



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DI APPELLO DI ROMA
SEZIONE SESTA CIVILE

composta dai magistrati:

dott. Alberto Tilocca	- Presidente
dott.ssa Giulia Spadaro	- Consigliere
dott.ssa Domenica Capezzerà	- Consigliere relatore

all'esito dell'udienza del **09.06.2026**, **sostituita dal deposito di note scritte ex art. 127 ter c.p.c.** ha pronunciato
- ai sensi dell'**art. 281-sexies c.p.c.** - la seguente

SENTENZA

definitiva nella causa civile in grado di appello iscritta al n. **1924/2021** del registro generale degli affari contenziosi
vertente

tra

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), in proprio e quali erede di *Persona_1* *Parte_2*
(C.F. *C.F._2*) in proprio e quale congiunto della medesima de cuius, entrambi rappresentati
dall'Avv. [REDACTED] (C.F. *C.F._3*) congiuntamente e disgiuntamente all'avv. [REDACTED]
[REDACTED] (C.F. *C.F._4*) ed elettivamente domiciliati presso lo studio del primo in Roma, [REDACTED]
[REDACTED] giusta procura in atti. Nonché *Controparte_1* (C.F. *C.F._5*) nella qualità
di erede di *Persona_2* e nella qualità di procuratore di *CP_2* (C.F. *C.F._6*) - giusta
procura generale rilasciata per atto Notaio in Roma Dott. *Persona_3* del 9.10.2020, Rep 34499, Racc. 24748 -
quest'ultima anche quale erede di *Persona_2* rappresentati e difesi dall'avv. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (C.F.
C.F._4) ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in Roma, [REDACTED] giusta procura
in atti

- APPELLANTI -

E

Controparte_3 (C.F. *P.IVA_1* in persona del legale rappresentante pro
tempore nonché direttore generale f.f. dott.ssa *Controparte_4* , rappresentata e difesa in via congiunta e
disgiunta, dagli avv.ti [REDACTED] [REDACTED] (C.F. *C.F._7* , [REDACTED] [REDACTED] (C.F.
C.F._8) ed [REDACTED] [REDACTED] (C.F. *C.F._9* , con domicilio eletto presso la

sede legale in Roma, [REDACTED] giusta delega in atti

- APPELLATA-

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto regolarmente notificato *Parte_1* e *Parte_2*, in proprio e quali eredi di *Persona_1* nonché *Controparte_1*, nella qualità di erede di *Persona_2* oltre che nella qualità di procuratore di *CP_2* [...] quale erede di *Persona_2* hanno proposto appello avverso la sentenza del Tribunale di Roma n. 12701/2020, pubblicata il 22.09.2020, resa nel giudizio intercorso tra le parti.

I fatti di causa sono riportati nel provvedimento impugnato: *“Con atto di citazione ritualmente notificato gli attori evocavano l’ *Controparte_3* per ottenerne la condanna al pagamento risarcitorio di tutti i danni sofferti a seguito del [REDACTED] *Persona_1* [REDACTED] dovuto ad erroneità dei trattamenti somministrati durante il ricovero della paziente dal 22.4.13 per prolasso mitralico. Deducevano in particolare che: la sig. *Per_1* era stata sottoposta ad intervento di sostituzione valvola mitralica in data 7.5.13; in tale occasione aveva contratto infezione nosocomiale da Clostridium difficile, dovuta ad inadeguatezza della terapia antibiotica ed a carenze igienico organizzative, diagnosticata peraltro in ritardo in data 12.5.13; le era stato praticato erroneamente intervento esplorativo per colecistite acuta, con applicazione di bagota bag anziché colectomia, errore causativo del progredire dell’infezione; era stata poi eseguita colectomia sub totale, lasciando in situ un tratto di intestino malato; era seguita in maniera frettolosa splenectomia di necessità; non era stato successivamente asportato con urgenza il colon. Chiedevano dunque la condanna dell’ospedale per tutti i danni subiti iure proprio ed hereditatis, patrimoniali e non, derivanti dal causato decesso della congiunta. Si costituiva l’ *CP_3* negando ogni addebito, deducendo come la paziente -affetta da valvulopatia mitralica già al momento del ricovero- presentava edema polmonare acuto ed era in condizioni critiche gravi sì da essere trasferita in terapia intensiva coronarica per stabilizzazione e solo dopo sottoposta a coronografia previa somministrazione di antibiotico Augmentin, terapia continuata nel corso del ricovero. Inoltre già prima del ricovero la paziente aveva sofferto di episodio influenzale e sottoposta ad antibiotico, ben potendo ciò avere compromesso la flora batterica intestinale e contribuito all’insorgenza infettiva. Deduceva infine come in ogni fase della cura era stata somministrata alla paziente adeguata terapia antibiotica, escludendo dunque ogni responsabilità a riguardo e chiedendo il rigetto della domanda. La causa- istruita con la produzione documentale e la ctu medico legale, tentata una proposta conciliativa ex art 185 bis cpc con indicazione di compensazione integrale delle spese di lite tra le parti come da ordinanza del 5.4.18, non accettata da parte attrice come da verbale di udienza del 18.7.18- veniva infine trattenuta in decisione sulle conclusioni rassegnate dalle parti a verbale del 27.5.20 a seguito di trattazione scritta ex Dl 18/20 e ss per emergenza sanitaria Covid 19, con la concessione dei termini ex art 190 cpc.”.*

Il Tribunale adito, con l’impugnata sentenza, ha così deciso: *“-respinge la domanda attorea come da motivazione e per l’effetto condanna in solido *Persona_2*, *Parte_1*, *Parte_2* e *CP_2* al pagamento delle spese di lite in favore dell’ *Controparte_3* che liquida per le*

varie fasi processuali in €8.000,00 oltre accessori come per legge; -pone le spese di CtU come liquidate dal decreto del Tribunale del 21.2.18 definitivamente a carico in solido degli attori”.

