Proc. n. 14795/2024 R.G.

R E P U B B L I C A I T A L I A N A
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Napoli, VIII sezione civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice, dott. Fabio Lombardo, ha pronunziato, ai sensi dell'art. 281 sexies c.p.c., la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 14795/2024 R.G., assegnata in decisione all'udienza dell'11.5.2026, celebratasi con modalità di trattazione scritta, ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c.

TRA

(c.f.), e alla (c.f.), e al (c.f.), e alla *Pt_* (c.f. *C.F._4*), ed ivi residente alla e *arte_5* (c.f.), il e residente in al tutti in proprio e nella qualità di eredi di *Person* ed ivi tutti elettivamente domiciliati in al presso lo studio dell'Avv. (c.f. *C.F._6*), dal quale sono rappresentati e difesi, giusta procura in calce all'atto introduttivo

RICORRENTI

CONTRO

Controparte_1 (P. IVA), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Napoli alla elettivamente domiciliata in Napoli alla presso lo studio dell'avv. (c.f. *C.F._7*), dal quale è rappresentata e difesa, in virtù di procura separata e allegata alla comparsa di costituzione e risposta

RESISTENTE

E

Controparte_2 (P. IVA), in persona del rappresentante legale *pro tempore*, con sede in Napoli alla elettivamente domiciliato presso la propria sede legale, rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dall'avv. (c.f. *C.F._8*) e dall'avv. (c.f. *C.F._9*), giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta

RESISTENTE

Oggetto: responsabilità professionale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

Conclusioni: all'udienza dell'11.5.2026, svolta in modalità di trattazione scritta, ai sensi dell'art 127 ter c.p.c., i procuratori delle parti concludevano riportandosi ai propri atti ed alle conclusioni ivi formulate.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con ricorso ex art 281 decies c.p.c., depositato in data 2.7.2024, dopo aver azionato procedimento per ATP, *Parte_1* *Parte_2* *Parte_3* *Parte_4* e *Parte_5* tutti in proprio e nella qualità di eredi di *Per_1* *[...]* proponevano domanda risarcitoria contro le strutture sanitarie resistenti per i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito del decesso della propria congiunta.
In particolare, a sostegno della domanda, i ricorrenti deducevano:

- che, in data 16.6.2020, *Persona_1* veniva ricoverata presso l[redacted] di Napoli, per sottoporsi a un intervento di ricanalizzazione intestinale;
- che l'esame obiettivo riportava: "*in fianco sx/fossa iliaca sx presenza di colostomia per pregresso intervento di Hartmann: rosea, normoconfezionata, funzionante"* e l'anamnesi patologica remota "*intervento chirurgico allo stomaco per stenosi pilorica (?) di non chiara modalità di esecuzione"*;
- che, in data 17.6.2020, vale a dire il giorno successivo al ricovero, la *Per_1* veniva sottoposta ad un intervento chirurgico di "*riconversione di* *Per_2* *+ riconfezione gastrodigiunostomia su ansa alla Roux + resezione ileale*";
- che, a seguito del predetto intervento, nella giornata del 23.6.2020, veniva eseguita consulenza infettivologica che riportava: *"...alla TC addome senza m.d.c. del 20.6.2020 si apprezza raccolta fluida saccata di circa 61 x 45 mm con nucleo aereo contestuale che si estende superiormente in regione presacrale. Altra raccolta fluida si apprezza in doccia parieto colica";*
- che, successivamente, veniva iniziata terapia antibiotica e il 24.6.2020, nel diario clinico, veniva annotato quanto segue: *"la pz. è in condizioni cliniche scarse. Apiretica. Addome dolente alla palpazione, ma trattabile. Ferita mediana fistolizzata con secrezione di materiale enterico...";*
- che, in data 26.6.2020, veniva eseguita trasfusione di due sacche di emazie concentrate, a seguito della quale, poi, si quantificavano circa 300 cc di perdite biliari dalla ferita chirurgica;
- che, successivamente, veniva effettuata una consulenza psichiatrica e una infettivologica e il giorno 30.6.2020 si evidenziava "*fistola entero-cutanea sotto busta 100 ml biliare"*;
- che l'esame colturale su tampone rettale, praticato l'1.7.2020, evidenziava "*sviluppo di Ac.* *Per_3* *resistente ai Carbapenemi"*;
- che veniva praticato esame TC torace senza e con mdc e, in data 6.7.2020, venivano descritti *"episodi di rettorraggia di lieve entità in numero di tre nelle ultime 12 ore di sangue coagulato";*
- che, continuando tali episodi, venivano eseguiti esami ematochimici e si richiedevano due unità di emazie concentrate;
- che, nei giorni successivi, continuava l'osservazione clinica della paziente, con descrizione di fistola enterocutanea secernente;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

- che, il 20.7.2020, veniva eseguita consulenza infettivologica (al tampone della fistola isolato *Klebsiella pneumoniae* non sensibile e *Candida albicans*), con prescrizione di esami diagnostici e terapia antibiotica;
- che, in data 29.7.2020, la paziente veniva dimessa e la lettera di dimissione, nella quale non si faceva menzione di complicanze a seguito dell'intervento chirurgico, prevedeva un controllo post-operatorio per il giorno 3.7.2020 (sebbene antecedente alle dimissioni);
- che, in data 12.8.2020, la *Per_1* veniva ricoverata presso l' *Controparte_3* di Napoli in presenza di cicatrice mediana sovra ombelicale-sovrapubica con tramite fistoloso in epigastrio, che mostrava fuoriuscita di materiale simibiliare;
- che l'esame TC del 24.8.2020 confermava il quadro già noto;
- che, infine, la paziente restava degente presso l' *Controparte_3* fino all [redacted] allorquando interveniva l'*exitus*.

Tanto premesso, ritenendo sussistenti condotte colpose addebitabili al personale sanitario di entrambe le strutture resistenti, i ricorrenti chiedevano la condanna delle stesse al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali; questi ultimi sia *iure proprio*, per la perdita del rapporto parentale, che *iure hereditatis*, per il danno biologico terminale e catastrofale sofferto dalla *de cuius*, nonché per l'omesso o insufficiente consenso informato.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio l' *Controparte_4* la quale preliminarmente eccepiva l'improcedibilità della domanda, ai sensi dell'art. 8 comma 3 Legge 24/2017, il difetto di legittimazione passiva, nonché la nullità della CTU, in quanto *ultra petitum* ed esplorativa. Nel merito, eccepiva l'assenza di responsabilità dell' *Controparte_3* l'inesistenza del nesso di causalità, nonché l'assenza di prova in ordine al danno morale.

Si costituiva in giudizio altresì anche l [redacted] " *CP_1* di Napoli, la quale, nel merito, contestava in fatto e in diritto le avverse pretese chiedendone il rigetto.

