R.G. 3972/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IL TRIBUNALE DI BRINDISI

- Sezione Civile -

Dott. Stefano MARZO

ha emesso la seguente

ORDINANZA ex art. 702-bis cpc

Nella causa civile iscritta a n. 3972/2019 R.G., passata in decisione all'udienza del 18.12.2025.

Oggetto: - Risarcimento danni -

TRA

Parte_1 **(c.f.** *C.F._1*

Parte_2 **(c.f.** *C.F._2* **)**

Parte_3 **(c.f.** *C.F._3* **)**

(Tutti, anche quali eredi di *Persona_1* [redacted]

Rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted]

RICORRENTI

E

Controparte_1 **(c.f.:** *P.IVA_1* **)**

Rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted]

RESISTENTE

All'udienza del 18.12.2025 i procuratori delle parti rassegnavano le conclusioni, riportandosi ai rispettivi scritti difensivi, e la causa veniva riservata per la decisione.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

IN FATTO

Con ricorso *ex* art. 702 *bis* c.p.c. depositato il 2.10.2019 i sig.ri *Parte_1*, *Parte_3* e *Parte_2* agivano per il risarcimento dei danni loro occorsi in qualità di eredi della sig.ra *Persona_2*, in relazione al [redacted] (durante la degenza [redacted] di Brindisi), nonché quali eredi della stessa e quindi eredi del marito, sig. *Persona_1*.

Riferivano quanto segue:

- il 6.12.2014 la sig.ra *Per_2*, a seguito di una caduta accidentale, si procurava la frattura del femore destro;
- da qui il ricovero presso il l'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia del [redacted] di Brindisi, ove veniva sottoposta ad intervento chirurgico;
- il decorso *post-operatorio* non era però dei migliori sia per la scarsa attenzione da parte del personale infermieristico sia per una non accurata attenzione nella gestione della terapia medica da somministrarsi successivamente all'intervento;
- le condizioni della paziente rendevano necessario un primo trasferimento presso il reparto di nefrologia e successivamente (nella notte tra il 21 e 22 dicembre) presso il reparto di rianimazione, a causa di una grave crisi respiratoria;
- il [redacted] la sig.ra *Per_2* decedeva.
- il decesso è da ricondursi ad una infezione batterica, che la loro madre avrebbe contratto presso il P.O. [redacted] durante la degenza;
- la sig.ra *Per_2* aveva contratto un'infezione da *acinobacter* rilevata dagli esami effettuati e non tempestivamente trattata dal personale sanitario. All'*exitus* avrebbe contribuito anche il "ritardo" con cui sarebbe stato effettuato l'intervento di riduzione della frattura;
- Essi deducenti avevano proposto, inizialmente, ricorso per *accertamento tecnico preventivo ex* art. 8 della L. n. 24/2017, ma il relativo procedimento non ha avuto esito, poiché i consulenti nominati non avevano depositato la relazione nel termine assegnato. Ciò aveva indotto il Presidente del Tribunale ad adottare il provvedimento di estinzione.

Tanto premesso chiedevano:

1) accertarsi la responsabilità della *Controparte_2* in relazione al [redacted] *Persona_2* [redacted] presso [redacted] di Brindisi) a causa delle infezioni nosocomiali contratte dalla stessa signora *Per_2* durante il ricovero, o a causa del ritardo con cui fu eseguito l'intervento chirurgico, o a causa dell'inadeguato trattamento sanitario;

2) condannarsi la *Contr* convenuta al risarcimento di tutti i danni derivati agli attori a causa del decesso della propria madre e in particolare, sia "iure proprio" il danno parentale per la perdita del congiunto, sia "iure hereditatis" e pro quota il danno parentale subito dal marito della defunta signora *Per_2* (sig. *Persona_1*), a sua volta deceduto tre giorni dopo la perdita della moglie, sia infine "iure hereditatis" il danno tanatologico subito dalla de cuius per le gravi sofferenze subite durante il ricovero e fino all'exitus. Nel quantum chiedevano applicarsi le tabelle di liquidazione in uso presso il Tribunale di Milano.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Con atto depositato il 12.2.2020 si costituiva la Pt_4 ; impugnava e contestava tutto quanto rappresentato e dedotto dai ricorrenti nell'atto introduttivo; in particolare, deduceva ed eccepiva quanto segue:

- Difetto di prova del nesso di causalità fra la dedotta condotta del personale sanitario e il decesso della signora Per_2 . In particolare, la paziente presentava una condizione pluripatologica preesistente rispetto a un evento traumatico accidentale (diabete in trattamento con ipoglicemizzanti orali, cardiopatia in trattamento, insufficienza renale cronica). Alla TAC addominale del 16.12.2014 era stata rilevata una "severa diverticolite del Pt_5 . E la causa del decesso deve essere rintracciata nel riacutizzarsi della patologia renale in associazione a quella gastro-intestinale, che ha prodotto uno scompenso cardio-respiratorio, provocando il decesso, nonostante le terapie puntualmente somministrate.
- La positività all'emocoltura per escherichia coli ed enterococcus faecium era riconducibile ala diverticolite e non invece a un'infezione correlata all'assistenza.
- Non è assolutamente documentata la ricorrenza di infezione nosocomiale eziopatologicamente significativa, tale da essere la causa del decesso.
- L'evento morte è da ascrivere all'evoluzione peggiorativa delle patologie naturali da cui la paziente era affetta e non già all'inadeguatezza delle pratiche assistenziali poste in essere dai sanitari.
- Sia la cartella clinica che quella infermieristica evidenziano il comportamento assolutamente diligente del personale sanitario.
- La domanda di parte attrice risulta essere indeterminata con riferimento alla quantificazione del danno parentale dedotto.

Concludeva per il rigetto delle domande di parte attrice con condanna alla rifusione delle spese processuali.

Esperite prova testimoniale e CTU medico-legale (con l'ausilio di un collegio composto da un medio legale e uno specialista infettivologo); integrata la CTU; da ultimo la causa veniva riservata per la decisione.

IN DIRITTO

La controversia ha ad oggetto il tema della responsabilità sanitaria rispetto all'eventuale configurarsi della contrazione di infezione nosocomiale nella paziente Persona_2 la quale, essendosi procurata la frattura del femore destro (in seguito a una caduta accidentale), in data 02.12.2014 era stata ricoverata presso il l'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia del [redacted] di Brindisi, successivamente era sottoposta ad intervento chirurgico e, nel corso della degenza presso detta struttura sanitaria, era [redacted]

In primo luogo, occorre premettere che, in base al costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, riveste carattere contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria rispetto ai danni subiti dal paziente in conseguenza di prestazioni professionali svolte dai medici e dal personale sanitario all'interno della struttura stessa. In tal senso, di recente, Corte di Cassazione, Sez III, sent. n. 14757 del 26 maggio 2023.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

La Corte di Cassazione è costante nell'affermare che sia la responsabilità della struttura sanitaria che quella del medico che opera all'interno della stessa hanno natura contrattuale. In particolare, la responsabilità della struttura sanitaria è da ricondurre all'inadempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria, alle quali la struttura sanitaria e tenuta ad adempiere o direttamente (responsabilità ex art. 1218 c.c.) o mediante il personale sanitario (responsabilità ex art. 1228 c.c.). La responsabilità del medico, invece, è da ricondurre alla violazione di un obbligo di buona fede e del correlato legittimo affidamento da parte del paziente, in forza del contatto sociale avuto con il medico; questi, di conseguenza, è personalmente responsabile dell'inesatto adempimento in base all'art. 1218 c.c. (Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, cfr.; Cass. 19 aprile 2006, n. 9085; Cass. 14 giugno 2007, n. 13953; Cass. 31 marzo 2015, n. 6438; Cass. 22 settembre 2015, n. 18610).

Con specifico riferimento alla fattispecie in esame, giova richiamare anche la consolidata giurisprudenza di legittimità in tema di responsabilità sanitaria per il caso di contrazione di "infezione nosocomiale" e, più specificamente, in tema di presupposti necessari ai fini dell'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria.