Avverso la sentenza hanno proposto appello **Parte_1** e **Parte_2** , in proprio e quali eredi di [...] **Per_1** , nonché **Controparte_1** nella qualità di erede di **Persona_2** oltre che nella qualità di procuratore di **CP_2** quale erede di **Persona_2** i quali hanno svolto le seguenti conclusioni: “Voglia l’Ecc.ma Corte d’Appello adita, respinta ogni contraria istanza e in accoglimento dei motivi di appello, esaminati i motivi di impugnazione espressi, preso atto della sussistenza di vizi tali da imporre la necessità di riformare integralmente o parzialmente la sentenza di prime cure, siccome gravemente viziata, compresi i punti della stessa anche solo implicitamente connessi a quelli impugnati, ritenuta pertanto l’ammissibilità della presente impugnazione, proceduto ove ritenuto necessario al rinnovo della CTU, e comunque all’assunzione della prova orale nei termini richiesti, e secondo quanto sopra specificato: IN VIA PRINCIPALE Accogliere le conclusioni tutte formulate in primo grado che qui si trascrivono dall’atto di citazione, come integrate con la memoria primo termine: 1. accertare e dichiarare, in ragione di tutto quanto dedotto ed eccepito in narrativa, l’inadempimento del contratto di prestazione professionale e/o di speditività intercorso tra la convenuta e la defunta Signora **Persona_1** ed accertare quindi la piena responsabilità dell’ **Controparte_5** [...] per non aver apprestato le misure igienico-sanitarie e le cautele necessarie ad impedire il contagio delle plurime infezioni nosocomiali contratte dalla Paziente nonché per la tardività ed inadeguatezza delle prestazioni mediche e paramediche ad ella prestate nel corso del ricovero in conseguenza del contagio; ritenuto sussistente il nesso eziologico tra la carenze igienico organizzative dell’ **Pt_3** la contrazione delle infezioni e la condotta del personale operante nella diagnosi e cura di esse in relazione ai danni lamentati, condannare la convenuta al risarcimento di tutti i danni non patrimoniali, comunque risarcibili, ivi compreso il danno da perdita di chance di sopravvivenza, patiti dalla Signora **Per_1** nella misura da determinarsi, laddove necessario, anche in via equitativa e che si indica nel minimo in € 400.000,00 oltre interessi e rivalutazione, ovvero nella diversa misura, maggiore o minore, che risulterà in esito alla espletanda istruttoria. Voglia il Giudice adito liquidare detta somma in favore delle eredi-atrici iure hereditatis ([...] **Pt_1** e **Persona_2**) per le ragioni dianzi dedotte. 2. per le medesime causali accertare e dichiarare in capo agli attori, iure proprio, il diritto al risarcimento non patrimoniale del danno subito per la perdita del congiunto nella misura complessiva di € 761.379,00 e liquidare dette somme, ovvero la maggiore o minor che risulterà equa in esito al giudizio, in favore di ciascuno degli attori, congiunti della defunta Signora [...] **Per_1** . 3. Disporre altresì la cancellazione delle espressioni sconvenienti ed offensive (“...tutte le osservazioni avversarie inerenti le supposte e presunte colpevolezze dei sanitari curanti, sono viziate da errori grossolani e, purtroppo, dolosamente faziosi.” (pag. 33 comparsa di costituzione). “...appare sorprendente e singolare che i “Consulenti” di controparte, non abbiano minimamente tenuto conto delle linee guida internazionali allegate, avendo evidentemente inteso unicamente coltivare gli interessi speculativi a fini risarcitori dei loro clienti” (pag. 31); “...le accuse mosse dagli attori di negligenza ed imperizia altro non sono che biasimevoli e miserrimi tentativi di fuorviare l’adita Autorità dalla verità dei fatti...” (pag. 44) ed assegnare agli attori una somma liquidata equitativamente a titolo di risarcimento del danno ex art. 89 c.p.c.

Voglia altresì valutare ai sensi dell'art. 116 c.p.c il contegno della Struttura convenuta per essersi sottratta, senza giustificato motivo, al tentativo di mediazione obbligatoria non riscontrando neanche l'istanza di accesso agli atti.” IN VIA SUBORDINATA condannare la convenuta al risarcimento di tutti i danni comunque risarcibili iure hereditatis e iure proprio, in ragione delle causali di cui in narrativa, nella misura che risulterà dovuta ovvero in quella che sarà ritenuta equa e di giustizia. Vinte le spese. Voglia altresì l'Ecc.ma Corte adita, con riferimento alla domanda in primo grado svolta dalla defunta Signora Per_2 Adv. Per_2, ed in accoglimento dell'appello, disporre il risarcimento domandato in favore degli eredi, Parte_4 e CP_2 [...] . Con vittoria di spese, competenze e onorari di entrambi i giudizi”.

Si è costituita in giudizio l Controparte_3 chiedendo l'accoglimento delle seguenti conclusioni: *“Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello di Roma adita, contrariis reiectis In via preliminare: - dichiarare inammissibile la domanda risarcitoria spiegata per la prima volta dalle parti appellanti in danno della Azienda appellata a titolo di “perdita di chance di sopravvivenza della Sig.ra Persona_1 , per non essere stata la domanda risarcitoria ontologicamente diversa di tale dalle tenore, domande risarcitorie spiegate nel libello introduttivo di causa, mai stata invocata dagli odierni appellanti nel precedente grado di giudizio; In via principale e nel merito: - confermare integralmente la decisione gravata emessa dal Tribunale di Roma, con la quale è stata accertata e dichiarata l'infondatezza in fatto ed in diritto di tutto quanto dedotto in giudizio dalle parti appellanti, nella qualità di congiunti ed eredi della defunta Sig.ra Persona_1 , non essendo stata fornita da essi alcuna prova sulle carenze, omissioni ed errori lamentati nell'assistenza sanitaria assicurata a favore della predetta paziente, avendo invece dimostrato l' CP_3 di aver assicurato lo stato di igiene e sterilità dei presidi impiegati e dell'ambiente nosocomiale in cui la paziente aveva soggiornato per le cure di cui era bisognosa nonché comprovato di aver svolto tempestivamente e correttamente i sanitari curanti tutto quanto si era reso tecnicamente necessario e scientificamente possibile, adoperandosi in modo esemplare affinché potesse essere curata dalle gravissime molteplici patologie di cui era portatrice, essendo il decorso clinico infausto culminato nel decesso della paziente stato causato “più probabile che non” da complicate ineluttabili e non prevenibili, perché il processo infettivo che ha contribuito concausalmente all'esito finale, è stato causato da fattori endogeni e non esterni, consistito nella virulentazione del bacillo ospitato nell'intestino della paziente che vi era predisposta all'evento perché anziana, allettata, fragile e portatrice di gravissime comorbilità, versando quindi in condizioni cliniche che ne avevano abbassato le difese immunitarie, respingendo tutte le avverse domande risarcitorie a qualsiasi titolo spiegate, con vittoria delle spese di lite del presente grado di giudizio da determinarsi nella misura massima conformemente al D.M. 55/2014 così come da ultimo modificato dal DM n. 37/2018”.*

A scioglimento della riserva assunta all'udienza del 7-7-2021, la Corte ha ammesso l'espletamento della CTU, rinviato la causa per la precisazione delle conclusioni e la discussione orale ex art. 281-sexies c.p.c. ed assegnato alle parti termine fino a trenta giorni prima della udienza per il deposito in telematico di memorie difensive.

All'udienza del 09.06.2026 i difensori delle parti hanno discusso la causa mediante il deposito di note scritte ex art. 127 ter c.p.c.