Nel corso del giudizio, veniva formulata una proposta conciliativa, ai sensi dell'art. 185 bis c.p.c, che tuttavia non veniva accettata da tutte le parti; quindi, la causa veniva rinviata per la discussione, ai sensi dell'art 281 sexies c.p.c., all'udienza dell'11.5.2026, che si svolgeva in modalità di trattazione scritta ai sensi dell'art 127 ter c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Preliminarmente, va respinta l'eccezione di improcedibilità della domanda, ai sensi dell'art. 8 comma 3 Legge n. 24/2017, sollevata dalla resistente *Controparte_4* atteso che la domanda proposta con il ricorso ex art. 281 decies c.p.c., per essere considerata improcedibile, deve introdurre un *petitum* o una *causa petendi* completamente nuovi e differenti rispetto a quelli già esaminati nel procedimento di ATP.

Nel caso di specie, la contestazione dell'omesso intervento chirurgico nell'ambito dell'ATP e, successivamente, delle omesse cautele al fine di prevenire patologie infettive della paziente nell'ambito del presente procedimento non costituisce una domanda nuova, bensì una precisazione o modificazione della pretesa azionata in giudizio - effettuata in base alle risultanze dell'elaborato peritale depositato nell'ambito del procedimento *ante causam* - da riferirsi a mera *emendatio*, tale da non alterare i termini essenziali della controversia.

2. Nel merito, la domanda avanzata dai ricorrenti è fondata per quanto di ragione e merita quindi di essere accolta nei sensi di cui in motivazione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

3. La richiesta di risarcimento avanzata dai ricorrenti, invero, postula l'accertamento di una responsabilità professionale a carico dei sanitari delle due strutture sanitarie resistenti [redacted] di Napoli e *Controparte_3* di Napoli, presso le quali la *de cuius* *Persona_1* veniva ricoverata per essere assistita clinicamente, a seguito di un intervento chirurgico di Hartmann per K della giunzione sigma-retto cui era stata sottoposta nell'anno 2013.
In particolare, presso la prima struttura sanitaria, la paziente veniva ricoverata al fine di effettuare una ricanalizzazione intestinale e, in data 16.6.2020, veniva sottoposta ad intervento chirurgico di riconversione di *Per_2* con riconfezione gastrodigiunostomia su ansa alla Roux e resezione ileale.
Successivamente, a causa della comparsa di episodi di rettorragia, la paziente veniva ricoverata presso il secondo nosocomio per la fuoriuscita di materiale simibiliare dalla cicatrice mediana sovra ombelicale-sovrapubica. Durante tale ricovero, la *de cuius* [redacted]
Ebbene, secondo la prospettazione delle parti ricorrenti, le censure addebitali a carico dei sanitari dell [redacted] " *CP_1* di Napoli sarebbero consistite:

- nella mancata acquisizione di un consenso informato all'intervento chirurgico eseguito presso la predetta struttura, in quanto i sanitari, avendo errato l'inquadramento delle condizioni preliminari all'atto chirurgico, non informavano correttamente la paziente circa i rischi dell'intervento;
- nell'errato riconfezionamento della gastrodigiunostomia su ansa alla Roux, che determinava la raccolta fluida a partenza dalla regione epigastrica sottoxifoidea e la conseguente fistola entero-cutanea;
- nella mancata adozione di tutte quelle misure necessarie per una corretta sanificazione ambientale, necessaria al fine di evitare la contaminazione da *Acinetobacter Baumannii*, atteso che non veniva documentata in cartella clinica l'applicazione dei protocolli previsti e la regolare concretizzazione di tutti i comportamenti utili al fine di scongiurare eventi avversi di natura infettiva;
- nella mancata considerazione della fistola entero-cutanea, prima di procedere alle dimissioni della paziente, la quale tornava al proprio domicilio in data 29.7.2020.

Le censure a carico dei sanitari dell' *Controparte_3* di Napoli, invece, secondo la prospettazione di parte ricorrente, avrebbero riguardato:

- la mancata adozione di una strategia terapeutica volta a risolvere il quadro patologico della paziente, dopo aver verificato la presenza di cicatrice mediana sovra ombelicale-sovrapubica con tramite fistoloso in epigastrio, che mostrava fuoriuscita di materiale similbiliare.

Ciò posto, occorre allora esaminare nel merito la condotta denunciata nel ricorso introduttivo, costituente allegazione dell'inadempimento extracontrattuale addebitato ai sanitari dei nosocomi resistenti, quale fonte dell'obbligazione risarcitoria azionata, e verificarne l'effettiva ricorrenza, nonché l'idoneità causale a determinare i danni come lamentati dai ricorrenti.
Pertanto, attingendo all'elaborato dei CCTTUU, espletato nel corso del procedimento *ante causam*, dott.ssa *Persona_4* specialista in medicina legale, e dott. *Per_5* *[...]* specialista in chirurgia d'urgenza, si legge quanto segue:

*"**RIGUARDO AL RICOVERO PRESSO L** *Controparte_1* *[...]* **DAL 16.06.2020 AL 29.07.2020***
Risulta in atti che la Sig.ra *Persona_1* *(a quell'epoca di anni 72), in data 16.06.2020 veniva ricoverata in elezione presso l'* *Controparte_1* *di Napoli per*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

