N. R.G. 19943/25

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Napoli

8 SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Francesca Console ha pronunciato *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA EX ART 281 SEXIES CPC

nella causa civile di I Grado iscritta al n.r.g. 19943/2025 emessa tra:

Parte_1 c.f. *C.F._1*, *Parte_2*, c.f. *C.F._2* e *Parte_3*, c.f. *C.F._3*, in proprio e quali eredi di *Persona_1* elettivamente domiciliati in [redacted] al [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] c.f.: *C.F._4*, che li rappresenta e difende, anche disgiuntamente all'avv. [redacted] c.f. *C.F._5*, giusta procura agli atti

RICORRENTI

CONTRO

Controparte_1 in persona del legale rappresentante p. t. ed Amministratore unico Arch. *CP_2* con sede in [redacted] (NA) alla [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] alla [redacted] a [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] c. f. *C.F._6*, che la rappresenta e difende, giusta procura agli atti

RESISTENTE

E

Controparte_3, c.f.- p.i. *P.IVA_1*, con sede legale in Napoli alla [redacted] in persona del Direttore Generale Dr. *Controparte_4*, elettivamente domiciliati in [redacted] alla [redacted] presso la U.O.C. Affari Legali e Contenzioso della predetta *Cont* rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dall'Avv. [redacted] c.f. *C.F._7*, e dall'avv. [redacted] c.f. *C.F._8*, giusta procura agli atti

RESISTENTE

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

CONCLUSIONI: Le parti hanno concluso come da verbale dell'udienza di precisazione delle conclusioni del 04/06/2026 mediante il deposito di note di trattazione scritta.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Parte_1 *Parte_2* e *Parte_3* con ricorso ex art. 281-decies c.p.c., ritualmente notificato, chiedevano che il Tribunale convocasse in giudizio la *Controparte_3* e il P.O. [redacted] al fine di ottenerne la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente subiti *iure proprio* e *iure hereditatis* a seguito delle omesse cure a *Persona_1* che determinavano la di lui prematura morte.

I ricorrenti, a sostegno delle proprie ragioni, premettevano che:

- in data 11.02.2021, *Persona_1* si sottoponeva presso la *Controparte_5* (unità locale in titolarità e proprietà alla *Controparte_1* accreditata con S.S.N.), sita in [redacted] alla [redacted] a un intervento chirurgico di "resezione del sigma e confezionamento di stomia", all'esito di un ricovero per colica addominale;
- successivamente, in data 10.06.2021, veniva eseguito un ulteriore intervento chirurgico (di *Per_2*), programmato presso la medesima struttura, ma già nell'immediatezza post-operatoria, il quadro emodinamico del *Per_1* si complicava e appariva compromesso; dalla mattina successiva all'intervento, infatti, alle ore 8:00, le condizioni cliniche dello stesso apparivano in manifesto e grave peggioramento tanto che veniva classificato come emodinamicamente instabile (sudorazione profusa, PA 80/55 mmhg; tachicardico: 130 bpm; tachipnoico: 30 atti al minuto...) e tali da determinare un quadro clinico di shock;
- alle ore 15:30 dell'11.06.21, visto il peggioramento dello stato del paziente, veniva eseguito un ecocardiogramma e una consulenza cardiologica, alla luce dei quali, intorno alle ore 17:00, veniva allertato il 118 per consentire il trasferimento urgente del paziente dalla *Controparte_5* all[redacted] stante l'indisponibilità dell'ambulanza in convenzione con la *CP_5*
- in data 11.6.21, il *Per_1* veniva, quindi, sottoposto presso quest'ultima struttura [redacted], ad esami di ingresso, tra cui una valutazione cardiologica;
- lo stesso, in data 12.06.2021, presentava, peraltro, uno stato di insufficienza renale acuta a genesi multifattoriale, come emerge dalla relazione nefrologica eseguita in tale data e mai valorizzata in maniera idonea dai Sanitari della struttura per il conseguente ed immediato trattamento; in tale data fu sottoposto ad una consulenza rianimatoria per "sospetta sepsi", evidenziando, quindi, già un quadro clinico da necrosi pancreatica; già in tale data appariva una dolenzia addominale diffusa ed iperpiressia;
- il giorno 13.06.2021, con terapie antibiotiche già avviate ed anche sostituite, veniva inviata una sola coppia di emocolture;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

- in data 18.06.2021, a distanza, quindi, di una settimana dalla data d'ingresso nella struttura ospedaliera, visto il peggioramento dello stato clinico del paziente, assente ogni valutazione infettivologica, fu eseguita una TC addome con mezzo di contrasto che evidenzia manifestamente il progressivo deterioramento dello stato del paziente con presenza di interessamento mesenteriale ed aspetti ipoperfusivi diffusi (come da referto TC del 18.06.2021); inviato l'esame colturale del liquido peritoneale, esso risultava, quindi, positivo per Stafilocco coagulasi negativo meticillino resistente;

- in data 19.06.2021, il *Per_1* veniva sottoposto a un nuovo (ed inidoneo rispetto alle Linee Guida ed alla corretta pratica medica) intervento chirurgico di laparotomia e necrosectomia pancreatica in open, alla luce del quadro clinico di addome acuto da pancreatite necrotica con versamenti purulenti, come emerge dalla cartella clinica;

- in data 21.06.2021, il paziente veniva sottoposto ad embolizzazione dell'arteria gastrica di sinistra ma, nonostante il ricovero intensivistico e le procedure cliniche adottate, lo stesso, purtroppo, [redacted]

Pertanto, gli attori chiedevano che, accertata la responsabilità professionale della *Controparte_6* *[...]* [redacted] e della *Controparte_7* . [redacted] le stesse fossero condannate al risarcimento del danno patito da *Persona_1* e dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti dai di lui familiari, odierni ricorrenti.

In data 17.03.2026, attraverso il deposito di note di trattazione scritta, la *Controparte_1* e *Parte_1* *Parte_2* e *CP_8* dichiaravano di aver transatto la relativa controversia per la quota di addebito gravante sulla *Controparte_1* Pertanto, le predette parti chiedevano al Tribunale di pronunciare la cessazione della materia del contendere con compensazione delle spese di lite; i ricorrenti non rinunciavano alle relative domande nei confronti della *Controparte_3* e del P.O. [redacted] La causa veniva rinviata ex art 281 sexies c.p.c. al 04.06.2026 ed in questa sede decisa come segue:

MOTIVI DELLA DECISIONE

In via preliminare si osserva come il P.O. [redacted] integra una mera articolazione organizzativa interna della *Controparte_3* e non un autonomo ente dotato di propria soggettività giuridica. Esso, in quanto presidio ospedaliero non costituito in azienda, opera quale struttura territoriale dell'Azienda sanitaria di appartenenza e risulta, pertanto, privo sia di distinta personalità giuridica sia di autonoma capacità processuale. Ne discende che il presidio non è idoneo a costituire un autonomo centro di imputazione di rapporti giuridici sostanziali e processuali, con la conseguenza che, rispetto alle domande risarcitorie aventi ad oggetto l'asserita responsabilità sanitaria per prestazioni ivi erogate, la legittimazione passiva spetta esclusivamente all' *Controparte_3* , quale unico soggetto titolare dei rapporti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

organizzativi, patrimoniali e obbligatori riferibili all'attività della struttura. Sul punto giova richiamare il principio recentemente ribadito dal Giudice di legittimità, secondo cui non ricorre l'ipotesi di citazione in giudizio di un soggetto privo di legittimazione passiva o di capacità processuale, bensì quella, ancor più radicale, di evocazione in giudizio di un "non-soggetto", vale a dire di una struttura costituente una mera articolazione organizzativa, priva di capacità giuridica, di autonoma soggettività e, dunque, non idonea *ex se* a fungere da centro autonomo di imputazione di rapporti giuridici (cfr. Cass. civ, ord. n. 22761 del 06/08/2025).

