

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PALERMO
SEZIONE TERZA CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del giudice Dott.ssa Monica Montante, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 792 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi dell'anno 2018, vertente

TRA

C. A., nata ad *omissis (omissis) il omissis (c.f. omissis)*, **P. M. M. G.**, nata a *omissis il omissis (c.f. omissis)* e **P. M. G.**, nato a *omissis il omissis (c.f. omissis)*, sia in proprio che quali eredi di P. M. L., deceduto in *omissis il omissis*, rappresentati e difesi dall'Avv. Salvatore Spedale;

ATTORI

E

P. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente tra loro, dagli Avv.ti G. Rossitto e Salvatore Calendoli;

CONVENUTA

OGGETTO: risarcimento danni.

CONCLUSIONI DELLE PARTI:

Per gli attori: " - *Accertare e dichiarare che il decesso del Sig. P. M. L. è ascrivibile alla condotta della Nuova Casa di Cura D. di P. S.r.l., c.f. 02723640831, in persona del legale rappresentante pro tempore, responsabile, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., delle condotte colpose o dolose degli esercenti la professione sanitaria nella predetta struttura i quali hanno effettuato le prestazioni cagionando la morte del predetto in conseguenza dell'attività medica praticata in favore dello stesso, per i motivi libellati in narrativa;*

- *per l'effetto condannare la Nuova Casa di Cura D. di P. S.r.l., c.f. 02723640831, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore dei ricorrenti i danni tutti riportati, sia in proprio che nella qualità di eredi e prossimi congiunti del Sig. P. M. L., a seguito della vicenda sanitaria e per i motivi rassegnati in narrativa, a titolo di danno non patrimoniale, sotto il profilo del danno biologico, morale e da perdita del rapporto parentale e/o esistenziale, ascendente a complessivi € 1.808.991,00, oltre interessi e rivalutazione monetaria a fare data dal fatto dannoso al soddisfo, secondo la infrascritta specifica:*

a) *€ 1.054.271,00 (danno biologico € 843.417,00 + danno morale € 210.854,00) a titolo di danno non patrimoniale iure hereditario, ovvero in quell'altra maggiore o minore somma che l'odierno Decidente riterrà congrua e conforme a giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria a far data dal fatto dannoso fino al soddisfo;*

b) *€ 754.720,00 a titolo di danno non patrimoniale maturato iure proprio dai ricorrenti, sotto il profilo del danno da perdita del rapporto parentale, o comunque morale od esistenziale, così ripartito: € 301.888,00 in favore di C. A., nata ad Alia il 27.11.1957; € 226.416,00 in favore di P. M. M. G., nata a Palermo il 10.09.1982; € 226.416,00 in favore di P. M. G., nato a Palermo il 27.08.1985 o in quell'altra maggiore o minore somma, da determinare anche in via equitativa,*

che si riterrà congrua e conforme a giustizia, il tutto oltre interessi e rivalutazione monetaria a far data dal fatto dannoso al soddisfo.

In ogni caso con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio da distrarre in favore del sottoscritto difensore che si dichiara antistatario ex art 93 c.p.c.”.

Per la convenuta: *“In via istruttoria: - in accoglimento della istanza di ricusazione e/o per i diversi ed ulteriori motivi di opportunità che ritenesse sussistenti, nominare un nuovo Collegio Peritale, disponendo la rinnovazione delle operazioni peritali, con oneri provvisoriamente a carico della P. Srl;*

- disporre l'estensione del contraddittorio all'ARNAS “Civico di Cristina Benfratelli” di Palermo ai sensi dell'art. 107 c.p.c, onerando la P. della relativa chiamata, affinché le rinnovande operazioni peritali si svolgano nel contraddittorio con tale altra struttura;

In via subordinata, nel merito: - ritenere infondata nell'an e nel quantum la domanda degli attori nei confronti della P. Srl, richiamandosi all'uopo tutte le conclusioni e difese esplicitate in atti e verbali.”

MOTIVI DELLA DECISIONE

Nella presente controversia- introdotta con ricorso depositato ai sensi dell'art. 702 bis c.p.c. il 12 gennaio 2018- C. A., P. M. M. G. e P. M. G., assumendo che il loro congiunto P. M. L. (rispettivamente coniuge e padre) era deceduto *omissis* per responsabilità ascrivibili ai sanitari della Casa di Cura D., ne hanno chiesto la condanna al risarcimento, iure hereditatis e iure proprio, dei pregiudizi non patrimoniali, sotto il profilo dei danni biologico, morale e da perdita del rapporto parentale e/o esistenziale subiti in conseguenza di detto evento, quantificati rispettivamente in complessivi € 1.054.271,00 e in € 754.720,00, o in quell'altra maggiore o minore somma, da determinare anche in via equitativa, oltre rivalutazione monetaria e interessi dal fatto dannoso sino al soddisfo.

La P. s.r.l., nel costituirsi, ha chiesto estendere *iussu iudicis*, ai sensi dell'art. 107 c.p.c., il contraddittorio all'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Benfratelli - G. Di Cristina di Palermo ove si era verificato il decesso del sig. P., ha, infatti, eccepito il proprio difetto di legittimazione passiva, essendo la morte del congiunto dei ricorrenti verificatasi presso altra struttura sanitaria dopo oltre un mese dalle dimissioni dalla Casa di Cura D.. Ha, comunque, dedotto l'insussistenza di qualsivoglia responsabilità dei propri sanitari e ha, pertanto, sollecitato il rigetto delle domande risarcitorie spiegate dalle controparti.

Con ordinanza del 10 maggio 2018 è stata respinta la richiesta di integrazione del contraddittorio - sul rilievo che non ricorrevano i presupposti di cui all'art.107 c.p.c., avendo parte ricorrente addebitato al personale sanitario della Casa di Cura D. il decesso del paziente, anche se avvenuto in altro nosocomio- ed è stato disposto il mutamento del rito da sommario in ordinario, atteso che le difese svolte dalle parti richiedevano una istruzione non sommaria.

La causa quindi, dopo l'espletamento di consulenza tecnica d'ufficio, è stata posta in decisione all'udienza del 30 settembre 2021, con assegnazione alle parti dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e di eventuali memorie di replica.

Preliminarmente, va dato atto del verificarsi della condizione di procedibilità di cui all'art. 5, comma 1-bis, D.Lgs. 28/2010 (introdotta dall'art. 84, primo comma, lett. b), D.L. 69/2013, conv. in L. 98/2013), stante l'esperimento “ante causam” (con esito negativo) del procedimento di mediazione obbligatoria previsto dalla disposizione in argomento (cfr. doc. n. 11 dell'atto introduttivo).

Occorre, altresì, ribadire quanto già evidenziato nella richiamata ordinanza del 10 maggio 2018, in ordine all'insussistenza dei presupposti di cui all'art.107 c.p.c. onde disporre l'integrazione del contraddittorio nei confronti dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta

Specializzazione Civico -Benfratelli - G. Di Cristina di Palermo (di seguito denominata, per brevità, anche solo ARNAS), avendo gli attori addebitato al personale sanitario della Casa di Cura D. il decesso del loro congiunto, ancorché occorso allorquando quest'ultimo era ricoverato presso l'anzidetto nosocomio.

