) che avranno caratterizzato i legami tra i membri della famiglia. Peraltro lo stesso ctu ha espressamente evidenziato come tali patologie (ed in particolare la sclerosi tuberosa) avessero una prognosi significativamente sfavorevole;

In ragione di ciò, è ragionevole ritenere, secondo questo Tribunale, che il danno parentale sofferto dagli attori debba essere ridotto nella misura del 40% e ciò sia in ragione dell'operatività della concausa umana (dal ctu quantificata nella misura di 1/3) che delle ulteriori considerazioni svolte ovvero alla condotta omissiva del personale della struttura sanitaria.

Su questi presupposti, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio, spetta:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

- a *Parte_1* l'importo di euro 144.000,00;
- a *Parte_2* l'imposto di euro 144.000,00;
- a *Parte_3* l'importo di euro 48.000,00;
- a *Per_1* l'importo di euro 48.000,00.

Danno non patrimoniale iure hereditatis

In comparsa conclusionale gli attori hanno formulato le seguenti conclusioni: "*in ordine alla quantificazione di tale danno, il punto di riferimento in materia è indubbiamente costituto dai criteri orientativi elaborati dall'Osservatorio* *Organizzazione_1* *di Milano (cd. Tabelle Milanesi) aderenti ai principi di diritto elaborati dalle Sezioni Unite con sentenza n. 15350/2015 e recentemente aggiornate nel marzo del 2018.*

Ebbene le richiamate tabelle, le quali si ispirano al principio di unitarietà ed onnicomprensività del danno, prevedono che nei primi tre giorni di danno terminale il Giudice possa liquidare il quantum debeatur muovendosi liberamente secondo la propria valutazione personalizzata ed equitativa ma nel rispetto di un tetto massimo convenzionalmente stabilito in curo 30.000,00 non ulteriormente personalizzabile, mentre i giorni ulteriori, fino ad un massimo di 100 giorni, decorsi i quali torna ad essere risarcibile il danno biologico temporaneo "ordinario", vengano liquidati in maniera decrescente a partire dagli € 1.000,00 (cfr. 4° giorno € 1.000,00, 5° € 991,00, 6° € 981,00, 7° € 972,00, 8° € 962,00, etc.).

Nella fattispecie concreta, tenuto conto del fatto che ***l'arco temporale di precipitazione delle condizioni cliniche del*** [redacted] ***è stato di 8 giorni complessivi, di cui 3 giorni con massima intensità della sofferenze e coscienza*** *nell'avvicinarsi della* [redacted] *e* ***5 giorni in cui le condizioni cliniche erano gravi ma non ancora scadute*** *(20/25.01.2015), deve essere riconosciuto in suo favore, a titolo di danno terminale, un importo risarcitorio complessivo di euro 34.906,00, di cui € 30.000,00 per i primi 3 giorni ed € 4.906,00 per i successivi 5 giorni, calcolati secondo i criteri espressi dalle richiamate tabelle.*

In considerazione della percentuale di responsabilità della struttura pari a 2/3, la somma complessivamente dovuta a titolo di danno terminale ***è dunque quantificabile in € 23.270,00****, da divedersi tra gli istanti in proporzione delle quote ereditarie (1/4 cadauno) e dunque pari ad* ***€ 5.817,50 cadauno***".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Orbene è orientamento pacifico e consolidato, nella giurisprudenza della Suprema Corte, quello secondo cui, nel caso in cui intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le condotte omissive oggetto di addebito e la morte causata dalle stesse (ed è questo il caso di specie, ove sono trascorsi almeno 8 giorni, durante i quali *Persona_2* è stato nelle condizioni emergenti dalle cartelle cliniche e dalla ctu), è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla effettiva menomazione della integrità psicofisica patita dal soggetto leso per il periodo di tempo indicato. Il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento è trasmissibile agli eredi, che possono agire in giudizio nei confronti del danneggiante *iure hereditatis*. In questo caso, l'ammontare del danno biologico (cd. terminale) sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea, per il tempo di permanenza in vita, e tuttavia la sua liquidazione dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporaneo, tale danno è massimo nella sua entità ed intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed esitare nella morte (cfr., ex plurimis, Cass., sez. III, 8 luglio 2014, n. 15491; Cass., 23 febbraio 2004, n. 3549; Cass., 30 ottobre 2009, n. 23053, a mente della quale «l'ammontare del danno biologico, che gli eredi del defunto richiedono iure successionis, va calcolato non con riferimento alla durata probabile della vita del defunto, ma alla sua durata effettiva»).

