

Responsabilità medica nel fine vita

Sommario: 1. Premessa. 2. I diritti dei pazienti nel fine vita. 3. Responsabilità medica nel fine vita per casi. 4. Rilievi conclusivi

The present essay, starting from the new patient-medical dimension, deals with the issue of the responsibility of doctors in the end of life therapy, starting from some case studies.

In particular, three cases are considered: the revocation of consent to the end of life therapy, the late diagnosis in presence of an unavoidable nefarious outcome, incorrect cancer therapy with respect to terminally ill patients.

Il presente saggio partendo dalla nuova dimensione medico paziente, affronta il tema della responsabilità del medico nel fine vita muovendo da un'indagine casistica.

Si considerano in particolare tre casi: la revoca del consenso alla terapia di fine vita, la diagnosi tardiva in presenza di ineludibile esito nefasto, errata terapia oncologica rispetto a malato terminale.

1. Premessa

Da tempo si è andata modificando la funzione della scienza medica non più volta ad aggiungere giorni alla vita ma vita ai giorni, parafrasando una celebre frase di Rita Levi Montalcini.

La medicina ha trionfato sui pericoli del parto, ha trasformato ferite e malattie da incurabili a gestibili con esito fasto.

I progressi della medicina hanno portato ad un miglioramento delle prospettive di sopravvivenza anche in caso di malattie terminali, aumentando quantitativamente gli interventi medici relativi al fine vita e i rischi sanitari ad essi correlati.

Quando i medici si confrontano con condizioni di malattia terminale si trovano a dover cambiare la propria *mission* che non può essere la guarigione.

Tale passaggio è ben evidenziato dal chirurgo Atul Gawande nel suo libro “Being Mortal”⁽¹¹⁴⁾, in cui rivela la sofferenza che la ricerca tendenziale di guarigione anche in casi terminali ha prodotto: case di cura, dedicate soprattutto alla sicurezza; medici che nella difficoltà di affrontare con i pazienti terminali l’argomento della morte inducono questi in false speranze e li sottopongono a trattamenti che in realtà peggiorano le vite invece di migliorarle.

Atul Gawande ha rivelato senza paura le difficoltà della professione medica in una società in cui *aging* e aumento delle prospettive di sopravvivenza, anche in caso di malattie terminali, hanno implementato il confronto dei medici con il tema della morte.

Si scopre così la necessità di un dialogo sulla fine ineluttabile e dell’adozione di scelte condivise con il paziente che siano in grado di consentirgli di non sacrificare mai ciò a cui le persone tengono veramente.

Being Mortal mostra che l’obiettivo finale non è una buona morte ma una buona vita (buona in termini di dignità, di libera determinazione, di autonomia) - fino alla fine.

Ma quali sono i diritti del paziente nel fine vita? Come si articola la relazione medico paziente e quali doveri incombono sul medico?

2. I diritti dei pazienti nel fine vita

Essendo il fine vita parte della vita umana pare banale ricordare che le tutele costituzionali dell’essere persona per il diritto non trovano compressioni o rimodulazioni nella fase terminale dell’esistenza, ma anzi trovano un rafforzamento in quegli atti che rappresentano l’ultima espressione dello sviluppo della personalità dell’individuo.

Alcune particolari situazioni e interessi meritevoli di giuridica tutela sono enucleati nella legge 22 dicembre 2017, n. 219: “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Il primo articolo inquadra i diritti nel fine vita all’interno della cornice costituzionale e della Convenzione sui diritti dell’uomo : “La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e

¹¹⁴ Essere mortale: Come scegliere la propria vita fino in fondo. Einaudi, 2016.

all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”.

Nell'art. 1, II e III comma, nella disciplina del consenso informato, si evidenzia la valorizzazione della autodeterminazione del paziente e la responsabilità del medico ad essa correlata. In particolare si afferma che:

“E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo. 3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.”

La volontà del paziente acquista un ruolo centrale, incontrando limiti solo nelle norme di legge, nelle regole deontologiche, nelle buone pratiche clinico-assistenziali.

Un'autonomia non negoziale in quanto non suscettibile di creare vincoli dispositivi. Il consenso sarà infatti sempre revocabile e rimesso alla libera determinazione dell'individuo.

Un consenso non nudo ma particolarmente assistito dai consigli del medico che dovrà non solo informare ma anche accompagnare la decisione del paziente essendone guida secondo la miglior scienza ed esperienza medica.

Sempre nell'art. 1 commi V e VI si legge “Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. 6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale”.

Fondamentale è poi l'art. 2 della norma in esame in cui si trova enucleata la funzione della medicina nel fine vita: “Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore”.