Ancora, in via preliminare il Tribunale dichiara la cessazione della materia del contendere fra le parti ricorrenti e la *Controparte_1*

Le parti hanno rappresentato di aver definito la lite con una transazione ed hanno inteso rinunciare alle relative domande; dunque, deve ritenersi che sia venuto meno l'interesse ad una pronuncia giudiziale, con conseguente declaratoria di cessazione della materia del contendere. Sul punto, giova ricordare che il Giudice di legittimità ha statuito che in materia di obbligazioni solidali, l'art. 1304 , comma 1, c.c., che consente ai condebitori di avvalersi della transazione fatta dal creditore con uno dei debitori in solido, si riferisce unicamente alla transazione che abbia ad oggetto l'intero debito, mentre quella intervenuta in relazione ad una parte soltanto del credito determina lo scioglimento del vincolo della solidarietà passiva, ex art. 1311, comma 2, n. 1) c.c. e spiega efficacia limitatamente alla quota attribuita al condebitore stipulante; stabilire, in concreto, se una transazione sia integrale o parziale rientra nei compiti del giudice del merito (cfr. Cass., ord. n.7273 del 26/03/2026, Cass., ord. n.13715 del 11/05/2026). Alla luce di quanto innanzi detto, il Tribunale ritiene che l'accordo intervenuto fra le parti abbia natura meramente parziale, avendo le stesse espressamente limitato gli effetti della transazione alla sola quota di responsabilità addebitabile alla *Controparte_5* (cfr. note di trattazione scritta del 03/06/2026, in cui si legge: "*si osserva che, con recente atto transattivo, i ricorrenti hanno transatto la lite, limitatamente alla quota risarcitoria in capo alla sola predetta* *CP_5* *, rinunciando, dunque, al risarcimento azionato con il ricorso ex art. 696bis c.p.c. e con l'odierno ricorso nonché alle rispettive azioni in essi contenuti nei soli confronti della* *Controparte_1* *(e/o suoi aventi causa) e nei confronti del soggetto citato (ed identificato in ricorso) quale* *Controparte_5* *in persona del legale rappresentante p.t.", ferma la prosecuzione del giudizio nei confronti degli altri convenuti/resistenti e per la quota risarcitoria in capo agli stessi, ovvero nei confronti della* [redacted]). Tuttavia, esso ha l'effetto di limitare la quota a carico dell'odierno resistente al solo 30% a lui in concreto imputabile. Ebbene, non ignora la scrivente che solo ove la transazione stipulata tra il creditore ed uno dei condebitori solidali abbia avuto ad oggetto solo la quota del condebitore che l'ha stipulata, il residuo debito gravante sugli altri debitori in solido si riduce in misura corrispondente all'importo pagato dal condebitore che ha transatto solo se costui ha versato una somma pari o superiore alla sua quota ideale di debito; se, invece, il pagamento è stato inferiore alla quota che faceva idealmente capo al condebitore che ha raggiunto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

l'accordo transattivo, il debito residuo gravante sugli altri coobbligati deve essere ridotto in misura pari alla quota di chi ha transatto. In assenza di deposito del contratto di transazione la scrivente ritiene corretto ritenere che l'intera quota riferibile alla *CP_1* sia stata coperta dall'accordo e che pertanto permanga credito risarcitorio solo per la residua quota riferibile alla *Pt_4* pari al 30% del danno.

Rispetto al segmento relativo alla *CP_1* va pertanto emessa statuizione di cessazione della materia del contendere ; essa in linea generale comporta l'obbligo per il giudice di provvedere sulla liquidazione delle spese processuali del giudizio in favore dell'una o dell'altra parte secondo il principio della soccombenza virtuale, in base al quale è necessario valutare se la domanda proposta sarebbe stata accolta o rigettata (Cass. n. 3148/2016, da ultimo vedi Cass. 21757/2021); ciò salvo che le parti non abbiano transatto anche le spese. Ebbene, nella fattispecie in esame, le parti hanno transatto anche le spese processuali, disponendone l'integrale compensazione, per tali motivi, il Giudice dichiara la cessazione della materia del contendere e compensate le spese di lite tra i ricorrenti e la resistente *Controparte_1*

Per il segmento residuo della controversia si osserva quanto segue.

Occorre in primo luogo individuare i parametri giurisprudenziali di riferimento in tema di responsabilità della struttura sanitaria dopo l'entrata in vigore della l. 24/2017 (c.d. legge Gelli-Bianco).

Ebbene, in relazione alla responsabilità della struttura sanitaria, già da tempo la giurisprudenza aveva qualificato essa come avente natura contrattuale (tra le prime pronunce in merito cfr. Cass. 1° marzo 1988, n. 2144, in Foro It., 1988, I, 2296, poi confermata da Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 1° settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv; Cass. 4 marzo 2004, n. 4210; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133). In particolare, era principio già consolidato che l'ente sanitario avesse una responsabilità piena ed autonoma per i danni provocati dai propri dipendenti e più in generale di coloro che operano nella struttura; responsabilità imputabile all'azienda indipendentemente dall'accertamento in concreto della responsabilità individuale dei singoli agenti. Difatti, si è chiarito, in taluni arresti, che la responsabilità dell'ente gestore era di natura diretta per essere riferibile allo stesso, in virtù del principio di immedesimazione organica e della stipula di fatto di un contratto d'opera professionale col paziente, l'operato del medico ovvero del personale infermieristico inserito nell'organizzazione del servizio, che, eseguendo in modo non diligente la prestazione sanitaria, ha causato danni al privato che ha richiesto ed ottenuto la medesima prestazione (così in motivazione Cass., 22 gennaio 1999, n. 589, in Foro It., 1999, I, 3332; in senso diverso, per la configurazione di una responsabilità, sia pure contrattuale, avente però natura indiretta ex art. 1228 c.c.; cfr. Trib. Lucca., 18 gennaio 1992, in Foro It., 1993, I, 264, la quale, appunto, non concorda, così come alcuna dottrina, sulla ricostruzione del rapporto ente – paziente in termini di esecuzione di contratto d'opera professionale). Tale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