essere sottoposta (in data 17.06.2020) ad intervento chirurgico sotteso alla chiusura di una stomia terminale a carico del colon sinistro e a ristabilire la fisiologica ricanalizzazione intestinale, così da consentire la regolare emissione delle feci dall'ano naturale.
Infatti, la Sig.ra Persona_1 nel 2013 era stata sottoposta ad un intervento chirurgico di resezione di un segmento del grosso intestino a causa di un tumore della giunzione retto-sigmoidea, con confezionamento di una stomia al fianco sinistro e chiusura del moncone distale del retto (intervento secondo Per_6 , con contestuale asportazione dell'utero (isterectomia); inoltre risulta che in età giovanile era stata sottoposta ad intervento di appendicectomia e, successivamente (nel 1978), ad una resezione gastrica.
Nella Relazione del Consulente di Parte Ricorrente (Dott. Persona_7) è riportato che "…Durante la mobilizzazione del colon e del mesocolon trasverso l'operatore provocava la lacerazione dell'ansa alla Roux della pregressa gastrodigiuno, dovendo quindi procedere alla resezione dell'ansa stessa ed al riconfezionamento della gastrodigiunostonda su ansa alla Roux. A seguito di tale evento si verificava uno spandimento extraviscerale con raccolta fluida che dalla regione epigastrica sottoxifoidea si estendeva inferiormente oltrepassando i piani muscolo-fasciali (vedi esami TC del 20.06 e del 01.07.2020). Si evidenziava inoltre una fistola entero-cutanea con fuoriuscita in epigastrio di materiale similbiliare, per la quale la p. fu ricoverata in data 12.08.2020 presso l' Controparte_3 di Napoli (diagnosi di ingresso in P.S. "fistola postoperatoria persistente"). Tale quadro è indicativo di mancata tenuta del riconfezionamento della gastrodigiunostomia su ansa alla Roux, atto chirurgico operatore-dipendente… …Nel caso in esame l'errato riconfezionamento della gastrodigiunostomia su ansa alla Roux ha determinato la raccolta fluida a partenza dalla regione epigastrica sottoxifoidea e la conseguente fistola entero-cutanea…" (pag. 16, 17 e 18).
In realtà, dalla descrizione dell'atto operatorio sopra riportata si apprende che oltre alla anastomosi fra colon e retto (prevista per eliminare la colostomia e ristabilire la continuità intestinale), veniva effettivamente eseguita anche una anastomosi fra lo stomaco ed un'ansa intestinale ("…ricostruzione della gastrodigiunostomia su ansa alla Roux…") resasi necessaria per far fronte ad una "…lacerazione dell'ansa…" durante le attività richieste per procedere alla preparazione del colon all'intervento programmato, ma risulta esser stata confezionata ulteriore (terza) "…anastomosi L-L con Echelon 60…" successiva a "…piccola resezione ileale…".
Tale doverosa precisazione per meglio valutare, in particolare, i quadri postoperatori descritti alla TC del 01.07.2020 ed alla TC del 24.08.2020, i quali appaiono indicare che l'anastomosi gastro-enterica (quella corrispondente alla "…gastrodigiunostomia su ansa alla Roux…") non presentava alcuno spandimento del mezzo di contrasto (gastrografin) somministrato per os il quale, per contro, veniva descritto fuoriuscire in corrispondenza di un'ansa posta più a valle ("…della regione sottoxifoidea…" ovvero "…di un'ansa digiunale posta a ridosso della parete addominale anteriore in corrispondenza della porzione superiore della ferita chirurgica…"), verosimilmente riconducibile alla terza anastomosi descritta dall'operatore (aspetti che poi troveranno ulteriore riscontro alle TC eseguite presso l' Controparte_2 [...] .
Anastomosi, questa, che non appare collegata alle strutture interessate dal precedente intervento a carico dello stomaco (del 1978) ma, piuttosto, alla "…presenza di estese e tenaci aderenze…", quali sono da attendersi dopo plurimi interventi interessanti organi addominali-- (aderenze ileali che si riscontrano soprattutto quando detti interventi vengono ad interessare, come nel 2013, aree poste al di sotto del mesocolon trasverso).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

Da rilevare, inoltre, che dalla descrizione delle attività poste in essere nel corso dell'intervento del 17.06.2020 emergono tecnicismi che appaiono conformi alle buone pratiche cliniche laddove, peraltro, l'attuazione di "…prove al blu di metilene sia attraverso SNG sia della dell'anastomosi colorettale…" indica una particolare diligenza degli operatori, anche se non vi è concordanza circa la loro utilità-- e diversi studi hanno dimostrato che – salvo a livello esofageo e basso retto – le suture meccaniche o manuali presentano pari efficacia e sicurezza.

***È da ritenere pertanto che la deiscenza anastomotica rientri fra gli eventi astrattamente previsti** (decritti e presenti in tutti gli interventi di tale tipo) ma nel concreto, pur a fronte di adeguati tecnicismi, **non evitabili**".*

(…)

Relativamente alla fistola enterico-cutanea che veniva rilevata quale conseguenza della deiscenza dell'anastomosi entero-enterica, è da osservare che ad ogni sutura intestinale può seguire, nel decorso postoperatorio, una deiscenza con una incidenza globale che varia dal 3 al 26%, che negli ultimi decenni non si è ridotta nonostante i progressi terapeutici ed i continui miglioramenti tecnici.

Buona parte di tali complicanze non determina disturbi clinici (deiscenze <<subcliniche>>), le restanti sono seguite da una infezione peritoneale, localizzata (con formazione di ascessi) o generalizzata (con peritonite diffusa), o da una fistola intestinale (con altri organi o con la cute, anche attraverso le ferite chirurgiche od eventuali drenaggi).

Per tali motivi, le manifestazioni cliniche possono mostrare estrema variabilità, da quadri estremamente subdoli a quelli assai eclatanti, con evoluzioni più o meno ingravescenti- e mortalità, perciò, altrettanto variabile, che può raggiungere il 40-50%.

La diagnosi di una peritonite postoperatoria diffusa è essenzialmente clinica (dolore e difesa addominale, tachicardia, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipotensione, ecc..), confortata dalla diagnostica di laboratorio; le diverse indagini radiologiche (Rx diretta addome, TAC, ecografia, ecc..) risultano importanti per meglio caratterizzare l'entità e gli organi coinvolti ma, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, possono non risultare di aiuto in una rilevante parte dei casi.

Posta diagnosi di deiscenza di una sutura, il relativo trattamento deve perciò esser guidato da estrema saggezza in quanto non sempre è necessario un immediato reintervento chirurgico: infatti, al fine di garantire maggiori successi e ridurre la mortalità, l'intervento stesso potrebbe esser procrastinato per tempi più o meno lunghi- ad un momento in cui vi sia una ripresa delle condizioni cliniche generali ed un miglioramento di quelle locali; intervento talora anche evitabile-.

In ogni caso, però, dopo aver inquadrato la situazione locale ed individuate le caratteristiche della deiscenza/fistola, è indispensabile instaurare gli opportuni trattamenti medici di supporto e controllare/monitorare frequentemente la situazione clinico-laboratoristica in modo da cogliere precocemente quei segni premonitori di un peggioramento del quadro settico che, se in evoluzione negativa, deve essere il segnale che è necessario dare inizio ad un trattamento chirurgico quanto più precoce per sfruttare le residue chances-.