Questi principi trovano espressione anche nella giurisprudenza che si è pronunciata in materia di responsabilità medica nel fine vita.

In un recente caso di ritardata diagnosi un paziente afflitto da una patologia letale che non lasciava possibilità di salvezza moriva e gli eredi agivano per il pagamento *iure hereditatis* dei danni patiti a causa della tardiva diagnosi (¹¹⁵).

¹¹⁵ Cass., 24.1.2018 - 23 marzo 2018, n. 7260, in <http://www.dirittifondamentali.it/media/2459/cass-civ-sez-iii-ord-24-gennaio-2018-23-marzo-2018-n-7260.pdf> : “La violazione del diritto di determinarsi liberamente nella scelta dei propri percorsi esistenziali in una condizione di vita affetta da patologie ad esito certamente infausto, non coincide con la perdita di chances

I giudici di merito, nella inevitabilità della situazione terminale si trovano in difficoltà nell'individuare un danno risarcibile e nello sforzo di tale inquadramento delineano con chiarezza concettuale la situazione esistenziale del fine vita.

La Cassazione invece enuclea un danno immediato e diretto al paziente: “il danno nella specie denunciato dalle attrici non può in nessun modo farsi consistere nella perdita di specifiche possibilità esistenziali alternative, necessariamente legate alle particolari scelte di vita non potute compiere dal paziente (un discorso solo impropriamente, e in larga misura erroneamente, tradotto con l'equivoco richiamo al tema della perdita di chances), bensì con la perdita diretta di un bene reale, certo (sul piano sostanziale) ed effettivo, non configurabile alla stregua di un quantum (eventualmente traducibile in termini percentuali) di possibilità di un risultato o di un evento favorevole (secondo la definizione elementare della chance comunemente diffusa nei discorsi sulla responsabilità civile), ma apprezzabile con immediatezza quale correlato del diritto di determinarsi liberamente nella scelta dei propri percorsi esistenziali in una condizione di vita affetta da patologie ad esito certamente infausto; e dunque quale situazione soggettiva suscettibile di darsi ben prima (al di qua) di qualunque (arbitraria) scelta personale che si voglia già compiuta, o di là da compiere; e ancora, al di là di qualunque considerazione soggettiva sul valore, la rilevanza o la dignità, degli eventuali possibili contenuti di tale scelta. 9. Il senso della compromissione della ridetta situazione soggettiva di libertà appare d'immediata comprensione non appena si rifletta sulla circostanza per cui, non solo l'eventuale scelta di procedere (in tempi più celeri possibili) all'attivazione di una strategia terapeutica, o la determinazione per la possibile ricerca di alternative d'indole meramente palliativa, ma anche la stessa decisione di vivere le ultime fasi della propria vita nella cosciente e consapevole accettazione della sofferenza e del dolore fisico (senza ricorrere all'ausilio di alcun intervento medico) in attesa della fine, appartengono, ciascuna con il proprio valore e la propria dignità, al novero delle alternative esistenziali che il velo d'ignoranza

connesse allo svolgimento di singole specifiche scelte di vita non potute compiere, ma nella lesione di un bene già di per sé autonomamente apprezzabile sul piano sostanziale, tale da non richiedere, una volta attestato il colpevole ritardo diagnostico di una condizione patologica ad esito certamente infausto (da parte dei sanitari convenuti), l'assolvimento di alcun ulteriore onere di allegazione argomentativa o probatoria, potendo giustificare una condanna al risarcimento del danno così inferto sulla base di una liquidazione equitativa.

illecitamente indotto dalla colpevole condotta dei medici convenuti ha per sempre impedito che si attuassero come espressioni di una scelta personale. Poichè anche la sofferenza e il dolore, là dove coscientemente e consapevolmente non curati o alleviati, acquistano un senso ben differente, sul piano della qualità della vita, se accettati come fatto determinato da una propria personale opzione di valore nella prospettiva di una fine che si annuncia (più o meno) imminente, piuttosto che vissuti, passivamente, come segni misteriosi di un'inspiegabile, insondabile e angosciante, ineluttabilità delle cose. Rilievo che vale a tradursi in una specifica percezione del sè quale soggetto responsabile, e non mero oggetto passivo, della propria esperienza esistenziale; e tanto, proprio nel momento della più intensa (ed emotivamente pregnante) prova della vita, qual è il confronto con la realtà della fine”.

In sintesi si può dire che nella sentenza si enucleano alcuni interessi meritevoli di tutela particolari del fine vita:

- 1- La possibilità di programmare il proprio essere persona in vista della fine della vita.
- 2- La fruizione della vita residua.
- 3- La tempestiva somministrazione di cure palliative.

