REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI NAPOLI

OTTAVA SEZIONE CIVILE

in persona del giudice dott.ssa Nicoletta CALISE ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 1962 R.G. dell'anno 2019, avente ad oggetto: **responsabilità professionale,**

TRA

Parte_1 , *Parte_2* , *Parte_3* , rappresentati e difesi dall'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted] domiciliatari in Casagiove (CE) alla [redacted]

Parte_4 rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] domiciliatario in Casagiove (CE) alla [redacted]

-Attori-

E

Controparte_1

in persona del commissario straordinario p.t., rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted] domiciliatari in Caserta (CE) al [redacted]

-Convenuta-

Conclusioni:

per *Parte_1* *Parte_2* *Parte_3* **:** *"accertare e dichiarare ... la responsabilità medica dell'* *Controparte_2* *per la morte d[i]...* *Controparte_3* *; Condannare l'* *Controparte_2* *a liquidare in favore dei ricorrenti le seguenti voci di danno, cui andranno aggiunti interessi e devalutazione: - danno da perdita parentale… in favore di* *Parte_2* *(figlio) 391.100,00, … in favore di* *Parte_1* *(figlio) 383.278,00, … in favore di* *Parte_3* *(moglie) 359.812,00; - danno biologico terminale in favore degli eredi della vittima e precisamente euro 166.750,00 per* *Parte_3* *, euro 166.750,00 per* *Parte_1* *ed euro 166.750,00 per* *Parte_2* *; - danno morale soggettivo in favore degli eredi della vittima e precisamente euro 100.000,00 per* *Parte_3* *, euro 100.000,00 per* *Parte_1* *ed euro 100.000,00 per* *Parte_2* *; - danno*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

patrimoniale da lucro cessante, in favore degli eredi conviventi, ossia euro 318.000 per *Parte_3* *, euro 72.000,00 per* *Parte_1* *ed euro 120.000,00 per* *Parte_2* *[...] ; In via gradata si richiede la liquidazione equitativa e secondo giustizia, anche previa eventuale CTU, dei danni tutti sopra indicati e patiti dagli istanti"*, vinte le distraende spese di lite;

per *Parte_4* "*accoglimento della domanda e delle conclusioni rassegnate in ricorso",* vinte le distraende spese di lite;

per la convenuta *Controparte_4* **:** *"si riporta[…] alle proprie difese contenute nella comparsa di costituzione e di risposta, ai relativi documenti e verbali ed atti di causa e note di trattazione scritta depositate… Reiterano l'impugnativa di tutto quanto affermato ed ex adverso dedotto, eccepito e prodotto, … insistendo per l'integrale rigetto delle avverse domande …. Si ribadisce l'assoluta inattendibilità della CTU espletata in corso di causa, le cui conclusioni appaiono illogiche e in palese contrasto con le risultanze dell'ATP e con le motivate osservazioni dei CTP … In via meramente subordinata, si chiede che l'eventuale responsabilità sia qualificata come perdita di chance di sopravvivenza, con liquidazione del danno in misura non superiore al 25% come indicato in sede di ATP. Si impugnano le esorbitanti richieste risarcitorie avversarie",* vinte le spese di lite.

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

1.- Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., *Pt_1* , *Pt_2* e *Parte_4* nonché *[...]* *Pt_3* , in proprio e in qualità di congiunti (i primi due figli, il terzo fratello e l'ultima coniuge) del defunto *Controparte_3* hanno convenuto in giudizio l' *[...]* *Controparte_1* per sentirla condannare al risarcimento di tutti i danni materiali e morali subiti (sia *iure hereditatis* che *iure proprio*: "*danno da perdita di chance", "danno biologico terminale", "danno morale", "danno da perdita del rapporto parentale", "danno patrimoniale da lucro cessante per la perdita del reddito"*), oltre accessori, per la responsabilità dei sanitari del reparto di Chirurgia Generale della struttura sanitaria in relazione al [redacted]

Hanno esposto, in particolare, che:

-. *Controparte_3* affetto da carcinoma gastrico, veniva ricoverato l'1.7.2015 prima presso la clinica [redacted] in [redacted] (CE) e successivamente veniva trasferito, il 15.7.2015, presso l' *Controparte_2* ove veniva sottoposto, in data 24.7.2015, a intervento chirurgico di gastrectomia;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

-. A seguito dell'operazione, il paziente manifestava un progressivo peggioramento delle condizioni cliniche, rendendo necessario il ricovero in terapia intensiva; in particolare, il 1.8.2015, dopo aver perso conoscenza, veniva trasferito d'urgenza nel reparto di rianimazione del pronto soccorso e intubato;

-. Successivamente, insorgevano gravi infezioni di natura nosocomiale (Klebsiella, Pseudomonas e Acinetobacter Baumanno); dopo un periodo di isolamento nel reparto di rianimazione per circa dieci giorni, non riprendeva conoscenza e, all'esito delle dimissioni, trascorreva gli ultimi mesi di vita presso la sua abitazione fino al [redacted]

-. Era stato previamente esperito un procedimento per consulenza tecnica preventiva ex art. 696 bis c.p.c. innanzi al Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, nel cui ambito il CTU aveva escluso la responsabilità della *Controparte_5* di [redacted] e aveva ricondotto il decesso del paziente a un "*grave stato settico, dovuto all'infezione di natura nosocomiale contratta presso"* l' *Controparte_2* che *"concorreva in maniera determinante all'exitus"* del paziente e "*determinava una perdita di chance di sopravvivenza ... nella misura ... del 25%"*.

Hanno chiesto, pertanto, vinte le distraende spese di lite, di:

-. Dichiarare la responsabilità dell' *Controparte_2* per il decesso di *CP_3* *[...]*

- Condannare la convenuta al risarcimento delle seguenti voci di danno: "*1) danno da perdita di chances, patito da… Controparte_3 , e risarcibile in favore dei suoi eredi … ossia Parte_1 , Parte_3 , Parte_2 ; 2) danno biologico terminale in favore degli eredi della vittima …; 3) danno morale soggettivo in favore degli eredi della vittima …; 4) danno morale da perdita parentale, in favore degli istanti… 5) danno patrimoniale da lucro cessante, in favore degli eredi conviventi …"* e, in via gradata "*la liquidazione equitativa e secondo giustizia, anche previa eventuale CTU"*;

L *Controparte_4* , costituitasi, ha chiesto il rigetto della domanda, infondata sotto ogni profilo, eccependo, in particolare:

-. l'improcedibilità e inammissibilità della domanda, deducendo il mancato rispetto dei termini previsti dall'art. 8 della legge 24/2017 per l'introduzione del giudizio sommario successivo all'accertamento tecnico preventivo, con conseguente inutilizzabilità degli accertamenti ivi svolti;

-. l'incompetenza per territorio, ritenendo competente il giudice che aveva trattato il procedimento ex art. 696 bis c.p.c.;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

-. nel merito, l'insussistenza di profili di responsabilità a carico della struttura sanitaria, evidenziando, in particolare, le gravi comorbidità di cui il paziente era affetto, la correttezza delle cure prestate e la piena osservanza dei protocolli assistenziali e di monitoraggio ambientale;

-. che le infezioni insorte nel corso della degenza costituivano un rischio non evitabile, non imputabile a colpa della struttura, e che il decesso doveva ricondursi principalmente a un evento cardiocircolatorio intervenuto in un quadro clinico già fortemente compromesso;

-. l'insussistenza di nesso causale tra le infezioni nosocomiali e l'*exitus*;

-. l'eccessività delle somme pretese, richiamando il principio di unitarietà del danno non patrimoniale e il divieto di duplicazioni risarcitorie, chiedendo in ogni caso una riduzione equitativa delle eventuali poste risarcibili.