Tanto premesso, in punto di diritto mette conto evidenziare che, secondo l'orientamento ormai consolidato della giurisprudenza di legittimità e di merito, la responsabilità della struttura sanitaria ha carattere contrattuale e può derivare ex art. 1218 c.c. per fatto proprio dall'inadempimento del contratto concluso con il paziente da cui insorgono a carico dell'ente obbligazioni di natura mista derivanti da un rapporto di carattere "latu sensu" alberghiero nonché di organizzazione di strutture e di dotazioni, anche umane, con la conseguente messa a disposizione del personale medico (e paramedico) e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr. Cass. civ. n. 24791/2008: "*L'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, comporta comunque la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità con la medesima*"). La responsabilità della struttura sanitaria può poi anche discendere ex art. 1228 c.c. dal fatto altrui, ove i danni lamentati siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale, e ciò anche quando l'operatore non sia un suo dipendente (Cass. civ. n. 1043/2019).

Peraltro, le Sezioni Unite hanno avuto cura di precisare che "*è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico, in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica, quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria*" (Cass. civ., sez. un., n. 577/2008).

I suddetti principi sono stati recepiti dalla legge n. 24 del 2017 (entrata in vigore in data 1° aprile 2017), il cui art. 7, primo comma, dispone: "*La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, che se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dalla struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose*".

Dall'inquadramento della responsabilità medico-sanitaria nell'ambito di quella contrattuale derivano conseguenze in punto di ripartizione dell'onere della prova.

Ed invero, prima dell'intervento della Corte di Cassazione a sezioni unite con l'ormai nota pronuncia n. 13533/2001, era diffusa l'idea che la ripartizione dell'onere probatorio in caso di responsabilità medica dovesse fondarsi principalmente sulla difficoltà della prestazione, in forza di una interpretazione che tendeva a sopravvalutare gli effetti dell'art. 2236 c.c. sulla finale allocazione della cd. alea terapeutica.

Simile canone ermeneutico, in punto di prova dell'inadempimento, è stato tuttavia superato con la citata pronuncia del 2001, alla quale si è uniformata la giurisprudenza successiva (che ne ha fatto ampia applicazione in tema di responsabilità medica).

È ormai pacifico, infatti, che spetta al paziente provare l'esistenza del contratto di spedalità e l'evento dannoso, consistente nell'aggravamento (ovvero, in alcuni casi, nella inalterazione) della preesistente patologia oppure nell'insorgenza di una nuova condizione patologica quale effetto dell'intervento, mentre a carico della struttura è lasciato l'onere di provare che la prestazione professionale sia stata eseguita secondo la migliore scienza ed esperienza medica e che l'evento infausto sia stato determinato da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. Cass. civ. n. 975/2009), ovvero causalmente estraneo all'operato del personale medico (e/o paramedico), ovvero che l'inadempimento, ove pur esistente, non sia stato la causa dell'evento

dedotto, o comunque sia rimasto alieno alla sua sfera soggettiva di signoria, non essendo imputabile alla struttura medesima (cfr. Cass. civ. n. 6102/2015).

In altri termini, *“ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile”* (Cass. civ. n. 16828/2018).

In sintesi, la Suprema Corte ha statuito che: *“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.”* (Cass. civ. n. 20812/2018).

Rimane pertanto ininfluente, almeno dal punto di vista dell'allocazione dell'onere della prova, lo scrutinio in merito alla difficoltà della prestazione, la quale assurge a mero parametro di valutazione della diligenza nell'adempimento (così Cass. civ. n. 18307/2015), fermo restando che la limitazione della responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave prevista dall'art. 2236 c.c. attiene alle sole ipotesi di imperizia, che possano essere giustificate dalla particolare complessità o novità dell'opera richiesta, e non si estende alle ipotesi in cui la prestazione sia stata viziata da negligenza o imprudenza, cioè una violazione della diligenza professionale media esigibile ex art. 1176, secondo comma, c.c., rispetto a cui rileva anche la colpa lieve (cfr. Cass. civ. n. 5506/2014, n. 6093/2013, n. 5846/2007 e 9085/2006).

In ordine poi al criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente, i giudici di legittimità hanno affermato che: *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal 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, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di 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* (Cass. civ. n. 16123/2010).

Passando, a questo punto, all'esame del caso specifico, incontestate – oltre che provate “per tabulas” alla stregua della documentazione versata in atti- sono risultate le seguenti circostanze come compendiate nella relazione dei consulenti tecnici di ufficio incaricati nel corso del giudizio:

- il signor L. P. M., già affetto da ipertensione arteriosa, era giunto presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Ingrassia di Palermo il 22 gennaio 2014, alle ore 8,53, nel relativo referto era stato riportato quale dato anamnestico: *“riferisce da circa tre giorni parestesia alla faccia, alle labbra e lacrimazione agli occhi”*, il paziente lamentava pure turbe del linguaggio e difficoltà ad alimentarsi;
- i medici lo avevano trattenuto in Osservazione Breve Intensiva nel sospetto di ischemia cerebrale, non potendo procedere a ricovero per mancanza di posti letto e per iniziale rifiuto del predetto di essere trasferito presso altra struttura;
- i sanitari lo avevano poi inviato all'Ospedale Civico per una consulenza neurologica, che era

stata effettuata il 23 gennaio 2014 alle ore 18:00, all'esito della quale lo specialista aveva segnalato: "da qualche giorno progressiva debolezza dei movimenti della bocca dapprima più evidente a sinistra, poi bilaterale, e difficoltà nella chiusura degli occhi. Non deficit motori, non cefalea né ipoacusia. TC Encefalo: normale. EON (esame obiettivo neurologico): paralisi periferica VII° nervo cranico bilaterale Sin>Dx. Qualche incertezza nella deambulazione in tandem, e difficoltà nel mantenimento della stazione eretta nella sola gamba Dx. Si consiglia approfondimento diagnostico con RMN encefalo. Iniziare Deltacortene [...]";

- il 24 gennaio 2014, alle ore 9,37, era stato trasferito con la seguente diagnosi: "Paresi facciale bilaterale di ndd (ossia di natura da determinare) in ipertensione arteriosa" alla Casa di Cura D., dove era stato ricoverato con tale obiettività: "Esame Neurologico: Paralisi periferica del VII nc (nervo cranico) di ambo i lati; indifferente per il resto" ed era stato poi trasferito per il repentino peggioramento del quadro neurologico;

- nella relazione conclusiva effettuata alle dimissioni (in data 8 febbraio 2014) era stata posta diagnosi di "Polineuropatia sensitiva" ed era stato evidenziato: "E' stato trattato con infusione venosa di prednisolone e per os con barnidipina (Libradin, un calcioantagonista ipotensivo) e acicloguanisina (Aciclovir, un antivirale). Il deficit bilaterale del facciale si è progressivamente ridotto fino alla normalizzazione. In decima giornata di degenza presentava dolore toracico irradiato alla spalla sin in relazione a cui veniva sottoposto a ECG e Visita Cardiologica che non segnalavano anomalie. Veniva sottoposto, in data 25/1/2014 e il 7/2/2014, a elettromiografia. Nel primo esame la VCM (velocità di conduzione motoria) del nervo mediano, ulnare, peroneo risultava nella norma, la SAP (Velocità di conduzione sensitiva) del nervo ulnare, surale e tibiale erano invece "lievemente rallentati bilateralmente";