3. Responsabilità medica nel fine vita per casi

Volendo tratteggiare l'attuazione di tali interessi riteniamo preferibile muoversi secondo una disamina di casi reali e potenziali al fine di avvicinarci al concreto.

Un primo caso che può essere ipotizzato riguarda la revoca del consenso. Come detto all'art. 1, comma V ogni paziente ha “il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento”.

Il consenso quindi dovrà essere revocato secondo forme specifiche: “acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico”.

Potrà accadere che un paziente, che ha ad esempio rifiutato la tracheotomia, revochi la propria richiesta iniziale chiedendo il trattamento che gli consentirà di prolungare la propria esistenza, ma una volta ricevuto il trattamento e realizzata la situazione neghi di aver prestato un simile consenso consapevolmente.

La documentazione scritta e le altre modalità in grado di registrare il consenso prestato ai fini della prova non potranno superare una condizione di temporanea incapacità di intendere e volere, generata dall'evolversi della condizione di sofferenza, che potrà essere facilmente provata e che potrà determinare l'impugnativa del consenso reso con relativa responsabilità del medico ove si provi che è mancata una sua corretta indagine relativamente alla piena capacità di intendere e volere del paziente all'atto del consenso.

La norma di riferimento è l'art. 428 del codice civile in tema di incapacità naturale.

L'art. 428, da strumento di tutela per i soggetti affetti da disabilità psico-fisiche temporanee o parziali, tali che se assolute avrebbero dato luogo ad un provvedimento di interdizione o inabilitazione, è divenuto sempre più uno strumento per tutelare il contraente da suggestioni, sorprese o anche dalla mera inesperienza che possano aver perturbato le sue facoltà in modo da impedirgli una seria valutazione del contenuto dell'atto giuridico che stava ponendo in essere ⁽¹¹⁶⁾.

Si ritiene che al di là delle documentazioni richieste dalla legge in merito alla prestazione del consenso e alla sua revoca sia necessario che vi sia una miglior procedimentalizzazione e documentazione relativa alla fase di prestazione del consenso e/o della sua revoca da parte del paziente in modo da dare atto di tutte le cautele prese e gli accertamenti compiuti dal medico che valgano ad escludere una sua responsabilità per aver proceduto con un trattamento fortemente non voluto dal paziente.

Un altro caso di possibile responsabilità nel fine vita è quello della tardiva diagnosi, che già abbiamo tratteggiato nel paragrafo precedente.

La citata sentenza della Corte di Cassazione 7260/2018 individua, nel caso in cui una tempestiva diagnosi non avrebbe potuto salvare il paziente per la gravità della patologia,

¹¹⁶ Si pensi alla giurisprudenza sull'annullamento delle dimissioni del lavoratore. Cfr. recentemente Cass. 15.1.2004, n. 515, in *Giust. civ. mass.*2004; Cass. 12.3.2004, n. 5159, *ivi.*,; Cass. 14.5.2003, in *D&G- Dir. Giust.*, 2003, f. 22, 14. In dottrina R. SACCO, *Il consenso*, in *I contratti in generale*, a cura di E. Gabrielli, Torino, 1999, p. 415

un diritto al risarcimento appunto per lesione del diritto alla autodeterminazione nella fase terminale della propria esistenza.

Il danno risarcibile non sarà il c.d. danno tanatologico, in quanto la tardiva diagnosi non ha determinato la morte del paziente, bensì un danno esistenziale.

Osserva il Collegio che “la violazione del diritto di determinarsi liberamente nella scelta dei propri percorsi esistenziali in una condizione di vita affetta da patologie ad esito certamente infausto, non coincide con la perdita di chances connesse allo svolgimento di singole specifiche scelte di vita non potute compiere, ma nella lesione di un bene già di per sé autonomamente apprezzabile sul piano sostanziale, tale da non richiedere, una volta attestato il colpevole ritardo diagnostico di una condizione patologica ad esito certamente infausto (da parte dei sanitari convenuti), l'assolvimento di alcun ulteriore onere di allegazione argomentativa o probatoria, potendo giustificare una condanna al risarcimento del danno così inferito sulla base di una liquidazione equitativa.”

Si tratterebbe quindi di un danno da perdita di chance, non la perdita di chance di sopravvivenza, ma la perdita di chance di vivere il proprio fine vita, programmarlo, compiere le scelte più opportune con coscienza e consapevolezza della vicinanza della fine⁽¹¹⁷⁾.