impostazione è stata poi recepita anche dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, le quali, con sentenza n. 577/2008, hanno ricondotto la responsabilità contrattuale in parola nell'ambito dell'inadempimento dell'atipico "contratto di spedalità", e hanno ritenuto che la stessa potesse conseguire non solo dall'inadempimento delle obbligazioni poste direttamente a suo carico, ex art. 1218 c.c., ma anche dall'inadempimento delle prestazioni svolte dai sanitari operanti all'interno della sua struttura, in qualità di suoi ausiliari necessari, ex art. 1228 c.c. (sul punto v. anche Cass. n. 27286/2013; da ultimo cfr. Cassazione civile sez. III, 08/06/2023, n.16272). Il principio di cui sopra vale anche in tutti i casi di prestazione erogata dal medico del Servizio Sanitario nazionale con conseguente instaurazione di un contatto sociale tra medico e paziente ed insorgenza della responsabilità della *Cont* ex art. 1228 c.c., ragion per cui incomberebbe sulla *Cont* provare il fatto estintivo dell'altrui pretesa, ovvero che il medico sia intervenuto non quale medico convenzionato ma puramente come libero professionista (Cass. civ., n. 5673/2025)

L'orientamento in parola ha ricevuto l'avallo del legislatore, il quale ha espressamente stabilito, all'art. 7 c. 1 della c.d. legge *Pt_5* che "La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.". Inoltre, all'art. 7 c. 2, si prevede che la responsabilità contrattuale della struttura sussista anche con riferimento "alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina".

Non rilevano in questa sede i profili di responsabilità dei sanitari dipendenti della struttura resistente, in relazione alle condotte commissive ed omissive elencate in precedenza, in quanto non sono stati individuati singolarmente e non sono stati citati in giudizio dalla danneggiata.

La qualificazione in termini contrattuali del rapporto ente sanitario – paziente, genera importanti ricadute in tema di onere probatorio. In particolare, le conclusioni raggiunte sul punto da parte della giurisprudenza di legittimità derivano dall'applicazione conforme dei principi enunciati in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Con la richiamata pronunzia le Sezioni Unite hanno risolto un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici in tema di onere probatorio in materia contrattuale, che vedeva attestata la giurisprudenza su una distinzione basata sull'oggetto della domanda: si riteneva, cioè, che, nel caso in cui chiedesse l'esecuzione del contratto e l'adempimento delle relative obbligazioni, l'attore dovesse provare soltanto la fonte del rapporto dedotto in giudizio, ossia l'esistenza del negozio e quindi dell'obbligo che assumeva inadempiuto; mentre nel caso in cui avesse domandato la risoluzione del contratto ovvero il risarcimento del danno dovesse provare anche il fatto su cui la domanda era fondata, ossia l'inadempimento, spettando al convenuto di dare la prova della non imputabilità di esso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

(Cass., 9 gennaio 1997, n. 124; Cass., 24 settembre 1996, n. 8435). Tale orientamento, tuttavia, è stato sottoposto a rigorosa critica, osservandosi come la distinzione fra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale implichi oneri probatori diversi circa l'individuazione dei fatti costitutivi della pretesa, rimanendo così irragionevole differenziare l'onere probatorio in funzione delle differenti domande che l'attore intendesse proporre in via contrattuale; e ciò anche perché il criterio della cd. vicinanza della prova, secondo cui l'onere della prova di un fatto deve essere posto a carico della parte cui esso si riferisce, impone di ritenere che l'inadempimento, che nasce e si consuma nella sfera di azione del debitore, non possa essere provato dal creditore, dovendo, viceversa, essere il debitore a provare l'inimputabilità. Sulla scorta di quanto innanzi il supremo giudice di nomofilachia ha statuito che il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogamente è stato disposto con riguardo all'inesatto adempimento, rilevandosi che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento (cfr. Cass. Sez. 6, 16/09/2022, n. 27279 in tema di consenso informato al paziente).

Applicando, allora, questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico ovvero della struttura sanitaria deve ritenersi che il paziente, che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario e/o della struttura in maniera specifica, soprattutto con riferimento al nesso causale ed all'insorgenza del danno evento, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento (così anche Cass. sez. 3, 09/11/2006, n. 23918, in tema di responsabilità civile nell'attività' medico - chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del professionista, restando a carico dell'obbligato l'onere di provare l'esatto adempimento, con la conseguenza che la distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà rileva soltanto per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà.

Pertanto, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e 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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. Sez. 3, 26/07/2017, n. 18392).

Si è parlato in giurisprudenza della sussistenza di un doppio ciclo causale, in cui compare l'onere del nesso eziologico tra condotta dei sanitari e patologia, posto a carico del paziente (causalità costitutiva), mentre è onere della struttura dimostrare l'esatta esecuzione della prestazione (causalità estintiva).

Ciò comporta che nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. 3704 del 2018; cfr. Cass. sez. 3, Ordinanza *n.* 21602 *del* 28/07/2025 per l'ipotesi in cui un evento dannoso risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, l'autore del fatto illecito risponde, in base ai criteri della causalità naturale, di tutti i danni che ne sono derivati, a nulla rilevando che gli stessi siano stati concausati anche da eventi naturali, che possono invece rilevare ai fini della stima del danno, ossia sul piano della causalità giuridica).

Tanto premesso in diritto, può passarsi al concreto esame della fattispecie rimessa alla delibazione di questo Giudice.

A mente di quanto in epigrafe esposto, è da esaminare l'esito della relazione peritale, svoltasi in sede di accertamento tecnico preventivo, a firma del Collegio composto dal dott. *Persona_3* (Specialista in medicina legale), Dott. *Persona_4* (Specialista in chirurgia generale) e della Dott.ssa *Persona_5* (Specialista in malattie infettive); relazione che, per il carattere di completezza argomentativa e linearità logica, è tale da essere ritenuta attendibile negli esiti da questo Giudice.