- era stato accolto alle ore 14:00 dell'8 febbraio 2014 con diagnosi di accettazione "poliradicolonevrite" presso l'Unità Operativa di Neurologia dell'Ospedale Civico di Palermo, dove era stata praticata terapia con Immunoglobuline IgG in vena proseguita sino al 12 febbraio;

- stante il peggioramento delle condizioni cliniche era stato trasferito il 14 febbraio alle ore 17:00 presso il Servizio di Anestesia e Rianimazione dello stesso nosocomio ove era stata effettuata intubazione orotracheale, con posizionamento di drenaggi pleurici;

- l'esame del liquido pleurico del 15 febbraio era risultato positivo per Staphylococcus aureus;

- il 19 febbraio era stato riscontrato empiema pleurico saccato, era stato, pertanto, sottoposto a intervento di tracheotomia e decorticazione pleuropolmonare sinistra;

- l'esame colturale del broncoaspirato del 25 febbraio era risultato positivo per Acinetobacter Baumannii ed escherichia coli, l'urinocoltura del 26 febbraio aveva evidenziato presenza di Acinetobacter Baumannii e Pseudomonas Aeruginosa, l'emocoltura del 28 febbraio aveva dato esito positivo per Staphylococcus aureus;

- le condizioni si era complicate il successivo 8 marzo a causa di fibrillazione atriale, severa ipokaliemia e instabilità emodinamica, l'esame colturale della punta del catetere venoso aveva rilevato la presenza di Klebsiella Pneumoniae e Acinetobacter Baumannii e quello di catetere arterioso Acinetobacter Baumannii.

In ordine all'evento dannoso il 12 marzo 2014 il paziente era in condizioni generali gravissime, alle ore 19:30 aveva avuto un arresto cardiocircolatorio, erano state effettuate manovre rianimatorie senza successo e alle ore 20:15 era stato constatato il decesso per "insufficienza multiorgano irreversibile in poliradicolonevrite" (si vedano pagg. 6-11 della relazione depositata il 7 giugno 2021 dai cc.tt.uu., dott.ri Renato Tona e Filippo La Seta).

E', dunque, pacifica l'instaurazione del rapporto contrattuale di L. P. M. con la struttura sanitaria convenuta.

A fronte di tali elementi e dell'allegazione degli attori relativa ad una condotta inadempiente dei medici della Casa di Cura convenuta sotto il profilo di una negligenza ed imperizia che aveva determinato un errato inquadramento diagnostico (e la conseguente mancata adozione delle opportune terapie), nessuna prova è stata fornita circa l'inesistenza, l'irrelevanza e/o la non imputabilità del dedotto inadempimento.

Al contrario, la sussistenza di una responsabilità dei sanitari in relazione alla morte di L. P. M. emerge inequivocabilmente dalle risultanze della consulenza medico-legale espletata in corso di causa.

E invero, i nominati CC.TT.UU. hanno evidenziato che: i “Sanitari della Nuova Casa di Cura D. di Palermo, in esito al ricovero protrattosi fra il 24.01.2014 e l'8.02.2014, fecero diagnosi di: “Diplegia facciale (POLINEUROPATIA TIPO FISHER)”. Tale diagnosi fu il frutto di un errato inquadramento diagnostico. Infatti, mentre era reale l'obbiettività posta nella diagnosi (“diplegia facciale”), la condizione patologica non configurava affatto la polineuropatia tipo Fisher (o Miller-Fisher) ovvero una variante alquanto rara della poliradiculonevrite di Guillain-Barrè da essa ben distinguibile per le caratteristiche di oftalmoparesi, atassia e areflessia. Pertanto la sindrome di Miller-Fisher consta di un preciso tripode neurologico (atassia, areflessia, oftalmoplegia) che il de cuius non presentava affatto; invece il paziente manifestava diplegia facciale (VII n.cranico) periferica bilaterale e, almeno in fase iniziale, da “qualche incertezza nella deambulazione in tandem e difficoltà nel mantenimento della stazione eretta nella sola gamba dx” (come descritto in Consulenza Neurologica del 23.01.2014, effettuata immediatamente prima al ricovero presso la Casa di Cura D., ove, invece, all'ingresso si segnalava “paralisi periferica del VII nc di ambo i lati, indifferente per il resto”) [...] Nel caso di specie, utile si sarebbe rilevata, ai fini dell'inquadramento diagnostico, l'effettuazione della rachicentesi per studio fisico-chimico del liquor, che avrebbe potuto evidenziare la possibile e probabile esistenza di una tipica dissociazione albumino-citologica [...] frequente nella malattia di Guillain-Barrè, e quando presente è patognomonica, cioè indica precisamente che si tratta di Poliradiculonevrite.

Se effettuata presso la Nuova Casa di Cura D. tale indagine avrebbe potuto evidenziare tale dissociazione albumino-citologica e dare una dirimente conferma della Sindrome di Guillain-Barrè. Quando il signor P. M. giunse, in data 8.2.2014, presso la Neurologia dell'Ospedale Civico, la poliradiculonevrite era ormai del tutto conclamata con quadro clinico altamente evocativo: “Paralisi periferica bilaterale VII. Tetraparesi moderata/severa, prevalente agli arti inferiori (quasi plegici), con coinvolgimento sia prossimale che distale. ROT assenti ai quattro arti. Ipoestesia prevalentemente distale agli arti inferiori”. Pertanto non era più necessario eseguire la rachicentesi per eseguire l'esame del liquor allo scopo di dimostrare la dissociazione albumino-citologica; e infatti, per tale motivo, i Neurologi dell'Ospedale Civico di Palermo non la eseguirono.

Inoltre la diagnosi posta dai Sanitari della Clinica D'Anna fu invece quella di Diplegia facciale (POLINEUROPATIA TIPO FISHER), che pur non essendo corretta, avrebbe comunque richiesto, trattandosi di patologia demielinizzante autoimmune, di terapia con le Immunoglobuline per via endovenosa. I sanitari della Casa di Cura D. allorché effettuato l'inquadramento diagnostico (seppur “impreciso” e forse effettuato solo al momento del trasferimento) avrebbero già potuto e dovuto eseguire la terapia specifica con le Immunoglobuline o con la plasmaferesi. L'unica terapia praticata presso la struttura convenuta fu quella suggerita il 23.1.2014, in fase iniziale, da Neurologo di altra struttura per 7 giorni (con cortisonici e antivirali), ma i sanitari della Casa di Cura convenuta non rispettarono neanche le precauzioni suggerite per il loro uso (controllo dei valori glicemici, allo scopo di evitare che un diabete latente potesse manifestarsi e divenire grave). Orbene, proprio a causa della terapia con steroidi, che peraltro viene considerata inutile o dannosa per la poliradiculonevrite (Guillain-Barrè), si manifestò una ingravescente iperglicemia. Ricordiamo ancora che l'uso del cortisone può favorire le infezioni [...] tale alterazione dell'assetto leucocitario non fu affatto segnalata nella Relazione di Dimissioni dalla Casa di Cura D. con cui il paziente fu inviato alla Neurologia dell'Ospedale Civico di Palermo.

Altrettanto inutile risulta l'utilizzo di altra terapia praticata presso la predetta Casa di Cura convenuta, quella con antivirali (aciclovir), giacché la patologia ha una eziopatogenesi autoimmune con demielinizzazione, e non è di origine direttamente virale” (relaz. cit. pag. 21-23).