¹¹⁷ Sul punto un importante arresto è quello di Cass, 04 marzo 2004, n. 4400, in *Ragiusan* 2004, 245/6, 437: “In tema di responsabilità del professionista esercente la professione sanitaria, la diagnosi errata o inadeguata integra di per sé un inadempimento della prestazione sanitaria e, in presenza di fattori di rischio legati alla gravità della patologia o alle precarie condizioni di salute del paziente, aggrava la possibilità che l'evento negativo si produca, producendo in capo al paziente la perdita delle "chances" di conseguire un risultato utile; tale perdita di "chances" configura una autonoma voce di danno emergente, che va commisurato alla perdita della possibilità di conseguire un risultato positivo, e non alla mera perdita del risultato stesso, e la relativa domanda è domanda diversa rispetto a quella di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato.”

Il danno da perdita di occasioni ha trovato ampi riconoscimenti, in particolare in materia lavoristica, come “concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene, non ... una mera aspettativa di fatto ma un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione”(Cfr. Cass. 11.12.2003, n. 18945, in *Giust. civ. mass.*, 2003; Cass. 21.07.2003, n.11322, in *Foro it.*, 2004, I, 155 con nota di G. Faella; Cass. 12.6.2003, n. 9472, ivi; Cass. 20.4.2002, n. 5766, ivi; Cass. 23.11.1998, n. 11877, ivi, 1998; Cass. 19.11.1997, n. 11522, in *Giust. civ. mass.* 1997; Per la giurisprudenza di merito v. Trib. Bologna 20.1.2003, in *Danno e resp.*, 2003, 878 con nota di Bitetto; Trib. Pinerolo, 14.1.2003, in *Giur. merito*, 2003, 5; Trib. Milano, 30.11.2001, in *Riv. crit. dir. lav.*, 2002, 109 con nota di Guariso; C. App. Venezia 24.5.2000, in *Giur. circ. e sinistri*, 2001, 477; Trib. Milano, 22.2.2000, in *Riv. crit. dir. lav.*, 2000, 446; Trib. Roma 20.3.1987, in *Giur. it.*, 1987, I, 2, 337. In dottrina F.D. BUSNELLI, *Perdita di una <<chance>> e risarcimento del danno*, nota a App. Parigi 6.3.1964, in *Foro it.*, 1965, IV, p. 47 ss.; M. BOCCHIOLA, *Perdita di una <<chance>> e certezza del danno*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 1976, p. 55; A. PRINCIGALLI, *Perdita di << chances >> e danno risarcibile*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1985, p. 315; A. PONTECORVO, *La responsabilità da perdita di chance*, in *Giust. civ.*, 1997, II, p. 447 ss.

Per quanto la sentenza risulti fondata su un'argomentazione solida, si rileva come il principio di diritto enucleato debba essere contestualizzato nei vari casi concreti per evitare assolutizzazioni che potrebbero trovare risposta in un accanimento diagnostico che potrà essere dispendioso e, a seconda del tipo di strumento diagnostico, anche potenzialmente lesivo per la salute del paziente stesso. In particolare si dovrà misurare la tardività tenuto conto dello stato della malattia e della miglior scienza e esperienza del momento nonché della sintomatologia e della specializzazione del medico cui il paziente è stato indirizzato.

Un altro caso che può essere posto è quello che riguarda l'errata terapia oncologica. Si pensi ad un paziente afflitto da una grave neoplasia al cervello. Viene operato e gli viene somministrata radioterapia in un ospedale lontano dalla sua residenza in cui si reca per l'elevata specializzazione del personale medico.

Alla fine del trattamento viene dimesso con una prospettiva di vita di uno/due anni e con un suggerimento di sottoporsi ad un trattamento chemioterapico nell'ospedale della propria residenza.

All'ospedale lo sottopongono ad un trattamento di chemio particolarmente severo, senza aver proceduto ad accertamenti sulle condizioni del paziente e sulla sopportabilità della terapia. Al soggetto non vengono illustrati i rischi cui il trattamento lo espone. Il soggetto muore dopo un mese dall'inizio del trattamento per distruzione del midollo osseo riconducibile al trattamento stesso.

La figura del danno da perdita di chances ha trovato particolare impiego da parte della giurisprudenza francese. Per indicazioni v. F. CHABAS, *La perdita di Chance nel diritto francese della responsabilità civile*, in *Resp. civ. prev.*, 1996, p. 227.).