Quindi - in assenza di segni di sepsi, specie se le secrezioni emessa dalla fistola risultano contenute e questa interessi il piccolo intestino – un iniziale trattamento conservativo (tramite terapie mediche e supporto nutrizionale) rientra fra quelli previsti dalle buone pratiche cliniche, talora confortata da serie probabilità di risoluzione e con mortalità più contenuta rispetto ad un approccio chirurgico immediato.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

Nel caso in esame, il quadro clinico-laboratoristico-strumentale indicava che si era in presenza di una fistola a <<bassa portata>> (secrezioni medie inferiori a 200 cc/die) interessante il tenue, senza segni di diffusione all'intera cavità peritoneale né segni di coinvolgimento infettivo generalizzato (sepsi), con gli indici dell'infiammazione tendenzialmente verso la normalizzazione (globuli bianchi, neutrofili, piastrine, proteina C reattiva, fibrinogeno, ecc…); inoltre il decorso risultava sostanzialmente afebbrile e la diuresi rimaneva negli ambiti fisiologici (con progressiva riduzione, entro i valori di normalità, sia dell'azotemia che della creatininemia).
Ciò tutto considerato, si ritiene di condividere il trattamento <<conservativo>> messo in atto, dopo il rilievo della fistola entero-cutanea, dai sanitari dell [redacted] durante il ricovero della Sig.ra Per_1 ".
In merito alla "…infezione da Acinetobacter Baumanii… ad a Klebsiella pneumoniae…" (pag. 19 della Relazione del Dott. Persona_7), si conferma l'effettivo riscontro di Acinetobacter Per_3 al tampone rettale del 01.07.2020 e di Klebsiella pneumoniae al tampone eseguito il 20.07.2020 a livello della fistola, ma tali rilievi appaiono indicativi di una sola contaminazione piuttosto che di una infezione in atto, non risultando essere stati accompagnati da aspetti clinici di tal fatta.
Non può sfuggire, inoltre, che le Klebsiella pneumoniae sono germi che rientrano nella normale flora batterica intestinale (il relativo antibiogramma indicava, peraltro, la sensibilità del batterio a tutti gli antibiotici testati)".
Orbene, alla luce di quanto sopra, deve concludersi che le contestazioni mosse dai ricorrenti all'operato dei medici della resistente [redacted] non appaiono fondate.
Fermo restando quanto si dirà in seguito in merito alla questione della mancata acquisizione del consenso informato, infatti, in considerazione delle condivisibili osservazioni svolte dai consulenti tecnici di ufficio, non si ravvisa alcuna condotta colposa ascrivibile ai sanitari che ebbero in cura la paziente, Persona_1 nel periodo compreso tra il 16.6.2020 ed il 29.7.2020, nella gestione delle patologie patite dalla stessa.

*"**RIGUARDO AL RICOVERO PRESSO L** ontroparte_2 [...] **DAL 12.08.2020 ALL** [redacted]*
Risulta in atti che la Sig.ra Persona_1 , alle ore 07.15 del 12.08.2020, giungeva al Pronto Soccorso dell' Controparte_2 ove veniva indicato che "…La paziente giunge in PS accompagnata dai familiari per perdita di coscienza…" ed obiettivato "…Temp…37.4… …P.S. 130 P.D…55… …F.C…130… …S.02%...98… … GCS…15… …Condizioni Generali: Paziente in condizioni scadute, vigile, poco collaborante. Torace: MV aspro diffusamente ridotto alle basi Sistema Nervoso: Nei limiti Apparato Cardiovascolare: Toni cardiaci ritmici, tachicardici, parafonici Addome: Poco trattabile. Presenza di cicatrice mediana sovraombelicale-sovrapubica con tramite fistoloso in epigastrio che mostra fuoriuscita di materiale simil-biliare…".
In sostanza, al ricovero, il quadro era caratterizzato dalla presenza della fistola in sede epigastrica e da uno stato confusionale.
Stato confusionale che l'esame TC escludeva esser correlato a patologie organiche encefaliche (ictus, neoplasie, ecc…) e per il quale lo specialista neurologo richiedeva EEG ("…Attività elettrica cerebrale diffusamente mal regolata, ipovoltata e F2-F1 discretamente rallentata…") e dosaggio dell'ammoniemia (risultato entro valori fisiologici), come può anche riscontrarsi in soggetti con encefalopatia cronica su base vascolare.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

Da rilevare, comunque, che tale quadro confusionale potrebbe essere stato anche slatentizzato/aggravato dalla coesistente infiammazione/infezione che appariva testimoniata, all'atto del ricovero, dall'aumento dei valori sierici dei globuli bianchi (13.760 /mm^3, v.n. 4.000-10.000), dei neutrofili (76,9%, v.n. 50,0-72), della proteina C reattiva (107,16 mg/dl; v.n. <5), della procalcitonina (7 ng/ml, v.n. <0,5) e che dagli esami TC (in assenza di significative alterazioni toraco-polmonari) risulterebbe fosse riconducibile alla stessa fistola enterica.
I trattamenti posti in essere, comprensivi di terapia antibiotica, venivano seguiti da una riduzione dei globuli bianchi e della neutrofilia.
A partire dal 26.08.2020 si assisteva dapprima ad un aumento relativo dei neutrofili e, quindi, dal 02.09.2020 del numero totale dei globuli bianchi, con riscontro di addensamenti polmonari a partire dalla TC del 03.09.2020 e di Controparte_5 *all'emocoltura prelevata in data 04.09.2020 (referto del 08.09.2020, al quale faceva seguito terapia con Ecalta).*
Stato infettivo polmonare che si accompagnava a persistente aumento dei valori della proteina c reattiva e della procalcitonina (oltre che dei globuli bianchi e dei neutrofili) ed al quale riteniamo debba essere ricondotto il decesso della paziente che veniva constatato alle ore 0.30 dell [redacted]
Durante tutto il ricovero, comunque, risulta esser stata posta in essere poliedrica terapia progressivamente adattata al variare delle condizioni cliniche e laboratoristico-strumentali; purtuttavia, riteniamo di osservare che non risultano esser stati eseguiti ulteriori esami colturali (sia sul sangue, che sulle vie respiratorie) che, però, avrebbero verosimilmente scarsamente influenzato il decorso clinico, considerando le tempistiche necessarie per ottenere i relativi referti, il tempo necessario per avere dei concreti risultati al variare delle terapie mirate ed il breve intervallo intercorso fino al decesso.
Da rilevare, per altri versi, che dalla documentazione in atti risulta che ***l'infezione a carico dei polmoni non era presente al momento del ricovero presso l'*** *Controparte_2* *[...]* ***mentre veniva rilevata diversi giorni dopo il ricovero della paziente presso il Reparto di Chirurgia d'Urgenza, talché presenta le caratteristiche delle infezioni correlate all'assistenza*** *e a tal riguardo, anche alla luce di quanto riportato nella sentenza n° 6386 del 03.03.2023 della Cassazione Civile, si ritiene di osservare che* ***nella documentazione in atti non risulta idonea documentazione atta a dimostrare che quella Struttura Sanitaria abbia messo in atto tulle le misure utili alla prevenzione, appunto, delle infezioni ospedaliere****".*