La sentenza impugnata ha così motivato: “Nel merito la domanda è infondata nei termini che seguono. Giova premettere che ai fini della configurabilità della responsabilità invocata dagli attori a sostegno dell’avanzata pretesa risarcitorie è necessario dimostrare che il professionista ovvero la struttura ospedaliera ove il paziente è stato curato non abbiano rispettato il dovere di diligenza su loro incombente in relazione alle specifiche obbligazioni ex art 1176 comma 2 c.c.. A prescindere pertanto dalla qualificazione dell’obbligazione medica come di mezzi o di risultato, e dalla natura della responsabilità come contrattuale - per contratto di ospedalità o contatto sociale con la struttura citata- ovvero extracontrattuale, occorre che venga provato l’inadempimento o l’inesatto adempimento degli ospedali, nonché la derivazione o contributo causale di tali condotte colpose all’evento decesso. La giurisprudenza della Suprema Corte ha chiarito poi - con orientamento oramai consolidato- come debba essere ripartito l’onere probatorio tra le parti: invero incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l’onere di provare il nesso di causalità tra l’aggravamento della patologia – e nel caso di specie il decesso- l’azione o l’omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l’impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l’inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l’ordinaria diligenza (Cass. n. 26700/18). Orbene nel caso in esame gli attori hanno dimostrato il contatto della congiunta con il nosocomio in data 22. 4. 13 ove ricoverata con sintomi di grave dispnea su diagnosi di insufficienza mitralica di grado severo e insufficienza tricuspide di grado moderato medio emersa da precedente ECG, e ove constatato subedema polmonare acuto e fibrillazione atriale (all. 1 cit). Essi hanno poi allegato come a seguito di intervento di sostituzione valvolare mitralica effettuato in data 7.5.13 si siano manifestate gravi complicanze infettive tra cui episodi di diarrea sin dal 9.5.13 con diagnosi e cura tardiva di infezione da *Clostridium difficile* (CD), con comparsa di colite/ stato peritonitico la quale avrebbe necessitato un intervento immediato di asportazione totale del colon invece eseguito in ritardo e parzialmente. Hanno dunque ricondotto a tali errori la insorgenza di insufficienza multi organo (MOF) correlata a stato settico e [REDACTED]. L’Azienda d’altra parte si è difesa allegando la corretta sanificazione degli ambienti/strumentario utilizzato e l’adeguato monitoraggio nonché somministrazione delle profilassi e cure antibiotiche necessarie, richiamando l’età (81 anni) e le comorbidità della paziente idonee ad un indebolimento organico fisiologico tale da renderla più vulnerabile nonostante le migliori cure. Tali le contrapposte posizioni, la ctu medico legale- espletata da medico infettivologo, completa ed analitica nella ricostruzione scientifica dei vari momenti di comparsa delle problematiche infettive, della loro probabile insorgenza/natura e delle cure- ha escluso condivisibilmente in parte de qua la responsabilità della struttura per la comparsa delle infezioni. Sul punto la sig. [REDACTED] Persona_1 -81 anni all’epoca dei fatti- era affetta da prolasso del lembo posteriore della valvola mitrale ed ipertensione arteriosa. Irrilevante la descrizione delle altre comorbidità (ipercolesterolemia, maculopatia retinica etc, sovente presenti in persone anziane senza particolare incidenza sui fatti di causa). Una visita cardiologica del 5.4.13 aveva evidenziato insufficienza mitralica di grado severo... insufficienza tricuspide di grado moderato/medio... valvulopatia aortica fibrocalcifica con stenosi di grado lieve... In data 22.4.13 si era verificato episodio di grave dispnea per cui ricoverata in gravi condizioni presso l’h [REDACTED] CP_3 , ove riscontrato subedema polmonare acuto e

fibrillazione atriale. Veniva stabilizzata, in data 26.4.13 veniva eseguita coronografia previa somministrazione di Augmetin, ed in data 29.4 un tampone inguinale dx evidenziava sviluppo di *proteus mirabilis*, prontamente trattato con Ciprofloxacina fino al 5.5. Atteso il miglioramento delle condizioni specie con riferimento al versamento pleurico si eseguiva intervento di sostituzione della valvola mitrale in data 7.5 con bioprotesi, eseguito con profilassi perioperatoria con Cefazolina. Ebbene sino a tale momento gli attori non hanno sostanzialmente mosso alcuna censura. Si deve a questo punto evidenziare come la sig. Per_1 sia stata correttamente sottoposta a doverosi e necessari trattamenti antibiotici (tre volte) come sopra, ai quali deve aggiungersi un 4° trattamento eseguito in precedenza per sindrome influenzale e riferito dalla paziente in occasione della visita cardiologica del 5.4.13. Tale annotazione non è priva di pregio perché consente di comprendere lo sviluppo delle successive complicanze infettive occorse alla de cuius (vd infra). Invero il 9.5.13 comparivano scariche diarroiche, per cui prelevati in data 10.5 campioni feci con risultato pervenuto in data 12.5 ore 12.16 con evidenza di *clostridium difficile* (CD). Veniva dunque iniziata terapia con Metronidazolo e Vancomicina. A questo punto gli attori hanno allegato il carattere nosocomiale della infezione ed il tardivo trattamento antibiotico il quale si sarebbe dovuto cominciare anche prima dei risultati laboratoristici pervenuti il 12.5, così scongiurando l'ingravescenza ed irreversibilità della infezione occorsa. Tuttavia tali assunti non sono dimostrati. In primis sulla origine della infezione il CD può avere origine ospedaliera, ma può anche dipendere da virulentazione del bacillo normalmente ospite dell'intestino. Nel caso in esame due sono i fattori che lasciano propendere scientificamente per questa seconda ipotesi: 1) nel caso di specie il nosocomio ha prodotto rapporti di verifica ambientale sulla contaminazione delle sale operatorie in cui operata la paziente per il periodo in questione sia con riferimento al monitoraggio delle superfici che degli strumenti (autoclavi) con esito di sterilizzazione efficiente (all. c.r.), non sussistendo perciò allo stato elementi deponenti per scarsa asepsi ospedaliera; 2) la paziente era stata sottoposta già 4 cicli di antibiotici come sopra descritto, con conseguente attendibile depauperamento della flora intestinale, divenuta così terreno fertile di proliferazione di tossine di tipo A e B e favorendo così la insorgenza di colite pseudomembranosa non sempre reversibile, in specie in caso di età avanzata e verosimilmente di trauma chirurgico con conseguente indebolimento organico. Peraltro anche se la infezione da *Proteus Mirabilis* potrebbe avere avuto natura nosocomiale, essa è stata eradicata con successo. È dunque molto più probabile che non che la sig. Per_1 abbia contratto infezione non a causa di fattori contaminanti esterni dovute a carenze nosocomiali, quanto piuttosto a fattore endogeno come sopra motivato. Rimane allora da verificare se il CD sia stato diagnosticato tempestivamente e curato adeguatamente. Sul punto in effetti per il risultato della indagine fecale sono trascorse 48 h c.a (prelievo 9.5 p.m. e 10.5 a.m.- pervenimento risultato 12.5. a.m). 48 Ciò ha determinato una somministrazione tardiva -appunto di c.a. h- del relativo antibiotico (Metronidazolo e Vancomicina). Occorre tuttavia sottolineare come una più precoce somministrazione -anche prima dei risultati di laboratorio- poteva disporsi in caso di sintomatologia clinica certamente deponente per sussistenza infettiva, mentre nel caso in esame le problematiche addominali (diarrea e dolore) avevano trovato temporaneo miglioramento nel p.m dell'11.5 come da cartella infermieristica ed un'ecografia del 10.5. che non mostrava presenza di raccolte liquide addominali. In ogni caso l'eventuale ritardo nella