Nel ribadire principi già affermati in precedenti pronunce, ormai costituenti "ius receptum" **(in particolare la sent. Cassazione n. 6386 del 03/03/2023)**, più di recente, la **Corte di Cassazione, Sez III, con Ord. n. 16900 del 13.06.2023** ha affermato quanto segue:

"*6.1. Giova al riguardo rammentare che, secondo principi consolidati nella giurisprudenza di questa Corte, in tema di inadempimento di obbligazioni in materia sanitaria, il danno-evento consta della lesione, non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle leges artis nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del debitore per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (v. Cass. n. 5490 del 22/02/2023; n. 4864 del 23/02/2021; n. 11599 del 15/06/2020; nn. 28991-28992 dell'11/11/2019; v. anche Cass. n. 24073 del 13/10/2017; n. 18392 del 26/07/2017; n. 15993 del 21/7/2011; Cass. Sez. U. n. 577 dell'11/1/2008).*

6.2. In particolare, in tema di infezioni nosocomiali, questa Corte ha evidenziato (Cass. n. 4864 del 2021, cit.) che, in applicazione dei principi suesposti sul riparto dell'onere probatorio, spetterà alla struttura provare: a) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; b) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. 15/06/2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

- e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare.

6.3. Più in dettaglio, è stato precisato (Cass. n. 6386 del 03/03/2023) che ─ a fronte della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero ed ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere ed anche al fine di fornire al c.t.u. la documentazione necessaria ─ gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale: a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio".

Dunque, alla luce dei principi innanzi richiamati, ai fini **dell'accertamento del rapporto di causalità**, hanno particolare rilevanza i seguenti elementi di valutazione individuati dalla Corte di Cassazione nella richiamata pronuncia:

- *il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale;*
- *il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento;*
- *l'assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti*.

In ordine sia al criterio "temporale" che al criterio "topografico" i CC.TT.UU. incaricati hanno accertato che le infezioni batteriche furono contratte dalla paziente all'interno [redacted] di Brindisi e precisamente durante il ricovero.

In particolare, a tale riguardo i CC.TT.UU. hanno riferito quanto segue:

"Tutti gli esami colturali eseguiti nel corso della degenza hanno dato esito sempre negativo, fatta eccezione per quelli effettuati data 27.12.2014 e 29.12.2014, i cui esiti permisero l'identificazione da CVC e vena periferica di molteplici germi gram-positivi e gram-negativi con profilo sfavorevole di farmacoresistenza: Staphylococcus haemolyticus, Enterococcus faecium, Escherichia coli ESBL+ e Acinetobater

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

baumannii. Dette risultanze pervennero però in reparto solo in data 02.01.2015 e quindi a degenza ormai ultimata, motivo per cui la terapia antibiotica praticata per l'intero decorso del ricovero fu impostata sempre e solo per via empirica (Ceftriaxone dal 07.12.2014 al 15.12.2014, Meropemen e Parte_6 *dal 16.12.2014 al 21.12.2014,* Parte_7 *e Piperacillina/Tazobactam dal 22.12.2014 al* [redacted] *.*
Pertanto, si può concludere ***che la Sig.ra*** Per_2 ***sia stata ricoverata il 6.12.2014 per una frattura di femore destro e sia poi*** [redacted] ***per delle complicanze di natura infettiva sopraggiunte nel corso del ricovero. In data 22.12.2014 risulta infatti un brusco peggioramento delle condizioni cliniche, con urgente necessità di intubazione oro-tracheale e trasferimento in ambito rianimatorio; una radiografia del torace eseguita al momento (22.12.2014), pur con i limiti della sensibilità diagnostica di un'indagine radiologica a letto in clinostatismo, mise tuttavia in evidenza un addensamento parenchimale in sede parailare sinistra, precedentemente non identificato. Ma soprattutto ripetuti esami microbiologici (27.12.2014 e 29.12.2014) permisero il reiterato isolamento da sangue di molteplici germi gram-positivi e gram-negativi con profilo sfavorevole di farmacoresistenza (Staphylococcus haemolyticus, Enterococcus faecium, Escherichia coli ESBL+ e Acinetobater baumannii). Tali dati fanno quindi concludere che la Sig.ra*** Per_2 ***abbia maturato delle complicanze infettive correlata all'assistenza in quanto, come da definizione internazionale, "non erano presenti o in incubazione al momento del ricovero e si sono manifestate dopo almeno 48 ore dall'inizio della degenza, essendo causalmente correlabili per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al ricovero stesso".***
Che si tratti di un'infezione correlata all'assistenza lo confermano anche i dati microbiologici emersi e l'isolamento di germi che, proprio sulla base della loro estesa resistenza antibiotica, possono considerarsi di chiara origine ospedaliera".