Orbene, in base alla relazione peritale, le cui considerazioni medico-legali appaiono condivisibili, in quanto sostenute da un percorso logico-argomentativo esaustivo e coerente che viene, pertanto, fatto proprio da questo Giudice, può serenamente concludersi che le condotte colpevoli imputabili ai sanitari dell' *Controparte_3* di Napoli ed eziologicamente idonee a determinare il decesso della *Per_1* sarebbero, dunque, consistite nella omessa adozione di adeguate misure di profilassi atte a prevenire l'infezione a livello polmonare della paziente.
In proposito, giova precisare che i consulenti tecnici di parte dell *CP_2* ospedaliera resistente, in sede di note contro-deduttive alla consulenza tecnica di ufficio, hanno sottolineato che, nel caso di specie, l' *CP_6* si era perfettamente allineato alle indicazioni fornite per ridurre al minimo il rischio di infezioni correlate all'assistenza, mettendo in atto tutte le idonee procedure e che l'evento letale che colpiva la *Per_1* si determinava in un periodo straordinario della sanità, in quanto correlato alla pandemia da Sars -Covid 19.
Senonché, al riguardo, i CCTTUU hanno correttamente osservato che "*seppure le misure di profilassi adottate dal reparto di chirurgia d'urgenza rispettavano perfettamente i protocolli*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

previsti, questo non appare e non è confermato dall'esame della cartella clinica che risulta del tutto priva di riferimenti a qualsivoglia applicazione di protocolli da parte del personale sanitario medico o infermieristico o da parte della Direzione Sanitaria della Struttura.
(…) Risulta infatti nella cartella clinica della degenza presso l'ospedale CP_2 *che, a decorrere dal 12 agosto 2020 fino alla data del* [redacted] *la paziente sia stata sottoposta a esame molecolare antigenico Sars-Covid 19 solo in data 4 settembre 2020, su richiesta del consulente infettivologo, il quale aveva visitato la signora* Per_1 *in data 3 settembre 2020, già in presenza di malattia polmonare conclamata.*
Non vi è traccia, insomma, di ulteriori esami laboratoristici volti alla ricerca molecolare dell'antigene del Sars- covid 19; esiste in cartella solo il referto di un test rapido che però non riporta la data di effettuazione. (…)".
Orbene, la responsabilità dell' Controparte_4 per mancata e/o insufficiente adozione delle misure cautelative atte a prevenire le infezioni nosocomiali discende dalla carenza documentale della cartella clinica versata in atti, atteso che non vi è alcuna prova dell'adozione in concreto dei suddetti protocolli. Le lacune documentali della cartella clinica, infatti, non hanno consentito di ricostruire con chiarezza la situazione medica di Persona_1 al momento del ricovero presso l'Ospedale [redacted] e, pertanto, non può escludersi il nesso di causalità tra l'infezione polmonare e il decesso della stessa.
Invero, come ha avuto modo di precisare la Suprema Corte, *"l'eventuale incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido legame causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente allorché proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare la lesione* (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 11224 del 2024)*".*
E inoltre, "*la cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico produce effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica e documenta, altresì, le attività compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità. Trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri eventi clinici rilevanti, sicché i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne deriva che le attestazioni rese dal pubblico ufficiale mediante annotazione su cartella clinica, e sui documenti che vi accedono, quali il diario clinico e la scheda di dimissioni ospedaliere, debbono rispondere ai criteri di veridicità del contenuto rappresentativo, nonché di completezza delle informazioni, di immediatezza della redazione rispetto all'atto medico descritto e di continuità delle annotazioni, in quanto finalizzate ad asseverare, con fede privilegiata, non solo la verbalizzazione dell'atto medico, ma anche la successione cronologica degli interventi, delle diagnosi, della prognosi e delle prescrizioni. La descrizione dell'intervento contenuta nella cartella clinica deve dunque essere completa, oltre che veritiera, non potendo essere tale onere assolto attraverso l'implicito rinvio ad altri atti* (cfr. Cass., sentenza del 9.5.2025 n. 17647)*".*
A ciò si aggiunga che, trattandosi di paziente ricoverata nei mesi di agosto e settembre 2020, quindi in una fase inoltrata rispetto alla prima ondata pandemica dell'anno 2020, pur continuando a costituire l'epidemia da Covid 19 una calamità di straordinarie dimensioni, non poteva essere più considerata, in quella fase storica, come un evento eccezionale ed imprevedibile, considerati i diversi passi in avanti, seppure in via sperimentale, nell'individuazione di terapie efficaci contro il morbo. Tale è il motivo per cui il contesto pandemico non può essere considerato ai fini di una eventuale attenuazione della colpa a carico del personale sanitario.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

4. Venendo alla liquidazione dei danni non patrimoniali *iure hereditatis*, le Sezioni Unite della Corte di Cassazione, con la sentenza n. 15350 del 2015, hanno chiarito che, in caso di *exitus* del paziente, i danni non patrimoniali risarcibili alla vittima, trasmissibili *iure hereditatis*, possono consistere:

- nel danno biologico cd. "terminale", quale danno alla salute subito dal paziente tra l'evento lesivo e l'*exitus*, purché sia intercorso "un apprezzabile lasso temporale", sopravvivendo il paziente per almeno ventiquattro ore, tale essendo la durata minima, per convenzione legale, ai fini dell'apprezzabilità dell'invalidità temporanea ed essendo, invece, irrilevante che sia rimasto cosciente (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 1877 del 30.1.2006; Cass., sez. III, sentenza n. 15491 dell'8.7.2014; Cass., sez. III, sentenza n. 22228 del 20.10.2014; Cass., sez. III, sentenza n. 23183 del 31.10.2014);
- nel danno morale cd. "catastrofale", consistente nello stato di sofferenza spirituale od intima (paura o patema d'animo) sopportato dalla vittima nell'assistere al progressivo svolgimento della propria condizione esistenziale verso l'ineluttabile fine della vita, purché vi sia la prova della "cosciente e lucida percezione" dell'ineluttabilità della propria fine ed anche se sia intercorso un intervallo temporale brevissimo (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 6754 del 24.3.2011; Cass., sez. III, sentenza n. 7126 del 21.3.2013; Cass., sez. III, sentenza n. 13537 del 13.6.2014);
- rimane, invece, esclusa la risarcibilità del danno consistente nella "perdita del bene-vita" (cd. "danno tanatologico"), autonomo e diverso rispetto al bene-salute, ove il decesso si verifichi immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali (cfr., in tal senso, Cass., SS.UU., sentenza n. 15350 del 22.7.2015 che ha composto in tal modo il contrasto giurisprudenziale insorto dopo il precedente contrario di Cass., sez. III, sentenza n. 1361 del 23.1.2014).

Ciò posto, la giurisprudenza di legittimità è concorde nel ritenere che, in caso di morte cagionata da un illecito, nel periodo di tempo intercorso tra la lesione e la morte, ricorre il danno biologico terminale, ovvero il danno alla salute, al quale può aggiungersi un danno morale terminale, cioè la sofferenza fisica e psicologica derivante dall'avvertita imminenza dell'evento morte, sempre che la vittima si trovi in una condizione di lucida agonia, in quanto in grado di percepire l'imminenza dell'*exitus*.