Formulata alle parti una proposta transattiva ex art. 185 bis c.p.c., non accettata dai ricorrenti, è stato disposto il mutamento del rito da sommario in ordinario.

Depositate le memorie ex art. 183 comma 6 c.p.c. ed espletata la prova testimoniale, con ordinanza del 25.5.2023 è stata disposta la rinnovazione della CTU già espletata, con nomina di un collegio peritale.

Prodotta documentazione ed espletata la CTU, è stata formulata alle parti una nuova proposta transattiva ex art. 185 bis c.p.c., non accettata dalla convenuta.

In data 4 novembre 2025, l'attore *Parte_4* si è costituito con un nuovo difensore.

Precisate le conclusioni, sono stati assegnati alle parti i termini di cui all'art. 190 c.p.c., con riserva all'esito della decisione.

2.- Vanno rigettate entrambe le eccezioni preliminari sollevate dalla convenuta.

È infondata, in primo luogo, l'eccezione di improcedibilità della domanda per presunta violazione dei termini previsti dall'art. 8 L. 24/2017 per l'introduzione del giudizio sommario di cognizione successivo al procedimento ex art. 696 bis c.p.c.

Invero, il rispetto del termine predetto (90 giorni dal deposito della relazione peritale o dalla scadenza del termine di 6 mesi dal deposito del ricorso ex art. 696 bis c.p.c.) è previsto al solo fine di preservare gli effetti sostanziali e processuali della domanda introdotta con il ricorso ex art. 696 bis c.p.c.; pertanto, il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato oltre la scadenza del termine predetto è procedibile ma può produrre solo *ex novo* i suoi effetti sostanziali e processuali, quali l'effetto interruttivo della prescrizione, l'impedimento della decadenza, la determinazione della giurisdizione e della competenza ex art. 5 c.p.c.

Ciò in quanto una differente interpretazione, oltre a essere incoerente rispetto al dettato normativo - che non prevede alcuna sanzione processuale per la suddetta inosservanza -

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sarebbe altresì in contrasto con le garanzie difensive della parte, la quale subirebbe le conseguenze di un'improcedibilità a lei non imputabile, risolvendosi infine in un irragionevole appesantimento procedimentale, in violazione dei principi di ragionevole durata del processo e di economia processuale (Cass. Civ. Sez. 3 - Ordinanza n. 31999 del 09/12/2025).

È altresì infondata l'eccezione di incompetenza per territorio.

Come detto, la retroazione degli effetti processuali al deposito dell'istanza di ATP - valorizzata dalla giurisprudenza di legittimità - presuppone che il giudizio di merito venga introdotto nei termini previsti dall'art. 8, comma 4, L. 24/2017, trattandosi di previsione espressamente finalizzata alla conservazione degli effetti della domanda.

Ove, come nel caso di specie, tale termine non venga rispettato, il giudizio resta procedibile ma produce i propri effetti sostanziali e processuali *ex novo*, con conseguente determinazione della competenza secondo le regole ordinarie di cui all'art. 5 c.p.c., tra cui il foro generale del convenuto.

3.- L'esposizione dei fatti effettuata dagli attori nel ricorso introduttivo depone inequivocabilmente per la qualificazione dell'azione proposta *iure hereditatis* come di natura contrattuale, stante l'obbligazione assunta direttamente dalla struttura sanitaria con il defunto *Controparte_3* e di natura extracontrattuale per quanto riguarda la domanda risarcitoria del danno non patrimoniale proposta *iure proprio*.

Giova riportare, pertanto, il quadro dei principi rilevanti nella specie.

La responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente poste a suo carico. Dalla natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria ne discende, quanto al riparto dell'onere probatorio, che gli attori, eredi del paziente danneggiato, devono limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il "contatto sociale") e allegare l'inadempimento della struttura sanitaria restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 10297 del 28.5.2004).

L'allegazione del paziente/creditore, peraltro, non può essere limitata ad un qualsiasi inadempimento, ma deve riguardare un inadempimento c.d. qualificato, ovvero un inadempimento che costituisca causa o concausa astrattamente efficiente della produzione del danno (Cass. sent. n. 15993/2011), con la precisazione che pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 9471 del 19.5.2004).

È a carico dell'attore, quindi, la prova dell'esistenza del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del sanitario e la lesione del diritto alla salute, non potendosi predicare il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. civ. (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 20812 del 20.8.2018).

Peraltro, a fronte dell'allegazione del paziente che agisce in giudizio deducendo l'inadempimento o l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, resta a carico del sanitario l'onere sia di provare che la prestazione era di particolare difficoltà (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 23918 del 9.11.2006), sia l'inesistenza di colpa; anche di recente è stato ribadito che è a carico del sanitario dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (cfr. Cass., Sez. Un., sent. n. 577 dell'11.1.2008, Cass. sez. III, sent. n. 3520 del 14.2.2008).

Quanto al nesso di causalità materiale tra condotta e evento, giova ricordare che esso sussiste quando ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare l'evento, deve considerarsi causa dell'evento stesso. La valutazione di questo nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell'illecito civile, quindi, la cosiddetta causalità materiale trova disciplina negli articoli 40 e 41 codice penale, ossia nel criterio della *condicio sine qua non* riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche.

In materia civile, l'accertamento richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica. Invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale che questo giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico appartenente alla struttura sanitaria e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie e apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 867 del 17.1.2008).

È necessario, pertanto, accertare che il comportamento diligente e perito del professionista-sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi, probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico-razionale.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato; giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

4-. I fatti allegati dagli attori, relativi al ricovero e all'intervento chirurgico di resezione gastrica cui è stato sottoposto *Controparte_3* presso l' *Controparte_6* non sono stati contestati e devono, pertanto, ritenersi provati ai sensi dell'art. 115, comma 1, c.p.c., oltre che alla luce della documentazione sanitaria prodotta in giudizio e della relazione di C.T.U. espletata nel presente giudizio.

Va stabilito, pertanto, se:

-. sussista il nesso di causalità tra le eventuali azioni o omissioni della convenuta e, per essa, dei sanitari che ebbero in cura *Controparte_3* in occasione dell'accesso e del ricovero presso l' *Controparte_2* - che provvidero altresì all'esecuzione dell'intervento chirurgico, nonché alla gestione della degenza, del decorso post-operatorio e delle dimissioni - e l'evento lesivo (rappresentato dagli attori dal decesso del *CP_3* o dalla perdita di chance di sopravvivenza);

-. la condotta dei sanitari e, quindi, della *Controparte_2* ai sensi dell'art. 1228 c.c., sia stata conforme alle *leges artis* e alla diligenza dell'*homo eiusdem generis et condicionis,* ovvero se siano stati realizzati gli inadempimenti qualificati (commissivi e/o omissivi) specificamente indicati e descritti.