Tirando le fila del proprio discorso, gli Ausiliari sono quindi giunti ad affermare: “La mancanza di un corretto esame neurologico riportato nel diario clinico durante il ricovero (dal 24.01.2014 all'8.02.2014), oltre a quello riportato il giorno dell'ingresso del paziente in Clinica, non ci consente di conoscere se e quando nel paziente insorsero i deficit motori gravi ai quattro arti, con l'areflessia osteotendinea, e con i deficit della sensibilità, rilevati poi all'ingresso nel Reparto di Neurologia dell'Ospedale Civico di Palermo il 8.2.2014.

In ogni caso le omissioni della Casa di Cura D. oltre a favorire uno scompenso metabolico, determinarono un ritardo all'inizio della terapia con Immunoglobuline di 15 giorni non impedendo (per inerzia negligente nell'eseguire una corretta terapia o per errata diagnosi) l'evoluzione patologica, il cui esito infausto sarebbe stato prevedibile e prevenibile.

Tale ritardo a iniziare la terapia con Immunoglobuline fu un fattore causale determinante nei conseguenti peggioramenti clinici, che condussero il paziente alla successiva morte. Una corretta terapia con Immunoglobuline venne impostata ormai troppo tardi quando il paziente giunse all'Ospedale Civico di Palermo, ma le condizioni determinate dall'evolversi incontrastato della malattia nei giorni precedenti, unitamente alle conseguenze dello scompenso metabolico del diabete non diagnosticato e quindi non trattato in tempo e alla fibrillazione atriale persistente (da disfunzione del sistema autonomo, caratteristico della poliradiculonevrite del tipo Guillain-Barrè) hanno portato all'evoluzione infausta determinando progressivamente un quadro di insufficienza respiratoria, metabolica, renale, che richiese il trasferimento in Rianimazione, l'intubazione orotracheale e la ventilazione meccanica automatica con supporto di ossigeno. Nelle fasi di ricovero in ambiente rianimatorio il paziente, quando non era sedato per tenerlo adattato al ventilatore, rimaneva vigile e cosciente, ma presentava marcato versamento pleurico bilaterale (con addensamento parenchimale atelettasico), trattato con toracentesi evacuativa e drenaggio in Bulau bilaterale. Le condizioni si complicavano anche per l'infezione polmonare settica plurifocale con sepsi generalizzata, sottoposta a intervento chirurgico (decorticazione polmonare per rendere al polmone la sua funzione ventilatoria, liberandolo dalla ganga fibrosa che lo circondava e lo comprimeva sul mediastino.), fino all'exitus da attribuirsi a un'insufficienza multiorgano.

Va segnalato che la poliradiculonevrite del tipo sindrome di Guillain-Barrè è conosciuta come una emergenza medica, poiché spesso evolve anche rapidamente verso tetraplegia areflessica, con paralisi del diaframma e insufficienza respiratoria, cui talora può conseguire l'exitus. Da ciò nasce l'imperativo categorico, una volta individuata una poliradiculonevrite acuta, di eseguire al più presto, contestualmente alla diagnosi, la terapia idonea con le immunoglobuline endovenose o con plasmaferesi”.

Gli esperti, con precipuo riguardo al nesso di causalità fra il ritardo diagnostico e terapeutico riscontrato in relazione alla condotta dei sanitari della Casa di Cura D. e il decesso del sig. P., hanno verificato la sussistenza del “*criterio cronologico*” (per congruità temporale fra epoca di intervento della causa lesiva e momento di comparsa dei relativi effetti), essendo certo che il paziente giunse dalla Clinica D'Anna all'ospedale Civico in data 8 febbraio 2014 con una condizione di tetraparesi, con ipoestesie ed areflessia osteotendinea, deficit questi che non potevano insorgere all'improvviso e che dovevano essersi già chiaramente manifestati, quantomeno in un certo grado, fin dall'accesso presso la struttura sanitaria convenuta e si erano poi aggravati.

I cc.tt.uu. hanno appurato nella vicenda che ci occupa la ricorrenza anche del “*criterio dell'efficienza qualitativa e quantitativa*” (che valuta se l'agente lesivo è qualitativamente e quantitativamente sufficiente a causare il danno in analisi), atteso che la poliradiculonevrite in genere è rapidamente progressiva, nonché del “*criterio eziologico (o dell'idoneità lesiva)*” poiché la sindrome di Guillain-Barrè è patologia “potenzialmente letale” sicché, non appena riconosciuta dai sintomi e magari col supporto dell'esame del liquor o dagli esami elettrofisiopatologici, deve essere trattata il più precocemente possibile, dal momento che il ritardare il trattamento con idonee terapie equivale a consentire una indisturbata evoluzione naturale della patologia, che può portare anche l'exitus, come realmente poi accadde nel caso in esame.

I consulenti hanno, inoltre, posto in luce come nello specifico si ravvisa anche il “*criterio di continuità fenomenica*”, in ragione del fatto che è emersa una precisa concatenazione di eventi “*in peius*” ininterrotta tra la comparsa del deficit motorio periferico del nervo facciale bilateralmente, documentata al momento dell'accesso in Pronto Soccorso presso l'Ospedale Ingrassia il 22 gennaio 2014 (ma riferita come risalente a qualche giorno prima), la “*incertezza nella deambulazione in tandem e difficoltà nel mantenimento della stazione eretta nella sola gamba Dx*” riscontrata il 24 gennaio dal neurologo, il successivo grave peggioramento-

inequivocabilmente documentato dalla cartella clinica dell'Ospedale Civico in data 8 febbraio (*Paralisi periferica bilaterale VII n.c. Tetraparesi moderata-severa, prevalente agli arti inferiori (quasi plegici), ROT assenti ai quattro arti. Ipoestesia prevalentemente distale agli arti inferiori*)- e poi gli ulteriori aggravamenti che hanno poi condotto al decesso.

Si riscontrano anche gli altri criteri: della *"possibilità scientifica"* (essendo certa la diagnosi di poliradiculonevrite), della *"probabilità statistica"* (*"in quanto risulta di palmare evidenza il fatto che con molto elevata probabilità statistica se il paziente avesse ricevuto il prima possibile, già dal 24.1.2014, la corretta terapia, sarebbe stata evitata o grandemente ridotta in entità la serie di peggioramenti neurologici e clinici fino al decesso"*) e, infine, di *"esclusione di altre cause"* (poiché non vi furono altre cause intervenute e sopravvenute che potessero giustificare la morte, non essendosi verificato alcun fatto interruttivo del nesso di concatenazione tra i sopradescritti fatti omissivi e il successivo evento finale con l'exitus).

Sulla scorta di tali argomentazioni, in base alla sopra illustrata regola della preponderanza dell'evidenza (o del "più probabile che non"), il nesso di causalità tra condotta (omissiva) dei medici nel corso del ricovero protrattosi dal 24 gennaio 2014 all'8 febbraio 2014 e il decesso di P. M. L. deve senz'altro ritenersi sussistente.

Alla stregua di tali considerazioni, soffermandosi sugli specifici profili di inadempimento imputabili alla Casa di cura, i consulenti hanno poi puntualizzato: *"Sussistono profili di responsabilità professionale medica per imperizia e negligenza in carico alla struttura convenuta in merito a svariati aspetti quali in particolare il non corretto inquadramento diagnostico e di conseguenza alla non adeguata terapia praticata (anche in relazione all'iperglicemia), la mancata effettuazione di un monitoraggio obiettivo neurologico, la grossolanità e incompletezza con cui è stata redatta la relazione di dimissione che non includeva alcuni dati rilevanti relativi alle fasi di ricoveri. Il non corretto e/o ritardato inquadramento diagnostico (effettuato solo alla dimissione con entità nosografica non corrispondente alla presentazione clinica ma che comunque si sarebbe giovata della stessa terapia poi solo successivamente e tardivamente avviata) ha avuto ricadute sull'evoluzione clinica fino al decesso. Il comportamento si scostò da quello atteso e richiesto rispetto alla condizione patologica"*.

