

Sentenza n. 747/2015 pubbl. il 18/05/2015

RG n. 8854/2012

Repert. n. 1598/2015 del 18/05/2015

N. R.G. 8854/2012



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di REGGIO EMILIA
SEZIONE SECONDA CIVILE

GIUDIZI

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Luca Ramponi
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 8854/2012 promossa da:

[REDACTED]
[REDACTED] il difensore avv. [REDACTED]
[REDACTED] il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED]

ATTORI

contro

[REDACTED]
[REDACTED] il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED]

CONVENUTA

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] difensore [REDACTED]

INTERVENUTI

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.



Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

[redacted] hanno convenuto in giudizio la Azienda Sanitaria [redacted] chiedendone la condanna al risarcimento del danno patito a seguito della morte della congiunta (rispettivamente moglie e madre degli attori) a causa, a loro dire, delle omissioni e negligenze del personale del pronto soccorso dell'Arcispedale, dove la signora [redacted] si era recata a seguito di una crisi respiratoria dovuta alla pregressa patologia asmatica. Hanno dedotto in particolare: danni non patrimoniali consistenti sia nel danno biologico jure successionis, sia nel danno morale jure proprio da perdita del congiunto; hanno poi dedotto danni patrimoniali consistenti nelle spese funerarie e nel mancato guadagno per la perdita della contribuzione alla famiglia della signora [redacted]. La ASL si è costituita eccependo la prescrizione del diritto al risarcimento del danno e, nel merito, ha negato ogni responsabilità del personale sanitario oltre a contestare integralmente la quantificazione del danno.

La causa è stata istruita con acquisizione della documentazione sanitaria, ocomprensiva dell'esame autoptico eseguito *post mortem*, e mediante CTU medicolegale.

La CTU medicolegale è pienamente valida e nessun profilo di nullità la affligge dovendo essere respinte (come già osservato nell'Ordinanza del GI in data 15-12-2014) gli aspetti di violazione del contraddittorio tecnico denunciati da parte convenuta e ogni efficacia invalidante l'operato del CTU degli stessi.

Parte convenuta sostiene che, alle operazioni avrebbe presenziato CTP di parte attrice specialista non originariamente nominato e, invece, non avrebbe partecipato il CTU anestesista ausiliario del CTU medicolegale.

Invero va ribadito che, nel caso di specie, mai è stato nominato collegio peritale (v. verbale 5-12-2013) essendo stato nominato esclusivamente CTU medicolegale: dai verbali degli incombenti peritali (richiamati nella relazione del CTU) risulta che lo stesso ausiliario, pur provvedendo esclusivamente in prima persona a interfacciarsi con i CTP delle parti nominati, ha ritenuto di avvalersi – siccome autorizzato a verbale dell'udienza di conferimento dell'incarico – quale mero ausiliario, di specialista della materia anestesilogica e rianimatoria. Le parti hanno partecipato al contraddittorio tecnico con i propri CTP, non essendovi necessità della partecipazione formale degli eventuali ausiliari di cui queste ultime si possano essere avvalse (essendo loro mera facoltà e non obbligo); infatti, la mera partecipazione fisica o meno a un incontro da parte di ausiliario di una delle parti è non rilevante (tenuto conto che a quanto consta l'interlocuzione con il CTU è avvenuta comunque ad opera dei CTP nominati). Pertanto la circostanza della nomina di ausiliario da parte di alcuna delle parti con dichiarazione in cancelleria (v. atto di nomina depositato il 5-2-2014) costituisce al più una formalità non necessaria in assenza di collegio peritale: l'aver provveduto ad opera di parte convenuta a tale non necessario incombente, non può inficiare la validità del contraddittorio; peraltro il CTP di parte convenuta ha provveduto a formulare (anche sul piano specialistico e dunque evidentemente avvalendosi dell'ausiliario) osservazioni alla bozza di CTU cui il CTU ha risposto in modo esauriente. Quindi, in definitiva, a ben vedere, è stato pienamente espletato il contraddittorio tecnico, nelle forme richieste dalla legge.

All'esito delle attività istruttorie, in data 25.9.14, con comparsa di intervento volontario autonomo alla domanda degli attori le signore [redacted] hanno richiesto sulla base della medesima responsabilità contrattuale dedotta dagli attori nei confronti della struttura



convenuta danni conseguenti ai medesimi fatti e allo stesso evento oggetto della domanda del primo, ossia il danno da perdita parentale conseguente alle medesime, quali sorelle, dalla morte della sig.ra Vuono.

La domanda degli intervenienti è astrattamente ammissibile. Il terzo può far valere in un giudizio pendente tra altre parti deve essere relativo all'oggetto sostanziale dell'originaria controversia, da individuarsi con riferimento al "petitum" ed alla "causa petendi", ovvero dipendente dal titolo dedotto nel processo medesimo a fondamento della domanda giudiziale originaria (Cass., Sez. U, Sentenza n. 10274 del 2009; v. anche : Cass., Sez. 3, Sentenza n. 4805 del 06/03/2006; Sez. 3. Sentenza n. 22233 del 20/10/2014).

Nondimeno l'intervento in questione di natura autonoma (o litisconsortile) ha introdotto una domanda risarcitoria soggettivamente (altre parti) e oggettivamente (altro profilo concreto di danno: ossia il danno alle sorelle da perdita parentale) nuova rispetto a quelle proposte dalle attrici e avrebbe dovuto essere proposta entro la udienza ex art. 183 c.p.c.: l'interveniente infatti "non può compiere atti che al momento dell'intervento non sono più consentiti ad alcuna parte..." (art. 268 c.p.c.), con la conseguenza che, nel caso di specie, costituisce inammissibile domanda nuova quella proposta dalle intervenienti.

Occorre quindi esaminare esclusivamente la domanda proposta dalle parti attrici.

La giurisprudenza ormai consolidata ha sussunto la responsabilità professionale del medico nei confronti del paziente nell'ambito della responsabilità contrattuale o da contatto ritenendo, dunque, che l'obbligo risarcitorio del professionista sia soggetto alle disposizioni di cui agli art. 1218 ss. c.c.

Anche la responsabilità della struttura sanitaria si inserisce nell'ambito di un rapporto negoziale, qualificabile come complesso e atipico "contratto di ospedalità", il quale sorge per il solo effetto anche tacito del ricovero del paziente o del suo "contatto" e sottoposizione alla attività terapeutica o, sanitaria in generale, posta in essere all'interno delle strutture dell'ente Azienda Sanitaria Locale.

Invero, allorché siano allegati, come nel caso di specie, danni derivanti, in tesi dalla sola imperita o negligente attività professionale medica, la struttura ospedaliera (pubblica o privata) si ritiene che debba rispondere per inadempimento contrattuale anche in relazione alla inadeguata opera prestata direttamente dai propri dipendenti o medici convenzionati, secondo la fattispecie di responsabilità per fatto altrui configurata dall'art. 1228 c.c. (responsabilità per il fatto dei propri ausiliari o collaboratori: v. ex plurimis: Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008, nonché Cass., Sez. 3, n. 13953 del 14/06/2007; e più di recente: Cass., Sez. 3, Sentenza n. 24791 del 08/10/2008 ; Sez. 3, n. 11621 del 26/05/2011).

L'eccezione di prescrizione è quindi infondata dovendo essere qualificata la domanda come fondata su ipotesi di responsabilità contrattuale.

Non può ritenersi che l'art. 3 della legge Balduzzi non può avere alcun effetto in ordine alla qualificazione della responsabilità nel caso di specie.

È noto che, quanto alla portata dell'inciso, con riferimento all'art. 2043 c.c., di cui al comma 1 seconda alinea del predetto articolo, si sono confrontate, in dottrina e giurisprudenza diverse opzioni interpretative.

Secondo una prima tesi, si sarebbe trattato di un riferimento atecnico, frutto di sciatteria compilativa del legislatore che avrebbe semplicemente inteso far salva (a prescindere dalla esclusione di responsabilità penale, nei casi di colpa grave), comunque, la responsabilità civile del medico. In altri termini, la norma di cui all'art. 2043 c.c. sarebbe stata utilizzata dal legislatore come una sorta di



“atecnico” rinvio alla responsabilità risarcitoria dell’esercente la professione sanitaria (in tal senso, tra gli altri, Tribunale di Arezzo 14/2/2013 e Tribunale di Cremona 19/9/2013).