5.- Prima di procedere all'esame della consulenza tecnica d'ufficio, occorre preliminarmente valutare l'attendibilità degli elaborati peritali acquisiti agli atti – quello espletato nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e quello di cui alla CTU disposta nel presente giudizio – al fine di individuare quello rilevante ai fini della decisione.

Sul punto, occorre rilevare che la consulenza tecnica redatta dal Prof. dott. *Persona_1* nel procedimento ex art. 696 bis cpc è stata redatta da un unico consulente privo della specializzazione in malattie infettive e, dunque, privo delle competenze tecniche specifiche necessarie per valutare in modo esaustivo e completo la correttezza delle cure prestate.

Tale circostanza, peraltro, integra violazione dell'art. 15 comma 1 della legge n. 24/2017 il quale prescrive, nei procedimenti civili e penali relativi a responsabilità sanitaria, la nomina di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

un collegio peritale composto da un medico legale e da uno o più specialisti con specifica competenza nella materia oggetto di indagine.

Nel caso di specie, tale prescrizione non è stata osservata, poiché il Giudice del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. ha affidato l'incarico esclusivamente a un medico legale, in assenza di altri consulenti specialisti di branca, nonostante la normativa fosse già vigente (dall'1.4.2017) alla data di conferimento dell'incarico al consulente nominato.

Parte della giurisprudenza di merito ha ritenuto, in più occasioni, che anche a fronte del dettato normativo, la valutazione del giudice di merito sulla completezza della consulenza resa da un solo perito fosse insindacabile e che la mancata eccezione di nullità della nomina di un solo consulente anziché di un collegio peritale nel primo atto utile successivo alla nomina comportasse una sorta di sanatoria del vizio procedurale. Tale orientamento, tuttavia, è stato di recente superato dalla Corte di Cassazione.

In particolare, la Suprema Corte, con sentenza n. 15594/2025, ha affermato in modo chiaro e inequivoco che:

-. "*la formulazione*" dell'art. 15 L. n. 24/2017 *"è tale che non sembra lasciare spazio a interpretazioni diverse per quanto riguarda l'obbligo per il giudice di adeguarsi a tale previsione e nominare sempre un collegio scegliendo i componenti negli albi ufficiali. La prescrizione normativa risulta assai chiara nel porre l'accento sulla necessità di prestare grande attenzione ai requisiti che possano maggiormente garantire l'obiettivo, tanto delicato e importante per gli interessi in gioco quanto spesso assai difficile da raggiungere, di ricostruzione delle cause degli eventi lesivi legati ai trattamenti sanitari"*;

-. *"emerge una lettura della norma come volta a introdurre una cogente indicazione del requisito di collegialità, in certo senso indicativa di una valutazione predeterminata dal legislatore di incompiutezza degli accertamenti istruttori ─ che, in materia, richiedono di regola la mediazione di una consulente tecnica c.d. percipiente ─ ove espletati in difformità ai requisiti che essa pone";*

-. *"la mancata osservanza del requisito di necessaria collegialità della consulenza tecnica disposta nei procedimenti civili aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria costituisc[e] causa di nullità della sentenza che sia resa sulla base di essa, per violazione di norma processuale inderogabile, tale dovendosi considerare quella disposta dall'art. 15, comma 1, l. n. 24 del 2017"*;

-. *"tale vizio processuale deve ritenersi dedotto ... già nel primo atto difensivo utile successivo alla espletata consulenza preventiva conciliativa"*.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Alla luce dei principi espressi dalla Suprema Corte, pertanto, deve ritenersi che la formulazione dell'art. 15 L. n. 24/2017 impone inderogabilmente la nomina di un collegio peritale, con partecipazione di uno specialista della branca medica interessata, e che la mancata costituzione del collegio tecnico è causa di nullità della consulenza, che si traduce nella nullità della sentenza eventualmente fondata su tale accertamento.

In applicazione di tali principi di diritto – che pongono l'accento sulla funzione garantistica e non derogabile del requisito di collegialità della consulenza in materia di responsabilità sanitaria – deve ritenersi inidonea a fondare la decisione la consulenza tecnica redatta dal Prof. dott. *Persona_1* nel procedimento ex art. 696 bis cpc in quanto, in mancanza della partecipazione di un medico specialista in malattie infettive, risulta incapace di assicurare la completezza e l'affidabilità dell'indagine tecnica; requisiti garantiti, al contrario, dalla consulenza tecnica d'ufficio redatta nel presente giudizio, con la formazione del collegio peritale nominato e composto, in conformità alla norma, dalla dott.ssa *Persona_2* medico legale, e dal dott. *Persona_3* specialista in malattie infettive.

Per le ragioni che precedono, ai fini della decisione dovrà farsi esclusivo riferimento all'elaborato peritale espletato nel corso del presente giudizio.

6.- I fatti per cui è causa, come detto, sono ampiamente accertati alla luce della relazione di CTU depositata nel presente giudizio (ai cui condivisibili rilievi questo giudice integralmente si riporta, incluse le risposte alle osservazioni dei C.T. di parte convenuta nella relazione depositata l'8.5.2024, cfr. al riguardo Cass. sez. VI sent. n. 1257 del 27.1.2012, secondo la quale il giudice "*non è tenuto a rispondere a ogni e qualsiasi rilievo del consulente tecnico di parte, ma è sufficiente che dal complesso della motivazione si evinca che esse sono state prese in considerazione e adeguatamente contrastate dal consulente tecnico d'ufficio, le cui conclusioni sono state recepite dal giudicante"*), nonché della documentazione sanitaria prodotta dagli attori.

Giova ricordare, peraltro, che la consulenza tecnica, che in genere ha la funzione di fornire al giudice la valutazione dei fatti già probatoriamente acquisiti, può costituire fonte oggettiva di prova quando si risolva anche in uno strumento di accertamento di situazioni rilevabili solo con il concorso di determinate cognizioni tecniche (cfr. Cass., sez. II, 30 maggio 2007 n. 12695).

Orbene, il Collegio Peritale composto dai CTU dott.ssa *Persona_2* e dott. *Persona_3* all'esito di condivisibili ragionamenti fondati sui dati di fatto emergenti dalle cartelle cliniche acquisite e da tutta la documentazione medica prodotta, ha accertato la colpa dei medici-chirurghi dell' *Controparte_7* addetti al reparto in cui il *CP_3* venne ricoverato, nel

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

trattamento del suo caso che non implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 c.c.).

I consulenti tecnici d'ufficio, in primo luogo, hanno ricostruito in maniera analitica l'intera vicenda clinica di *Controparte_3* evidenziando come il paziente, affetto da carcinoma gastrico dell'antro-piloro (adenocarcinoma G3 stadio pT3N0), fosse stato sottoposto in data 24 luglio 2015 a intervento di gastrectomia subtotale.