somministrazione dell'antibiotico non può ritenersi causa della ingravescenza occorsa, molto probabilmente derivata da quei fattori altamente predisponenti sopra elencati (età avanzata, defedamento per pregresso uso antibiotici e per intervento cardiaco subito) oltre alla natura particolarmente virulenta della CD (positività sia tossina che antigene). Ciò appurato nonostante la somministrazione di antibiotico in data 12.5 la situazione è precipitata divenendo irreversibile a causa dello stato settico insorto. Ora gli attori hanno altresì lamentato l'errato approccio chirurgico a fronte di Tac deponente in data 11.5 per iperdistensione della colicisti con ispessimento edematoso della parte di tutto il colon con versamento di libero periepatico, nelle docce parieto coliche e nello scavo pelvico ovvero di colite pseudomembranosa. Sul punto il ctu non avendo competenze chirurgiche non si è pronunciato. Gli attori hanno precisamente censurato l'intervento del 13.5 di carattere esplorativo con confezionamento di ileostomia laterale, ritenendo dovuto intervento immediato di colectomia invece praticato solo in data 16.5. e la errata manovra causativa di splenectomia. Per la verità con riferimento a quest'ultima doglianza essa è stata solo genericamente allegata, avendo gli attori riconosciuto che in corso di manovre di scollamento e preparazione dell'angolo colico sx la lesione della milza possa avere luogo e limitandosi a paventare un grave errore tecnico con riferimento ad un asserita ma non provata manovra "frettolosa e grossolana" causativa di fistola pancreatica. Ritiene dunque il Tribunale non doversi pronunciare su tale generica contestazione. Al contrario in relazione all'atteggiamento attendistico nonché alla decisione di procedere ad eradicazione sub totale in una prima fase, queste appaiono scelte giustificate proprio dallo stato di decadimento organico della paziente, dalla necessità di valutare eventuale miglioramento organico sul versante infettivo con la somministrazione medio tempore (appunto dal 12.5) di antibiotico e dei rischi benefici di un approccio aggressivo immediato e radicale a fronte di condizioni di scadimento grave della paziente quando ancora la lesione intestinale era limitata a monte. Non è affatto dunque a più probabile che non che la colectomia totale -fortemente demolitiva quando ancora in data 13.5 non vi erano le condizioni di lesione avanzata- se praticata 3 gg prima anziché il 16.5 avrebbe determinato una reversibilità della patologia occorsa, anche perché il CD si mostrava resistente come da esame del 14.5 ancora positivo e la situazione si era aggravata per insorgenza di *Klebsiella pneumoniae* correttamente diagnosticata in data 14.5 e adeguatamente trattata (Piperlacillina/ Tazobactam + Ertapenem + Metronidazolo) e ulteriori patogeni, tali da determinare quella insufficienza multiorgano MOF causativa del decesso. Per tali motivi la domanda deve essere respinta. Spese di lite e di ctu come da soccombenza".

Con unico e articolato motivo di appello, gli appellanti censurano la sentenza di primo grado per aver erroneamente valutato l'intero quadro probatorio acquisito, limitandosi ad aderire acriticamente alla ctu, senza aggiungere una motivazione capace di superare le criticità addotte dalle parti sulla consulenza espletata, rendendo di fatto una motivazione apparente. Pertanto, lamentano il difetto motivazionale e la nullità della sentenza ai sensi dell'art. 132 c.p.c. oltre che l'errata valutazione delle prove in spregio dell'art. 116 c.p.c.

Nello specifico, si dolgono del fatto che il giudice non abbia riconosciuto l'origine ospedaliera dell'infezione da Cd e delle altre successive concatenate ad essa, che hanno condotto alla morte della paziente. Avrebbe, invece, erroneamente asserito che esse sarebbero state favorite dall'età, dalla prolungata degenza e dal trattamento antibiotico pregresso assunto per fronteggiare l'infezione da *Proteus mirabilis*.

Inoltre, lamentano che erroneamente il giudice abbia mandato esente da responsabilità la struttura sanitaria ritenendo fornita la prova liberatoria sulla base di documenti che non sono certificazioni, mancano delle date, firme, riferibilità oltre che illeggibili; incompletezza dei documenti rilevata dallo stesso CTU. Sicché, censurano la sentenza per violazione dell'art. 116 c.p.c.

Adducono che la sterilizzazione del blocco operatorio, peraltro non dimostrata, non era comunque sufficiente a provare la condotta diligente richiesta per l'esenzione della responsabilità. Contrariamente a quanto asserito dal Tribunale, sostengono il ritardo sia della diagnosi che della terapia mirata, in violazione delle linee guida che, in presenza di un grave sospetto di Cd, richiedono di iniziare la terapia anche prima dei risultati del laboratorio, mentre nel caso di specie, è stata somministrata solo dopo 66 ore. Altresì censurano la sentenza posto che il giudice, sull'approccio chirurgico, non si è espresso rilevando la non competenza al riguardo del CTU nominato unitamente alla generica contestazione degli odierni appellanti. Essi, invece, affermano che il giudice avrebbe dovuto provvedere alla nomina di un ausiliario per sopperire alla mancata competenza sulla questione del CTU e che la genericità della contestazione sarebbe smentita dagli atti prodotti. Infine, sostengono che avendo fornito la prova del contratto, dell'evento di danno e del nesso di causalità materiale doveva essere fornita la prova liberatoria dell'appellata; prova che il giudice ha ritenuto erroneamente fornita. Prima di esaminare il motivo di gravame, giova ricapitolare i fatti pacifici di causa, quali emergono dalla documentazione sanitaria e dalla consulenza tecnica d'ufficio espletata in appello. È incontestato che [...]

Per_1 , [REDACTED] fosse affetta da grave insufficienza mitralica da prolasso del lembo posteriore, in un quadro di plurime comorbidità dell'età avanzata, e che in data 22 aprile 2013, per improvvisa dispnea, venisse ricoverata presso l' [REDACTED] Controparte_3 ove furono riscontrati edema polmonare acuto e fibrillazione atriale. Dopo la stabilizzazione clinica, nel corso del ricovero la paziente venne sottoposta a coronarografia con profilassi antibiotica e, successivamente, a trattamento antibiotico con ciprofloxacina per positività di tampone inguinale a *Proteus mirabilis*. È altresì pacifico che il 7 maggio 2013 la degente venisse sottoposta a intervento cardiocirurgico di sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi e che, nel decorso post-operatorio, a partire dal 9 maggio 2013, comparissero scariche diarroiche ricorrenti e dolore addominale; il 12 maggio 2013 gli accertamenti microbiologici confermarono la positività per tossina e antigene di *Clostridium difficile*, con conseguente avvio di terapia con vancomicina e metronidazolo. È parimenti incontestato che, a fronte del rapido peggioramento del quadro addominale, la paziente fosse sottoposta il 13 maggio 2013 a laparotomia esplorativa con ileostomia laterale e chiusura con *Bogotá bag*, e quindi, il 16 maggio 2013, a nuova procedura chirurgica con emicolectomia subtotale, trasformazione dell'ileostomia in terminale e splenectomia di necessità; l'esame istologico documentò una pancolite pseudomembranosa complicata da diffuse modificazioni necrotico-ischemiche transmurali. Nel prosieguo del ricovero si verificarono ulteriori e gravi complicanze, con sviluppo di infezioni opportunistiche e nosocomiali da *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* e miceti, formazione di raccolte endoaddominali, necessità di drenaggi percutanei, tracheostomia e successivo intervento di colecistectomia urgente il 26 giugno 2013 per gangrena colecistica. Dopo un decorso progressivamente ingravescente, segnato da stato settico,

insufficienza multiorgano e persistente compromissione delle condizioni generali, **Persona_1** decedeva il

Il motivo, unitariamente esaminato in ragione della sua intrinseca connessione, è fondato nei termini di seguito precisati. L'approfondimento tecnico disposto in appello ha infatti consentito di verificare, con specifico riferimento ai profili che costituiscono il nucleo della responsabilità dedotta, che l'infezione da *Clostridium difficile* ebbe origine nel contesto del ricovero ospedaliero; che la struttura non ha fornito prova adeguata dell'esistenza e concreta attuazione di protocolli e misure di prevenzione, sorveglianza e contenimento rapportati al rischio infettivo in questione; che il percorso diagnostico e terapeutico successivo alla comparsa della sintomatologia enterocolitica non fu assistito da adeguata tempestività organizzativa; e che proprio da tale iniziale evento infettivo, non efficacemente prevenuto né contenuto, prese avvio la sequenza patologica che condusse alle successive complicanze e, infine, al decesso della paziente. Sotto tali concorrenti profili, la sentenza impugnata non merita conferma.