La prima voce di tale danno consiste nel pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità e sussiste per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo di almeno 24 ore.

La seconda voce di danno, invece, quale danno da lucida agonia o danno catastrofale o catastrofico consiste nel pregiudizio subìto dalla vittima in ragione della sofferenza provata nell'avvertire in maniera consapevole 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 soltanto l'intensità della sofferenza medesima.

Da ultimo, la giurisprudenza ha stabilito che *"il danno biologico terminale va definito come il pregiudizio alla salute sofferto dalla vittima nel tempo intercorrente tra la lesione mortale e il successivo decesso causalmente legato a tale lesione. Si tratta di un danno, anche se temporalmente limitato, massimo nella sua entità ed intensità, che sussiste per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla cosciente percezione della gravissima offesa all'integrità personale, ma che è concettualmente distinto dal danno da invalidità permanente, poiché la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

lesione, lungi dallo stabilizzarsi in postumi invalidanti, sfocia nella morte del soggetto. La relativa liquidazione, ovviamente di natura equitativa, deve tenere conto delle caratteristiche del tutto peculiari del pregiudizio, in termini di massima gravità ed intensità, con la conseguente necessità che i fattori della personalizzazione siano fatti valere in grado assai elevato, dovendosi tenere ferma l'esigenza che l'importo non assuma carattere meramente simbolico rispetto al danno accertato" (Cass. ordinanza 12 marzo 2026 n. 5677).

Ed anche, "*Va escluso che il danno biologico terminale sia liquidabile come un danno permanente parametrato a percentuali di invalidità stabilizzate, giacché l'idea di un danno alla salute "temporaneo", ancorché diretto non a guarigione o cronicizzazione bensì al decesso della vittima (e come tale, dunque, ontologicamente non parametrabile nemmeno tout court al danno da invalidità temporanea "ordinaria"), non consente l'applicazione dei criteri propri del danno permanente, dovendosi piuttosto valorizzare, in chiave equitativa, la peculiare intensità e progressività della sofferenza che accompagna la vittima fino al decesso. Resta altresì ferma la necessità di distinguere e assoggettare a separata valutazione, accanto alla componente biologica del danno terminale, la componente morale, il "danno catastrofale" (o anche detto: "danno morale terminale", "danno da lucida agonia) consistente nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata per la consapevolezza dell'approssimarsi della propria fine, risarcibile in base all'intensità della sofferenza medesima, indipendentemente dall'apprezzabilità dell'intervallo temporale intercorso tra le lesioni e il decesso*" (cfr. Cass. n. 26727/2018, Cass. n. 23153/2019 e Cass. n. 7923/2024).

Applicando i suddetti principi al caso di specie, appare corretto corrispondere ai ricorrenti soltanto il danno biologico terminale.

La paziente *Persona_1* infatti, ha trascorso presso la struttura sanitaria *[...] CP_3* i Napoli un periodo di 7 giorni (dalla data dell'esame molecolare antigenico del 4.9.2020 fino all'*exitus* avvenuto in data [redacted], durante i quali ha subìto un pregiudizio alla salute consistito nell'aggravamento delle sue condizioni di salute per infezione nosocomiale.

Per ciò che concerne, invece, il danno da lucida agonia, deve rilevarsi che la paziente, al momento del ricovero presso l'ospedale *CP_2* avvenuto in data 12.8.2020, era affetta da "*disturbo di coscienza"* (cfr. referto della visita neurologica del 13.8.2020 presso l'Ospedale [redacted], versando, pertanto, in uno stato confusionale al momento del ricovero (pag. 43 della CTU).

Tale quadro clinico è confermato dal diario clinico dei giorni compresi nel periodo suindicato in quanto è riportato che la paziente, dispnoica e con dolore retrosternale, appariva poco collaborante (si legga dal referto dell'ecografia epatica e delle vie biliari del 7.9.2020 "*Esame eseguito in urgenza, limitato dalla mancata collaborazione della paziente"*).

Ne consegue che non può ritenersi, dunque, che in tale limitato lasso temporale, la paziente *Persona_1* abbia patito la sofferenza derivante dalla convinzione di avvertire l'ineluttabile imminenza del proprio decesso.

Pertanto, nel caso di specie, va liquidato esclusivamente il danno biologico terminale.

La componente puramente biologica del danno terminale può essere qui liquidata attingendo in via parametrica alle tabelle redatte dall'Osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano per il danno terminale globalmente inteso (inclusa cioè la componente "morale"), ma limitando il risarcimento alla misura di un terzo del valore che ne risulterebbe, in considerazione della richiesta risarcitoria delle parti ricorrenti con riferimento al danno terminale.

Ebbene, in applicazione dei suddetti criteri, il danno terminale patito dalla paziente e risarcibile ai congiunti *iure hereditatis* deve essere liquidato in complessivi € 30.000,00 per i primi tre giorni,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

dal momento del ricovero; per i giorni successivi fino al settimo giorno in cui si verificava l'*exitus*, si ritiene di poter liquidare l'importo di 4.634,00. Ne deriva che la liquidazione del danno terminale "integrale", nella duplice accezione biologica e morale, per sette giorni, risulta essere pari a € 34.634,00.
Ciò posto, considerato che il danno terminale sofferto da *Persona_1* è stato esclusivamente biologico, ai ricorrenti, nella qualità di eredi della propria congiunta, deve essere liquidato l'importo di € 11.544,67 (pari ad un terzo della somma corrispondente alla liquidazione del danno terminale integrale).
Pertanto, la resistente *Controparte_4* deve essere condannata al risarcimento in favore dei ricorrenti, quali eredi della *de cuius* *Persona_1* dell'importo pari a **€ 11.544,67**.