In particolare, la perizia ha chiarito quanto segue:

- il caso in trattazione è relativo a *Persona_1* di anni 62, il quale, dopo intervento chirurgico di ricanalizzazione intestinale, eseguito in elezione il 10/06/21, presso la *Controparte_9* (e successivo ad intervento di *Per_2* dell'11/2 per addome acuto da peritonite piostercoracea conseguente a diverticolite acuta perforata del sigma), presentava un quadro settico che evolveva, in tempi relativamente rapidi, verso uno stato di shock, e conseguente Sindrome da Insufficienza Multi Organo, che esitava nel [redacted] (cfr. pagg. 4-5 atp);
- in aggiunta, a complicare il quadro, si sovrapponeva una pancreatite necrotico-purulenta (da ritenersi ragionevolmente complicanza dell'infezione post-operatoria o peritonite con estensione della risposta infiammatoria generalizzata al pancreas), diagnosticata e trattata solamente in occasione del ricovero del p. presso l [redacted] di Napoli (cfr. pag. 6);
- *Persona_1* in data 11/02/21 veniva ricoverato presso la *Controparte_5* di [redacted] (NA) per *"colica addominale ndd"* (cfr. pag. 7 atp*);*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

- Già all'ingresso, il paziente presentava un quadro clinico fortemente indicativo di addome acuto. Le indagini di laboratorio e strumentali rinforzavano tale sospetto diagnostico, facendo evidenziare un considerevole rialzo degli indici infiammatori e un referto TC che recitava: "*In sede sottomesocolica visibilità di alcune bolle di aria libera e di disomogenea raccolta in sede pelvica di circa 54x41 mm con grossolano livello idro-aereo. Distensione mista idro-aerea delle anse intestinali con punto di transazione a livello ileale, circa 10 cm prima della valvola ileo-cecale, in corrispondenza della raccolta descritta. Il calibro massimo delle anse è di 40 mm e l'impregnazione contrastografica della parte appare conservata. Diffuso ispessimento delle pareti del colon sigma con multiple estroflessioni diverticolari e disomogeneo addensamento del cellulare kasso periviscerale non distese le porzioni coliche a monte. Presenza di sondino naso-gastrico. Restante reperto addomino-pelvico esente da rilievi a carattere di urgenza. Conclusioni: il reparto depone per perforazione coperta del colon sigma da diverticolite con conseguente raccolta che determina occlusione delle anse intestinali ileali. Necessario videat chirurgico*" (cfr. pag. 7 ss. atp);
- per questo motivo, si disponeva l'esecuzione di intervento chirurgico urgente indifferibile per quadro clinico di peritonite perforativa e occlusiva (cfr. pag. 7 atp);
- in data 20/02/21, avveniva la dimissione con diagnosi di *"Peritonite piostercoracea da perforazione diverticolare; colostomia"* (cfr. pag. 7 atp);
- in data 8/06/2021, *Per_1* veniva nuovamente ricoverato presso la *Controparte_5* per essere sottoposto ad intervento di ricanalizzazione intestinale post-intervento di *Per_2*, secondo tempo del predetto atto chirurgico, con la finalità di ristabilire la fisiologica continuità del canale alimentare (cfr. pag. 7 atp);
- in data 9/06/2021 veniva praticata dai sanitari della *Controparte_5* una colonscopia che evidenziava: "*introduzione dell'endoscopio attraverso la colostomia sx. Assenza di lesioni fino al cieco. Foto a comprova del raggiungimento. In posizione di CP_ introduzione dell'endoscopio per via transanale. Assenza di lesioni fino al cul di sacco della Per_2 che è circa a 13 cm dallo GA*" (cfr. pagg. 7 e 8 atp);
- in data 10/06/2021 veniva eseguito l'intervento chirurgico sopra citato, dalla cui esecuzione emergeva, sin da subito, un quadro più complesso del previsto per la fragilità delle anse intestinali e per la presenza di numerose aderenze fra queste ultime e la parete addominale ed era così descritto: *"incisione sottoxifopubica. Difficilissimo l'accesso in cavità data la fusione delle anse dalla pregressa laparotomia. Fusione tra le anse e la parete tale da rendere l'adesiolisi molto difficile. Per la estrema fragilità delle anse si è costretti ad una doppia resezione di ileo, data la fragilità delle stesse con anastomosi entero-entero anisoperistaltiche con GIA 60. Controllo. Si individua il colon sinistro con la colostomia. Mobilizzazione della flessura splenica. Ricostruzione anastomosi colo-rettale latero-terminale. Emostasi addominale. CP_11 Chiusura dell'accesso colostomico. Chiusura a strati. Prova idropneumatica negativa...*" (cfr. pag. 8 atp);
- gli esami ematochimici, effettuati nelle ore e nei giorni immediatamente successivi, evidenziavano una franca leucocitosi neutrofila, un aumento degli indici di infiammazione e di danno d'organo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

contestualmente, il paziente presentava campanelli d'allarme che lasciavano presagire l'insorgenza di uno stato di shock, come sudorazione profusa, sopore, tachicardia, tachipnea, ipotensione, per cui si procedeva a terapia a base di inotropi, riempimento volemico, somministrazione di emazie, albumina, oltre che di ossigeno, elettroliti, clexane (enoxaparina) e antibioticoterapia (cefazolina 1g in 100 mL di Soluzione fisiologica ore 23:00, 7:00, 15:00 e metronidazolo 500 mg ore 23:00, 7:00, 15:00) (cfr. pag. 8 atp);

- nel contempo, si rilevava anche un aumento degli indici di danno miocardico, per cui, in data 11/06/2021, veniva eseguita una consulenza cardiologica con ecocardiogramma, che evidenziava una riduzione sensibile della frazione di eiezione, dapprima assestata su valori intorno al 60%;
- inoltre, all'esito di un'emogasanalisi, praticata nella medesima giornata, risultava *"lieve acidosi metabolica compensata con buoni scambi gassosi ed in equilibrio elettrolitico"*; pertanto, si procedeva alla somministrazione di 5 fiale di bicarbonato in 500 cc di GR in infusione lenta (cfr. pag. 10 atp);
- dal referto dell'esame istopatologico dei pezzi asportati nel corso dell'intervento chirurgico di ricanalizzazione consistenti in di campioni di intestino e di tessuto fibro-adiposo omentale, si evinceva la persistenza di un quadro infiammatorio attivo con aspetti di peritonite periviscerale(cfr. pag. 10 atp);
- dato il costante peggioramento del paziente, alle ore 17:00 dell'11/06/2021 veniva allertato il 118 (una chiamata fu effettuata anche precedentemente, alle ore 13:00) per il trasferimento urgente presso altra struttura (cfr. pag. 10 atp);
- alle 18:30 giungeva l'autoambulanza che trasportava il *Per_1* presso il [redacted] del [redacted] [redacted] [redacted] di Napoli. Ivi giunto circa mezz'ora dopo, veniva sottoposto ad esami di laboratorio che evidenziavano alterazioni degli stessi valori riscontrati anche negli esami ematochimici eseguiti su sangue venoso durante il precedente ricovero, emocromo, glicemia, urea, creatinina, albumina, sodio, cloro, AST, ALT, CPK, CK-MB massa, Mioglobina, PCR, con l'aggiunta di procalcitonina ed amilasi pancreatica e lipasi, i quali presentavano valori sempre più allarmanti (cfr. pag. 11 atp);
- un esame TC torace con contrasto e TC addome completo bifasica ponevano in rilievo: *"modesta falda di versamento pleurico sinistro basale con atelettasia compressiva… discreta falda di pneumoperitoneo… modesta quota di versamento fluido peritoneale pelvico… disomogeneità della coda del pancreas in relazione a condizione di flogosi acuta con raccolta fluida perighiandolare… ipoperfusione del parenchima splenico… minuti nuclei gassosi presenti in sede mesenteriale extrantestinale al momento compatibili con residuo chirurgico. Tale rilievo merita comunque un controllo a distanza per escludere con certezza l'eventualità di microdeiscenze o perforazioni. Modesta alterazione ipoperfusiva nel parenchima epatico…"* (cfr. pag. 11 atp);
- il paziente veniva, pertanto, trattenuto a ricovero presso il reparto di Chirurgia d'Urgenza del suddetto nosocomio. Presso tale ambiente, si rilevava persistenza dei versamenti pleurico e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