Secondo una seconda tesi, invece, la norma avrebbe avuto portata interpretativa, oltre che innovativa, tale da sconfiggere la tesi, accolta dalla Suprema Corte, anche a Sezioni Unite, della sussistenza di una responsabilità ex art. 1218 c.c., nascente dal contatto sociale, tra paziente e medico/struttura sanitaria: quindi, nell’ipotesi di assenza di un contratto concluso con il paziente, la responsabilità del medico non andrebbe ricondotta nell’alveo della responsabilità da inadempimento/inesatto adempimento bensì in quello della responsabilità da fatto illecito aquiliano (v. Tribunale di Varese 29/12/2012; v. anche Tribunale di Torino del 26/2/2013).

Secondo altra impostazione, invece, occorrerebbe distinguere tra responsabilità del medico e quella della struttura sanitaria, anche quando entrambi siano, per avventura, convenuti congiuntamente nel medesimo giudizio: la responsabilità della struttura che abbia concluso con il paziente un contratto atipico con il paziente o sia tenuta ex lege 833/1978 ad adempiere a prestazioni di cura, sarebbe sempre regolata dall’art. 1218 c.c.; invece, la responsabilità del medico non inquadrabile in un dimostrato contratto d’opera professionale dovrebbe essere ricondotta nell’alveo della generale responsabilità aquiliana ex art. 2043 c.c.

Secondo la 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” (Cass., n. 8940 del 17/4/2014).

La opzione fatta propria dalla Suprema Corte pare al Tribunale condivisibile.

Il riferimento all’art. 2043 c.c., invero, è effettuato dal legislatore, nell’ambito di una norma (il comma 1 dell’art. 3 della c.d. Legge Balduzzi) regolante una eccezionale deroga di favore, per il professionista, limitativa della responsabilità penale (se conseguente alla colpa lieve nell’ipotesi di conformazione della condotta sanitaria a protocolli e/o linee guida) nonché della stessa responsabilità civile a per far salva, in toto, così per i presupposti, come per le conseguenze di quantificazione della responsabilità disciplinata da quella norma (costituente una vera e propria clausola generale dell’ordinamento); ma per imporre al giudice di tener conto comunque del grado della colpa (ed in particolare della sua lievità) anche nella quantificazione del danno.

La norma si spiega sol che si consideri che, proprio e solo nell’ambito della responsabilità civile professionale, disciplinata, per il medico (e per la struttura di appartenenza, pubblica o privata, con riferimento alle prestazioni *strictu sensu* medicali, diverse da quelle di contorno, riconducibili alla “spedalità”) dall’art. 2336 c.c., era già nel sistema presente nel sistema una delimitazione alla sola colpa grave, in ipotesi determinate (quelle di speciale difficoltà).

Il legislatore dunque non ha affatto voluto imporre una opzione interpretativa a favore di una o dell’altra qualificazione della responsabilità del medico, ma semplicemente imporre di tener conto comunque, nell’ambito della responsabilità extracontrattuale (eventualmente invocata esclusivamente o cumulativamente dal paziente asseritamente leso) della gravità o meno della colpa.



Resta intatto il sistema creato dal diritto vivente con riguardo alla responsabilità contrattuale sulla quale: - non incide il riferimento alla colpa lieve rilevante dal punto di vista penale della prima alinea dell'art. 3; - non incide il riferimento di cui alla seconda alinea del comma 1 dell'art. 3 della Legge Balduzzi.

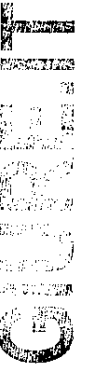
Dalla qualificazione della responsabilità dei medici e della struttura sanitaria come responsabilità di tipo contrattuale consegue, ai fini del riparto dell'onere probatorio, che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento), nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile (così in generale Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008; nonché Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

La giurisprudenza ha inoltre avuto modo di precisare che l'appena richiamato riparto dell'onere probatorio - costituente peraltro applicazione alla peculiare tipologia di casi delle generali regole in tema di responsabilità da inadempimento delle obbligazioni ex negotio - non subisce deroghe nemmeno quando l'intervento o l'attività diagnostica sia stata di speciale difficoltà, in quanto "l'esonero di responsabilità di cui all'art. 2236 cod. civ. non incide sui criteri di riparto dell'onere della prova", ma opera esclusivamente nella definizione dei parametri di valutazione (diligenza professionale) del sanitario, limitando la responsabilità ai soli casi di colpa grave (Cass., Sez. 3, n. 24791 del 08/10/2008). È quindi ormai principio consolidato che nell'ambito della responsabilità medica l'onere della prova della causalità tra la condotta del medico allegata come negligente ovvero imperita, ovvero comunque inosservante delle *leges artis*, e l'evento è posta a carico del paziente danneggiato: e ciò, quale conseguenza dei normali criteri di riparto dell'onus probandi tipici della responsabilità contrattuale.

Sicché, è stato in generale chiarito che "nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") 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 - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

L'attore danneggiato è, invece, corrispondentemente esonerato dal provare la negligenza del sanitario: si può infatti limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali species dell'inadempimento agli obblighi assunti con il contatto negoziale ovvero con il contratto di ospedalità, consistenti nella prestazione di assistenza diagnostica e terapeutica conformata alla miglior scienza ed esperienza ed alla perizia richiesta dalla natura e caratteristiche degli interventi necessari, ovvero comunque alla particolare situazione clinica-patologica.

È, per contro, onere del medico provare che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a propria negligenza o imperizia; in altri termini, "la presunzione di colpa dalla quale, ai sensi dell'art. 1218 c.c., è gravato il medico nei confronti del paziente che ne invochi la responsabilità professionale, può essere superata dal sanitario dimostrando che l'insuccesso dell'intervento sia dipeso da un evento impreveduto e non prevenibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da lui esigibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 12274 del 07/06/2011; v. anche Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).



Se questi principi valgono in generale, essi, nella loro declinazione applicativa, necessitano di specificazioni logiche differenziate, per quanto concerne la struttura dell'argomentazione dimostrativa e della valutazione delle evidenze probatorie emergenti dall'istruttoria, in relazione alla duplice tipologia delle possibili forme di responsabilità medica: la responsabilità commissiva e quella omissiva. Infatti, nel caso della responsabilità commissiva (per un intervento che abbia peggiorato la salute del paziente, per l'erronea somministrazione di un farmaco ecc.) il paziente attore potrà allegare una condotta (attiva appunto) del medico oggetto di possibile effettivo riscontro nella realtà della quale predicherà la natura negligente, essendo, poi, tenuto a dimostrare il rapporto eziologico tra tale condotta materialmente esistente e il risultato lesivo.

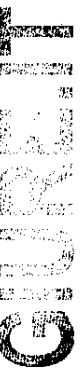
Nell'assolvimento, poi, di tale suo onere probatorio potrà avvalersi del criterio dimostrativo – attinente sempre alla probabilità logica – del “più probabile che non”: essendo dunque necessaria, ma anche sufficiente, la dimostrazione, alla stregua dell'evidenza probatoria disponibile, che in assenza della condotta commissiva, le probabilità di uno sviluppo delle condizioni della paziente o delle condizioni iniziali (esclusa la condotta imperita del sanitario) fausto per il paziente sarebbero state maggiori di quelle di un esito comunque pregiudizievole; per affermarsi come acclarato, ai fini della responsabilità civile, la circostanza che tale condotta sia stata condicio sine qua non dell'evento lesivo (su tale criterio di prova della causalità, in sede civile Cass., Sez. 3, n. 16123 del 08/07/2010; Sez. 3, n. 10741 del 11/05/2009; nonché Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

Viceversa, in ipotesi di causalità omissiva pura (peggioramento o mancato miglioramento delle condizioni di salute del paziente determinate, in tesi da una omissione diagnostica o terapeutica del sanitario) lo stesso nesso causale va verificato nei rapporti tra la condotta omissiva e l'evento: tuttavia la prima, l'omissione, risulta naturalisticamente un “nihil” un elemento inesistente nel decorso eziologico reale (empiricamente verificabile) produttivo dell'evento lesivo. Il ragionamento probatorio deve strutturarsi, perciò, intorno a proposizioni controfattuali di tipo ipotetico – sia pur sempre strutturate secondo la formula logica approntata dalla condicio sine qua non – del tipo: “se fosse stata posta in essere la condotta terapeutica/diagnostica A, allora non si sarebbe verificato l'evento E” (formula negativa); o “se non fosse stata posta in essere la condotta terapeutica/diagnostica A, allora si sarebbe verificato l'evento E” (v. in generale sull'utilizzo della formula logica condizionalistica per strutturare l'argomento di prova in tema di causalità materiale: Cass., Sez. 3, n. 11609 del 31/05/2005).