Hanno, poi, rilevato che l'intervento fu conforme alle linee guida oncologiche vigenti all'epoca e correttamente eseguito sotto il profilo tecnico-chirurgico, senza vizi di consenso informato ("*trattandosi di una neoplasia che interessava la porzione antro piloro vi era l'indicazione alla chirurgia e più precisamente ad una gastrectomia subtotale distale. Il tipo di tecnica utilizzato è stato quello consigliato dalle stesse linee ed è quello gravato da meno complicanze post operatorie",* cfr. CTU pag. 31).

Secondo i CTU, "*il decorso post operatorio fu regolare sino al giorno 1-8-2015"*, quando insorgeva *"improvvisa dispnea che richiedeva il trasferimento in rianimazione per un sospetto di embolia polmonare (EP)"*, poi esclusa dall'esecuzione di "*una Angio Tc polmonare, associata a Tc addome e pelvi",* che tuttavia "*metteva in evidenza la presenza di 'ernia epiploica associata a minima falda ascitica localizzata nel mediastino posteroinferiore' ed a livello addominale di '…. Falda di versamento peritoneale saccato in sede subpleurica sinistra…'".* A partire da tale momento, nel corso di una prolungata degenza in terapia intensiva, si assisteva a "*una graduale compromissione della funzionalità respiratoria"* con *"aumento degli indici di flogosi"* e *"ipotensione arteriosa"* e all'insorgenza di una polmonite nosocomiale associata a ventilazione meccanica (VAP), sostenuta da microrganismi multiresistenti – in particolare *"Klebsiella pneumoniae"* - *"con associata pleurite"*, non presente negli accertamenti radiologici precedenti.

La CTU ha sottolineato che "*considerando la tempistica di insorgenza, a distanza di oltre 48 ore dall'ingresso nella struttura, della pleurite dapprima e poi della polmonite, si può parlare correttamente di una HAP (Hospital Acquired Pneumonia) 3 associata a ventilazione polmonare (VAP) e pleurite acquisita in ospedale".*

Sul punto, i CTU hanno rilevato specifici profili di inadempimento della convenuta in relazione al trattamento della polmonite sostenuta da Klebsiella *pneumoniae*, con associata pleurite; i CTU, in particolare, premesse le indicazioni delle linee guida in materia, hanno precisato che (cfr. pag. 38 e ss.):

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

-. Le terapie antibiotiche praticate, pur essendo "*conform[i] alle linee guida per quanto attiene ai famaci antipseudomonas (merrem e gentamicina)"*, erano inadeguate poiché *"non vi era associato alcun farmaco per l'MRSA"*;

-. Ancora, pur essendo "*i due farmaci in corso ... idonei per molecola"*, la terapia era inadeguata sotto il profilo del dosaggio (il "*Merrem ... era sottodosato"*), ovvero sospesa prematuramente ("*tale terapia viene continuata per il solo 11-08-2015 per poi essere sospesa sino al 14-08-2015"*); invero, "*la mortalità 3 derivante dalla VAP aumenta laddove la terapia antibiotica iniziale venga somministrata con ritardo, anche se il dosaggio è appropriato, e quando la stessa è inappropriata"*, ciò esponendo *"non solo a recidive dell'infezione ma anche alla selezione di germi MDR"*;

-. La terapia risultò inadeguata anche perché modificata, con conseguente inefficacia nel controllo dell'infezione ("*cambiare la terapia antimicrobica una volta che i risultati della coltura sono disponibili potrebbe non ridurre l'eccesso di rischio di mortalità ospedaliera associato a un trattamento antibiotico iniziale inappropriato"*), "*pertanto, il mancato inizio di una terapia specifica è un comportamento censurabile"*.

Analoga criticità viene ravvisata dai CTU nella gestione successiva al 14.8.2015, quando perveniva risposta del broncoaspirato con positività del paziente per *klebsiella pneumoniae e pseudomonas aeruginosa*; ed invero:

-. anche in tal caso le terapie prescritte (Colimicina in associazione con Rifadin) venivano ben presto modificate, in quanto il Rifadin veniva *"sospeso nella stessa giornata"* e "*in data 15-08-2015 veniva modificata la terapia antibiotica iniziando Merrem ... Tygacyl ... Colimicina"*;

-. "*entrambi i germi presentano un profilo di resistenza da poterli definire come MDR (Multidrug-resistant) 10 e sia per tale carattere sia per il periodo di insorgenza erano da considerarsi come nosocomiali"*;

-. "*a guidare la terapia certamente doveva essere l'antibiogramma dei due germi"*, in particolare, "*delle combinazioni utilizzate come molecole farmacologiche quelle impiegate hanno tutte effetto sinergico ... quindi erano idonee per* CP_8 , mentre "*non altrattanto poteva dirsi per i dosaggi impiegati, considerazione che va estesa a tutti i farmaci impiegati"*; anche in questo caso, pertanto, le terapie antibiotiche praticate risultavano inadeguate sotto il profilo del dosaggio, inferiore a quello raccomandato dalle linee guida scientifiche ("*Il paziente, di peso 85 kg ed età 57 (pag 602 cc), dal giorno 14-08 sino al giorno 02-09-2015 presentava valori della clearance della creatinina con valori minimi raggiunti di 63,6 alla data del 26-08, per una creatinina in tale circostanza di 1.54. Quindi non vi era indicazione*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

ad un dosaggio ridotto quale quello utilizzato … La tigeciclina essendo il soggetto un obeso, peso 85 kg con altezza 160 con un BMI di 33.2, andava utilizzato un dosaggio di 200 mg come dose di carico e poi 100 mg ogni 12 ore. La rifampicina era anch'essa sottodosata, dovendo essere somministrata al dosaggio di 10 mg/kg/die".

La CTU, pertanto, ha sottolineato che la terapia antibiotica somministrata, pur formalmente comprendente molecole idonee rispetto ai germi isolati, risultava ripetutamente inadeguata sotto il profilo del dosaggio previsto per quel tipo di infezione, come confermato da *"quanto avviene successivamente"*, in "*un periodo caratterizzato, nonostante la terapia antibiotica, da febbre e persistenza di secrezioni purulente alla broncoscopia"* (cfr. CTU pag. 40 e ss.).