Si tratta di un danno – ha chiarito la Suprema Corte – nel quale i fattori della personalizzazione debbono valere in un grado assai elevato e, per questa ragione, non può essere liquidato attraverso l'applicazione automatica dei criteri contenuti nelle tabelle utilizzate dai Tribunali, ma deve essere compiutamente adeguato al caso concreto (cfr. Cass., sez. III, 16 marzo 2007, n. 7632; Cass. sez. III 14 luglio 2003, n. 3549), tenendo conto, poi, della durata effettiva della vita.

Il danno biologico terminale, quale pregiudizio della salute che pur se temporaneo è massimo nella sua entità ed intensità (cfr. Cass., sez. III, 23 febbraio 2004, n. 3549, in quanto conduce a morte un soggetto in un sia pure limitato ma apprezzabile lasso di tempo (cfr. Cass., sez. III, 23 febbraio 2005, n. 3766), si è ravvisato come "sempre esistente", per effetto della "percezione", "anche non cosciente", della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della sua vita (cfr. Cass., Cass., sez. III, 28 agosto 2007, n. 18163; Cass., sez. III, 19 ottobre 2007, n. 21976).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

Sulla scorta di tali principi e facendo applicazione della Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano anno 2021, può pertanto addivenirsi alla liquidazione del danno biologico terminale del defunto *Persona_2* nella misura complessiva di euro 19.906,00, ciò riconoscendo per i primi 3 giorni l'importo di euro 15.000,00 ed euro 4.906, per i restanti giorni, somma che può essere abbattuta nella misura di 1/3 come prospettato dagli stessi attori in ragione delle riconosciute concause naturali e per il già grave quadro patologico da cui era affetto il paziente.

Tale somma va rideterminata, pertanto, in complessivi **euro 13.270,00** in ragione del risarcimento del cd. danno morale iure hereditario. Tale danno (cd. danno morale terminale) mira al ristoro del danno subito dalla vittima per la sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine, per la cui configurabilità assume rilievo, in luogo dell'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso della vittima (rilevante per il danno biologico terminale), il diverso criterio dell'intensità della sofferenza provata (cfr. Cass n. 15491/2014, cit; Cass., sez III, 8 aprile 2010, n. 8360), rilevante sotto il profilo del danno morale, provocata dalla cosciente percezione da parte della vittima delle "conseguenze catastrofiche delle lesioni" (cfr. Cass., sez. III, 31 maggio 2005, n. 11601).

Il danno non patrimoniale in questione è quindi finalizzato al ristoro della paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali, ed è risarcibile soltanto se la vittima sia stata, come nel caso di specie, in grado di comprendere che la propria fine era imminente, sicché, in difetto di tale consapevolezza, non è nemmeno concepibile l'esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni (cfr. Cass, 13 giugno 2014, n. 13537; si vedano anche Cass., Sez. Un., 11 novembre 2008, n. 26972 e Cass., Sez. Un., 11novembre 2008, n. 26973).

Nel caso di specie, può ritenersi provato che *Persona_2* , pur affetta dal complesso quadro patologico descritto in atti, abbia avuto, seppur parziale, percezione delle conseguenze ineluttabili dell'errore terapeutico nel breve lasso di tempo che la ha condotta sino alla morte.

L'importo complessivo appena liquidato andrà ripartito in favore di ciascuno degli attori in proporzione della rispettiva quota ereditaria.

Nella liquidazione del danno cagionato da illecito aquiliano, in caso di ritardo nell'adempimento, tuttavia, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario; tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr., in tal senso ed ex multis, Cass. SS. UU., 17 febbraio 1995, n. 1712, non-ché Cass. 10 marzo 2000, n. 2796).