Sul tema della "*assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti*", a pag. 42 della relazione, i CC.TT.UU. hanno chiarito che "***in data 22.12.2014 si registra un brusco peggioramento delle condizioni cliniche, causalmente riconducibile alle complicanze infettive correlate all'assistenza, che hanno svolto un ruolo concausale nel determinismo del decesso, agendo su un quadro clinico particolarmente fragile a causa delle preesistenze patologiche (diabete mellito, cardiopatia ischemico-ipertensiva, anemia, insufficienza renale cronica, frattura di Femore)***".

Si deve quindi ritenere che il peggioramento delle condizioni di salute della paziente, che portò poi al decesso della stessa, ebbe varie concause:

a) per un verso, il "*quadro clinico particolarmente fragile a causa delle preesistenze patologiche (diabete mellito, cardiopatia ischemico-ipertensiva, anemia, insufficienza renale cronica, frattura di Femore)*";
b) per altro verso, le "*complicanze infettive correlata all'assistenza sanitaria* ***che hanno svolto un ruolo concausale nel determinismo del decesso***"

Osservatorio ICA Italia

Dunque, i consulenti hanno concluso che le infezioni nosocomiali contratte dalla paziente, all'interno della struttura sanitaria e durante la degenza, furono concause necessarie rispetto al verificarsi del decesso della stessa.

Di conseguenza, si deve ritenere accertato il nesso di causalità fra la contrazione delle infezioni nosocomiali accertate dai CC.TT.UU e l'evento del decesso della paziente.

Alla luce dei principi affermati dalla richiamata giurisprudenza di legittimità, una volta dimostrato da parte dell'attore il nesso di causalità, è "*onere dell'obbligato* (cioè la struttura sanitaria convenuta) *provare la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione*".

Più precisamente, "*ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere ed anche al fine di fornire al c.t.u. la documentazione necessaria* ***— gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale****: a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio*".

Ciò posto, si deve rilevare che, nella fattispecie in esame, la *Contr* convenuta non ha in alcun modo assolto a detto onere probatorio, non avendo dimostrato o anche solo allegato alcuna delle circostanze fattuali innanzi elencate (dalla lettera "a" alla lettera "m") che - secondo il richiamato orientamento della Corte di Cassazione - sono indicativi e sintomatici dell'avere in concreto adottato all'interno della struttura sanitaria "*tutte le necessari misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere*".

In assenza dell'assolvimento dell'onere probatorio e di allegazione che gravava sulla *Contr* convenuta, i CC.TT.UU. hanno affermato che ***"con i mezzi della consulenza tecnica medico legale, non è possibile stabilire se, nel caso specifico del sig.*** *Per_1* ***siano state realizzate tutte le procedure messe a disposizione dell'*** *CP_1* ***, finalizzate a ridurre il rischio infettivo***"; con tale affermazione confermando che in atti non ricorrono documenti o altri elementi utili a verificare che all'interno della struttura sanitaria ove era ricoverata la signora *Per_2* fossero state adottate in concreto "*tutte le necessarie misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere*".

Pertanto, in conclusione, deve essere affermata la responsabilità contrattuale della *Contr* convenuta rispetto al decesso della signora *Per_2* .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-720

In conseguenza di ciò, deve essere affermato il diritto degli attori al risarcimento dei danni per la perdita parentale.