E' stato altresì precisato che *"La presentazione clinica del paziente nelle fasi di ricovero presso la Casa di Cura D. poteva porre dei problemi in termini di diagnostica differenziale di tipo neurologico ma, considerata la natura specialistica della Clinica di degenza, non implicava la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà"* (pag. 27 dell'elaborato).

Alle suddette conclusioni questo giudice ritiene di doversi uniformare, essendo le stesse supportate, oltre che dai necessari rilievi di competenza specifica, da un percorso argomentativo lineare e rigoroso rispetto al quale non residua alcun margine di dubbio in ordine alla riconducibilità dell'evento letale alla condotta omissiva negligente e imperita dei sanitari della struttura convenuta.

Non occorre, dunque, disporre la rinnovazione delle operazioni peritali e la sostituzione del collegio dei consulenti d'ufficio sollecitate dal difensore della P. ai sensi dell'art. 196 c.p.c. in considerazione del fatto che uno dei componenti, il dott. Filippo La Seta, aveva prestato servizio presso come Direttore dell'U.O. di Neurologia dell'Arnas.

Sul punto, giova ribadire quanto già statuito nell'ordinanza dell'8 giugno 2021 con la quale è stata respinta l'istanza di ricusazione del c.t.u. dott. F. La Seta avanzata dalla difesa della convenuta solo dopo la trasmissione della bozza della relazione da parte dei cc.tt.uu. e il decorso dei termini per la trasmissione dei rilievi critici delle parti, del tutto tardivamente dunque, atteso che l'istanza di ricusazione di un consulente tecnico d'ufficio può essere proposta esclusivamente entro il termine di cui all'art.192 c.p.c., ossia prima dell'affido di incarico, con conseguente impossibilità fattuale di esecuzione d'opera professionale da parte dell'ausiliario, ove l'istanza sia tempestiva, potendo trovare, in presenza di un'istanza formulata oltre il termine prescritto, applicazione solo il potere sostitutivo del giudice, a mente dell'art. 196 c.p.c. (cfr., tra le tante, Cass. n. 26358/2020).

E', al riguardo, sufficiente osservare che la suddetta Azienda Ospedaliera non è parte del presente giudizio nel quale gli attori hanno invocato, a supporto delle istanze risarcitorie spiegate, profili di responsabilità addebitabili unicamente all'operato dei sanitari della Casa di

Cura D. e non si ravvisano, pertanto, quei “gravi motivi” che legittimerebbero la sostituzione dei componenti del collegio peritale, richiesta dalla difesa per l’appunto solo dopo la trasmissione della bozza della relazione.

Occorre, altresì, ribadire che gli Ausiliari hanno rassegnato le loro conclusioni sulla base degli accertamenti di competenza specifica secondo un ragionamento chiaro e privo di contraddizioni in alcun modo scalfito dalle osservazioni critiche trasmesse dai consulenti della convenuta, ai quali hanno replicato in modo dettagliato ed esauriente (si vedano pag. 28-38 della relazione). Non può, invero, condividersi l’assunto difensivo della convenuta secondo cui i cc.tt.uu., nonostante il decesso del paziente si fosse verificato a distanza di oltre un mese dalle dimissioni dalla Casa di Cura D., durante il ricovero presso l’Ospedale Civico, *“pur in mancanza di qualsivoglia obiettività clinica e nella concomitante presenza di svariate altre patologie”* avevano ritenuto che la sindrome di Guillame Barrè fosse stata la causa principale del decesso del sig. P., mentre, secondo la prospettazione dei consulenti di parte della struttura, l’evento letale doveva ricondursi ad una polmonite da ventilazione assistita, che tipicamente colpisce i pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Tale asserzione è stata confutata dai cc.tt.uu., i quali hanno rilevato che le infezioni plurime del de cuius si evidenziarono fin dall’arrivo nel reparto di Rianimazione, ove venne intubato, con liquido prelevato dal cavo pleurico il 14/2/14 e riscontro di Staphylococcus aureus, infezione evidentemente presente già prima in u soggetto che presentava già durante la permanenza in Casa di Cura D. importante leucocitosi, dato laboratoristico spesso associato a quadri infettivi e hanno, in proposito, ulteriormente precisato che *“In realtà, a complicare l’evoluzione clinica è stata una sindrome nefrosica anasarcatca (versamento pericardico, pleurico, edemi declivi agli arti inferiori, favoriti dalle alterazioni da disautonomia causata dalla malattia autoimmune non trattata), con infezioni verosimilmente favorite dallo scompenso glicemico con “un certo grado di chetoacidosi diabetica” (come riferito dai C.T.di Parte), determinato dall’uso indiscriminato, oltre che immotivato, di elevate dosi endovena di corticosteroidi dai Sanitari della Casa di Cure D’Anna per 15 giorni consecutivi”* (cfr. pag. 37).

Del resto, non coglie nel segno neppure l’affermazione della convenuta in base alla quale sarebbe stato “il peggioramento improvviso” delle condizioni cliniche del paziente a determinare la decisione del suo trasferimento all’ARNAS, onde garantirgli un eventuale ricovero in terapia intensiva, avendo piuttosto i consulenti d’ufficio osservato che il grave quadro neurologico del sig. P. risultante al momento dell’ingresso all’ospedale Civico non poteva essere comparso all’improvviso nel brevissimo lasso di tempo che l’ambulanza aveva impiegato per condurlo al nosocomio dalla Casa di Cura, dovendosi altresì escludere che vi fosse stata effettivamente, durante il ricovero dal 24 gennaio sino al 7 febbraio, una evoluzione migliorativa delle condizioni, posto che la valutazione neurologica effettuata il giorno successivo dimostrava piuttosto *“la progressione tipicamente ingravescente della GB”*, giacché non solo persisteva invariata la paralisi periferica bilaterale del nervo faciale (non migliorata), ma si era determinata una tetraparesi prevalente agli arti inferiori, quasi plegici.

Appare del tutto disancorata, dunque, dai dati emersi all’esito dell’esame obiettivo effettuato all’atto del ricovero nel Reparto di Neurologia dell’ospedale Civico la considerazione svolta dalla difesa della P. s.r.l. in ordine al fatto che, durante il ricovero, il quadro clinico del paziente sarebbe rimasto sostanzialmente invariato.

D’altro canto, contrariamente a quanto sostenuto dalla società convenuta in merito alla difficoltà di formulare la diagnosi di Guillain-Barré, al fine di escludere i rilevati profili responsabilità della Casa di Cura non può certo assumere rilievo la circostanza che nella richiesta di RMN del 6 marzo 2014, accanto al sospetto diagnostico di poliradicolonevrite, era stato posto un punto interrogativo, proprio a dimostrazione della sua incertezza.