5. Per quanto, invece, attiene al danno da insufficiente consenso informato di cui le parti ricorrenti hanno chiesto il risarcimento a carico dell [redacted] di Napoli, si osserva quanto segue.
La CTU ha evidenziato al riguardo che il ricovero della paziente nel mese di luglio 2020 presso la predetta struttura sanitaria "*era preceduto da un "pre-ricovero", del gennaio 2020 di cui esiste solo una piccola traccia nella cartella clinica in occasione del consenso all'atto chirurgico; risultano infatti in data 17/01/2020 due moduli di consenso all'intervento. Il primo del tutto generico con firma della sola paziente, un secondo fa riferimento all'intervento chirurgico sec. Hartmann e successiva chiusura della colostomia. Quest'ultimo è firmato da un sanitario e dalla paziente. Ritroviamo una copia identica di questo modulo nel successivo ricovero della paziente, datato 16/06/2020, firmato da altro sanitario."*
Ebbene, la pronuncia della Suprema Corte sez. III, sentenza n. 28985 dell'11.11.2019, intervenendo a confermare ed a chiarire gli orientamenti già precedentemente formatisi e consolidatisi ormai da tempo in argomento, per lo specifico caso in cui il paziente si dolga del concorso della violazione del dovere informativo con l'inesatto adempimento della prestazione del sanitario, si è espressa nei seguenti termini: *"In materia di responsabilità per attività medico-chirurgica, qualora venga allegato e provato, come conseguenza della mancata acquisizione del consenso informato, unicamente un danno biologico, ai fini dell'individuazione della causa "immediata" e "diretta" (ex art. 1223 c.c.) di tale danno-conseguenza, occorre accertare, mediante giudizio controfattuale, quale sarebbe stata la scelta del paziente ove correttamente informato, atteso che, se egli avesse prestato senza riserve il consenso a quel tipo di intervento, la conseguenza dannosa si sarebbe dovuta imputare esclusivamente alla lesione del diritto alla salute determinata dalla successiva errata esecuzione della prestazione professionale, mentre, se egli avesse negato il consenso, il danno biologico scaturente dalla inesatta esecuzione della prestazione sanitaria sarebbe riferibile "ab origine" alla violazione dell'obbligo informativo, e concorrerebbe, unitamente all'errore relativo alla prestazione sanitaria, alla sequenza causale produttiva della lesione della salute quale danno-conseguenza".*
Ed ancora*: "la condotta illecita, per omessa informazione, è autonoma rispetto a quella inerente il trattamento terapeutico, ed è altresì indubitabile che l'interesse leso da tale condotta è oggettivamente distinto da quello della salute del soggetto, identificandosi nella compromissione della libertà di autodeterminazione della persona. Tuttavia la relazione medico-paziente si caratterizza per la unitarietà del rapporto giuridico articolato in plurime obbligazioni tra loro poste in nesso di connessione strumentale, in quanto tutte convergenti al perseguimento del risultato della cura e del risanamento del soggetto, sicché non può affermarsi una assoluta autonomia delle fattispecie illecite (per omessa informazione e per errata esecuzione del*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

trattamento terapeutico), tale da escludere ogni interferenza delle stesse nella produzione del medesimo danno-conseguenza, essendo - invece - possibile che anche l'inadempimento della obbligazione avente ad oggetto la corretta informazione sui rischi-benefici della terapia venga ad inserirsi tra i fattori "concorrenti" della stessa serie causale determinativa del pregiudizio alla salute, dovendo, pertanto, riconoscersi alla omissione informativa una astratta capacità plurioffensiva, in quanto potenzialmente idonea a ledere distinti interessi sostanziali, rispettivamente, il diritto alla autodeterminazione ed il diritto alla salute - entrambi, quindi, suscettibili di reintegrazione risarcitoria, laddove sia fornita la prova che dalla lesione di ciascuno di tali diritti siano derivate specifiche conseguenze dannose."

Pertanto, la verifica che l'interprete è chiamato ad effettuare onde accertare la sussistenza o meno di un danno alla libera autodeterminazione del paziente, autonomo rispetto al danno alla salute cagionato dall'erroneo trattamento terapeutico, si estrinseca nei seguenti termini*: "se il paziente, qualora fosse stato compiutamente informato dei rischi prevedibili derivanti dal trattamento, avrebbe comunque prestato senza riserve il consenso a quel tipo di intervento (avuto riguardo alla necessità dello stesso, alle proprie condizioni di salute, al tempo ed alle modalità di esecuzione), l'inadempimento dell'obbligo informativo viene ad esaurirsi in una fattispecie autonoma priva di conseguenze dannose, e pertanto detta omissione non solo non può concorrere ma neppure costituire mero presupposto del "danno biologico", essendo questo, invece, da imputare in via esclusiva quale conseguenza diretta della lesione del diritto alla salute determinata dalla - successiva - errata esecuzione della prestazione professionale: in tal caso, quindi, in assenza di altre specifiche tipologie di danni-conseguenza allegati e dimostrati dal danneggiato, all'accertamento della omissione informativa non consegue alcun (ulteriore) obbligo risarcitorio, non inserendosi la violazione del diritto alla autodeterminazione nella serie causale originata, invece, esclusivamente dall'inesatto adempimento della prestazione professionale da cui è derivato il danno biologico: il corretto adempimento di tale obbligo informativo, infatti, non avrebbe comunque impedito o modificato la esecuzione di quel trattamento terapeutico (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 24074 del 13.10.2017; Cass., sez. III, ordinanza n. 19199 del 19.7.2018).*

Così chiariti i canoni ermeneutici da applicare nelle ipotesi in cui si controverta in ordine all'assenza e/o insufficiente consenso informato, deve dirsi che, nel caso di specie, la domanda relativa alla dedotta lesione dell'autodeterminazione deve essere rigettata. Ed infatti, non risulta provata la circostanza secondo cui la paziente, se fosse stata debitamente informata dei rischi connessi all'intervento chirurgico effettuato dai sanitari presso l[redacted] di Napoli avrebbe, ciononostante, deciso di non sottoporsi allo stesso ovvero lo avrebbe rifiutato.

È per tale ragione che, anche in assenza di consenso, non può attribuirsi ai sanitari dell[redacted] una responsabilità da insufficiente informazione del consenso informato.

6. In relazione ai danni subiti *iure proprio* dei familiari della paziente deceduta, va invece riconosciuta la sussistenza del danno da perdita del rapporto parentale.

Come chiarito dalla Corte di Cassazione, il danno da perdita del rapporto parentale si differenzia radicalmente dai pregiudizi risarcibili *"iure hereditatis"* e spetta *"iure proprio"* ai congiunti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto ed è risarcibile se sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione, ma non anche il rapporto di convivenza, non assurgendo quest'ultimo a connotato minimo di relativa esistenza (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 21837 del 30.8.2019).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

La Suprema Corte ha, altresì, chiarito che in tema di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, la sussistenza di effettivi rapporti di reciproco affetto e solidarietà con il congiunto è assistita da una presunzione *"iuris tantum"*, fondata sulla comune appartenenza al medesimo "nucleo familiare minimo", che può essere superata dalla prova contraria fornita dal convenuto, anch'essa imperniata su elementi presuntivi tali da far venir meno (ovvero attenuare) la presunzione suddetta, dovendo in ogni caso il giudice procedere, ai sensi dell'art. 2729 c.c., a una valutazione complessiva della gravità, precisione e concordanza degli elementi indiziari a sua disposizione (Cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 9010 del 21.3.2022).

Sotto il profilo della liquidazione del danno parentale, occorre far riferimento alle Tabelle di Milano 2022, come elaborate dall'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano, il quale ha ritenuto di aggiornare i criteri orientativi già elaborati per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante dalla perdita del rapporto parentale a seguito dell'orientamento recentemente espresso dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 10579/2021, secondo cui *"In tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caos non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tutela"*.