Sul tema del danno morale terminale (anche noto come danno da lucida agonia o danno catastrofale o catastrofico), che consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nell'aver consapevolmente avvertito l'ineluttabile approssimarsi della propria morte e che ha come presupposto l'accertamento della *"coerente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine"* nell'arco temporale tra lesione (in questo caso la contrazione delle infezioni nosocomiali) e la morte, i CC.TT.UU. hanno evidenziato quanto segue:

"Sulla scorta dei dati documentali, è ipotizzabile che la paziente avesse percepito la gravità delle proprie condizioni di salute contestualmente al trasferimento in rianimazione. Vi è però da considerare che alle ore 11.20 dello stesso giorno del ricovero in rianimazione la paziente fu sedata e collegata a respiratore in SIMV.
Il 23.12.2014 è descritta "Risvegliabile".
Il 24.12.2014 ore 10.30: "Paziente sedata… collegata a respiratore in SIMV... PA sostenuta da Dopamina, diuresi presente stimolata da Lasix, apiretica, NPT in corso".
Il 25.12.2014 ore 10.40: "Sedata con Diprivan, collegata a respiratore in SIMV…".
Il 26.12.2014 ore 8.10: "...Sedata con Diprivan…".
Il 27.12.2014 ore 10: "Paziente sedata…".
Il pomeriggio del 27.12 "Sveglia nonostante sedazione…".
Il 29.12.2014 mattino: "Paziente in analgosedazione… Sveglia, non in contatto". Alle ore 21: "Sedata…".
Il 30.12.2014 ore 12: "Condizioni cliniche aggravate… ore 15.30: "Paziente in gravissime condizioni cliniche… Ore 23.55: "Condizioni gravissime…
Il [redacted] *exitus".*
In conclusione, è possibile ipotizzare, ma non in termini di elevata probabilità, che la paziente abbia potuto associare il proprio trasferimento in rianimazione con una condizione di pericolo per la propria vita, almeno nelle ore che precedettero la sedazione e nelle fasi in cui erano registrate fasi di veglia nonostante la sedazione in corso".

Alla luce dell'analisi che precede, si deve ritenere che la paziente, al momento del suo trasferimento in rianimazione e dunque prima che intervenisse la fase di sedazione che (come deve ritenersi in base a massime di esperienza) l'avrebbe poi resa incapace di valutare appieno la gravità del proprio stato di malattia e la prossimità della morte, "*aveva percepito la gravità delle proprie condizioni di salute*", ma non vi è prova che avesse maturato la necessaria *"coerente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine"*.

Pertanto, non può essere accolta la domanda di risarcimento "iure hereditatis" del così detto danno catastrofale (o da lucida agonia) di cui innanzi si è detto.

In conclusione, la domanda risarcitoria merita accoglimento limitatamente al danno subito dagli attori in conseguenza della perdita del rapporto parentale con la defunta madre, signora *Persona_2* e ciò deve valere anche per la parte del danno da perdita del rapporto parentale subita dal defunto marito della signora

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Per_2 (deceduto tre giorni dopo la morte della moglie); risarcimento quest'ultimo che compete agli attori in qualità di eredi del defunto padre.

Il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato come segue, in base alle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano, che sono in uso anche presso questo Tribunale.

A) Per *Parte_1* [redacted]

(Metodo del Tribunale di Milano)

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **64 anni**, è **figlio** della vittima e **non era convivente**

La vittima aveva **85 anni** al momento del decesso

Nel nucleo familiare primario sono presenti **3 familiari**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 3.911,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**16**
Punti in base all'età della vittima:	**8**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**9**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti totali riconosciuti:	**48**

IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 187.728,00**

B) Per *Parte_2* [redacted]

(Metodo del Tribunale di Milano)

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **61 anni**, è **figlio** della vittima e **non era convivente**

La vittima aveva **85 anni** al momento del decesso

Nel nucleo familiare primario sono presenti **3 familiari**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 3.911,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**16**
Punti in base all'età della vittima:	**8**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**9**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti totali riconosciuti:	**48**

IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 187.728,00**

C) Per *Parte_3* [redacted]

(Metodo del Tribunale di Milano)