peritoneale, seppur di quota più ridotta, *"disomogenea ipodensità (con valori densitometrici sovrafluidi) della coda del pancreas in relazione a condizione di flogosi acuta presumibilmente necrotica, con quote fluide/sovrafluide peripancreatiche",* nonché edema del restante parenchima pancreatico, ipoperfusione intestinale, splenica ed epatica, probabile trombosi della vena splenica, sovradistensione intestinale della cornice colica residua con livelli idro-aerei in alcuni punti (cfr. pag. 11 atp);

- altresì, era sottoposto a visita cardiologica con ecocardiogramma [*"… al momento paziente lievemente dispnoico a riposo... PA: 90/60 mmHg Sat02 in occhialini nasali 4L/min: 94%. ECG: tachicardia sinusale a FC di 125 bpm… Toni ovattati, soffio sistolico 2/6 Levine diffuso sui diversi focolai di auscultazione… EcocardicolorDoppler… lieve ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro con normale funzione sistolica (FE: 68%)… Sclerosi mitralica con lieve insufficienza… Indici di necrosi miocardica non suggestivi di sindrome coronarica acuta in relazione al quadro clinico… Si consiglia di somministrare… Seloken… Congescor"), nonché a visita nefrologica da cui emergeva "Verosimile IRA a genesi multifattoriale, da deplezione e stato settico con iposodiemia associata allo stato depletivo e ipoperfusione renale"*] (cfr. pagg. 11 e 12 atp);;
- veniva, quindi, impostata terapia farmacologica infusionale a base di elettroliti, albumina, bicarbonato, glucosio, terapia antibiotica (metronidazolo 500 mg ev per 3 al giorno) e prescritto monitoraggio degli indici di funzionalità renale, che, nei giorni seguenti, si dimostravano in lieve miglioramento (cfr. pag. 12 atp);
- alla luce dei reperti ematochimici, una visita generale del 13/06/2021 segnalava la presenza di *"verosimile sindrome multiorgano post intervento chirurgico maggiore"* e all'osservazione, venivano riscontrati anche dolore addominale diffuso e febbre (cfr. pag. 12 atp);
- l'aumento della temperatura del paziente, fatta eccezione per pochi episodi di apiressia, si manteneva pressoché costante lungo tutta la degenza, arrivando più volte a raggiungere valori di 40°C (cfr. pag. 12 atp);
- pertanto, come emerge da una consulenza rianimatoria del 13/06/2021 si configurava un quadro di *"sospetta sepsi"* e, infatti, in pari data, si procedeva anche all'esecuzione di emocolture che risultavano dapprima negative e, successivamente, ripetute il 17/06/2021 (prelievo di due set), mostravano positività al microrganismo anaerobio *Achromobacter xylosoxidans* (multiresistente, sentinella di infezione ospedaliera) e a *Staphylococcus epidermidis* : stafilococco coaugulasi negativo Meticillino Resistente (MRS) (cfr. pag. 13 atp);
- ancor prima del risultato dei suddetti esami, veniva modificata terapia antibiotica sostituendo Tazocin (principio attivo: Piperacillina/tazobactam) con Merrem (Meropenem) ed era aggiunto Linezolid.
- in data 18/06/2021, una visita anestesiologica riportava: *"Condizioni generali gravi. Paziente di 62 anni francamente settico, emodinamica ancora accettabile, diuresi presente. Pratica EGA che mostra quadro di alcalosi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

respiratoria, ipossia, chetoacidosi diabetica. Il paziente si presenta inoltre tachipnoico, febbrile, con marezzatura agli arti inferiori. Si consiglia in prima istanza di idratare il paziente, somministrare Novorapid 30 Ul ev, aggiungere in terapia Diamox 1 cp per due/die, aggiungere Cernevit 1g/die, aggiungere Lantus 20 Ul sc alle ore 22. In considerazione della leucocitosi neutrofila, elevazione della PCR ma con procalcitonina nei limiti, si ipotizza infezione fungine? In considerazione della terapia antibiotica empirica-ragionata massimale già in corso, si consiglia consulenza infettivologica prima di rimodulare terapia chemioterapica, tenendo conto anche degli esami colturali ancora non pervenuti. Utilizzare mezzi fisici come terapia sintomatica antipiretica e se necessario sostituire tutti i device (catetere, CVC ecc). Presa visione dell'ultima TC addome: necrosi coda pancreas, ipoperfusione splancnica, trombosi ecc." (cfr. pag. 14 atp);

- il giorno seguente, il *Per_1* veniva sottoposto a laparotomia esplorativa d'urgenza per addome acuto da pancreatite necrotica con versamenti purulenti e durante tale procedura chirurgica, oltre ad effettuare la lisi delle aderenze riscontrate e la necrosectomia pancreatica, prima di eseguire lavaggio con fisiologica e drenaggi, si prelevava un campione di liquido peritoneale e si dava atto dell'assenza di macroscopici leak delle anastomosi confezionate;
- l'esame colturale del suddetto evidenziava positività a *Staphylococcus haemolyticus* meticillino-resistente (MRS) (cfr. pag. 14 atp);
- in data 21/06/2021, venivano riportati in cartella clinica un sensibile peggioramento delle condizioni cliniche del sig. *Per_1*, instabilità emodinamica, nonostante infusione di vasoattivi, ed episodi di melena unitamente alla presenza di tracce siero-ematiche evidenti nei drenaggi e, successivamente, anemizzazione acuta, per cui il p. veniva sottoposto ad emotrasfusioni (in totale 3 unità di Emazie Concentrate, una somministrata il 19 e due il 21/6); in ragione dell'ipoperfusione e del verosimile danno ischemico veniva preferita all *Pt_6* 'angio-TC;
- individuata la fonte del sanguinamento mediante tale indagine, si procedeva, quindi, ad intervento di embolizzazione di ramo dell'arteria gastrica di sinistra (cfr. pag. 14 atp);
- il [redacted] veniva eseguita ulteriore emocoltura che avrebbe, poi, mostrato positività al microrganismo aerobio *Acinetobacter baumanii* (germe multi-resistente: sentinella di infezione ospedaliera) (cfr. pag. 15 atp);
- le condizioni cliniche del paziente rimanevano gravi, l'emogasanalisi evidenziava un quadro di acidosi metabolica ipossiemica iperlattacidemica con iperglicemia ed iperkaliemia (cfr. pag. 15 atp);
- in pari data, alle ore 16:40, si verificava un arresto cardiocircolatorio mai revertito, nonostante le manovre rianimatorie e, pertanto, alle 17:10 del [redacted] si constatava il decesso del sig. *Per_1* *[...]* (cfr. pag. 15 atp);