Va premesso che non ricorre la dedotta nullità della sentenza per motivazione apparente, poiché il primo giudice ha comunque esteriorizzato le ragioni del proprio convincimento. Tuttavia, la decisione impugnata si rivela erronea nel merito, in quanto ha escluso la responsabilità della struttura senza un adeguato scrutinio dei profili decisivi concernenti l'origine dell'infezione, l'idoneità delle misure organizzative di prevenzione e controllo, la correttezza e tempestività del percorso diagnostico-terapeutico instaurato dopo la comparsa della diarrea e, infine, il nesso eziologico tra tale complessiva gestione dell'evento infettivo e l'esito letale. Proprio su questi snodi, invece, l'approfondimento collegiale svolto in appello ha fornito un quadro tecnico ben più perspicuo, idoneo a superare le conclusioni accolte dal Tribunale e a fondare, nei limiti che seguono, il riconoscimento della responsabilità dell' **CP_3** appellata.

Neppure il richiamo all'art. 116 c.p.c. assume autonoma valenza demolitoria della sentenza sotto il profilo processuale; nondimeno, le censure appellatorie colgono nel segno nella parte in cui denunciano un non corretto apprezzamento del materiale tecnico acquisito. La consulenza tecnica d'ufficio espletata nel presente grado – redatta da collegio composto da specialista in medicina legale, da specialista in malattie infettive e da specialista in chirurgia generale – ha infatti consentito di riesaminare in modo specifico i profili decisivi dell'origine dell'infezione, dell'adeguatezza delle misure di prevenzione e controllo, della gestione diagnostico-terapeutica successiva e della loro incidenza causale sull'esito finale. All'esito di tale ricostruzione, il collegio peritale è pervenuto a conclusioni diverse da quelle recepite dal primo giudice, affermando espressamente che la grave pancolite pseudomembranosa da *Clostridium difficile* insorta durante il ricovero deve essere qualificata come infezione correlata all'assistenza e che *“l'infezione batterica dovuta a **Parte_5** pseudomembranosa da Cl. difficile (...) sia da ritenere infezione correlata all'assistenza ovvero di origine nosocomiale”*, mentre la struttura appellata *“non ha fornito prove circa le procedure e i protocolli adottati all'epoca dei fatti (...) per la sorveglianza ed il contenimento delle infezioni da Cl. Difficile”*.

Sotto un primo profilo, la CTU ha evidenziato che l'infezione da *Clostridium difficile*, manifestatasi sin dal 9 maggio 2013 con episodi diarroici dolorosi e poi evoluta in quadro di pancolite pseudomembranosa, è

causalmente ricollegabile al ricovero ospedaliero iniziato il 22 aprile 2013 e deve essere qualificata come ICA di origine nosocomiale. Sotto un secondo e concorrente profilo, il collegio peritale ha chiarito che, *“pur in presenza di fattori individuali predisponenti e pur non potendosi escludere che l’assunzione di antibiotici abbia avuto un ruolo di dismicrobismo favorente”*, la struttura sanitaria *“non ha dimostrato di avere predisposto e attuato, all’epoca dei fatti, valide misure organizzative, protocolli operativi e sistemi di sorveglianza specificamente finalizzati alla prevenzione e al contenimento delle infezioni da Clostridium difficile”*; né risultano validamente documentati gli adempimenti inerenti alla gestione dei campioni fecali, alla tempestiva tracciabilità del relativo percorso laboratoristico e, più in generale, all’adozione di presidi di infection control adeguati a fronteggiare un rischio infettivo noto e tipico dell’ambiente nosocomiale. Proprio tale carenza organizzativa, lungi dal costituire un profilo meramente accessorio, integra invece il nucleo dell’inadempimento ascrivibile alla struttura, poiché investe sia il versante della prevenzione sia quello della pronta intercettazione e gestione dell’evento infettivo una volta insorto.

Né meritano condivisione le contrarie deduzioni svolte dall’appellata nella comparsa di costituzione, nella parte in cui insistono sulla natura esclusivamente endogena dell’infezione, sul carattere assorbente dei fattori individuali di rischio e sulla pretesa idoneità della documentazione relativa a sale operatorie, autoclavi e monitoraggi ambientali a integrare prova liberatoria. In primo luogo, la CTU d’appello ha espressamente chiarito che, *“pur potendo il pregresso trattamento antibiotico aver favorito il dismicrobismo intestinale, tale circostanza non vale a escludere la qualificazione dell’evento come infezione correlata all’assistenza”*, poiché la colite da *Clostridium difficile* si manifestò durante il ricovero, oltre le 48 ore dall’ingresso, in un contesto assistenziale prolungato e ad elevato rischio nosocomiale. In secondo luogo, la documentazione invocata dalla struttura si riferisce prevalentemente alla sterilizzazione di ambienti e strumenti operatori e, come già osservato dal collegio peritale, risulta inconferente rispetto allo specifico rischio di trasmissione e gestione del *Clostridium difficile*, che postula protocolli di sorveglianza, isolamento, raccolta e tempestiva processazione dei campioni fecali, nonché specifiche misure di prevenzione e contenimento non validamente dimostrate in atti. In terzo luogo, sul piano della gestione dell’evento infettivo, le risultanze peritali non confermano l’assunto del primo giudice circa la sostanziale irrilevanza del tempo diagnostico-terapeutico, poiché proprio la mancata dimostrazione di un’organizzazione idonea alla pronta tracciabilità del campione e alla tempestiva attivazione del percorso di cura concorre a delineare l’inadempimento della struttura. Sul punto, va richiamato anzitutto il principio specificamente elaborato dalla giurisprudenza di legittimità in materia di infezioni nosocomiali: una volta che il paziente abbia fornito, anche in via presuntiva, la prova della verosimile contrazione dell’infezione in ambito ospedaliero, incombe sulla struttura dimostrare, non già in termini generici ma con puntuale allegazione e prova del caso concreto, l’adozione effettiva di tutte le misure idonee alla prevenzione e al contenimento del rischio infettivo, mediante specifica documentazione dei protocolli relativi alla disinfezione e sterilizzazione, ai sistemi di sorveglianza e notifica, ai controlli microbiologici, alla tracciabilità delle attività preventive e, più in generale, alla concreta applicazione dei protocolli rispetto al rischio specifico dedotto in giudizio (Cass. n. 16900/2023). Proprio alla luce di tale principio, le risultanze della CTU di appello assumono rilievo dirimente, avendo il collegio peritale accertato che l’ **CP_3** non ha

fornito prova delle procedure e dei protocolli adottati all'epoca dei fatti per la sorveglianza e il contenimento delle infezioni da *Clostridium difficile*, né ha documentato specifiche misure di isolamento, infection control e gestione del percorso laboratoristico dei campioni fecali; sicché la mera produzione di report concernenti sale operatorie, autoclavi o monitoraggi ambientali, oltre a non coprire il segmento causale valorizzato in CTU, non soddisfa il contenuto della prova liberatoria richiesta dalla giurisprudenza. Tale principio speciale si coordina, sul piano generale della responsabilità contrattuale sanitaria, con il consolidato orientamento secondo cui grava sull'attore l'onere di provare il nesso causale tra condotta sanitaria ed evento di danno, mentre solo dopo l'assolvimento di tale onere incombe alla struttura dimostrare che l'inadempimento fu determinato da causa imprevedibile e inevitabile, non superabile con l'ordinaria diligenza (Cass. n. 18392/2017; Cass. n. 26700/2018; Cass. n. 28991/2019). Nel caso in esame, tale onere probatorio gravante sugli appellanti risulta assolto proprio attraverso le risultanze della CTU collegiale di appello, che hanno consentito di ricondurre, secondo un giudizio di preponderanza logica, l'infezione da *Clostridium difficile* al ricovero ospedaliero e di individuare nelle carenze organizzative della struttura il fattore che ne ha reso possibile l'insorgenza e l'aggravamento. In tale prospettiva, i fattori di fragilità della paziente – età avanzata, comorbidità cardiache, plurimi trattamenti antibiotici e successiva esposizione a presidi invasivi – non assumono efficacia eziologicamente assorbente, ma rilevano semmai quali concause naturali incidenti sulla maggiore vulnerabilità della degente, senza elidere la portata eziologicamente determinante dell'originaria infezione nosocomiale e del correlato deficit organizzativo della struttura.