Tali proposizioni, in cui sia la protasi (che ipotizza la esistenza nella situazione iniziale data di una azione in realtà mai storicamente verificatasi), sia la apodosi (si ipotizza inesistente l'evento E in realtà verificatosi) da un lato guidano la ricostruzione probatoria del nesso causale: intorno a tali ipotesi logico-esplicative va condotta la indagine dell'evidenza empirica relativa alla eziologia dell'evento.

Dall'altro, nel caso di incertezze sulla ricostruzione del nesso eziologico, ossia nel caso in cui non possa addivenirsi, sulla base dell'evidenza disponibile ad una risposta positiva – in termini di maggior probabilità che non – alla verifica della ipotesi suindicata, andrà calata la applicazione ai questa tipologia di casi della regola del riparto dell'onus probandi.

Allora, proprio perché nel campo della responsabilità contrattuale, l'onere della prova della causalità incombe comunque sul danneggiato, la dimostrazione della verità o falsità della proposizione relativa all'efficacia sull'eziologia reale della malattia o dell'evento pregiudizievole per la integrità psicofisica deve essere dal medesimo fornita, identificandosi con lo stesso nesso causale tra la condotta e l'evento.



Peraltro tale conclusione non comporta, a ben vedere, uno stravolgimento della regola del riparto, indebitamente gravando il danneggiato- attore della prova della sussistenza della colpa in capo al medico o sanitario asseritamente imperito.

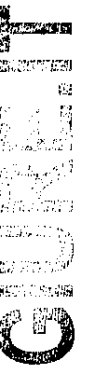
La condotta omessa da tener presente nel ragionamento suindicato, come elemento della protasi della citata proposizione ipotetica, è un dato puramente oggettivo e si identifica con la omissione allegata dall'attore-danneggiato: consiste, in altri termini, con l'inadempimento (omessa cura, omessa diagnosi, omesso o ritardato intervento terapeutico anche conseguente alla ritardata diagnosi) addotto da parte attrice (v. in tal senso Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

Rimane, per converso, impregiudicata la presunzione relativa alla imputabilità per colpa (negligenza o imperizia professionale) di tale omissione al convenuto- professionista sanitario: quest'ultimo, convenuto in giudizio, potrà vincere tale presunzione semplice, mediante la prova della correttezza delle modalità diagnostiche e terapeutiche seguite; ovverosia della non imputabilità a colpa dell'inadempimento (omissione diagnostica o terapeutica) o, ancora, della insussistenza della omissione addebitata (effettuazione di ogni azione, manovra o prescrizione, in concreto e data la situazione del paziente e le emergenze cliniche disponibili e accertabili con la ordinaria diligenza del professionista appartenente alla categoria).

Orbene ciò significa che, nell'ambito dell'accertamento della responsabilità civile da colpa contrattuale (ed in specie da inadempimento professionale dei sanitari), è imprescindibile la logica scissione tra il momento della verifica della relazione eziologica tra la condotta omissiva (benché avvalendosi di ipotesi formulate sulla base della condotta attiva in tesi dovuta ed omessa) e l'evento – attinente al momento oggettivo della fattispecie –, da un lato, e la verifica dell'evitabilità del fatto lesivo e/o dell'inadempimento ad opera della condotta diligente o perita esigibile nella data situazione concreta – attinente al momento soggettivo della colpa del sanitario (su tale distinzione tra le varie componenti del fatto illecito e i diversi livelli del nesso di causalità materiale o giuridico v. Cass., Sez. 3, n. 7997 del 18/04/2005).

Infatti, gli eventuali dubbi – residuanti all'esito dell'istruttoria anche tecnica – circa la effettiva efficacia impeditiva (se non superabili secondo il criterio logico-argomentativo del più probabile che non) ricadono a carico (e a sfavore) dell'attore – paziente danneggiato, onerato della prova del nesso eziologico; i dubbi attinenti all'evitabilità dell'inadempimento e del fatto lesivo mediante l'impiego della debita diligenza o perizia, ovvero di comportamento adeguato alle *leges artis* in concreto confacenti alla situazione clinico-patologica del paziente, invece, rimangono a carico del professionista (e della azienda sanitaria pubblica o privata da cui questi dipende), stante la presunzione di colpa di cui all'art. 1218 c.c., da superarsi ad opera del debitore-danneggiante, mediante adeguata prova.

Invero, anche le ipotesi in cui apparentemente la Suprema Corte sembra gravare il medico della prova circa l'efficacia impeditiva della condotta perita o diligente non tenuta, a ben vedere, in realtà, sono tutti casi in cui si il fatto-inadempimento addebitato al medico o ai sanitari aveva natura commissiva (v. infatti ad esempio Cass., Sez. 3, n. 14759 del 26/06/2007, secondo la quale “è viziata la decisione la quale escluda il nesso causale per il solo fatto che il danno non potesse essere con certezza ascrivito ad un errore del sanitario”; Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009); in tali casi, invero il dubbio sulla ascrizione dell'evento all'errore del sanitario concerne il solo nesso (di evitabilità) tra la colpa (negligenza o imperizia) del medico e l'evento, quando risulti comunque già provata la causalità materiale tra condotta (si è detto, in realtà, attiva) ed evento: giustamente, allora, la stessa Suprema Corte chiarisce che il nesso eziologico (oggettivo) “deve sussistere non già tra l'errore ed il danno, ma



tra la condotta ed il danno, mentre la sussistenza dell'eventuale errore rileverà sul diverso piano della imputabilità del danno a titolo di colpa" (così letteralmente Cass., Sez. 3, n. 14759 del 26/06/2007).

Pertanto la prova del rapporto causale tra il ritardo nella diagnosi di una patologia e gli eventi lesivi o il peggioramento delle condizioni del paziente (condotta di natura strutturalmente omissiva e l'evento) deve seguire i sopradescritti principi.

È stato infatti – con massima condivisibile per le ragioni più sopra esposte – che l'affermazione della responsabilità del medico per i danni asseritamente causati dalla ritardata esecuzione di manovre o interventi terapeutici e/o diagnostici, "esige la prova - che dev'essere fornita dal danneggiato - della sussistenza di un valido nesso causale tra l'omissione dei sanitari ed il danno"; precisandosi peraltro che "tale prova sussiste quando, da un lato, non vi sia certezza che il danno [...] patito [...] sia derivato da cause naturali o genetiche e, dall'altro, appaia più probabile che non, che un tempestivo o diverso intervento o da parte del medico avrebbe evitato il danno ...".

Nell'esame del nesso causale e della colpa addebitata ai sanitari nel caso attualmente sub iudice potranno, dunque, seguirsi gli specifici criteri probatori appena ricordati.