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

In conclusione, in base alla perizia di ufficio - che per il carattere completo ed esaustivo e per la sua chiarezza argomentativa è fatta propria da questo Giudice - si riscontrano condotte colpose di danno da addebitare ai sanitari operanti presso il Parte_7 . [redacted] che hanno prestato assistenza tecnico - medica al Per_1 . Ed invero, secondo la relazione peritale la condotta colposa dei medici è da rinvenirsi nel fatto che "*Ciò nonostante, anche in questo caso vanno prospettati, a carico della predetta struttura sanitaria, profili di responsabilità relativamente alla trasmissione di infezioni correlate all'assistenza, non risultando documentata un'adeguata attività preventiva di contrasto alle stesse*" (cfr. pag. 28 della relazione peritale). Ciò posto, però, va precisato che la consulenza medico-legale esplicitamente ha affermato l'esistenza di un rapporto di causalità, secondo il più probabile che non, tra l'omissione colposa dei sanitari dell'Azienda ospedaliera di [redacted] e la morte di Persona_1 giungendo ad affermare: "*Così ragionando, può convenirsi che il decesso del Sig.* Persona_1 *vada ricondotto in senso causale alle carenze assistenziali sopra delineate, con una quota di responsabilità del 70% da porre a carico della convenuta* Controparte_5 *e del restante 30% nei confronti dell*[redacted] . In altri termini, secondo i CCTTU, la morte del Per_1 è stata causata dalla condotta imperita dei sanitari, secondo un contributo causale equivalente al 30%, la quale non si sarebbe ugualmente verificata, secondo canoni probabilistici, in presenza della condotta doverosa omessa all'atto del ricovero presso il P.O. [redacted]

Orbene, in ordine alle domande risarcitorie proposte dai ricorrenti si chiarisce che la titolarità attiva di questi è provata dallo stato di famiglia integrale in atti.

Ciò posto, per quanto concerne la domanda *iure successionis* del danno terminale subito da Persona_1 giova osservare che i più recenti orientamenti giurisprudenziali di legittimità (cfr. da ultimo Cassazione civile sez. III, 16/02/2023, n.4998) hanno chiarito come a) il "danno biologico terminale" è un pregiudizio alla salute, da invalidità temporanea sebbene massimo nella sua entità ed intensità, da accertarsi con criteri medico-legali e da liquidarsi comunque, avuto riguardo alla specificità del caso concreto, se tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo; b) il "danno catastrofale" (o anche detto: "danno morale terminale", "danno da lucida agonia"), consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando, ai fini della liquidazione in via equitativa in base alle specificità del caso concreto, soltanto l'intensità della sofferenza medesima.

Ebbene, nel caso in esame dalla documentazione medica agli atti risulta che Persona_1

- in data 11.06.2021 alle ore 19:00 circa veniva ricoverato presso il P.O. [redacted] (cfr. pag. 10 ctu) e ivi impostate le prime terapie;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

- in data 13.06.2021 si configurava un quadro di "sospetta sepsi" e di procedeva all'esecuzione di emoculture, che davano esito negativo, oltre che constatarsi dolore diffuso e temperatura corporea elevata e costante per tutto il corso della degenza, raggiungendosi frequentemente i 40° di temperatura;
- in data 17.06.2021 venivano ripetute le emoculture che davano, questa volta, esito positivo e si procedeva ad una modifica della terapia farmacologica;
- in data 18.06.2021 si attestava un peggioramento delle condizioni di salute del paziente;
- in data 19.06.2021 i sanitari decidevano di sottoporre il paziente ad un intervento di laparotomia d'urgenza;
- in data 21.06.2021 veniva riportato in cartella clinica un sensibile peggioramento delle condizioni cliniche, che portavano ad intervenire attraverso delle emotrasfusioni;
- in data [redacted] alle ore 16:40 si verificava un arresto cardiocircolatorio e i sanitari cominciavo le procedure di rianimazione;
- in pari data alle ore 17:10 veniva dichiarato il decesso del paziente.

Alla luce delle coordinate giurisprudenziali sopra individuate, occorre passare all'esame delle domande spiegate da parte ricorrente.

Nel caso di specie occorre prendere in considerazione l'arco temporale intercorrente tra il ricovero presso il P.O. [redacted] e l'evento [redacted] al [redacted] Ciò posto, deve rilevarsi che il paziente è stato ricoverato presso il P.O. [redacted] per un periodo di tempo pari a 13 giorni.

Tanto chiarito, deve procedersi al riconoscimento del danno biologico terminale, che si stima equo liquidare in euro 2.242,5 determinato mediante moltiplicazione del valore giornaliero di euro 115,00 per i tredici giorni di invalidità, con applicazione di una personalizzazione in aumento nella misura del 50%, in considerazione delle peculiarità del caso concreto.

Tale somma, inoltre, deve essere in questa sede limitata al solo 30% imputabile al convenuto sostanziale per complessivi € 747,5.

Nulla può essere riconosciuto invece a titolo di danno terminale nella sua componente morale, posto che durante questo periodo il paziente non risultava cosciente e consapevole della gravità delle proprie condizioni. Ed invero, dalla relazione peritale, pur non essendo espressamente indicato uno stato di incoscienza e/o di sedazione, emerge che *Persona_1* poco tempo dopo al momento del ricovero, risultava trovarsi in uno stato febbrile per tutta la durata della degenza, fatta eccezione di pochi episodi di apiressia (cfr. *atp, in cui si legge: "All'osservazione, venivano riscontrati anche dolore addominale diffuso e febbre. L'aumento della temperatura del p., fatta eccezione per pochi episodi di apiressia, si manteneva pressoché costante lungo tutta la degenza, arrivando più volte a raggiungere valori di 40°C"). Ciò posto, si ritiene, di rigettare la domanda di danno*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

terminale, attesi i pochissimi intervalli di coscienza e, dunque, l'assenza di consapevolezza della gravità delle proprie condizioni e dell'approssimarsi del decesso").

I ricorrenti, inoltre, domandavano, il risarcimento di un danno, sofferto *iure proprio*, nella qualità di coniuge (*Parte_1* e di figli (*Parte_3* e *Parte_2*) del defunto.

Ebbene, l'azione esperita è volta a ristorare il familiare dal pregiudizio subito sotto il duplice profilo morale e dinamico-relazionale. Quanto alla prova del danno, non v'è dubbio che, in linea generale, spetti alla vittima dell'illecito altrui dimostrare i fatti costitutivi della propria pretesa e, dunque, l'esistenza del pregiudizio subito: onere di allegazione che in alcuni casi potrà essere soddisfatto anche ricorrendo a presunzioni semplici e massime di comune esperienza.