Sotto il profilo causale, e in coerente sviluppo dei rilievi che precedono, la CTU ha individuato nella grave pancolite pseudomembranosa da *Clostridium difficile* il *primum movens* dell'intera sequenza morbosa che ha condotto all'exitus, rilevando che proprio da tale infezione ebbero origine le ulteriori complicazioni chirurgiche e mediche – raccolte endoaddominali, reiterati interventi, infezioni opportunistiche, sepsi severa e shock settico – progressivamente sfociate nell'insufficienza multiorgano e, infine, nel decesso. Ne consegue che l'inadempimento organizzativo della struttura, accertato sul versante della prevenzione, sorveglianza e tempestiva gestione dell'evento infettivo, non si colloca sullo sfondo della vicenda clinica quale mera occasione del danno, ma assume rilievo eziologicamente determinante rispetto all'esito finale. La sequenza causale, infatti, si presenta logicamente e clinicamente unitaria: l'infezione nosocomiale da *Clostridium difficile*, non efficacemente prevenuta né adeguatamente contenuta nella sua fase iniziale, ha innescato un decorso ingravescente che ha esposto la paziente a successivi interventi demolitivi, a prolungata terapia intensiva, a ulteriore compromissione immunologica e, quindi, all'innesto di infezioni opportunistiche e settiche sempre più gravi. In tale prospettiva, il giudizio controfattuale conduce a ritenere che, in assenza dell'originario evento infettivo nosocomiale e delle correlate carenze organizzative della struttura, il successivo sviluppo patologico non si sarebbe verificato nei termini concretamente accertati. Il relativo accertamento va compiuto, secondo il costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, alla stregua della regola civilistica del "più probabile che non", la quale non postula una certezza assoluta né una mera probabilità statistica, ma richiede la selezione, tra le ipotesi causali astrattamente concorrenti, di quella che risulti logicamente più probabile e maggiormente corroborata dalle risultanze del processo. Proprio in

applicazione di tale criterio, le conclusioni della CTU collegiale di appello – più complete e persuasive rispetto a quelle raggiunte in primo grado – consentono di affermare che la grave pancolite pseudomembranosa insorta durante il ricovero, unitamente al difetto di prova circa l'adozione di specifiche misure preventive e di controllo, costituisce l'antecedente eziologicamente rilevante dell'intero decorso successivo e dell'evento morte.

In questa medesima prospettiva deve altresì escludersi che le successive infezioni da *Klebsiella*, *Acinetobacter* e miceti, nonché le ulteriori complicanze chirurgiche e settiche del decorso, abbiano efficacia interruttiva del nesso eziologico. Esse non si pongono, infatti, come fattori del tutto autonomi, eccezionali o avulsi dalla vicenda originaria, ma si inscrivono nello sviluppo della medesima sequenza patologica innescata dalla iniziale infezione nosocomiale da *Clostridium difficile*, che determinò il rapido decadimento delle condizioni generali della paziente, la necessità di procedure invasive reiterate e il progressivo incremento della suscettibilità a sovrainfezioni opportunistiche. Né la circostanza che, sul piano strettamente clinico, non siano emersi specifici addebiti tecnici nei confronti dei singoli sanitari successivamente intervenuti vale a escludere la responsabilità della struttura: l'addebito accolto in questa sede non investe, infatti, l'appropriatezza isolatamente considerata dei singoli atti terapeutici o chirurgici, ma il deficit organizzativo a monte che ha consentito l'insorgenza e la non tempestiva neutralizzazione dell'evento infettivo iniziale, dal quale è derivato l'intero decorso successivo. Le condizioni di estrema fragilità della paziente – età avanzata, comorbidità cardiache, pregressi trattamenti antibiotici, esposizione a presidi invasivi – operano, dunque, come concause naturali di aggravamento, ma non assumono valore assorbente né spezzano la continuità eziologica tra l'inadempimento della struttura e l'evento morte, posto che proprio su un organismo già vulnerabile era esigibile un livello di prevenzione, sorveglianza e contenimento ancora più rigoroso.

Il raffronto con la CTU espletata in primo grado conferma, peraltro, la maggiore affidabilità e persuasività dell'approdo tecnico raggiunto in questa sede. Il primo ausiliario, specialista in malattie infettive, aveva infatti ricondotto la colite da *Clostridium difficile* «più probabilmente» a una virulentazione endogena del germe, favorita dai plurimi pregressi trattamenti antibiotici, dall'età avanzata e dal trauma cardiocirurgico, reputando meno probabile una vera e propria infezione ospedaliera *ex novo*; sul medesimo presupposto aveva ritenuto adeguata e tempestiva la gestione diagnostico-terapeutica dell'episodio enterocolitico, reputando non eziologicamente rilevante l'intervallo di circa 48-60 ore intercorso tra l'esordio della sintomatologia, il prelievo del campione fecale e l'avvio della terapia mirata, ed aveva infine collocato la causa immediata del decesso nel successivo stato settico da *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* e micosi sistemica, qualificando il precedente episodio da *Clostridium difficile* come complicanza ormai trattata con esito positivo. Tale ricostruzione, tuttavia, già nella stessa consulenza di primo grado mostrava evidenti limiti: da un lato, valorizzava in modo decisivo fattori predisponenti individuali che, per quanto reali, non valgono a escludere la qualificazione nosocomiale di un'infezione insorta durante il ricovero oltre le 48 ore dall'ingresso; dall'altro, attribuiva rilievo sostanzialmente liberatorio a documentazione relativa alla sanificazione ambientale e alla sterilizzazione di sale operatorie e presidi, senza però verificare la sussistenza di protocolli specificamente diretti alla prevenzione, sorveglianza e gestione delle infezioni da *Clostridium difficile*, né chiarire il dato, pure

rilevato, della non tracciata permanenza del campione fecale tra il prelievo del 10 maggio e l'accettazione laboratoristica del 12 maggio. Né può trascurarsi che il medesimo CTU di primo grado dichiarava espressamente di non essere in grado di formulare un adeguato giudizio sugli aspetti chirurgici della vicenda, così lasciando priva di effettivo approfondimento una parte decisiva della sequenza clinica successiva alla pancolite.