I CTU hanno poi ricostruito, dalla documentazione clinica (dal 25 agosto in poi), l'andamento dell'infezione polmonare nosocomiale, evidenziando:

-. Persistenza/recidiva dell'infezione (*pseudomonas aeruginosa* e Klebsiella), con ulteriori isolamenti successivi e mancato miglioramento del quadro respiratorio del paziente ("*persistenza della compromissione polmonare"*)

-. Ripetute modifiche della terapia antibiotica, non risolutive e inidonee;

-. Criticità di appropriatezza terapeutica, in particolare durata non adeguata della terapia antipseudomonas e problemi di dosaggio (talora sotto/sovradosaggi) ("*la terapia adottata dai sanitari antipseudomonas (ciproxin e colimicina) veniva effettuata per 11 giorni contro i 14 giorni indicati per l'infezione da pseudomonas, di cui sette con colimicina sottodosata, nel periodo dopo il 03-09-2015 il dosaggio della colistina e della ciprofloxacina erano in linea con le indicazioni AIFA mentre il* Pt_5 *era sovradosato (una dose ogni 12 ore invece che ogni 8 ore)"*), con possibile selezione di resistenze ("*la carica microbica della pseudomonas nel colturale del 02-09-2015 pur essendo ridotta (3000 cfu) era una carica significativa essendo rilevata in corso di terapia specifica, terapia iniziata da 7 giorni, quindi indicativa di terapia inidonea (polmoniti). La pseudomonas rilevata nel colturale del 25-08-2015 aveva acquisito la resistenza ai carbapenemici quindi era divenuta insensibile agli stessi"*), "*fenomeno che insorge quando vengono utilizzate terapie inappropriate"*;

-. Comparsa di complicanze e di ulteriori sedi infettive, tra cui infezione del sito di inserzione del CVC, con rimozione e positività colturale ("*in data 05-09-2015, avveniva la "Rimozione CVC (ostio arrossato e secernente) inviata punta del catetere per culturale". In data 09-09 perveniva risposta colturale del catetere CVC del 05-09-2015 positivo per* CP_8 *Il dato clinico "ostio arrossato e secernente" del CVC indicava che si era realizzata una Infezione del sito di inserzione"*;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

-. Progressivo peggioramento del quadro respiratorio ("*in data 11-09 si verificava un episodio di dispnea e desaturazione, seguito da arresto respiratorio, legato ad un voluminoso tappo di muco che veniva broncoaspirato"*), con *"secrezioni mucopurulente, interessanti prevalentemente l'emisistema sinistro, associato a febbre"*, "*caratteri quelli broncoscopici che permangono invariati nonostante le ripetute modifiche della terapia in corso"*;

-. Ulteriori isolamenti (anche di *Acinetobacter Baumannii*).

Analoga criticità è stata ravvisata dai CTU nella gestione delle infezioni fungine (Candida glabrata), per le quali in data 19 agosto veniva *"iniziata terapia con Diflucan"*, ritenuto non appropriato, secondo le linee guida IDSA 11, in assenza di esame micologico e in presenza di fattori di rischio che avrebbero richiesto l'impiego di echinocandine *("per l'isolamento della C. glabrata occorreva effettuare un micogramma ed in mancanza di esso, essendo una candida con frequente riscontro di resistenza agli azolici, far ricorso ad echinocandine. Il diflucan era da ritenersi inidoneo sia come terapia sia come profilassi antimicotica"*; "*nel corso del ricovero, in data 29-09-2015 la consulenza infettivologica confermava la modifica terapeutica e consigliava di aggiungere in profilassi antimicotica Micafungina. Quest'ultima veniva aggiunta in terapia dal 29-09 e sospesa in data 01-10-2015. Fatte queste due eccezioni non fu mai instaurata una profilassi antimicotica da parte dei sanitari"* che era indicata fin dal 4.8.2015, quando "*si era evidenziata la presenza di leucopenia"*).

I consulenti hanno inoltre evidenziato una gestione non adeguata delle emocolture ripetutamente positive, spesso interpretate come contaminazioni senza adeguata verifica né tempestiva instaurazione di terapia antibiotica mirata, nonostante i segni clinici e laboratoristici compatibili con una batteriemia correlata a catetere venoso centrale. Solo tardivamente veniva rimossa la linea infusiva, risultata poi colonizzata da Klebsiella pneumoniae.

Per effetto del persistente stato settico, il paziente sviluppava una progressiva insufficienza multiorgano, cui si aggiungeva, in data 3 novembre 2015, un arresto cardiocircolatorio (cfr. CTU: "*certamente una prima causa"* dello stesso "*può essere individuata nella presenza di una sepsi che come indicato in precedenza era presente e non era stata affrontata con terapia antibiotica appropriata"*), seguito da grave danno anossico cerebrale.

La CTU ha escluso che tale evento fosse riconducibile primariamente alla cardiopatia ischemica cronica di cui il paziente era portatore, osservando che "*i markers di danno miocardico sia prima che in corso di arresto e dopo la ripresa del ritmo non mostrano alterazioni (CK e troponina I sono nella norma sia prima che durante e dopo l'episodio), fatta eccezione per la mioglobina, che come valore scende il giorno dell'arresto rispetto ai*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

giorni precedenti" e che l'alterazione elettrolitica ("*la presenza di iperpotassiemia"*, il cui valore "*era alterato già nei giorni precedenti"*) e la sepsi in atto costituivano fattori eziologici più plausibili dell'evento aritmico.

Proseguono i CTU evidenziando la mancanza di *"documentazione dell'effettiva adozione di tutte le norme e misure tecniche previste e la dimostrazione che sia stato adempiuto dalla Struttura Sanitaria quanto era esigibile allo stato dell'arte al fine di evitare, o quanto meno ridurre, il rischio di insorgenza dell'infezione correlata all'assistenza, nello specifico le infezioni legate alla VAP (da* CP_8 *da Pseudomonas aeruginosa e da acinetobacter), l'infezione del sito di impianto del CVC (da* CP_8 *, le ripetute emocolture positive alcune da germi contaminanti", "il che porta ad ammettere profili di responsabilità della* [...] CP_2 *nell'insorgenza delle infezioni ospedaliere oggetto di valutazione per inidonea qualità assistenziale".*

Il [redacted] è stato dunque ricondotto dai consulenti a "*shock settico in corso di sepsi, con disfunzione multiorgano, da polmonite da Klebsiella pneumoniae e batteriemia da Staphylococcus epidermidis"*, causalmente collegato, secondo il criterio del "più probabile che non" ("*da ricondurre… con una probabilità prossima alla certezza"*), "*al mancato e inidoneo trattamento delle infezioni manifestatesi nel corso del ricovero, infezioni determinate da germi che per la loro resistenza sono da considerarsi nosocomiali*" (cfr. p. 56 della relazione peritale).

I CTU hanno altresì escluso l'idoneità della pregressa patologia neoplastica a determinare autonomamente l'exitus in tempi brevi, atteso che "*la letteratura è concorde nell'indicare come decisamente buona la prognosi a distanza di un carcinoma gastrico nello stadio riconosciuto al de cuius, quando lo stesso come nel caso concreto risulta suscettibile di essere adeguatamente trattato"* e che, pertanto, il paziente presentava una prognosi oncologica favorevole.

Pertanto, i CTU hanno ritenuto che *"lo stato di malattia preesistente, per quanto di interesse, non pare possa essere considerato come idoneo a cagionare il decesso del* CP_3 *proprio in ragione dell'esistenza di una valida opzione terapeutica in grado di migliorare la prognosi, nel caso concreto preclusa a seguito dell'intervenuta infezione"*, potendosi quindi "*ritenere che in assenza delle documentate inadempienze l'exitus del …* CP_3 *non si sarebbe verificato, non essendo la precedente patologia oncologica idonea ad interrompere il nesso di causa".*

A fronte delle osservazioni formulate dai consulenti tecnici di parte della convenuta, i CTU nella relazione integrativa depositata l'8.5.2024 hanno ribadito le conclusioni già espresse,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

precisando che, sebbene la cardiopatia ischemica cronica abbia costituito un fattore di fragilità del paziente, essa non rivestiva carattere interruttivo del nesso causale. In particolare, hanno evidenziato come l'arresto cardiocircolatorio del 3 novembre 2015 si inserisse in un contesto di sepsi non adeguatamente trattata, con alterazioni metaboliche gravi, idonee a spiegare l'evento aritmico, e come la successiva evoluzione clinica fino al decesso fosse imputabile al persistente stato settico e non a una progressione della patologia oncologica o cardiaca.