A tale proposito e per quel che riguarda specificatamente il danno parentale, va chiarito che, secondo orientamenti che possono ritenersi oggi consolidati, l'onere della prova gravante sui familiari può essere soddisfatto sia attraverso presunzioni che attraverso elementi di prova. Ed invero, recentemente la Suprema Corte ha così statuito: "*Ai fini della risarcibilità del danno da perdita del rapporto parentale è necessaria la dimostrazione, anche presuntiva, della gravità e serietà del pregiudizio (tanto sul piano morale e soggettivo, quanto su quello dinamico-relazionale), senza che sia necessario che questo assurga a un radicale sconvolgimento delle abitudini di vita del danneggiato, profilo quest'ultimo che - al cospetto di una prova circostanziata da parte dell'attore - può incidere sulla personalizzazione del risarcimento*" (cass., Sez. 3, ordinanza n. 21573 del 27/07/2025, conforme ai precedenti, *ex multis*, Cass. n. 9010/2022; v. altresì Cass. 15/02/2018, n.3767, Cass.15/07/2022, n. 22397, Cass. 30/08/2022, n.25541, Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 5769 del 04/03/2024). È d'uopo, in tale sede, ricordare che la facoltà di provare per presunzioni non esonera chi lamenta un danno e ne chiede il risarcimento da darne concreta allegazione e prova. Difatti, in tema di perdita del rapporto parentale, con principi valevoli *mutatis mutandis* anche qualora occasionato dalla perdita della chance di sopravvivenza, secondo il recente arresto della Cassazione, sent. n. 3904 del 16 febbraio 2025, la possibilità di ricorrere alla prova per presunzioni non esonera chi lamenta un danno e ne chiede il risarcimento dal darne concreta allegazione e prova, in tema di perdita del rapporto parentale, il danno non deve essere considerato *in re ipsa*; bensì deve essere compiutamente descritto nonché allegato, provato e documentato facendo ricorso alla prova testimoniale, documentale e presuntiva. Cosicché la mera titolarità di un rapporto familiare o anche di convivenza non determinano automaticamente il diritto al risarcimento del danno, dovendo i congiunti "provare la effettività e la consistenza della relazione parentale"; tuttavia la effettività e consistenza della relazione parentale nel rapporto marito moglie e genitore-figlio, ove compiutamente allegata, può essere acquisita in via presuntiva, in quanto corrispondente all'*id quod prelumque accidit* (cfr. in modo del tutto conforme: Cass. 21230/2016 Cass. n. 21939/2017, Cass. n. 21939/17, Cass. n. 12470 del 2017 e Cass. n. 907/2018 Cass 21230/2016 n. 21939/2017, Cass. n. 21939/17, Cass. n. 12470 del 2017 e Cass. n. 907/2018).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

Per tutto quanto innanzi detto, la domanda *iure proprio* per il risarcimento della perdita del rapporto parentale, spiegata dalla moglie e dai figli di *Persona_1* è fondata e deve essere accolta con i limiti di seguito indicati in applicazione delle indicazioni delle Tabelle del 2024 quali elaborate dal Tribunale di Milano, precisando quanto segue.

Alla luce di quanto innanzi esposto, esaminando i parametri in esse evidenziati, per quanto riguarda quello della convivenza: non è presente documentazione relativa alla residenza del *de cuius* in vita, ma solo quella relativa ai ricorrenti. Per l'effetto, la convivenza può essere presunta per quanto riguarda la moglie *Pt_1 [...]* posto che dalla documentazione allegata agli atti (cfr. certificato di matrimonio, certificato anagrafico) emerge che *Parte_1* e *Persona_1* fossero ancora uniti nel vincolo del matrimonio e, pertanto presuntivamente vivevano entrambi in [redacted] (NA) alla [redacted] circostanza che, tra l'altro, non è stata mai oggetto di contestazione in giudizio. Per l'effetto possono essere riconosciuti 16 punti al coniuge.

Per quanto riguarda, invece, il figlio *Parte_2* dalla documentazione versata in atti (cfr. certificato anagrafico) risulta che lo stesso risedesse in [redacted] (NA) alla [redacted] ovvero nello stesso luogo di residenza del padre, per l'effetto per tale parametro possono essere riconosciuti 16 punti.

Per quanto riguarda *Parte_3* dalla documentazione versata in atti è emerso che la stessa abbia contratto [redacted] (cfr. certificato anagrafico) e che si fosse trasferita in [redacted] (NA) alla [redacted] Conseguentemente, alla stessa non sono riconoscibili punteggi per tale parametro.

In relazione al parametro della residualità affettiva: la famiglia è ancora composta da 1 genitore e 2 figli, con conseguente attribuibilità di 9 punti per tale voce tabellare.

In relazione al criterio valutativo della "*qualità ed intensità della relazione affettiva*" (punto E delle tabelle milanesi e per il quale è prevista la attribuibilità di un massimo di 30 punti) invece si osserva che i ricorrenti non hanno allegato e provato in termini istruttori rilevanti elementi aggiuntivi rispetto a quelli desumibili dai punteggi già riconosciuti innanzi: il mero deposito di documentazione senza prova orale a sostegno delle allegazioni non può infatti ritenersi sufficiente.

In base agli elementi innanzi esplicitati ed in applicazione dei richiamati criteri tabellari, per *Parte_1* (coniuge non separato) sono configurabili punti 59, di cui: 16 per l'età della vittima primaria (62); 18 per l'età dell'istante (57); 16 per la convivenza; 9 punti per la presenza di tre superstiti del nucleo familiare originario; 0 per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Considerato, dunque, il valore del punto base (€ 3.911,00), da moltiplicarsi per 59, il risarcimento spettante a *Parte_1* a titolo di danno parentale sarebbe stato di € 230.749,00, essendo stata riconosciuta in sede di accertamento tecnico preventivo una quota di responsabilità in capo alla *Controparte_3* pari al 30%, il danno finale liquidato ammonta ad € 69.224,7.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

Per quanto concerne *Parte_2* (figlio) sono configurabili punti 63, di cui: 16 per l'età della vittima primaria (62); 22 per l'età dell'istante (36); 16 per la convivenza; 9 per la presenza di più di tre superstiti del nucleo familiare originario; 0 per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Considerato, dunque, il valore del punto base (€ 3.911,00), da moltiplicarsi per 63, il risarcimento spettante a *Parte_2* a titolo di eventuale danno parentale sarebbe stato di € 246.393,00, essendo stata riconosciuta in sede di accertamento tecnico preventivo una quota di responsabilità in capo alla *Controparte_3* pari al 30%, il danno finale liquidato ammonta ad € 73.917,9.