I seguenti costituiscono fatti pacifici (anche ai fini dell'art. 115 c.p.c.) e comunque provati documentalmente attraverso la documentazione versata agli atti

- La signora [REDACTED] presentava anamnesi remota di patologia poliallergica (con assunzione di ventolin al bisogno ma senza terapie a domicilio di tipo continuativo);
- In data 27-1-2004, alle ore 13.48 la sig.ra [REDACTED] a seguito dell'insorgenza di marcata difficoltà respiratoria, si è recata al Pronto Soccorso del [REDACTED];
- La visita medica all'accettazione ha evidenziato riduzione del murmure con broncospasmo e saturazione O2 pari a 92 % in aria ambiente; è stata impostata terapia immediata con beta2agonisti short acting (broncovaleas e slbutamolo) anticoligergici (Atem, ipranobio bromuro) per via inalatoria e corticosteroidi per via endovenosa (Urbason, metilprednisone) (v. pag. 16 CTU);
- Alle ore 14.09 si è evidenziato un miglioramento della sintomatologia con Frequenza cardiaca (FC) 120 Saturazione Ossigeno (SatO2) 98% e Frequenza Respiratoria (FR) 20/min (v. verbale Pronto Soccorso e pag. 16 CTU);
- Tuttavia alle ore 14.22 si è verificata una recidiva con sensibile peggioramento della sintomatologia (FC 140, SatO2 95% in aa e FR 30/min) ed è stato perciò chiamato il medico rianimatore;
- Quest'ultimo alle ore 14.25, rilevata "tachipnea (circa RR 40/min) con O2 con reservoir satO2 periferica 95% ma con segni importanti di esaurimento respiratorio" ha deciso di procedere ad intubazione orotracheale previa sedazione (diprivan, propofol) e curarizzazione (Tracrium, atracurio besilato);
- A seguito della avvenuta intubazione, si è manifestata la fuoriuscita di schiuma giallastra e nonostante la prosecuzione della rianimazione cardiopolmonare quest'ultima non aveva successo;
- La morte della paziente è sopraggiunta alle ore 15.00.



La morte, secondo il CTU, può ricondursi a "asfissia correlata alle difficoltà di intubazione in presenza di paralisi" avendo tali concause cagionato un "arresto cardiorespiratorio refrattario alle manovre rianimatorie attuate" e dunque il decesso della paziente (v. pag. 10 Relazione).

Infatti, nella prospettiva del CTU, il decorso eziologico reale che ha determinato la morte della signora [REDACTED] manifesta la sussistenza di plurime condizioni positive rilevanti dal punto di vista medicolegale e, quindi, giuridico ed in specie:

- crisi asmatica caratterizzata da broncospasmo, riduzione del murmure e tirage;
- paralisi curarica conseguente alla somministrazione di traccium nel corso di manovre di intubazione orotracheale
- asfissia correlata alle difficoltà di intubazione.

Il CTU in ordine a tale ricostruzione del decorso eziologico reale ha anche risposto a specifica osservazione del CTP di parte convenuta, in modo logico, empiricamente riscontrato dalle evidenze cliniche (in specie del verbale autoptico).

In particolare, secondo il CTP della convenuta (v. osservazione punto I conclusioni), la causa di morte della Sig.ra [REDACTED] indicata dall'anatomopatologo fu: "*Insufficienza acuta respiratoria in paziente con malattia asmatica cronica riacutizzata*". Ad avviso del CTP il CTU e il suo ausiliario non avrebbero cioè correttamente interpretato il dato anatomopatologico inoppugnabile costituito dalla presenza di edema della glottide, che rendeva necessaria l'immediata, seppure difficile, intubazione ed altresì in quanto essi non hanno compreso il significato della SpO2, che, sulla scorta di quanto sopra descritto, configurava una situazione di ARDS".

Il CTU ha, invero, specificato come la osservazione del Consulente di Parte risulti, ad una lettura complessiva del referto anatomico patologico, "in assoluto contrasto con la descrizione del quadro microscopico del parenchima polmonare" ivi riportata posto che si rivelano presenti "modificazioni secondarie a una malattia asmatica cronica con evidenza di un quadro asmatico acuto ... bronchiolite costrittiva con ispessimento della membrana basale peribronchiale, ipertrofia muscolare liscia e lume talora occupato da materiale mucoide inglobante cellule respiratorie desquamate e granulociti eosinofili; un infiltrato granulocitario eosinofilo è osservabile nei tessuti periobronchiali" (v. pag. 29 CTU).

D'altro canto, la circostanza che, dopo la riuscita intubazione, dal tubo orotracheale fosse fuoriuscito materiale giallastro, indicativo della condizione di già esistente edema polmonare (condizione causale della asfissia) non esclude affatto la relazione eziologica tra le modalità di intubazione. a quel punto già compiute, e tale elemento causale: le manovre di intubazione erano già state tutte compiute, infatti, al momento in cui si rivela quell'edema polmonare (e i sintomi del medesimo, costituiti dalla fuoriuscita del predetto materiale giallastro): è quindi, dal punto di vista logico, non percorribile la strada di ritenere senz'altro senza effetto la manovra terapeutica in concreto compiuta, e attribuibile l'edema in via esclusiva alla preesistente asma: entrambi le condizioni positive ipotizzate dal CTU si erano già verificate quando si riscontra il fattore indiziante l'edema polmonare.

Deve quindi affermarsi che, con riguardo alla condotta dei sanitari, la CTU medicolegale ha individuato nella esecuzione della intubazione orotracheale (nelle specifiche concrete modalità e tempi d'esecuzione della manovra, anzi) un momento rilevante nel decorso eziologico reale: il concreto comportamento dei sanitari è stata *condicio sine qua non*, positiva, in quanto introduttore nuovo fattore



di rischio nel complessivo quadro già deficitario, connessa ai successivi sottoeventi del decorso reale che ha portato alla asfissia della paziente.

Al riguardo deve osservarsi che nel caso di specie il rianimatore ha: - somministrato il farmaco curarico (Tracrium); - proceduto ad intubazione orotracheale. Tuttavia, tra la somministrazione del farmaco paralizzante le vie aeree e la aerazione meccanica da intubazione, sono trascorsi oltre due minuti.

Ha in proposito rimarcato il CTU, con riguardo al ritardo nella ossigenazione della paziente dopo la somministrazione del farmaco, che "le difficoltà incontrate dal rianimatore nell'intubare la paziente, sono state causa, per effetto della paralisi muscolare indotta dal Tracrium, di una condizione di progressiva anossia con conseguente arresto cardiaco"(v. pag. 17 CTU). La morte si è quindi verificata proprio a causa dell'utilizzo di "un tipo di intubazione non indicata in casi di difficoltà prevedibile".

A prescindere dalle condizioni iniziali di difficoltà respiratoria connessa all'asma in relazione alla condizione costituita dalla condotta terapeutica posta attivamente in essere dai sanitari può allora così ricostruirsi il decorso eziologico:

- difficoltosa intubazione orolaringea con previa somministrazione di Trachium, farmaco curarico, (condotta concreta del rianimatore);
- paralisi curarica conseguente alla somministrazione di Trachium (1° sottoevento);
- asfissia da difficoltà di intubazione e da paralisi (2° sottoevento);
- morte (evento lesivo finale).

La condotta di intubazione è risultata anche, all'esito della CTU, caratterizzata da imperizia.

In particolare, a prescindere dalla effettiva indicazione terapeutica, nel quadro clinico presentato dalla paziente all'arrivo del rianimatore, della intubazione orotracheale, il CTU ha precisato l'esistenza di un duplice profilo di imperizia costituito da errori esecutivi compiuti dal rianimatore.

Dopo aver richiamato (v. pag. 13 CTU e nota 4) i metodi (modalità di intubazione e modulazione della terapia farmacologica contestuale con ipnotico/sedativo) comunemente adottati e suggeriti dalle linee guida e dai manuali ivi citati, ha quindi esaminato la condotta terapeutica del rianimatore.

Secondo il CTU è stata corretta "la terapia farmacologica utilizzata nel corso della manovra di intubazione ed in particolare del Tracrium (atracurio besilato) quale farmaco miorilassante" poiché doppiamente controindicato nella situazione concreta (v. pag. 17 CTU):

- 1) per la condizione di paziente asmatico e allergico della [REDACTED] visto che "la somministrazione di tale farmaco può infatti dar luogo a liberazione di istamina e va utilizzato con particolare cautela nei pazienti con gravi malattie cardiovascolari ed in quelli con severe reazioni da ipersensibilità verso allergeni multipli e asma, per i quali la liberazione di istamina possa comportare un grosso rischio";
- 2) per la condizione di difficoltà prevedibile in paziente in crisi asmatica del broncoscopio e del tubo di ventilazione, posto che "l'intervallo di tempo necessario per ottenere una miorisoluzione idonea a consentire l'intubazione tracheale (2 minuti) escludeva l'utilizzo di tale miorilassante in un paziente con equilibrio respiratorio precario quale quello descritto dal rianimatore al suo arrivo".