La CTU di appello supera criticamente tali conclusioni non già in forza di una mera diversa opzione interpretativa, ma perché si fonda su un esame collegiale più completo, esteso ai profili medico-legali, infettivologici e chirurgici, e soprattutto perché concentra l'attenzione sul corretto oggetto del giudizio di responsabilità della struttura, vale a dire non la sola astratta possibilità di una virulentazione endogena in un soggetto fragile, bensì la verifica della concreta adeguatezza dell'organizzazione sanitaria nel prevenire, intercettare e contenere un'infezione tipicamente correlata all'assistenza. In questa prospettiva, le difese dell'ospedale, riprese anche nella comparsa di costituzione in appello, secondo cui la paziente era predisposta all'evento per età, comorbilità, pregresso uso di antibiotici e generale defedamento, non risultano decisive, poiché gli stessi fattori valorizzati dalla difesa e dalla prima CTU descrivono semmai la particolare vulnerabilità della degente e quindi, specularmente, l'esigenza di una sorveglianza ancora più rigorosa da parte della struttura. Parimenti inconferente si rivela il richiamo, più volte svolto dall'appellata, ai controlli ambientali, alla sterilizzazione dello strumentario e alla regolarità delle profilassi perioperatorie: si tratta infatti di elementi che, come correttamente osservato dal collegio peritale di secondo grado, non valgono a dimostrare l'adozione di specifiche misure di infection control per il *Clostridium difficile*, né colmano il deficit documentale concernente i protocolli di isolamento, la gestione dei campioni fecali, la tracciabilità del loro percorso laboratoristico e, più in generale, i sistemi di sorveglianza e contenimento di tale peculiare rischio nosocomiale. Va peraltro precisato, per completezza, che la CTU collegiale di appello non ha ignorato i profili chirurgici del caso, ma li ha ampiamente esaminati nella parte ricostruttiva e nelle risposte alle osservazioni delle parti, dando conto delle diverse opzioni tecniche e della loro incidenza sul decorso; nondimeno, nelle conclusioni finali e nelle risposte ai quesiti, ha ritenuto di non muovere specifici addebiti professionali ai singoli sanitari sul piano strettamente clinico-chirurgico, concentrando invece il fondamento della responsabilità sull'insufficiente dimostrazione, da parte della struttura, di un adeguato assetto organizzativo di prevenzione e controllo rispetto all'infezione da *Clostridium difficile*. In definitiva, il confronto tra i due elaborati non indebolisce, ma anzi rafforza la conclusione cui perviene questa Corte: la CTU di primo grado ha colto correttamente l'esistenza di fattori predisponenti e di successive infezioni opportunistiche, ma ha sottostimato il significato nosocomiale dell'episodio da *Clostridium difficile* e il rilievo dell'inadempimento organizzativo della struttura; la CTU collegiale di appello, invece, ricolloca coerentemente tali dati all'interno della sequenza causale complessiva, individuando nella grave pancolite pseudomembranosa insorta durante il ricovero il *primum movens* dell'intero decorso patologico e nella carenza di prova circa l'effettiva adozione di idonee misure preventive e di controllo il fondamento della responsabilità dell' CP_3 appellata.

Accertata, nei termini indicati, la responsabilità dell' Controparte_3 appellata, va riconosciuto in favore delle eredi della defunta il danno non patrimoniale trasmesso iure hereditatis. In tale ambito, il richiamo della

CTU alla riduzione delle chance di sopravvivenza non giustifica la liquidazione di un'autonoma e distinta voce risarcitoria, dovendo tale profilo ritenersi assorbito nell'accertamento del nesso causale tra l'inadempimento organizzativo della struttura e l'evento morte, onde evitare indebite duplicazioni risarcitorie.

Il danno terminale si è protratto per circa 53 giorni, dall'insorgenza del quadro colitico-infettivo in data 9 maggio 2013 sino al decesso intervenuto il [REDACTED]. La CTU ha accertato che *“il protratto decorso terminale fu accompagnato da una persistente e grave alterazione dello stato di coscienza, evoluta fino al coma”*, ma anche che, *“nei residui intervalli di lucidità, la paziente ebbe verosimilmente percezione del progressivo aggravarsi delle proprie condizioni e dell'approssimarsi dell'esito infausto, con correlata sofferenza interiore di eccezionale intensità”*. Deve pertanto riconoscersi, accanto al danno terminale, anche il danno catastrofale o da lucida agonia, trasmissibile *iure hereditatis*, pur in difetto di una puntuale determinazione cronologica dei momenti di consapevolezza. In difetto di dati clinici ulteriori che consentano una più analitica scomposizione tabellare delle due componenti, reputa il Collegio equo procedere a una liquidazione unitaria, secondo i criteri orientativi delle Tabelle di Milano 2024 sul danno non patrimoniale c.d. terminale, nella complessiva somma di euro 80.462 già espressa in valori monetari attuali, da attribuirsi a *Parte_1* e agli eredi di *Persona_2* in ragione delle rispettive quote ereditarie spettanti sull'asse di *Persona_1*. Su tale importo competono i soli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo.

Non possono invece essere riconosciuti, sulle somme così liquidate in moneta attuale, gli interessi compensativi per il periodo anteriore alla presente decisione. In tema di risarcimento del danno da fatto illecito, infatti, tali interessi costituiscono una distinta voce di pregiudizio da mora e non conseguono automaticamente alla liquidazione del capitale, richiedendo una specifica domanda della parte, l'allegazione del relativo fatto costitutivo e l'indicazione delle pertinenti fonti di prova, anche presuntive; in difetto di tale allegazione e prova, il giudice non può procedere alla loro attribuzione d'ufficio (Cass. civ., sez. III, ord. 16 gennaio 2026, n. 888). Nel caso in esame, in assenza di specifica prova sul punto, possono pertanto riconoscersi i soli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo.

Spetta altresì il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale in favore delle due figlie della defunta, *Parte_1* e *Persona_2* quest'ultima ora rappresentata dai propri eredi.

Anche sotto tale profilo la CTU ha evidenziato che *“il lungo decorso successivo all'insorgenza dell'infezione da Clostridium difficile, caratterizzato da reiterati interventi, ricovero prolungato in terapia intensiva, perdita di coscienza e stato di costante pericolo di vita”* determinò nei congiunti un grave stress psico-emotivo, aggravato dall'interruzione del prevedibile recupero successivo all'intervento cardiocirurgico inizialmente riuscito e dal progressivo venir meno del rapporto relazionale con la paziente.

Ai fini della liquidazione, il Collegio fa applicazione dei criteri orientativi delle Tabelle di Milano 2024 secondo il sistema a punti, attestandosi, per entrambe le figlie, su parametri di fascia media. In tale prospettiva, assumono rilievo, in senso incrementativo, il rapporto di filiazione diretta, la sicura significatività del legame familiare e la peculiare sofferenza connessa al lungo decorso terminale della congiunta; assumono, per converso, rilievo moderatore l'età avanzata della vittima primaria (anni 81), l'età non più giovane delle superstiti al momento del decesso (anni 53 per *Persona_2* e anni 50 per *Parte_1*), l'assenza di prova

di una convivenza stabile con la madre e la presenza di ulteriori prossimi congiunti, posto che le danneggiate sono due figlie e non emergono elementi idonei a configurare una condizione di esclusività o eccezionale intensità del vincolo tale da giustificare una personalizzazione massima. In tale equilibrio di componenti, il punteggio tabellare va dunque collocato in area mediana, con conseguente liquidazione equitativa del danno parentale in euro € 226.838 per *Parte_1* e in euro € 219.016 per *Persona_2* somma quest'ultima da attribuirsi ai suoi eredi, importi già espressi in valori monetari attuali secondo il seguente prospetto.

Parte_1

Tabella di riferimento Milano 2024 (p.71)

Valore del Punto: € 3911,00

Punti in base all'età del congiunto: 20

Punti in base all'età della vittima: 8

Punti in base alla qualità ed intensità della relazione affettiva:30

Punti totali riconosciuti: 58

L'importo del risarcimento è pertanto pari ad € 226.838 all'attualità.