Orbene, per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma rivalutata in base ad un indice di rivalutazione medio questo Giudicante reputa opportuno condannare la convenuta al pagamento, in favore degli attori, degli interessi al tasso legale previsto dal codice civile, dalla data dell'evento dannoso [redacted], sugli importi sopra indicati, somme che, però, devono essere devalutati, in base all'indice ISTAT delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (cosiddetto indice FOI), alla suddetta data del [redacted] quale momento in cui l'illecito si è prodotto - e, quindi, anno per anno, ed a partire dal [redacted] e fino al momento della pubblicazione della presente decisione (mediante deposito in Cancelleria), sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra indicata, con divieto di anatocismo.

Dal momento della pubblicazione della presente sentenza e fino all'effettiva corresponsione, infine, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale sopra liquidata a titolo risarcitorio, gli ulteriori interessi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 cod. civ., posto che, al momento della pubblicazione della sentenza, l'obbligazione risarcitoria, che ha natura di debito di valore, si trasforma in debito di valuta, con conseguente applicabilità degli istituti tipici delle obbligazioni pecuniarie in senso stretto, sulla somma globale composta da capitale, rivalutazione e coacervo degli interessi maturati fino alla data predetta (pubblicazione della sentenza: cfr., in tal senso, Cass. 3 dicembre 1999, n. 13470; Cass. 21 aprile 1998, n. 4030).

Le spese di lite tra gli attori e la convenuta seguono la soccombenza di detta convenuta e si liquidano come da dispositivo facendo applicazione dello scaglione tariffario corrispondente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

alla misura in cui la domanda ha trovato concreto accoglimento, applicando, peraltro, l'incremento derivanti dal numero delle parti difese. In tale

Anche le spese di ctu fanno definitivamente poste a carico della convenuta la quale va condannata a rivalere gli attori delle somme a tale titolo provvisoriamente corrisposte ai nominati ctu.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, disattesa ogni altra istanza, eccezione o difesa, in parziale accoglimento delle domande attrici, così provvede:

a) accoglie nei limiti di cui al successivo capo la domanda proposta da *[...]* *Parte_5*, in proprio e nella qualità di genitori esercenti la patria potestà sul figlio minore *Per_1* e *Parte_3*, nei confronti della convenuta *Controparte_1* in persona del l.r.p.t.;

b) per l'effetto condanna la convenuta *Controparte_1* in persona del l.r.p.t., al pagamento: a) in favore di *Parte_1* di euro 144.000,00; b) in favore di *Parte_2* *[...]* di euro 144.000,00; c) in favore di *Parte_3* di euro 48.000,00; d) in favore di *Per_1* di euro 48.000,00; e) in favore di *Parte_1*, *Parte_2* *[...]* *Parte_3* e *Per_1* in proporzione delle rispettive quote ereditarie, dell'importo complessivo di euro 13.270,00; il tutto per le causali di cui in motivazione, oltre interessi al tasso legale dalla data del sinistro e fino al deposito della presente sentenza, sulle somme come sopra liquidate ma devalutate, in base agli indici *Org_2*, al [redacted] -quale momento del sinistro- e, quindi, anno per anno, ed a partire dal [redacted] e fino al deposito della sentenza, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra precisata; dal momento della pronunzia della presente sentenza e sino all'effettivo soddisfo, infine, con la trasformazione dell'obbligazione di valore in debito di valuta, dovranno essere corrisposti, sulla somma sopra liquidata all'attualità, gli ulteriori interessi al tasso legale, ex art. 1282 cod. civ.;

c) condanna la *Controparte_1* in persona del l.r.p.t. alla refusione in favore degli attori delle spese di lite che si liquidano in euro 3.000,00 per spese (ivi concluse le spese di ctp inerenti alla fase giudiziale e stragiudiziale) ed euro 35.000,00 per onorari, oltre iva e cpa, se

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776

dovute, e rimborso forfettario per spese generali nella misura del 15% degli onorari, con attribuzione ai procuratori antistatari;

d) pone le spese di ctu definitivamente a carico di parte convenuta la quale va condannata a rivalere gli attori delle somme a tale titolo provvisoriamente corrisposte al nominato ctu, ove adeguatamente comprovate anche a mezzo di documentazione fiscale.

Così deciso in Napoli, il 22/07/2021.

Il Giudice

(dott. Marcello Amura)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-776