Dunque, oltre ad essere totalmente controindicato nel caso di specie, il farmaco utilizzato, esso non era nemmeno l'unico disponibile poiché, anzi, esistevano farmaci curarici meglio indicati con effetti idonei ad una azione rapida e potente indicati dalla "più consolidata letteratura di merito" quali miorilassanti



utilizzabili, vale a dire la "Succinilcolina" "idonea ad ottenere paralisi flaccida completa dopo un intervallo di tempo di 50-60 secondi dalla sua somministrazione" (v. pag. 17 CTU).

Sul punto il CTP della convenuta, nel contraddittorio tecnico, ha esclusivamente rimarcato (v. punto 4 osservazioni): - la esigenza di procedere comunque a intubazione orotracheale; - la insussistenza di plurimi tentativi di intubazione; - la necessità e indicazione di somministrazione di farmaco curarico.

Circa la prima costituirebbe, al più, un aspetto attinente a errore diagnostico (e/o di scelta terapeutica) su cui v. meglio *infra*.

Le ulteriori osservazioni sono state oggetto di risposta adeguata da parte del CTU, per cui dagli esiti della valutazione peritale espressa dall'ausiliario tecnico non vi sono ragioni di discostarsi.

Il secondo profilo rilevato dal CTP della convenuta è in parte assorbito e in parte superato. Il CTU (v. pag. 28) ha escluso di aver mai inteso il termine "intubazione difficoltosa" (riportato nella bozza della relazione e nella versione definitiva della stessa) come indicativo di una pluralità (almeno 2 o 3) di tentativi di intubazione, così esattamente affermando: "L'utilizzo di tale definizione da parte del medico rianimatore nella consulenza sopracitata ("... intubazione difficoltosa per edema del laringe"), indica che il medico rianimatore non era riuscito ad inserire il catetere in trachea al primo ed unico approccio, come sostengono invece i CCTTPP." Nella valutazione del CTU è stata la modalità di inserimento e la tempistica correlata al farmaco curarico a risultare causale per la fatale prosecuzione del decorso clinico della paziente.

Il secondo profilo risulta del tutto assorbito essendo evidente che mai il CTU ha escluso la necessità di procedere alla somministrazione di farmaco curarico, ma ha osservato solo l'errore nella scelta di *quel* farmaco (Tracrium) utilizzato, poiché l'intervallo di tempo necessario ad ottenere miorisoluzione completa (90-120 secondi dopo iniezione endovenosa di 0.5-0.6 mg/kg p.c.), ne rende "sconsigliato l'uso di tale miorilassante in casi in cui è necessaria una rapida ossigenazione tramite intubazione tracheale".

Le ulteriori argomentazioni (proposte solo in sede di difese finali e non oggetto di osservazioni nei tempi propri del contraddittorio tecnico) circa la irrilevanza di un ritardo di 1 o due minuti nella ventilazione sono comunque superate dalle considerazioni del CTU secondo il quale "la bradiaritmia ed il successivo arresto cardiocircolatorio descritti nella medesima consulenza sono indicativi del fatto che le manovre di intubazione non sono state rapide e che nell'intervallo di tempo necessario alla realizzazione della paralisi curarica l'ossigenazione della paziente è caduta a livelli incompatibili con il mantenimento del battito cardiaco, senza che il medico rianimatore riuscisse ad intubare ed ossigenare la paziente" (v. pag. 28-29 Relazione CTU).

Infine, *ad abundantiam*, il CTU ha rilevato un ulteriore errore esecutivo nella scelta dello strumento (tubo orotracheale) per procedere alla intubazione, poiché "stanti le prevedibili difficoltà di intubazione in soggetto con crisi d'asma acuta, qualora fossero sussistite le indicazioni all'intubazione, sarebbe stato opportuno procedere direttamente ad intubazione tracheale sotto guida fibrobroncosopia piuttosto che scegliere tecnica di intubazione tipo RSI che risulta molto pericolosa nel caso in cui si perda il controllo delle vie aeree poiché la vittima muore per asfissia, come è avvenuto nel caso di specie" (v. pag. 21 Relazione CTU).

In definitiva devono condividersi le conclusioni del CTU secondo il quale non solo il comportamento del rianimatore è stato colposo e ha materialmente concorso a cagionare l'hic et nunc della morte della paziente, ma "si può affermare, con medio-elevata probabilità, che la scelta di un diverso tipo di intubazione orotracheale avrebbe evitato la morte della paziente, verificatasi proprio a causa



dell'utilizzo di un tipo di intubazione non indicata in casi di difficoltà prevedibile quale quello in esame" (v. pagg. 21-22 Relazione).

Sussiste quindi certamente, alla stregua del principio probatorio del più probabile che non, un nesso eziologico tra l'inadempimento (imperizia del sanitario) e l'evento mortale generatore di danni.

Parte convenuta, con riguardo a tale causa concreta positiva dell'evento mortale, non ha provato la assenza di negligenza imprudenza o imperizia nell'adempimento della prestazione contrattuale ad opera dei professionisti dipendenti della Azienda Ospedaliera.

Non risulta inoltre la prova della lievità/non gravità della imperizia esecutiva del rianimatore.

Secondo la giurisprudenza consolidata pur in presenza di speciali complessità dell'intervento la intensità della imperizia del professionista sanitario va parametrata al livello di competenza della categoria di appartenenza del singolo medico ed in specie del "dovere di diligenza particolarmente qualificato inerente lo svolgimento della sua attività professionale" (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 19133 del 23/09/2004. Deve infatti aversi riguardo alla specifica natura e alle peculiarità dell'attività esercitata, dovendo la condotta del medico specialista essere esaminata alla stregua peculiare specializzazione e alla necessità di adeguarla alla natura e al livello di pericolosità della prestazione, implicante scrupolosa attenzione e adeguata preparazione professionale (cfr. Cass., 13/1/2005, n. 583), essendogli richiesta la diligenza particolarmente qualificata dalla perizia e dall'impiego di strumenti tecnici adeguati allo standard professionale della sua categoria (v. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 12362 del 24/05/2006).

La sussistenza di particolare difficoltà della manovra di intubazione, per la presenza di edema polmonare, non escludeva, ma anzi implicava nello specialista anestesista/rianimatore (categoria di appartenenza dell'esecutore concreto nel caso di specie) la dovuta perizia nella scelta del farmaco miiorilassante e dello strumento adatto per la ventilazione.

Nel caso di specie è evidente quindi la grave violazione delle regole tecniche, posto che, per un verso è stato prescelto farmaco non solo meno indicato di altro, ma assolutamente controindicato, nelle condizioni della paziente (e per un duplice ordine di motivi) il cui utilizzo anzi, nel caso di specie avrebbe costituito un grave pericolo (v. pag. 18 Relazione CTU). Per altro verso, non è stato utilizzato il presidio meglio indicato, dalla comune tecnica, in "casi di particolare difficoltà" di intubazione, ossia "il fibrobroncoscopio".

Orbene, già solo l'utilizzo di un medicinale pericoloso per la salute della paziente (quale era il Tracrium per una asmatica in difficoltà respiratoria) costituisce profilo identificabile non solo come violazione di specifiche regole tecniche ma anche di adozione di comportamento estremamente rischioso: dunque idoneo a essere qualificato come vera e propria imprudenza del medico e non solo come imperizia. Ne consegue, per ciò solo, l'inapplicabilità a tale profilo colposo, della norma di cui all'art. 2236 c.c., attenendo la limitazione di responsabilità ivi prevista da tale norma esclusivamente all' imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 9085 del 19/04/2006; v. anche Cass., Sez. 3, Sentenza n. 2042 del 02/02/2005, cit., Sez. 3, Sentenza n. 5945 del 10/05/2000; Sez. 3, Sentenza n. 3492 del 11/03/2002; Sez. 3, Sentenza n. 7494 del 20/04/2004; Sez. 3, Sentenza n. 14488 del 29/07/2004; Sez. 3, Sentenza n. 4797 del 01/03/2007).

Sotto altro profilo, la scelta di uno strumento palesemente inadeguato e di difficoltoso inserimento nelle vie aeree costituisce grave violazione delle regole tecniche assurgente certamente alla imperizia di elevato grado (v. pag. 19 Relazione CTU).



Anche esclusivamente per tali motivi sarebbe dimostrata la sussistenza di inadempimento imputabile alla struttura sanitaria ex art. 1228 c.c.