Persona_2

Tabella di riferimento Milano 2024 (p.71)

Valore del Punto: € 3911,00

Punti in base all'età del congiunto: 18

Punti in base all'età della vittima: 8

Punti in base alla qualità ed intensità della relazione affettiva:30

Punti totali riconosciuti: 56

L'importo del risarcimento è pertanto pari ad € 219.016 all'attualità.

Su tali somme, competono i soli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo.

Non merita invece accoglimento la domanda di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale proposta *iure proprio* da *Parte_2* e *CP_2*, quali nipoti della de cuius.

Invero, secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, il danno da perdita del rapporto parentale non è un danno *in re ipsa*, ma deve essere allegato e può essere provato anche per presunzioni semplici; tuttavia, al di fuori del nucleo familiare più prossimo, occorre che tale prova sia specifica e circostanziata, in modo da evidenziare la concreta gravità e serietà del pregiudizio e l'effettiva consistenza del vincolo affettivo, non essendo sufficienti, di per sé soli, né la mera parentela né la mera convivenza (*Cass. n. 25541/2022; Cass. n. 26140/2023; Cass. n. 31867/2023*).

Nel caso di specie, neppure i capitoli di prova testimoniale articolati sul punto appaiono idonei a colmare tale deficit probatorio. Essi, infatti, si limitano a dedurre che la nonna, trasferitasi a Roma nel 1995, avrebbe accudito la nipote *CP_2* sin dalla nascita e tenuto con sé anche il nipote *Pt_2*, così consentendo ai due cugini di frequentarsi quotidianamente nella prima fase della vita, nonché che nei periodi estivi e durante le chiusure scolastiche li avrebbe condotti con sé ad Avezzano e accompagnati al centro estivo; si tratta, tuttavia, di circostanze riferite a un segmento remoto e ormai risalente dell'esistenza dei richiedenti, prive di specifici

riferimenti alla perdurante attualità, qualità e intensità del rapporto affettivo con la de cuius nell'epoca prossima al decesso. Ne consegue che tale prova, oltre a essere solo parzialmente pertinente rispetto al fatto costitutivo da dimostrare, non risulta decisiva ai fini del riconoscimento del danno parentale *iure proprio* in favore dei predetti nipoti e va pertanto disattesa.

Ne deriva che, sul piano del riparto soggettivo delle poste risarcitorie riconosciute, a **Parte_1** spetta la somma di euro 40.231 (80.462:2) a titolo di danno non patrimoniale *iure hereditatis* maturato in capo ad [...] **Per_1**, oltre la somma di euro 226.838 a titolo di danno da perdita del rapporto parentale *iure proprio*. Quanto alla posizione di **Persona_2** il danno non patrimoniale da perdita della madre, da lei azionato in vita, si trasmette ai suoi eredi unitamente alla quota di danno *iure hereditatis* spettante sull'asse di **Persona_1** ne consegue che agli eredi di **Persona_2** **Controparte_1** e **CP_2**, competono euro 40231 a titolo di danno *iure hereditatis* ed euro €219.016 quale credito risarcitorio già entrato nel patrimonio della loro dante causa per danno parentale, somme entrambe da ripartirsi in pari quota tra i medesimi, con attribuzione di euro 20.115,5 ed euro 109.508 a ciascuno.

Quanto alle spese di lite, quelle del primo grado seguono integralmente la soccombenza dell' **CP_3** appellata e si liquidano, avuto riguardo al maggior valore qui riconosciuto e quindi in base allo scaglione da euro 52.001,00 a euro 260.000,00, secondo i valori medi di cui al d.m. n. 55/2014, come aggiornato dal d.m. n. 147/2022, tabella n. 2, in euro 14.103,00, oltre al rimborso forfettario del 15%, IVA e CPA come per legge.

Le spese del presente grado vanno invece compensate tra l' **Controparte_3** e [...] **Pt_2**, atteso il ruolo ancillare assunto da questi rispetto alla lite complessivamente intesa, mentre restano a carico dell' **CP_3** appellata, secondo il principio della prevalente soccombenza, nei rapporti con [...] **Pt_1** e con gli eredi di **Persona_2** per le domande accolte; tali residue spese del presente grado si liquidano, avuto riguardo al medesimo scaglione e ai valori medi di cui alla tabella n. 12 del d.m. n. 55/2014, come aggiornato dal d.m. n. 147/2022, in euro 16.747,00, oltre al rimborso forfettario del 15%, IVA e CPA come per legge. Per entrambi i gradi esse vanno ripartite nei rapporti interni nel 50% in favore di **Parte_1** 25% in favore di **CP_2** e nel 25% in favore di **Controparte_1**.

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio, ivi comprese quelle del presente grado, vanno poste definitivamente a carico dell' **CP_3** appellata.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Roma, definitivamente pronunciando sull'appello proposto avverso la sentenza del Tribunale di Roma n. 12701/2020, ogni diversa domanda, eccezione e istanza disattesa o assorbita, così provvede in coerenza con la motivazione che precede:

- 1) accoglie l'appello e, per l'effetto, in riforma della sentenza impugnata, accerta la responsabilità dell' [...] **Controparte_3** per il decesso di **Persona_1**
- 2) condanna l' **Controparte_3** al pagamento, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure hereditatis*, della somma di euro 40.231 in favore di **Parte_1** della somma di euro 20.115,5 in favore di **Controparte_1** e della somma di euro 20.115,5 in favore di **CP_2**, somme

già liquidate in moneta attuale; rigetta, per tale posta, la domanda di interessi compensativi per il periodo anteriore alla presente decisione; su tali somme competono i soli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo;

3) condanna l' *Controparte_3* al pagamento, a titolo di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, della somma di euro 226.838 in favore di *Parte_1* della somma di euro 109.508 in favore di *Controparte_1* e della somma di euro 109.508 in favore di *CP_2*, somme già liquidate in moneta attuale; su tali somme competono i soli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo;

4) condanna l' *Controparte_3* alla rifusione, in favore di *Parte_1* [...] *CP_1* e *CP_2*, in via solidale (e ripartite nei rapporti interni nel 50% in favore di *Parte_1* 25% in favore di *CP_2* e nel 25% in favore di *Controparte_1*) delle spese del primo grado di giudizio, che liquida in euro 14.103,00, oltre rimborso forfettario del 15%, IVA e CPA come per legge; compensa integralmente le spese del presente grado tra l' *Controparte_3* e [...] *Pt_2* ;

5) condanna l' *Controparte_3* alla rifusione, in favore di *Parte_1* e di [...] *CP_1* e *CP_2*, in via solidale (e ripartite nei rapporti interni nel 50% in favore di *Parte_1* 25% in favore di *CP_2* e nel 25% in favore di *Controparte_1*) delle spese del presente grado, che liquida in euro 16.747,00, oltre rimborso forfettario del 15%, IVA e CPA come per legge;

6) pone definitivamente a carico dell' *Controparte_3* le spese della consulenza tecnica d'ufficio espletata in primo grado e in appello.

7) rigetta per il resto le domande degli appellanti, ivi comprese quelle proposte *iure proprio* da *Parte_2* e *CP_2* a titolo di danno da perdita del rapporto parentale.

Così deciso in Roma l'11.6.2026

L'Estensore

-Domenica Capezzera-

Il Presidente

- Alberto Tilocca-