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto ha **53 anni**, è **figlio** della vittima e **non era convivente**

La vittima aveva **85 anni** al momento del decesso

Nel nucleo familiare primario sono presenti **3 familiari**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 3.911,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**18**
Punti in base all'età della vittima:	**8**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**9**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**
Punti totali riconosciuti:	**50**
IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 195.550,00**

A) Per *Persona_1* [redacted] **e** [redacted]

(Metodo del Tribunale di Milano)

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

Il congiunto aveva **97 anni** ed era **coniuge** della vittima

La vittima aveva **85 anni** al momento del decesso

Nel nucleo familiare primario sono presenti **3 familiari**

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento:	**2024**
Valore del Punto Base:	**€ 3.911,00**
Punti in base all'età del congiunto:	**4**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Punti in base all'età della vittima:	**8**
Punti per convivenza tra congiunto e vittima:	**16**
Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario:	**9**
Punti per qualità/intensità della relazione (valore medio):	**15**
Punti totali riconosciuti:	**52**
IMPORTO del RISARCIMENTO	**€ 203.372,00**

I danni come innanzi liquidati devono ritenersi attualizzati ad oggi e quindi comprensivi della rivalutazione monetaria. Pertanto, ad essi si aggiungono solo gli interessi legali di mora con decorrenza dalla pubblicazione della presente sentenza.

In conclusione, la *Pt_4* convenuta deve essere condannata al pagamento delle seguenti somme, a titolo di risarcimento dei danni per le ragioni innanzi esposte:

A) **€ 187.728,00 in favore di** *Parte_1* **;**
B) **€ 187.728,00 in favore di** *Parte_2*
C) **€ 195.550,00 in favore di** *Parte_3*
D) **€ 203.372,00 in favore di** *Parte_1* **,** *Parte_2* **e** *Parte_3* **in solido (quali eredi di** *Persona_1* **.**

Il tutto oltre agli interessi legali di mora dalla pubblicazione della presente sentenza fino al soddisfo.

Alla soccombenza segue, inoltre, la condanna della *Pt_4* alla rifusione delle spese processuali in favore degli attori in solido, nella misura di complessivi euro 29.430,00 di cui euro 300,00 per spese ed euro 29.130,00 per compensi di avvocato, oltre spese generali al 15%, IVA e Cassa.

P.Q.M.

Il Tribunale di Brindisi, in composizione monocratica, definitivamente pronunciandosi, in parziale accoglimento delle domande proposte da *Parte_1* , *Parte_2* , *Parte_3* anche quali eredi di *Persona_1* contro la *Controparte_3* dichiara che la convenuta *[...]*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Controparte_3 è responsabile contrattualmente del decesso della paziente *Persona_2* (madre degli attori e moglie del defunto *Persona_1* .

Per l'effetto condanna l *Controparte_3* in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, a titolo di risarcimento dei danni (per le ragioni e nei limiti di cui in motivazione), delle seguenti somme di danaro:

A) **€ 187.728,00, oltre interessi legali di mora dalla pubblicazione della sentenza fino al soddisfo, in favore di** *Parte_1* **;**

B) **€ 187.728,00, oltre interessi legali di mora dalla pubblicazione della sentenza fino al soddisfo, in favore di** *Parte_2*

C) **€ 195.550,00, oltre interessi legali di mora dalla pubblicazione della sentenza fino al soddisfo, in favore di** *Parte_3*

D) **€ 203.372,00, oltre interessi legali di mora dalla pubblicazione della sentenza fino al soddisfo, in favore di** *Parte_1* **,** *Parte_2* **e** *Parte_3* **in solido (quali eredi di** *Persona_1* **.**

Infine, condanna l' *Controparte_3* in persona del legale rappresentante pro tempore, alla rifusione delle spese processuali in favore degli attori in solido, nella misura di complessivi euro 29.430,00 di cui euro 300,00 per spese ed euro 29.130,00 per compensi di avvocato, oltre spese generali al 15%, IVA e Cassa.

Brindisi, 03.04.2026.

IL GIUDICE
Dott. Stefano Marzo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it