In proposito, il collegio peritale ha evidenziato che la suddetta richiesta, peraltro non firmata, proveniva dal Reparto di Rianimazione, ove il paziente era degente e presentava ormai problematiche oltremodo complesse e i sanitari dell’U.O., al fine di ottenere un quadro anatomopatologico attuale dell’encefalo, riportarono la diagnosi che i neurologi avevano espresso, diagnosi della quale i rianimatori non erano autori.

Si consideri che gli Ausiliari, sulla base della documentazione medica in atti, hanno piuttosto

evidenziato che all'Ospedale Civico venne formulata la diagnosi di accettazione di poliradiculonevrite e, nella stessa giornata di ricovero (8 febbraio 2014), fu iniziata la terapia specifica di Immunoglobuline in vena otto flaconi quotidiani, venne subito controllata la glicemia, sospesa la terapia steroidea e praticata terapia insulinica.

Al lume delle argomentazioni illustrate non può, pertanto, revocarsi in dubbio che la responsabilità per il decesso del sig. P. M. L. debba essere ascritta ai sanitari della Casa di Cura convenuta nella quale non venne posta la diagnosi di poliradiculonevrite e, comunque, nonostante quella, non corretta, risultante dalla relazione di dimissione per il trasferimento presso il reparto di neurologia dell'Ospedale Civico di "diplegia facciale (polineuropatia tipo Fisher)" non fu praticata la terapia con immunoglobuline che si sarebbe rivelata comunque indicata anche rispetto alla cura della sindrome di Guillain-Barrè.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono, risulta quindi integralmente fondata, sotto il profilo dell'an debeat, la domanda risarcitoria spiegata nei confronti della P. s.r.l., che deve pertanto essere condannata a risarcire gli attori, in proprio e quali eredi di P. M. L., dei danni sofferti in conseguenza dell'evento lesivo per cui è causa.

Passando, a questo punto, all'analisi delle poste risarcitorie richieste dagli attori, preme, in primo luogo, osservare che il danno non patrimoniale, ai sensi dell'art. 2059 c.c., si identifica con il danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica (così Cass. civ., sez. un, n. 26972/2008), tipizzato ma, nel contempo, caratterizzato da una tipicità ricollegabile oltre che alle previsioni normative espresse anche ai diritti inviolabili della persona tutelati dalla Carta Costituzionale.

Il risarcimento del danno non patrimoniale postula la sussistenza degli elementi costitutivi dell'illecito civile extracontrattuale ex art. 2043 c.c., che consistono nella condotta, nel nesso di causalità tra la condotta e l'evento dannoso e nel danno (secondo l'opinione ormai consolidata, nella species di danno conseguenza).

All'interno della categoria del danno non patrimoniale, bisogna ulteriormente distinguere tra il risarcimento dei danni da riconoscere "iure proprio" e quelli spettanti "iure hereditatis". In relazione a questi ultimi le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno chiarito che "gli eredi della persona uccisa non possono invocare il diritto al risarcimento "iure successionis" del danno da perdita della vita, costituendo il bene giuridico "vita" un bene autonomo fruibile in natura solo da parte del titolare e la cui soppressione, proprio in conseguenza del decesso del titolare di tale bene, è insuscettibile di configurare un danno risarcibile attesa la funzione meramente compensativa della responsabilità civile" (Cass. civ., sez. un., n. 15350/2015).

D'altro canto, i giudici di legittimità hanno affermato che, allorché tra le lesioni colpose e la morte intercorra un "apprezzabile lasso di tempo", il pregiudizio subito dalla vittima è configurabile e trasmissibile agli eredi nella duplice componente di danno biologico "terminale", cioè di danno biologico da invalidità temporanea assoluta, e di danno morale consistente nella sofferenza patita dal danneggiato che lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita; la liquidazione equitativa del danno in questione va effettuata commisurando la componente del danno biologico all'indennizzo da invalidità temporanea assoluta e valutando la componente morale del danno non patrimoniale mediante una personalizzazione che tenga conto dell'entità e dell'intensità delle conseguenze derivanti dalla lesione della salute in vista del prevedibile "exitus" (Cass. n. 17577/2019).

Invero, il danno alla salute che può patire la vittima di lesioni personali, la quale sopravviva quodam tempore e poi deceda a causa della gravità delle lesioni, dal punto di vista medico-legale può consistere solo in una invalidità temporanea, mai in una invalidità permanente, atteso che il termine "invalidità", sotto il profilo medico-legale, designa uno stato menomativo che può essere transeunte (invalidità temporanea) durante il decorso di una malattia) o permanente che invece residua dopo la cessazione d'una malattia (invalidità permanente).

L'esistenza d'una malattia in atto e l'esistenza di uno stato di invalidità permanente non sono tra loro compatibili: finché durerà la malattia, permarrà uno stato di invalidità temporanea, ma non

vi sarà ancora invalidità permanente; se la malattia guarisce con postumi permanenti, si avrà uno stato di invalidità permanente, ma non vi sarà più invalidità temporanea; se la malattia dovesse condurre a morte l'ammalato, essa avrà causato solo un periodo di invalidità temporanea, come ripetutamente affermato dalla Corte di Cassazione (n. 32372/2018; n. 5197/2015) e da siffatti presupposti non si può prescindere ai fini della liquidazione al danno alla salute che è solo quello "suscettibile di accertamento medico legale", come recita l'art. 138 cod. ass.

Da ciò discende che la persona ferita, che a causa delle lesioni sofferte perda la vita, non può per definizione patire un danno alla salute permanente ma soltanto temporaneo, che va liquidato tenendo conto del periodo di tempo per il quale si è protratto.

Applicando i suddetti principi al caso specifico, consegue che compete ai congiunti di P. M. L., iure hereditatis, il danno terminale dallo stesso sofferto dal giorno 8 febbraio 2014 (data d'ingresso presso il Reparto di Neurologia dell'ospedale Civico, quando per le ragioni suindicate, è certo che le sue condizioni si fossero irrimediabilmente aggravate) fino al 12 marzo 2014 (data della morte).

Per la liquidazione equitativa di tale voce di danno, occorre far riferimento ai criteri elaborati nelle tabelle del Tribunale di Milano (il cui utilizzo, per tutti i postumi non connessi alla circolazione stradale, è stato generalizzato da Cass. civ. nn. 12408 e 14402/2011), che nel caso di danno terminale protrattosi per tre giorni contemplano un risarcimento massimo di € 30.000,00, che proprio in quanto comprensivo di ogni tipo di pregiudizio non patrimoniale patito dalla vittima in quel lasso di tempo, esclude la possibilità di liquidare il danno biologico temporaneo "ordinario", che rimane quindi assorbito.

Al suddetto importo va aggiunto quello ulteriore spettante per i successivi 29 giorni durante i quali si è protratto il ricovero sino al decesso e si perviene così, alla stregua delle Tabelle del Tribunale di Milano aggiornate al 2021, ad un risarcimento pari ad € 52.945,00 (€ 30.000,00 + € 22.945,00), che dev'essere incrementato nella misura del 50 % e si perviene così ad € 79.417,50, in considerazione della enorme sofferenza patita dal de cuius sia per le gravissime lesioni fisiche che lo avrebbero presto condotto alla morte sia sotto il profilo psichico per la consapevolezza dell'imminente exitus, dello spegnersi della propria vita che egli, secondo l'"id quod plerumque accidit", avrà inevitabilmente acquisito con il progredire della malattia.