Il Tribunale ritiene di aderire alle conclusioni dei consulenti tecnici d'ufficio, la cui relazione appare completa, coerente e sorretta da adeguato supporto scientifico e documentale.

La CTU ha ricostruito in modo puntuale l'intera vicenda clinica del paziente, distinguendo correttamente la conformità dell'atto chirurgico dalle criticità emerse nella gestione clinico-assistenziale successiva, con particolare riferimento alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle infezioni insorte nel corso della prolungata degenza in terapia intensiva.

Le conclusioni peritali risultano logicamente motivate anche sotto il profilo causale, poiché il decesso viene ricondotto, secondo il criterio del "più probabile che non", allo stato settico determinato da infezioni nosocomiali non adeguatamente trattate, mentre le patologie pregresse del paziente sono valutate come fattori di fragilità non idonei a interrompere il nesso eziologico.

Le osservazioni formulate dalla parte convenuta sono state adeguatamente esaminate e confutate dai CTU, risolvendosi in una diversa lettura del medesimo materiale clinico, priva di elementi tali da infirmare l'attendibilità e la coerenza dell'elaborato peritale.

Per tali ragioni, la consulenza tecnica d'ufficio può essere integralmente posta a fondamento della decisione.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, deve ritenersi sussistente il nesso causale tra le azioni e omissioni imputabili alla convenuta *Controparte_6* ai sensi dell'art. 1228 c.c., in quanto poste in essere dal personale sanitario della stessa, e il decesso di *[...]* *Controparte_3*

La condotta tenuta dai sanitari non risulta conforme alle *leges artis* e al grado di diligenza esigibile dall'*homo eiusdem generis et condicionis*, avendo provocato, con elevata probabilità logica, la verificazione dell'evento lesivo.

Sussiste, infatti, secondo il criterio del "più probabile che non", la ragionevole certezza che una condotta assistenziale conforme alle regole dell'arte e maggiormente diligente avrebbe evitato l'evento dannoso e il conseguente decesso del paziente.

Giova, peraltro, precisare che "*la limitazione di responsabilità professionale del medico-chirurgo ai soli caso di dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 c.c., attiene esclusivamente*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

alla perizia, per la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà. Ne consegue che, anche nei casi di speciale difficoltà, tale limitazione non sussiste con riferimento ai danni causati per negligenza o imprudenza, dei quali il medico risponde in ogni caso" (cfr. Cass. sez. III, 12 marzo 2013, n. 6093).

Deve pertanto essere dichiarata la responsabilità della *Controparte_6* per l'evento oggetto di causa.

7.- Passando all'esame del *quantum debeatur* della domanda risarcitoria, i ricorrenti hanno spiegato, anzitutto, domanda di risarcimento *iure hereditatis* del danno non patrimoniale subito da *Controparte_3*

È orientamento pacifico e consolidato, nella giurisprudenza della Suprema Corte, che le sole poste di danno liquidabili *iure proprio* alla vittima di lesioni mortali sono i c.d. danni terminali, di fonte giurisprudenziale e cristallizzati dalla Suprema Corte (cfr. Cass. SS.UU. sent. n. 15350/2015), a condizione che intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse.

È, quindi, configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla effettiva menomazione della integrità psicofisica patita dal soggetto leso per il periodo di tempo indicato.

Il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento è trasmissibile agli eredi, che possono agire in giudizio nei confronti del danneggiante *iure hereditatis.*

In tal caso, l'ammontare del danno biologico (c.d. terminale) sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea, per il tempo di permanenza in vita, e tuttavia la sua liquidazione dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporaneo, tale danno è massimo nella sua entità e intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero e esitare nella morte (cfr. Cass. sez. III, 8 luglio 2014 n. 15491, Cass. sez. III, 23 febbraio 2004 n. 3549, Cass. sez. III, 30 ottobre 2009 n. 23053, a mente della quale "*l'ammontare del danno biologico, che gli eredi del defunto richiedono iure successionis, va calcolato non con riferimento alla durata probabile della vita del defunto, ma alla sua durata effettiva"*).

Si tratta di un danno – ha chiarito la Suprema Corte - nel quale i fattori della personalizzazione debbono valere in un grado assai elevato e, per questa ragione, non può essere liquidato attraverso l'applicazione automatica dei criteri contenuti nelle tabelle utilizzate dai Tribunali, ma deve essere compiutamente adeguato al caso concreto (cfr. Cass. sez. III, 16 marzo 2007 n. 7632, Cass. sez. III, 14 luglio 2003 n. 3549), tenendo conto della durata effettiva della vita.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il danno biologico terminale, quale pregiudizio della salute che pur se temporaneo è massimo nella sua entità e intensità, in quanto conduce a morte un soggetto in un sia pure limitato ma apprezzabile lasso di tempo (cfr. Cass., sez. III, 23 febbraio 2004, n. 3549, e Cass., sez. III, 23 febbraio 2005 n. 3766), è stato ravvisato come "*sempre esistente*", per effetto della "*percezione*", "*anche non cosciente*", della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della sua vita (cfr. Cass., sez. III, 28 agosto 2007 n. 18163, Cass. sez. III, 19 ottobre 2007 n. 21976).

Quanto alla configurabilità del c.d. danno morale terminale, inteso quale danno subito dalla vittima per la sofferenza provata nell'avvertire consapevolmente l'ineluttabile approssimarsi della propria fine, assume rilievo, in luogo dell'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso della vittima (rilevante per il danno biologico terminale), il diverso criterio dell'intensità della sofferenza provata (cfr. Cass. n. 15491/2014 cit., Cass. sez. III, 8 aprile 2010 n. 8360), rilevante sotto il profilo del danno morale, provocata dalla cosciente percezione da parte della vittima delle conseguenze catastrofiche delle lesioni (cfr. Cass., sez. III, 31 maggio 2005 n. 11601).

Il danno non patrimoniale in questione è quindi finalizzato al ristoro della paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali e è risarcibile soltanto se la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente, sicché, in difetto di tale consapevolezza, non è nemmeno concepibile l'esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni (Cass. 13 giugno 2014 n. 13537; cfr. altresì Cass. Sez. U, 11 novembre nn. 26972 e 26973; cfr. Cass. sez. III, 5 dicembre 2014 n. 25731 che ribadisce l'ontologica diversità tra il danno biologico terminale e il danno morale terminale, fondato sull'intensa sofferenza d'animo conseguente alla consapevolezza delle condizioni cliniche seguite al sinistro).

Peraltro, onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio e tenendo conto, sul punto, dell'insegnamento delle Sezioni Unite (cfr. SS.UU. nn. 26972-3-4-5 dell'11.11.2008, oltre alla sent. n. 15350/2015) deve ritenersi il carattere onnicomprensivo della categoria del "danno terminale", tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente.

Onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio, la categoria del danno terminale deve intendersi dunque comprensiva dei pregiudizi definiti come "danno biologico terminale", "da lucida agonia" o "morale catastrofale".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

La liquidazione del danno terminale, proprio in quanto comprensiva di ogni voce di pregiudizio non patrimoniale patita in quel lasso di tempo, esclude la separata liquidazione del danno biologico temporaneo "ordinario", da intendersi quindi assorbita.

Sulla scorta di tali principi, va pertanto riconosciuto ai ricorrenti *Parte_3* , *[...]* *Parte_1* e *Parte_2* in qualità di eredi, il danno terminale del defunto.

Considerati, quindi, il predetto danno biologico e le sofferenze patite da *CP_3* *[...]* tenuto conto del protrarsi delle sofferenze per circa 95 giorni (e cioè dall'1.8.2015 – giorno fino al quale il decorso post operatorio si era mantenuto regolare – data in cui comparivano i primi segni della sepsi nosocomiale fino al 3.11.2015, data dell'evento ischemico anossico cerebrale, con definitiva perdita di conoscenza e coscienza da parte del paziente), dell'entità delle sofferenze stesse, alla luce delle tabelle individuate dal Tribunale di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale c.d. terminale, comprensivo della componente biologica temporanea, si stima equo liquidare per il danno terminale la somma complessiva di 97.106,00, non ulteriormente personalizzabile, non essendo allegato un ulteriore particolare sconvolgimento della vittima in relazione alle circostanze del caso concreto rispetto a quello già contemplato nelle citate Tabelle.

Ai ricorrenti *Parte_3* , *Parte_1* e *Parte_2* spetta, pertanto, iure hereditatis, la somma complessiva di € 97.106,00 a titolo di risarcimento del danno terminale del de cuius, già comprensivo delle componenti biologica e morale.

8.- Va rigettata la domanda di risarcimento del danno da perdita di *chance* di sopravvivenza asseritamente patito dal *de cuius*, poiché, come sopra rilevato, dalla CTU espletata risulta provato, secondo il criterio del "più probabile che non", il nesso di causalità tra la condotta dei sanitari e la morte del paziente. Ne consegue che non viene in rilievo la perdita di *chance* di guarigione (danno ontologicamente distinto dalla perdita del bene vita), essendo stato accertato dai CTU l'evento morte quale conseguenza eziologicamente riconducibile alle condotte contestate.

9.- I ricorrenti hanno spiegato, altresì, domanda volta ad ottenere il risarcimento del danno morale e parentale patito *iure proprio* in conseguenza del decesso di *Controparte_3*

Ai fini della liquidazione del danno morale *iure proprio*, come chiarito dalla recente giurisprudenza di legittimità e di merito, deve considerarsi il danno scaturente dalla lesione del rapporto parentale. E invero, come affermato dalla predetta giurisprudenza, in tema di danno non patrimoniale per la perdita di un familiare, questo può essere determinato in un'unica somma comprendente sia il cosiddetto danno morale in senso stretto, derivante dalla sofferenza per la perdita del congiunto, sia il cosiddetto danno esistenziale, derivante dalla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

lesione del rapporto parentale e dall'incidenza che tale lesione assume sulla vita futura del congiunto superstite (secondo l'accezione di cui alle sentenze Cass. sez. III, 31 maggio 2003, n. 8827 e n. 8828, ribadita, poi, da Cass., sez. U., 11 novembre 2008 n. 26972, n. 26973, n. 26974 e n. 26975). Pertanto, nell'ipotesi di riconoscimento congiunto del danno morale subiettivo e del danno relativo alla compromissione dei rapporti parentali, appare equo liquidare a favore dei congiunti del defunto una somma complessiva a titolo di ristoro del danno non patrimoniale subito in proprio, sia nella sua componente esistenziale che nella sua proiezione morale, attinente cioè al c.d. *pretium doloris*, in senso stretto.

Laddove il fatto lesivo provochi una determinante riduzione, se non annullamento, delle positività che dal rapporto parentale derivano (Cass., sez. III, 31 maggio 2003 n. 8827), si determina uno sconvolgimento delle abitudini di vita che, pur potendo avere diversa ampiezza e consistenza in termini di intensità e protrazione nel tempo in relazione alle diverse situazioni, deve trovare comunque obiettivazione nell'alterazione del modo di relazionarsi del soggetto sia all'interno del nucleo familiare che all'esterno di esso nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione (Cass., sez. III 31 maggio 2003 n. 8827 e n. 8828).

Esso si concreta in una modificazione peggiorativa della personalità dell'individuo, che si obiettivizza socialmente nella negativa incidenza sul suo modo di rapportarsi con gli altri, sia all'interno del nucleo familiare, che all'esterno del medesimo, nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione; ciò in conseguenza della subita alterazione e della privazione del rapporto materiale e personale con lo stretto congiunto nel suo essenziale aspetto affettivo o di assistenza morale (cura, amore), cui ciascun componente del nucleo familiare ha diritto nei confronti dell'altro (Cass. 12 giugno 2006 n. 13546). La compromissione della personalità dell'individuo in ipotesi tragiche come quella di specie deve sicuramente presumersi, in quanto corrispondente all'*id quod plaerumque accidit,* fino a prova contraria gravante sul danneggiante (cfr. Cass. 12 giugno 2006 n. 13546).

Pertanto, condividendo l'orientamento emerso nel Tribunale di Milano (cfr. "*Criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale"*- edizione 2024) in ordine ad una valutazione "*a punti",* tenuto conto dell'età della vittima primaria (58 anni) e di quella delle vittime secondarie (*Parte_3* 62 anni, *[...] Parte_1* 34 anni, *Parte_2* 30 anni, *Parte_4* 52 anni) al momento del decesso di *Controparte_3* del grado di parentela (rispettivamente coniuge, figli e fratello), della circostanza che è stata allegata – senza contestazioni - la convivenza con il defunto per tutti tranne che per *Parte_4* e, per ciascun ricorrente, del numero degli altri familiari in vita (2 per i primi tre e nessuno per *Parte_4* , nonché

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'intensità della relazione, si ritiene di dover determinare il risarcimento spettante, in via equitativa, a titolo di danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale, in termini monetari attuali, il cui pagamento va posto a carico della convenuta struttura sanitaria *Controparte_6*

-. € 301.147,00 a favore di *Parte_3* ;

-. € 324.613,00 a favore di *Parte_1*

-. € 332.435,00 a favore di *Parte_2*

-. € 93.390,00 a favore di *Parte_4*

10.- Con riferimento alla domanda di risarcimento del danno patrimoniale (per la perdita di una "*fondamentale fonte di reddito per la… famiglia*"), occorre premettere che tale voce di danno consiste nella perdita delle utilità economiche che, secondo un giudizio di ragionevole probabilità, il danneggiato avrebbe continuato a percepire in assenza dell'evento illecito, ai sensi dell'art. 1223 c.c.

In particolare, il lucro cessante, nel danno patrimoniale da morte del congiunto, attiene alla perdita delle contribuzioni economiche future che il defunto avrebbe verosimilmente continuato a fornire (perdita del sostegno economico).