Pertanto, per la liquidazione suddetta, si adottano i valori monetari previsti dalla precedente formulazione a forbice della tabella milanese, edizione 2021, largamente applicata da molti Uffici giudiziari, ricavando il "valore punto" per il caso di perdita del coniuge ovvero del genitore in € 3.365,00, valutando, altresì, le circostanze del caso concreto, quali l'età della vittima primaria e secondaria, la sussistenza o meno di un rapporto di convivenza tra i parenti, la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario del *de cuius*, la qualità e l'intensità della relazione affettiva del rapporto parentale perduto.

Ebbene, alla luce dei criteri enunciati, si stima equo liquidare il danno da perdita del rapporto parentale in favore di:

- *Parte_1* (coniuge, di anni 73 al momento del decesso della vittima): 12 punti per l'età della vittima primaria (anni 72), 12 punti per l'età della vittima secondaria, 16 punti per la convivenza, 0 punti per la sopravvivenza di altri quattro superstiti del nucleo familiare primario, 0 punti per l'intensità e la qualità della relazione affettiva. Totale: 40 punti, pari a **€ 156.440,00**;
- *Parte_2* (figlia, di anni 46 al momento del decesso della vittima): 12 punti per l'età della vittima primaria (anni 72), 12 punti per l'età della vittima secondaria, 0 per la convivenza, 0 punti per la sopravvivenza di altri quattro superstiti del nucleo familiare primario, 0 punti per l'intensità e la qualità della relazione affettiva. Totale: 32 punti, pari a **€ 125.152,00**;
- *Parte_3* (figlia, di anni 48 al momento del decesso della vittima): 12 punti per l'età della vittima primaria (anni 72), 12 punti per l'età della vittima secondaria, 8 punti per la convivenza (essendo stato prodotto il certificato di stato di famiglia alla data del decesso della *de cuius*), 0 punti per la sopravvivenza di altri quattro superstiti del nucleo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

familiare primario, 0 punti per l'intensità e la qualità della relazione affettiva. Totale: 40 punti, pari a **€ 156.440,00**;

- *Parte_4* (figlio, di anni 43 al momento del decesso della vittima): 12 punti per l'età della vittima primaria (anni 72), 12 punti per l'età della vittima secondaria, 0 per la convivenza, 0 punti per la sopravvivenza di altri quattro superstiti del nucleo familiare primario, 0 punti per l'intensità e la qualità della relazione affettiva. Totale: 32 punti, pari a **€ 125.152,00**;
- *Parte_5* (figlio, di anni 42 al momento del decesso della vittima): 12 punti per l'età della vittima primaria (anni 72), 12 punti per l'età della vittima secondaria, 0 per la convivenza, 0 punti per la sopravvivenza di altri quattro superstiti del nucleo familiare primario, 0 punti per l'intensità e la qualità della relazione affettiva. Totale: 32 punti, pari a **€ 125.152,00**.

Alla luce di quanto sopra, l' *Controparte_3* di Napoli deve essere condannata al risarcimento del danno per la perdita del rapporto parentale nei confronti delle parti ricorrenti nella misura per ciascuno indicata all'attualità, oltre al danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione di interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del decesso (settembre 2020) e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, da settembre 2020 sino alla pubblicazione della presente sentenza.

7. Quanto agli ulteriori danni di natura patrimoniale, di cui le parti ricorrenti hanno chiesto il risarcimento, nulla è dovuto, in quanto, sul punto, non è stata fornita alcuna prova.

8. Le spese di lite sostenute dai ricorrenti – incluse quelle di CTU relative al procedimento *ante causam* ex art. 696 bis cpc (liquidate con separato decreto in seno a tale procedimento) e di CTP (forfettariamente determinate in € 1.000,00 onnicomprensive) – seguono la soccombenza della resistente *Controparte_3* di Napoli e devono essere poste a carico di quest'ultima nella misura liquidata in dispositivo.

In proposito, deve precisarsi che la liquidazione dei compensi professionali del procuratore per il presente giudizio di merito è stata operata con espunzione delle fasi istruttoria e conclusionale (che risultano mancanti in quanto non espletate a seguito del mutamento del rito), ma con un aumento del 10% per il numero delle parti rappresentate, aventi tutte la medesima posizione processuale.

La complessità della vicenda oggetto della presente controversia giustifica una compensazione totale delle spese di lite tra le parti ricorrenti e la resistente [redacted] di Napoli.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, così provvede:

- in accoglimento della domanda formulata dai ricorrenti, condanna la convenuta *[...] CP_3* i Napoli al pagamento dei seguenti importi:
  - **€ 156.440,00** in favore di *Parte_1*
  - **€ 125.152,00** in favore di *Parte_2*
  - **€ 156.440,00** in favore di *Parte_3*
  - **€ 125.152,00** in favore di *Parte_4*
  - **€ 125.152,00** in favore di *Parte_5*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625

a titolo di danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale, il tutto liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale sugli importi qui liquidati, da devalutarsi al mese di settembre 2020, e di anno in anno rivalutati secondo gli indici istat foi, da settembre 2020 sino alla pubblicazione della presente sentenza;

- in accoglimento della domanda formulata dai ricorrenti, condanna la convenuta *[...] Controparte_4* al pagamento in favore degli stessi della somma di **€ 11.544,67**, a titolo di danno *iure hereditatis*, il tutto liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale sugli importi qui liquidati, da devalutarsi al mese di settembre 2020, e di anno in anno rivalutati secondo gli indici istat foi, da settembre 2020 sino alla pubblicazione della presente sentenza;
- rigetta la domanda risarcitoria avanzata dai ricorrenti nei confronti della [redacted] di Napoli;
- condanna l' *Controparte_3* di Napoli al pagamento, in favore dei ricorrenti delle spese di lite del procedimento di ATP, che si liquidano nella somma di **€ 1.336,00** a titolo di esborsi, nonché **€ 8.460,10** per compensi professionali, oltre IVA e CPA e rimborso spese generali al 15%, con attribuzione al procuratore dichiaratosi antistatario;
- condanna l' *Controparte_3* di Napoli al pagamento, in favore dei ricorrenti delle spese di lite del presente procedimento, che si liquidano nella somma di **600,00** a titolo di esborsi, nonché **€ 8.410,60** per compensi professionali, oltre IVA e CPA e rimborso spese generali al 15%, con attribuzione al procuratore dichiaratosi antistatario;
- compensa le spese di giudizio tra i ricorrenti e l [redacted] di Napoli;
- pone in via definitiva le spese di CTU, già liquidate con separato decreto, a carico della resistente *Controparte_3* di Napoli.

Napoli, 28.8.2026

Il Giudice
Dott. Fabio Lombardo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-625