Per quanto concerne *Parte_3* (figlia) sono configurabili punti 47, di cui: 16 per l'età della vittima primaria (62); 22 per l'età dell'istante (32); 0 per la convivenza; 9 per la presenza di più di tre superstiti del nucleo familiare originario; 0 per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Considerato, dunque, il valore del punto base (€ 3.911,00), da moltiplicarsi per 55, il risarcimento spettante a *Parte_3* a titolo di eventuale danno parentale sarebbe stato di € 183.817,00 essendo stata riconosciuta in sede di accertamento tecnico preventivo una quota di responsabilità in capo alla *Cont* *Controparte_3* pari al 30%, il danno finale liquidato ammonta ad € 55.145,1.

Letta Cassazione civile sez. III, 18/08/2025, n. 23504 ed osservato che non è stato allegato né provato che ove compiutamente informato il paziente non si sarebbe sottoposto alle cure, rigetta la domanda di lesione del diritto di autoderminazione deve essere rigettata.

Deve altresì essere rigettata la domanda relativa ai danni patrimoniali subiti, posta l'assenza di prova a sostegno della medesima (cfr. Cass. Sez. 3, ord. n. 21607 del 28/07/2025). Ed invero, parti ricorrenti lamentavano di aver subito un danno patrimoniale corrispondente al lucro cessante, posto che il de cuius contribuiva alle spese famigliari in misura del 40%, nonchè alle spese funerarie sostenute. Tuttavia, i ricorrenti si sono limitati ad allegare agli atti del fascicolo di causa documentazione (cfr. dichiarazione dei redditi del de cuius per gli anni 2018-2020, pagamento delle utenze datato 21/12/2020) che, da sola, non è idonea a fornire la prova della destinazione delle somme pur percepite dal defunto al bilancio familiare.

Del pari per quanto attiene le spese funerarie parti ricorrenti hanno allegato bonifico di pagamento datato 14/08/2021 della somma pari ad € 1.500,00 (cfr. allegato n. 17 al ricorso), dal quale, però, non è possibile desumere con certezza la riferibilità di detto bonifico al pagamento delle spese funerarie. Per l'effetto tali voci di domanda devono essere rigettate.

Poiché, infine, il risarcimento è espresso all'attualità appare necessario, peraltro, procedere alla liquidazione del cd. danno da ritardato conseguimento delle somme dovute a ristoro. Essa deve essere operata, alla stregua dell'autorevole insegnamento delle Sezioni Unite della Suprema Corte (cfr. diffusamente, Cass., Sez. U, Sentenza n. 1712 del 17/02/1995) con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 21396 del 10/10/2014; più di recente Cass., sentenza n. 2037/2019). In applicazione dei sopra richiamati principi, quindi, compete alla parte istante l'importo ulteriore quantificato a titolo di interessi computati dalla data dell'evento dannoso sugli importi come sopra individuati e pari al capitale devalutato, in base all'indice ISTAT delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (cosiddetto indice FOI), alla data del verificarsi del sinistro e rivalutata anno per anno in base all'indice ISTAT fino al momento della pubblicazione della presente decisione.

Le spese seguono la regola della soccombenza e si liquidano come da dispositivo, in applicazione della II tabella, V fascia, e II tabella del D.M. 55/2014 ponendole a carico di *Controparte_3* . Sul punto, occorre precisare che il valore della causa non si determina sommando il valore delle singole domande proposte da un solo attore contro più convenuti o da più attori contro un solo convenuto, posto che queste, essendo cumulate soltanto dal lato soggettivo, vanno ritenute fra loro distinte ed autonome, e si deve, invece, fare riferimento al criterio della domanda dal valore più elevato, con la conseguenza che, anche ai fini della liquidazione degli onorari spettanti all'avvocato che ha assistito più parti, la misura del compenso standard (sul quale applicare le variazioni in aumento e in diminuzione previste dall'art. 4, commi 2 e 4, d.m. n. 55 del 2014) va determinata nell'ambito dello scaglione di riferimento in relazione alla domanda (o alla condanna) di importo più elevato (cfr. Cass. n. 10367/2024). È proprio in virtù di ciò che lo scaglione di riferimento per la liquidazione degli onorari degli Avv. [redacted] e [redacted] è il n. 5 (da € 52.000,01 a € 260.000,00), dato che la domanda di importo più elevato liquidata ad uno dei ricorrenti è pari ad € 73.917,9.

Su tale somma, pari al compenso che si sarebbe dovuto liquidare per una sola parte, andrebbe applicata ex art. 4 co. 2 d.m. n. 55/2014 una maggiorazione del 30%, ma posto che i ricorrenti sono risultati soccombenti su alcune delle domande proposte (rigettate: risarcimento del danno morale catastrofale e risarcimento del danno da lesione del diritto di autodeterminazione e risarcimento dei danni patrimoniali) – soccombenza che avrebbe portato all'applicazione di una compensazione del 30% - si applicano i valori medi dello scaglione di riferimento senza alcuna maggiorazione o compensazione. Non va riconosciuta la fase istruttoria della tabella II poiché non espletata.

Anche le spese di ATP vanno poste a carico della soccombente in applicazione della Tabella 9 fascia IV tutte le fasi.

PQM

Il Tribunale di Napoli, in persona del Giudice dott.ssa Francesca Console, definitivamente pronunziando sulla controversia promossa come in narrativa, ogni ulteriore istanza od eccezione respinta o disattesa, così provvede:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668

a. dichiara cessata la materia del contendere e compensate le spese di lite fra i ricorrenti *Pt_1* *[...]* *Parte_2* , *Per_1* e *Parte_3* e la resistente *Controparte_1*

b. accoglie la domanda iure successionis proposta dalle parti ricorrenti nei sensi di cui alla parte motiva e condanna l' *CP_3* , in persona del Direttore Generale p.t., al pagamento in favore di *Parte_1* *Parte_2* e *Parte_3* della somma di € 747,5;

c. accoglie la domanda iure proprio proposta dalle parti ricorrenti nei limiti di cui alla parte motiva e condanna l' *CP_3* , in persona del Direttore Generale p.t., al pagamento in favore di *Parte_1* di € 69.224,7, in favore di *Parte_2* di € 73.917,9 ed in favore di *Parte_3* di € 55.145,1;

d. sulle somme de quibus devono calcolarsi interessi compensativi come da parte motiva;

e. sulle somme come innanzi indicate sono altresì riconosciuti interessi ex art. 1284, co. 4, c.c. dalla domanda fino alla pronunzia della presente sentenza;

f. condanna l' *CP_3* , in persona del Direttore Generale p.t., al pagamento delle spese di lite in favore degli Avv.ti anticipatari [redacted] e [redacted] spese che liquida complessivamente € 12.260,00 per compensi professionali, spese generali al 15%, CPA ed IVA se dovuti, come per legge;

g. spese di CTU definitivamente a carico della *Pt_4* nella misura del 30% dell'esborso.

Sentenza resa articolo 281 sexies c.p.c., pubblicata mediante deposito in pct.

Napoli, 29/06/2026

Il Giudice

dott.ssa Francesca Console

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-668