La giurisprudenza di legittimità richiede, a tal fine, una prova rigorosa della sussistenza del pregiudizio effettivamente patito, restando esclusi dal risarcimento mancati guadagni meramente ipotetici o aleatori (cfr. Cass. n. 10750/2020; Cass. n. 11254/2011; Cass. n. 24632/2015; Cass. n. 23304/2007; Cass. n. 608/1973); solo una volta accertata l'esistenza del danno, è consentito procedere alla sua liquidazione in via equitativa ai sensi dell'art. 1226 c.c. (cfr. Cass. n. 10111/2008; Cass. n. 2737/2015).

Nel caso di specie, la domanda risarcitoria proposta da *Parte_3* è fondata.

La ricorrente ha fornito adeguata prova documentale dell'esistenza, al momento del decesso, di un rapporto di lavoro stabile e continuativo del *de cuius*, mediante produzione del cedolino stipendiale, degli estratti conto attestanti gli accrediti mensili e della documentazione rilasciata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze relativa agli importi stipendiali fissi e continuativi. Tali elementi consentono di ritenere dimostrata, con il grado di verosimiglianza richiesto, una capacità reddituale destinata a protrarsi nel tempo fino all'età pensionabile.

Ai fini della quantificazione del danno, il Tribunale ritiene di procedere a una liquidazione equitativa, assumendo quale base di calcolo il reddito annuo netto del *de cuius*, quantificabile in euro 11.979,00 (cfr. l'estratto "importi di diritto" in atti). In considerazione della composizione del nucleo familiare e delle esigenze personali del lavoratore, appare equo detrarre un terzo di tale importo, da ritenersi destinato ai bisogni personali del defunto, con

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

conseguente individuazione di un reddito annuale destinabile alla famiglia pari a euro 7.986,00.

Tenuto conto dell'età del *de cuius* (58 anni) e dell'età pensionabile (67 anni), il periodo di perdita del reddito può essere equitativamente stimato in nove anni. Applicando un coefficiente di capitalizzazione pari a 9,03, conforme a criteri attuali e attendibili, il danno patrimoniale complessivo risulta pari ad euro 72.113,58; poiché l'apporto economico del defunto deve ritenersi ripartito tra i componenti del nucleo familiare, l'importo attribuibile alla coniuge superstite è equitativamente determinabile nella misura della metà, pari ad euro 36.056,79.

Tale somma deve essere ulteriormente ridotta in via equitativa, tenuto conto della percezione, da parte della ricorrente, di un trattamento pensionistico sostitutivo (cfr. dichiarazioni rese dalla teste escussa), con conseguente determinazione del danno risarcibile in euro 18.028,39.

Diversamente, la domanda di risarcimento del danno patrimoniale avanzata dai figli *Pt_1* e *Parte_2* non può trovare accoglimento, atteso che, all'epoca del decesso, gli stessi erano maggiorenni (rispettivamente di anni 34 e 30), non risultando allegata né provata una condizione di inabilità al lavoro o una situazione di stabile e perdurante dipendenza economica dal genitore, non essendo a tal fine sufficiente il mero rapporto di filiazione.

Ne consegue che la *Controparte_2* deve essere condannata al risarcimento del danno patrimoniale da lucro cessante in favore della sola *Parte_3*, nella misura di euro 18.028,39.

11.- Nella liquidazione del danno cagionato da illecito civile (anche di tipo contrattuale, come nel caso di specie), in caso di ritardo nell'adempimento deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale danno, invero, ben può essere liquidato 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, anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr., in tal senso, *ex multis*, Cass. civ., sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. civ., sez. III, 10 marzo 2000, n. 2796).

Per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma originaria progressivamente rivalutata anno per anno, le somme sopra liquidate, determinate all'attualità, vanno rideterminate con riferimento alla data dell'evento lesivo [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

devalutandole secondo il tasso di svalutazione relativo al periodo [redacted] fino alla data di pubblicazione del presente provvedimento) e, quindi, sulla somma così ottenuta e di volta in volta rivalutata a partire dal [redacted] in base all'indice ISTAT delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati e operai (cosiddetto indice FOI) ex art. 150 disp. att cpc, con decorrenza dal [redacted] vanno applicati, anno per anno, gli interessi al tasso legale previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., con divieto di anatocismo.

Dal momento della pubblicazione della presente sentenza e fino all'effettiva corresponsione, infine, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale liquidata a titolo risarcitorio (comprensiva di capitale, rivalutazione e interessi), gli ulteriori interessi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 cod. civ., posto che, al momento della pubblicazione della decisione, l'obbligazione risarcitoria, che ha natura di debito di valore, si trasforma in debito di valuta, con conseguente applicabilità degli istituti tipici delle obbligazioni pecuniarie in senso stretto, sulla somma globale composta da capitale, rivalutazione e coacervo degli interessi maturati fino alla data predetta (pubblicazione della decisione: cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, 3 dicembre 1999, n. 13470; Cass. civ., sez. III, 21 aprile 1998, n. 4030).

12.- Le spese di lite, liquidate e distratte come in dispositivo, seguono la soccombenza della *Controparte_2*

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunziando, ogni diversa domanda, eccezione e istanza disattesa o assorbita:

-. accerta e dichiara la responsabilità contrattuale della *Controparte_1* *[...]* per il [redacted] *Controparte_3* [redacted]

-. condanna la *Controparte_6* al pagamento in favore di *Parte_1* *Parte_2* e *Parte_3*, *iure hereditatis*, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale terminale spettante al defunto *Controparte_3* della somma complessiva di € 97.106,00;

-. Condanna la *Controparte_6* al pagamento in favore dei ricorrenti, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, delle seguenti somme: a) € 301.147,00 a favore di *Parte_3*; b) € 324.613,00 a favore di *[...]* *Parte_1* c) € 332.435,00 a favore di *Parte_2* d) € 93.390,00 a favore di *Parte_4*

-. Condanna la *Controparte_6* al pagamento in favore di *Parte_3* della somma di € 18.028,39 a titolo di risarcimento del danno patrimoniale da lucro cessante;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

-. Condanna l' *Controparte_6* al pagamento in favore dei ricorrenti di interessi legali e rivalutazione monetaria, sulle somme liquidate ai punti che precedono, secondo i criteri indicati in motivazione;

-. Rigetta ogni altra domanda;

-. Condanna la *Controparte_6* al pagamento in favore di *Parte_1* *Parte_2* *Parte_4* *Parte_3* delle spese di lite, liquidate in complessivi € 1.686,00 per spese e € 37.951,00 per competenze, oltre I.V.A., C.P.A. e spese generali come per legge, con distrazione a favore dell'avv. [redacted] e [redacted] nonché dell'avv. [redacted] dichiaratisi anticipatari;

-. Pone definitivamente a carico della *Controparte_6* le spese di CTU medico legale e condanna la *Controparte_6* a rivalere i ricorrenti delle somme a tale titolo corrisposte ai CTU.

Napoli, 20/4/2026.

IL GIUDICE

dott.ssa Nicoletta CALISE

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it