Giova osservare, in proposito, che, come posto in rilievo dai cc.tt.uu., nella specie *"una corretta terapia con Immunoglobuline venne impostata ormai troppo tardi quando il paziente giunse all'Ospedale Civico di Palermo, ma le condizioni determinate dall'evolversi incontrastato della malattia nei giorni precedenti, unitamente alle conseguenze dello scompenso metabolico del diabete non diagnosticato e quindi non trattato in tempo e alla fibrillazione atriale persistente (da disfunzione del sistema autonomo, caratteristico della poliradicolonevrite del tipo Guillain-Barré) hanno portato all'evoluzione infausta determinando progressivamente un quadro di insufficienza respiratoria, metabolica, renale, che richiese il trasferimento in Rianimazione, l'intubazione orotracheale e la ventilazione meccanica automatica con supporto di ossigeno. Nelle fasi di ricovero in ambiente rianimatorio il paziente, quando non era sedato per tenerlo adattato al ventilatore, rimaneva vigile e cosciente, ma presentava marcato versamento pleurico bilaterale (con addensamento parenchimale atelettasico), trattato con toracentesi evacuativa e drenaggio in Bulau bilaterale. Le condizioni si complicavano anche per l'infezione polmonare settica plurifocale con sepsi generalizzata, sottoposta a intervento chirurgico (decorticazione polmonare per rendere al polmone la sua funzione ventilatoria, liberandolo dalla ganga fibrosa che lo circondava e lo comprimeva sul mediastino....)-* si vedano pag. 23 e 24 della relaz.-

Venendo ora alla disamina dei danni non patrimoniali invocati *"iure proprio"* dagli attori, l'unica voce attribuibile è rappresentata dal cd. "danno parentale per morte del congiunto", per la cui liquidazione è lecito avvalersi dello strumento della presunzione (Cass. civ. n. 3767/2018).

In proposito, vale rammentare che la giurisprudenza di legittimità, già nel 2003, aveva avuto occasione di precisare che l'uccisione di una persona è evento plurioffensivo, idoneo, in quanto tale, ad estinguere contemporaneamente il bene vita della vittima primaria e il vincolo parentale con i congiunti di questa, ledendo in tale modo l'interesse di rilevanza costituzionale all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà tra i familiari (cfr.

Cass. civ., sez. un., nn. 8827 e 8828/2003).

A far data dal 2008 le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno avuto cura di precisare che: *“Il danno non patrimoniale è categoria generale non suscettiva di suddivisione in sottocategorie variamente etichettate. In particolare, non può farsi riferimento ad una generica sottocategoria denominata danno esistenziale perché attraverso questa si finisce per portare anche il danno non patrimoniale nell’atipicità, sia pure attraverso l’individuazione della apparente tipica figura categoriale del danno esistenziale, in cui tuttavia confluiscono fattispecie non necessariamente previste dalla norma ai fini della risarcibilità di tale tipo di danno, mentre tale situazione non è voluta dal legislatore ordinario né è necessitata dall’interpretazione costituzionale dell’art. 2059 c.c., che rimane soddisfatta dalla tutela risarcitoria di specifici valori della persona presidiati da diritti inviolabili secondo Costituzione”* (cfr. Cass. civ., sez. un., n. 26972/2008).

Non può trovare spazio una duplice liquidazione del danno morale soggettivo e del danno parentale, perché le sofferenze patite a causa della perdita del congiunto, sia nel frangente in cui essa viene percepita sia in tutto l’arco della propria esistenza, costituiscono forme di pregiudizio suscettibili di un unico integrale ristoro.

Ciò posto, dovrà, dunque, essere liquidata equitativamente un’unica voce, comprensiva di tutte le sofferenze morali ed esistenziali connesse alla perdita del rapporto parentale.

Invero, la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita (sul piano morale soggettivo) e quella che accompagna l’esistenza del soggetto che l’ha subita (sul piano dinamico-relazionale), rappresentano elementi essenziali del complesso pregiudizio, che va integralmente ma unitariamente ristorato (cfr. Cass. n. 25351/2015).

Allo stesso modo, in virtù del principio di unitarietà e onnicomprensività del risarcimento del danno non patrimoniale, deve escludersi che al prossimo congiunto di persona deceduta in conseguenza del fatto illecito di un terzo possano essere liquidati sia il danno da perdita del rapporto parentale che il danno esistenziale, poiché il primo già comprende lo sconvolgimento dell’esistenza, che ne costituisce una componente intrinseca (cfr. Cass. n. 30997/2018).

Vertendosi in tema di lesione di valori inerenti alla persona, in quanto tali privi di contenuto economico, la concreta determinazione di tale posta risarcitoria non potrà che avvenire in base a valutazione prettamente equitativa (artt. 1226 e 2056 c.c.), in ragione della sua natura e della circostanza che la riparazione mediante dazione di una somma di denaro assolve una funzione non già reintegratrice di una diminuzione patrimoniale bensì compensativa di un pregiudizio non economico.

Sulla scorta di tali considerazioni, questo giudice ritiene di operare la suddetta quantificazione sulla base delle tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale elaborate dal Tribunale di Roma (anno 2019), in adesione al più recente indirizzo della Suprema Corte, secondo cui al fine di garantire non solo un’adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l’uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all’adozione del criterio a punto, l’estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l’elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l’età della vittima, l’età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l’indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull’importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l’eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella (Cass. n. 26300/2021, conf. n. 10579/2021).

Le tabelle elaborate dal Tribunale di Roma prevedono, infatti, un sistema a punti basato sulla attribuzione al danno di un punteggio numerico a seconda della sua presumibile entità e nella moltiplicazione di tale punteggio per una somma di denaro, che costituisce il valore ideale di ogni punto.

Sono stati al riguardo elaborati cinque fattori di influenza del risarcimento - una volta ritenuta provata la esistenza di una seria relazione affettiva - determinanti per la percezione e l’elaborazione del lutto da parte dei parenti della vittima, vale a dire:

- il rapporto di parentela esistente tra la vittima ed il congiunto avente diritto al risarcimento,

potendosi presumere che il danno sia maggiore quanto più stretto il rapporto;

- l'età del congiunto, in ragione del fatto che il danno è tanto maggiore quanto minore è l'età del congiunto superstite;

- l'età della vittima, dovendosi anche in questo caso ragionevolmente ritenere che il danno sia inversamente proporzionale all'età della vittima, in considerazione del progressivo avvicinarsi al naturale termine del ciclo della vita;

- la convivenza tra la vittima ed il congiunto superstite, dovendosi presumere che il danno sarà tanto maggiore quanto più costante e assidua è stata la frequentazione tra la vittima ed il superstite;

- la presenza all'interno del nucleo familiare di altri conviventi o di altri familiari non conviventi), atteso che il danno derivante dalla perdita è sicuramente maggiore se il congiunto superstite rimane solo, privo di quell'assistenza morale e materiale che gli derivano dal convivere con un'altra persona o dalla presenza di altri familiari, anche se non conviventi.

Il risarcimento totale, quindi, risulta pari al punteggio dato dalla sommatoria dei punti previsti per ciascuna delle ipotesi ricorrenti nel caso concreto in esame, moltiplicato per il valore del punto determinato alla stregua delle tabelle in questione, fermo restando che sull'importo finale possono essere, poi, applicati dei correttivi per adeguare ulteriormente il risarcimento alla fattispecie concreta in esame, essendo stato previsto che la circostanza della non convivenza con la vittima possa essere apprezzata con una riduzione del punteggio complessivamente conseguito fino ad un terzo, mentre la situazione della inesistenza di altri familiari possa comportare un aumento da un terzo alla metà del punteggio complessivamente conseguito.