Ancora con riferimento ad ipotesi di responsabilità per lesione del diritto di salute la Cassazione ha fatto impiego di tale figura ai fini della quantificazione del danno da risarcire precisando come la perdita di chances rappresenti una voce di danno distinta dal danno biologico in quanto "costituisce un'ipotesi di danno patrimoniale futuro, come tale risarcibile a condizione che il danneggiato dimostri (anche in via presuntiva ma pur sempre sulla base di circostanze di fatto certe e puntualmente allegate) la sussistenza di un valido nesso causale tra il fatto e la ragionevole probabilità della verifica futura del danno" (Così Cass. 27.7.2001, n. 10291, in *Giust. civ. mass.*, 2001).

In dottrina A. RAVAZZONI, *La riparazione del danno non patrimoniale*, Milano, 1962, p. 26; G. CIAN, *Antigiuridicità e colpevolezza*, Padova, 1966, p. 390. Da ultimo M. FRANZONI, *Fatti illeciti*, in *Comm. Scialoja-Branca*, Bologna-Roma, 1993, p. 721. Non vi è però uniformità di orientamenti, sul punto, nella dottrina italiana. V. infatti quanto osservato da C. CASTRONOVO, "Danno biologico" senza miti, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1988, p. 3 ss.; G. VISINTINI, *I fatti illeciti*, Padova, 1987, I, p. XIX ss.; ID., *Trattato breve sulla responsabilità civile*, Padova, 1999, 2° ed., p. 373; G. ALPA, *La responsabilità civile*, in *Tratt. dir. civ., diretto da G. Alpa*, vol. IV, Milano, 1999, p. 608; ID., *Diritto della responsabilità civile*, Bologna-Roma, 2003, p. 12.

In questo caso avremmo invece un vero e proprio danno tanatologico che ha portato il soggetto ad una riduzione delle prospettive di sopravvivenza che pur sussistevano nella grave condizione terminale in cui versava il paziente ⁽¹¹⁸⁾.

4. Rilievi conclusivi

Il legislatore ha preso consapevolezza del mutato quadro del rapporto medico-paziente e del ruolo della scienza medica, non più orientato ad una condizione di aumentare la durata della vita, bensì di consentire ai pazienti la piena autodeterminazione e l'esercizio del diritto a non soffrire.

La maggiore articolazione della relazione medico paziente, porta ad un rapporto di cura che è sempre più fondato su un dialogo e orientato ad una condivisione di scelte, porta ad ampliare l'ambito delle situazioni giuridiche meritevoli di tutela presenti in capo al paziente.

Allo stesso tempo occorre però meditare su possibili derive che possano aprire a meccanismi difensivi dei medici.

Occorrerà da parte dei giudicanti una maggiore attenzione alla concretezza del caso ed un avvicinamento alla conoscenza della medicina, delle patologie, delle variabili relative al loro decorso, all'umanità che sta dietro la professione del medico.

¹¹⁸ Il danno tanatologico può essere fatto valere *iure hereditatis* e si distingue dal danno da perdita del congiunto che i prossimi congiunti possono far valere *iure proprio*. Secondo un orientamento della Cassazione che è andato consolidandosi nel tempo il danno tanatologico sussisterebbe però soltanto quando il soggetto abbia avuto modo di percepire il proprio stato di moribondo e di soffrire. Si veda tra le ultime sentenze Cass. 27 settembre 2017, n. 22451,

<https://www.personaedanno.it/articolo/danno-tanatologico-danno-terminale-danno-catastrofale-cassazione-sez-iii-27-settembre-2017-n-22451-chiara-biscella>: "Il danno tanatologico, ossia il danno da perdita della vita conseguente a un fatto illecito altrui, non può essere riconosciuto *iure hereditatis* a favore degli eredi della vittima, se essa è deceduta immediatamente o entro un brevissimo lasso di tempo dalle lesioni subite, in quanto tali circostanze non rendono apprezzabile l'incisione delle stesse sul bene salute venendo meno lo *spatium vivendi*." In tal senso si veda anche Cass. SS.UU. 22 luglio 2015, n. 15350, in http://www.dimt.it/wp-content/uploads/2015/07/Cass.-SS.UU._danno-tanatologico-n.-15350-2015.pdf.

Quanto alla liquidazione da ultimo si è affermato che: "In tema di danno da perdita della vita, nel caso in cui intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse, è configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla menomazione dell'integrità fisica patita dal danneggiato sino al decesso. Tale danno, qualificabile come danno biologico terminale, dà luogo a una pretesa risarcitoria, trasmissibile "iure haereditatis" da commisurare soltanto all'inabilità temporanea, adeguando la liquidazione alle circostanze del caso concreto, ossia al fatto che, seppure temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità, tanto che la lesione alla salute non è suscettibile di recupero ed esita, anzi, nella morte." In tal senso Cass. 13 luglio 2018, n. 18328, in Giust. civ. Mass.,