Pertanto la CTU ha consentito di identificare omissioni diagnostiche aventi il carattere di condizione negativa dell'evento.

Il CTU in proposito ha ricostruito, con ampi richiami alla letteratura specialistica, i metodi di diagnosi degli stati asmatici patologici e la classificazione di gravità delle crisi acute asmatiche e di quelle gravi o quasi fatali (*near fatal asthma*) secondo i relativi indicatori, nonché la tipologia di istanze terapeutiche (farmacologiche e di altro genere) classificate a seconda dell'uno o dell'altro di essi (v. pagg. 11-12 Relazione).

Secondo l'ausiliario è sussistito un errore prognostico/terapeutico, "sostanziato dalla non corretta valutazione prognostica della gravità del quadro clinico e dalla conseguente non corretta scelta di procedere, in assenza di dati emogasanalitici, ad intubazione orotracheale urgente con somministrazione di farmaco miorilassante istamino-liberatore a moderata durata d'azione in soggetto asmatico" (v. pag. 21 e già pag. 15-16 Relazione).

Sul punto il CTU ha anche risposto in modo ineccepibile ad osservazione specifica emersa nell'ambito del contraddittorio tecnico con la difesa della convenuta (v. punti 1,2 e 3 osservazioni CTP convenuta). In specie, a partire dagli stessi dati noti e considerati dal CTU (il che assorbe le osservazioni di cui ai punti 1 e 2: v. pag. 27 Relazione CTU), in pratica la difesa tecnica della convenuta osserva che: - non vi sarebbe stata alcuna negligenza nell'omissione dell'esame emogasanalitico e del picco di flusso respiratorio visto che la rapidità di evoluzione peggiorativa della paziente avrebbero reso praticamente impossibile la rilevazione del picco di flusso; - non vi era comunque tempo, visto il dato del SpO2 al 95%, di ritardare la intubazione orotracheale.

Il CTU ha osservato che, a prescindere dalla possibilità di eseguire l'esame del picco di flusso "durante l'intervallo di tempo di 15 minuti, intercorso tra l'ingresso della paziente nell'ambulatorio del Pronto Soccorso (ore 14.07) e l'arrivo nel medesimo ambulatorio del medico rianimatore (ore 14.22), il Personale Medico avrebbe pertanto avuto il tempo sufficiente per eseguire almeno un'emogasanalisi urgente al fine a valutare la gravità del quadro respiratorio" (v. pag. 27 CTU).

Conseguentemente è da ritenersi condivisibile la valutazione del CTU per il quale "la scelta di procedere ad intubazione risulta non adeguatamente ponderata in quanto, a fronte di riferiti segni di esaurimento respiratorio, non sono stati valutati i parametri emogasanalitici indicativi di un'evoluzione prognostica negativa".

È quindi logicamente coerente ai dati clinici ed empiricamente fondata la conclusione dell'ausiliario in merito alla sussistenza di "... errore prognostico, consistito nella mancata valutazione della gravità del quadro clinico mediante ... emogasanalisi" (v. pag. 21 Relazione CTU).

Risulta acclarata, poi, la sussistenza di "valenza causale" tra la mancata valutazione, dovuta alle predette omissioni diagnostiche, ascrivibili a negligenza, quantomeno con riguardo alla omessa emogasanalisi, e i successivi errori terapeutici (v. pag 19 Relazione CTU): ciò in quanto, "stante la mancanza di dati emogasanalitici volti a definire con precisione la gravità del quadro non è possibile affermare che la scelta terapeutica di intubare d'urgenza la paziente fu corretta. Inoltre non fu corretta la scelta di somministrare ad una paziente asmatica e poliallergica un farmaco miorilassante istamino-liberatore ad azione non breve" (v. pag. 18 Relazione).



Il CTU ha infine escluso che "il complesso delle entità proprie del caso di specie e dei processi patologici" ponesse "speciali difficoltà per quanto attiene alla diagnosi, alla valutazione prognostica ed alle necessarie scelte (cfr. pag. 18 CTU in fine).

In definitiva, parte convenuta è quindi tenuta al risarcimento del danno a favore di parti attrici derivante dalla morte della signora [REDACTED]

Parti attrici hanno dedotto: *i)* danni non patrimoniali, a. jure proprio e b. jure successionis, nonché *ii)* danni patrimoniali jure proprio (da lucro cessante e danno emergente).

i) danni non patrimoniali.

a. jure proprio.

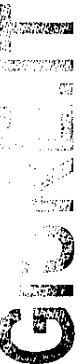
Quanto ai danni da perdita del rapporto parentale, va osservato che la perdita del congiunto - incidendo in modo pregiudizievole sull'interesse, di sicuro rilievo costituzionale, della realizzazione dell'individuo nelle formazioni sociali, quali la famiglia, in cui si esplica la sua personalità (art. 2 e 29 Cost.) e, più in generale, su un diritto fondamentale ed inviolabile di ogni persona alle relazioni parentali (art. 2 Cost.) - consente certamente la risarcibilità dei danni non patrimoniali, generati dall'evento, in capo ai parenti più prossimi della vittima: non solo in relazione all'angoscia ed alla sofferenza connesse all'evento luttuoso, ma anche in ragione delle modifiche alle abitudini di vita dell'intera parentela, comprensiva della madre e dei fratelli o delle sorelle. Invero rispetto ai parenti più prossimi la giurisprudenza ritiene sia presuntivamente risarcibile il pregiudizio non patrimoniale connesso alla recisione dello stretto legame sentimentale e di sangue che lega, rispettivamente i coniugi, ovvero i discendenti o gli ascendenti diretti, o ancora fratelli e sorelle (cfr. Cass. Sez. 3, n. 15022 del 15/07/2005).

Certamente la lesione di un tale diritto di elevato valore non consente una liquidazione monetaria in termini di esatta quantificazione con riferimento a parametri e dati precisi. Nondimeno, rimane intatta la natura e funzione dell'obbligazione risarcitoria quale ristoro e riparazione (benché non qualificabile in tale campo come vera e propria reintegrazione del valore leso di natura necessariamente immateriale).

Infatti, il danno da perdita del rapporto parentale conseguente alla morte di un prossimo congiunto dev'essere integralmente risarcito mediante l'applicazione di criteri di valutazione equitativa, rimessi alla prudente discrezionalità del giudice. "Tali criteri devono tener conto dell'irreparabilità della perdita della comunione di vita e di affetti e della integrità della famiglia. La relativa quantificazione va operata considerando tutti gli elementi della fattispecie e, in caso di ricorso a valori tabellari, che vanno in ogni caso esplicitati, effettuandone la necessaria personalizzazione (Cass., Sez. 3, n. 10107 del 09/05/2011).

In assenza di elementi quantitativi di riferimento la decisione equitativa del Giudice cadrebbe nel vuoto di parametri valutativi, e si troverebbe quindi al bivio tra un simulacro di risarcimento e un arbitrio della sua quantificazione; alternativamente, la valutazione del giudice si porrebbe come automatica applicazione delle tabelle milanesi, e quindi senza effettiva personalizzazione dell'accertamento delle conseguenze del fatto sulla persona. (cfr. da ultimo Cass., n. 4770 del 2010).

È quindi bensì possibile che il Giudicante possa discostarsi, nel liquidare il danno non patrimoniale da morte, dalle tabelle uniformi generalmente applicate nel distretto giudiziario - e che pure dichiara di voler far riferimento -, ma lo deve fare mediante adeguata motivazione che trovi altrettanto idonei addentellati in elementi di prova.