Pertanto, alla stregua dei suddetti parametri e dei dati acquisiti, si reputa congruo riconoscere l'importo di € 313.800,00 alla moglie C. A., tenuto conto del valore del punto base di € 9.806,70 che dev'essere moltiplicato per 32 punti, in ragione del rapporto intercorrente con la vittima primaria che all'epoca del decesso aveva 61 anni e dell'età (56 anni) al tempo del coniuge superstite, unico soggetto convivente.

A ciascuno dei figli, P. M. M. G. e P. M. G.- che al momento della morte di P. M. L. avevano rispettivamente 31 e 28 anni- appare congruo riconoscere a titolo di ristoro per la sofferenza connessa alla perdita del padre l'importo di € 186.320,00 ciascuno, riducendo da 24 (per un totale di € 235.360,80) a 19 i punti da attribuire moltiplicati per il suddetto valore base, in considerazione del fatto che nessuno dei due conviveva con i genitori (circostanza questa che legittima- come detto- una riduzione del punteggio complessivamente conseguito fino ad un terzo), avuto riguardo anche al numero dei componenti la famiglia.

In conclusione, l'ammontare dei risarcimenti riconosciuti è pari ad € 79.417,50 per il danno non patrimoniale iure hereditatis, ad € 313.800,00 per la moglie C. A. e ad € 186.320,00 per ciascuno dei figli in relazione al pregiudizio patito iure proprio.

Gli importi in questione, in quanto calcolati ai valori attuali, andranno prima devalutati alla data di insorgenza (marzo 2014), per poi procedere all'applicazione degli interessi compensativi sulla somme via via rivalutate.

Infatti le suddette somme, espresse in valuta attuale, non comprendono l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro, derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente in denaro del bene leso.

Per questa ragione occorre tenere presente che è necessaria una "devalutazione" nominale delle voci liquidate in valuta attuale, rapportandole all'equivalente della data d'insorgenza del danno e procedere quindi alla rivalutazione, applicando gli interessi alle somme che man mano che si incrementano per effetto della rivalutazione (con cadenza mensile alla stregua della mensile variazione degli indici ISTAT) e tenendo puntualmente nota del montante progressivo del credito capitale per l'inserimento di nuove voci di danno in tempi diversi, 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 rileva 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. Orbene, tale voce di danno deve essere provata dal creditore e, solo in caso negativo, il giudice, nel liquidare il risarcimento ad essa relativo, può fare riferimento, quale criterio presuntivo ed equitativo, ad un tasso di interesse che, in mancanza di contrarie indicazioni suggerite dal caso concreto, può essere fissato in un valore pari all'interesse legale del periodo intercorrente tra la data del fatto e quella attuale della liquidazione.

Tale "interesse" va poi applicato non già alla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, bensì, conformemente al principio enunciato dalle sezioni unite della Suprema Corte con sentenza n. 1712/1995 (poi ribadito, tra le altre, da Cass. civ. n. 2796/2000, n. 7692/2001, n. 5234/2006, n. 16726/2009 e n. 18028/2010) sulla "somma capitale" originaria rivalutata di anno in anno.

Procedendo alla stregua dei criteri appena enunciati, a partire dal danno complessivamente subito sopra indicato in valori attuali, si determina il "danno iniziale", inteso come danno finale devalutato alla data del fatto; questo viene dunque successivamente rivalutato fino alla data della sentenza, al contempo calcolando gli interessi ponderati via via maturati. Si arriva in tal modo a determinare l'importo esatto degli interessi da corrispondere per la mancata completa disponibilità del risarcimento dovuto.

Nella fattispecie in esame, il credito risarcitorio spettante agli attori iure hereditatis alla data dell'evento risulta pari ad € 75.205,97, ad € 297.159,09 e ad €. 176.439,39 quello accordato iure proprio rispettivamente alla moglie e ai figli.

Consegue che le somme spettanti a titolo di risarcimento, con rivalutazione e interessi ponderati a tutt'oggi, ammontano ad € 81.517,84 (di cui € 2.100,34 per interessi) per il danno non patrimoniale sofferto dalla vittima e trasmesso iure hereditatis agli attori, nonché ad € 322.099,05 (di cui € 8.299,05 per interessi) quello subito dalla moglie e ad € 191.247,58 (di cui € 4.927,58 per interessi) quello patito da ognuno dei figli.

In conclusione, la P. s.r.l. va condannata al pagamento delle somme sopra indicate, sulle quali sono poi dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) e fino al soddisfo.

In ossequio al principio di soccombenza, la P. s.r.l. deve essere, altresì, condannata al pagamento delle spese di lite, che vengono distratte in favore del procuratore degli attori (il quale ne ha fatto richiesta ai sensi dell'art. 93 c.p.c.) e liquidate – come in dispositivo – secondo i parametri introdotti dal D.M. Giustizia 55/2014 (attuativo dell'art. 13, sesto comma, L. 247/2012), nella formulazione conseguente alle modificazioni apportate con D.M. 37/2018 (entrato in vigore il 27 aprile 2018).

È opportuno evidenziare che, ai sensi dell'art. 5, primo comma, D.M. 55/2014, ai fini della liquidazione dei compensi a carico del soccombente, nei giudizi per pagamento di somme o liquidazione di danni deve aversi riguardo alla somma attribuita alla parte vincitrice piuttosto che a quella domandata.

Tenuto conto della sostanziale identità delle questioni affrontate con riferimento alle posizioni dei singoli attori, si ritiene di non dover accordare gli aumenti percentuali del compenso previsti dagli art. 4, secondo comma, e 6 del citato D.M.

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio devono porsi definitivamente a carico di parte convenuta.

In relazione al combinato disposto degli artt. 59, lett. d), e 60 T.U. sull'imposta di registro (D.P.R. 131/1986), rilevato che nel fatto generatore dei danni subiti dagli attori vi è figura di reato (art. 589 c.p.), si indica nella P. s.r.l. la parte nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa, così

provvede:

- 1) condanna la P. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di C. A., P. M. M. G. e P. M. G., quali eredi di P. M. L., della somma di € 81.517,84, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia fino al soddisfo;
 - 2) condanna la P. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di C. A., della somma di € 322.099,05, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia fino al soddisfo;
 - 3) condanna la P. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di P. M. M. G., della somma di € 191.247,58, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia fino al soddisfo;
 - 4) condanna la P. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di P. M. G., della somma di € 191.247,58, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia fino al soddisfo;
 - 5) condanna la P. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento delle spese di lite di parte attrice che si distraggono in favore dell'Avv. Salvatore Spedale e si liquidano in complessivi € 16.889,24, di cui € 889,24 per esborsi ed € 16.000,00 per compenso professionale, oltre rimborso spese forfettarie, I.V.A. e C.P.A. nella misura legalmente dovuta;
 - 6) pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio definitivamente a carico della società convenuta;
 - 7) indica nella P. s.r.l. la parte obbligata al risarcimento del danno derivante da fatto costituente reato, nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito, ai sensi del combinato disposto degli artt. 59, lett. d), e 60 T.U. sull'imposta di registro (D.P.R. 131/1986).
- Palermo, 13 gennaio 2022

Il Giudice
Monica Montante

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice Monica Montante, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del Ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.