Le tabelle, invero, lungi dal costituire una indebito elemento di rigidità nella quantificazione introducono, per un verso un parametro oggettivo che svolge parimenti funzione di garanzia della uguaglianza sostanziale delle liquidazioni in concreto effettuate e, dall'altro, veicolano e rendono possibile la controllabilità esterna della decisione giurisprudenziale, sotto il profilo intrinseco della aestimatio e taxatio del danno di cui alle tipologie di diritti e beni non patrimoniali prese in considerazione dalle tabelle (vita, integrità fisica, relazioni familiari), tanto nella ipotesi di liquidazione all'interno dei range tabellati, tanto nel caso di personalizzazione oltre o al di fuori dei minimi o massimi numerici tabellati; dovrebbero inoltre fornire un criterio estrinseco di controllo della ragionevolezza e logicità delle liquidazioni del danno non patrimoniale arrecato a valori interessi e diritti diversi da quelli valutati tabellarmente, ma in relazione ai quali i primi costituiscono necessariamente parametro costituzionale di riferimento; vale a dire che se interessi di rango e valore primario (nell'ottica della stessa Legge Fondamentale) sono ordinariamente – e salvo i casi di personalizzazione – valutati al fine di un ristoro economico nei limiti tabellari, questi ultimi, necessariamente, dovrebbero non essere del tutto negletti nell'esercizio del discrezionale apprezzamento equitativo di quantificazione del pregiudizio.

Ciò posto, è indubbio che la prova della esistenza del danno da recisione delle relazioni familiari è di per sé presunta sulla scorta della dimostrazione della morte della persona cara, fatto noto “dal quale il giudice può desumere, ex art. 2727 cod. civ., che i congiunti dello scomparso abbiano patito una sofferenza interiore tale da determinare un'alterazione della loro vita di relazione e da indurli a scelte di vita diverse da quelle che avrebbero altrimenti compiuto”, incombendo, per contro, al danneggiante dimostrare l'inesistenza di tali pregiudizi. (Cass., Sez. 3, n. 10527 del 13/05/2011; v. anche Cass., n. 10823 del 2007, nonché Cass., n. 20987 del 2007, e n. 16018 del 2010).

Sicché, se la relazione e la sua esistenza, unitamente alla recisione per effetto della morte cagionata dall'illecito, costituiscono elementi presuntivi della sussistenza del relativo danno non patrimoniale a carico del congiunto, le caratteristiche di tale relazione e le modalità di esplicazione della stessa, rappresentano di per sé elementi valutabili al fine della quantificazione della gravità del danno all'interno dei parametri tabellari.

Peraltro, occorre considerare che, mentre la sussistenza stessa del pregiudizio può presumersi, secondo l'id quod plerumque accidit, con riguardo alla morte dei membri appartenenti alla stretta cerchia parentale della famiglia legittima, non può peraltro escludersi il risarcimento del danno subito da soggetti che si trovino in rapporto parentale meno diretto con il deceduto, se ed in quanto sia, in concreto, dimostrata la sussistenza di una relazione (Cass., Sez. 3, n. 12278 del 07/06/2011).

Inoltre, occorrerà tener presente, nella effettiva quantificazione, la circostanza che i parametri tabellari prendono in considerazione esclusivamente i rapporti familiari più stretti (padre/madre -figlio, coniugio, fratellanza): la identificazione di un criterio generale per la determinazione del ristoro economico adeguato del pregiudizio patito con riferimento alla morte di soggetto estraneo alla stretta cerchia familiare, invece, potrà rinvenire un adeguato faro illuminante nei range di liquidazione segnalati dalle tabelle solo se, e nella misura in cui, tale rapporto possa avere assunto in concreto connotati di prossimità e intensità analoghi a quelli tipici dei rapporti afferenti alla famiglia nucleare.

Sotto il primo profilo, in effetti, è stato chiarito che “perché ... possa ritenersi risarcibile la lesione del rapporto parentale subita da soggetti estranei a tale ristretto nucleo familiare (quali i nonni, i nipoti, il genero, o la nuora) è necessario che sussista una situazione di convivenza, in quanto connotato minimo attraverso cui si esteriorizza l'intimità delle relazioni di parentela, anche allargate,



contraddistinte da reciproci legami affettivi, pratica della solidarietà e sostegno economico, solo in tal modo assumendo rilevanza giuridica il collegamento tra danneggiato primario e secondario, nonché la famiglia intesa come luogo in cui si esplica la personalità di ciascuno, ai sensi dell'art. 2 Cost.." (Cass., Sez. 3, n. 4253 del 16/03/2012).

Ne consegue, poi, anche sotto il secondo profilo, che la mancata allegazione di elementi diversi dalla sussistenza della relazione parentale, ove corroborata anche da elementi ulteriori costituenti fatti pacifici o comunque acquisiti al materiale probatorio valutabile dal giudicante, non impone la liquidazione del danno, sempre e comunque, nella misura minima sancita dalle tabelle per ciascuna tipologia di relazione.

In tal senso è stato ad esempio chiarito che elementi valutabili nella quantificazione del danno entro i limiti tabellari sono la consistenza del nucleo familiare (Cfr. Sez. 3, n. 3581 del 16/02/2010) e la condizione di convivenza o meno nonché l'irreparabilità della perdita della comunione di vita e di affetti e della integrità della famiglia (Cass., Sez. 3, n. 10107 del 09/05/2011), il grado di gravità del fatto illecito, come pure l'intensità e la durata degli effetti del danno ingiusto, connessi ad esempio alla stabilità o meno ed alla stessa durata del rapporto di coniugio o di convivenza (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 26505 del 17/12/2009).

Parti attrici sono rispettivamente il marito e la figlia della defunta.

Deve quindi presumersi che le stesse abbiano ricevuto un danno a seguito della morte della congiunta strettissima.

In ordine alla quantificazione della stessa, deve distinguersi la posizione dell'uno e dell'altra.

[REDACTED] risulta fosse convivente con la moglie, elemento di per sé tale da innalzare il livello di danno morale, acuito dalla circostanza della prossimità della morte della figlia maggiore [REDACTED] (avvenuta a poco più di 6 mesi dalla morte della madre, ossia il 4-7-2004: fatto pacifico), peraltro già affetta da grave patologia tumorale al momento della perdita della madre; inoltre risulta che il padre già fosse invalido al 100%, ciò acuendo ulteriormente l'estrema penosità già insita nella perdita della consorte convivente; la drammaticità di tale situazione di presumibile prostrazione morale è stata verosimilmente solo minimamente attenuata dalla vicinanza della figlia convivente [REDACTED] affetta da sindrome affettiva bipolare, aggravatasi in disturbo depressivo dopo la morte della madre; tale complessiva situazione estrema di per sé giustifica una collocazione dell'importo del risarcimento in misura prossima al massimo tabellare corrispondente a € 290.000,00 alla attualità.

[REDACTED] la figlia: risulta fosse già affetta (v. docc. 14 att.) da "sindrome affettiva bipolare episodio maniacale grave" con ricoveri ospedalieri per crisi depressive successivi alla morte della madre essendo evidente quindi la particolare penosità della perdita solo in parte attenuata dalla vicinanza del padre invalido con cui convive; la perdita della madre è stata aggravata anche dalla assenza di un proprio autonomo nucleo familiare (non risulta sia sposata ed era ed è convivente con i genitori e, ora, con il solo padre) nonché dalla perdita, pochi mesi dopo la madre, anche della sorella maggiore; anche per [REDACTED] giustificabile una collocazione dell'importo del risarcimento in misura prossima al massimo tabellare, corrispondente a € 290.000,00 alla attualità.

Su tali somme è dovuto il risarcimento del danno da ritardo da calcolarsi previa devalutazione del predetto importo dalla data di pubblicazione della presente sentenza alla data dell'evento mortale e con successiva rivalutazione e computo degli interessi sulla somma così, via via, rivalutata fino alla data di pubblicazione della presente sentenza.

Dunque a tale titolo spetteranno a parti attrici:



- € 356.020,91 ad [REDACTED]

- € 356.020,91 ad [REDACTED]

b. *jure successionis*.

Circa il danno non patrimoniale conseguente alla morte di una persona, è discussa, nella stessa Giurisprudenza della Suprema Corte la configurazione dei pregiudizi non patrimoniali risarcibili.

Secondo un orientamento assolutamente minoritario sussisterebbe un diritto al risarcimento del danno per la distruzione del bene giuridico della vita a prescindere dalla coscienza o meno della propria morte (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 15491 del 08/07/2014 Sez. 3; Sentenza n. 19133 del 20/09/2011).

Convincenti paiono però le obiezioni a tale orientamento, sotto due ordini di profili.

Quanto al primo occorre considerare che è obiezione insuperabile quella sollevata dai commentatori che hanno rilevato come l'evento che genererebbe il diritto risarcitorio sarebbe contemporaneo a quello estintivo del soggetto cui la posizione giuridica soggettiva corrispondente dovrebbe imputarsi, con la conseguente impossibilità di concepire un tale diritto di credito per carenza (al momento del suo sorgere) del relativo referente soggettivo.

Quanto al secondo esso si scontra avverso la ormai consolidata unitarietà del concetto di danno non patrimoniale per lesione di interessi costituzionalmente protetti: nella quantificazione del danno potranno tenersi in conto diversi profili, nella misura in cui siano oggetto di prova e, prima ancora, di adeguata allegazione, al fine di pervenire comunque a una unitaria liquidazione di un danno solo descrittivamente riferibile a diversi aspetti (v. S.U. c.d. di San Martino, : N. 26972 del 2008 e ss.).

Dunque, secondo l'orientamento oggi ormai consolidato della giurisprudenza della Suprema Corte il danno non patrimoniale da morte risarcibile *jure successionis* può contenutisticamente e strutturalmente suddividersi in tre fondamentali tipologie descrittive, sia pure tutte inquadrabili come fattispecie descrittive del medesimo danno non patrimoniale, categoria che rinviene il proprio referente normativo nell'art. 2059 c.c., ossia (cfr. Sez. 3, n. 7126 del 21/03/2013; v. anche Sez. 3, Sentenza n. 28423 del 28/11/2008; Sez. 3, Sentenza n. 19133 del 20/09/2011; Sez. 3, Sentenza n. 2564 del 22/02/2012; Sez. 3, Sentenza n. 25731 del 05/12/2014):

- 1) il danno "tanatologico" in senso stretto, connesso alla perdita della vita come massima espressione del bene salute;
- 2) il danno biologico psichico "catastrofale" per avere il medesimo sofferto, per un considerevole lasso di tempo, una lesione della propria integrità psico-fisica costituente un autonomo danno "biologico", accertabile con valutazione medico legale;
- 3) il danno morale di tipo "catastrofale" inteso quale *pretium doloris* e connesso alla presumibile sofferenza patita nella lucida attesa della propria morte della vittima cosciente di un fatto comunque sussumibile in una fattispecie criminosa (e quindi risarcibile ai sensi del combinato disposto degli artt. 185 c.p. e 2059 c.c.).

Nel caso di specie i ricorrenti hanno dedotto che la signora [REDACTED] avrebbe subito un danno catastrofico di tipo biologico e morale nel lasso di tempo intercorso dalla crisi respiratoria alla morte.

Occorre tuttavia considerare che, la più recente giurisprudenza di legittimità ha chiarito che "il risarcimento del c.d. danno "catastrofico" - ossia del danno conseguente alla sofferenza patita dalla persona che lucidamente assiste allo spegnersi della propria vita - può essere riconosciuto agli eredi, a titolo di danno morale, solo a condizione che sia entrato a far parte del patrimonio della vittima al momento della morte. Pertanto, in assenza di prova della sussistenza di uno stato di coscienza della persona nel breve intervallo tra il sinistro e la morte, la lesione del diritto alla vita non è suscettibile di



risarcimento, neppure sotto il profilo del danno biologico, a favore del soggetto che è morto, essendo inconcepibile l'acquisizione in capo a lui di un diritto che deriva dal fatto stesso della morte; precisando quindi che "...in considerazione della natura non sanzionatoria, ma solo riparatoria o consolatoria del risarcimento del danno civile, ai congiunti spetta in questo caso il solo risarcimento conseguente alla lesione della possibilità di godere del rapporto parentale con la persona defunta" (Cass., Sez. 3, n. 6754 del 24/03/2011).

Nondimeno occorre considerare che il periodo di tempo da prendere in considerazione a tali fini è delimitato, nel caso di specie, inferiormente dalla morte (ore 14.-57: v. doc. 5 att.) e superiormente dal verificarsi della condotta colposa attiva costituita dalla erronea manovra rianimatoria (ore 14.26: v. doc. 5 att.). Infatti la condizione clinica precedente non può ricondursi alla eziologia scaturita dall'inadempimento colposo di cui parte convenuta deve rispondere, ma semmai alla evoluzione patologica della pregressa malattia allergica.

Nel caso di specie risulta che nell' intervallo di tempo di interesse la signora [REDACTED] fosse in stato di incoscienza ed anzi sia stata sottoposta a sedazione e a farmaci miorilassanti, essendo evidente lo stato di incoscienza che non le ha fatto percepire l'approssimarsi della morte.

Nessun risarcimento può essere quindi riconosciuto sotto tale profilo.

ii) danni patrimoniali jure proprio (da lucro cessante e danno emergente).

Quanto ai danni patrimoniali gli attori hanno allegato le spese funerarie che sono risarcibili a favore di per € 2102,77 (v. doc. 15 att.).

Spettano inoltre i costi anticipati della perizia di parte medicolegale di cui non vi è tuttavia prova documentale oltre alle spese di mediazione per € 115,90.

Non sono documentate spese mediche ulteriori né è provata la necessità di sostenere le stesse.

Tali importi spettano a titolo risarcitorio al solo [REDACTED] che (giusta i documenti) li ha materialmente sostenuti: su tali somme gli spettano inoltre la rivalutazione dalla data dei relativi esborsi (27-1-2004) oltre agli interessi sulla somma via via rivalutata da tale data alla data odierna e quindi complessivamente € 3.274,74.

Non può essere riconosciuto in base agli elementi presuntivi allegati alcun danno da lucro cessante per la perdita del contributo dato dalla signora [REDACTED] all'economia del nucleo familiare: parte attrice stessa ha allegato che la medesima percepiva come pensionata Inps la somma mensile di € 600,00 netti, essendo quindi del tutto evidente (anche considerando il diritto a parte della somma spettante comunque a titolo di pensione per superstiti al marito) che tale importo era di poco sufficiente alle esigenze di vita della medesima; la circostanza, unica allegata in modo rilevante sul punto, della esigenza di assunzione di colf per alcune ore settimanali, non è idonea a provare il danno e la sua quantificazione posto che (anche nella capitolazione non ammessa e rinunciata implicitamente) non è dedotto l'ammontare del compenso per tale donna di servizio.

Le spese seguono la soccombenza nei rispettivi rapporti processuali e sono liquidate come da dispositivo, nei limiti della domanda proposta (dagli intervenuti) e accolta (per le attrici). Peraltro vista la difesa della convenuta sostanzialmente unitaria (se non per i profili specifici) le spese nei suoi confronti sono da rifondersi da parte delle intervenute nei limiti della metà del complessivo liquidato come da dispositivo.

A carico di parte convenuta vanno poste le spese di CTU come già liquidate in corso di causa.

P.Q.M.



Sentenza n. 747/2015 pubbl. il 18/05/2015

RG n. 8854/2012

Repert. n. 1598/2015 del 18/05/2015

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

1. In parziale accoglimento della domanda proposta da [redacted] nei confronti di Azienda Ospedaliera [redacted] dichiara tenuta e condanna tale parte convenuta a corrispondere ai predetti il risarcimento dei danni subiti

- in proprio nella misura di € 356.020,91 ad [redacted] ed € 356.020,91 ad [redacted] a titolo di danno non patrimoniale

- in proprio nella misura di € 3.274,74 ad [redacted] titolo di danno patrimoniale.

somme tutte alla attualità, oltre interessi di mora sulle predette come così complessivamente liquidate dalla data di pubblicazione della presente sentenza al saldo effettivo.

2. Dichiara inammissibile la domanda delle parti intervenute.

3. Dichiara tenuta e condanna parte convenuta a rifondere a parti attrici le spese di lite che si liquidano in € 458,00 per esborsi ed € 38.369,52 (compreso 15% spese generali) per compensi professionali oltre accessori come per legge.

4. Dichiara tenute e condanna parti intervenute, in solido fra loro, a rifondere a parte convenuta nei limiti della metà le spese di lite che si liquidano in € 466,25 per esborsi ed € 38.369,52 (compreso 15% spese generali) per compensi professionali oltre accessori di legge.

5. Pone definitivamente a carico di parte convenuta le spese di CTU come già liquidate in corso di causa.

Così deciso in Reggio Emilia, il 11 maggio 2015

Il Giudice
dott. Luca Ramponi

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

