Proc. n. 22836/2022 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. 22836/2022 R.G., assegnata in decisione all'udienza del 14.5.2026 e vertente

TRA

(c.f. *C.F._1* , ed ivi residente alla *Part* (c.f. *2*), e alla (c.f. *C.F._3*), ed ivi residente alla ed (c.f. *4*), e alla tutti in proprio e nella qualità di eredi di ed ivi , elettivamente alla presso lo studio dell'avv. (c.f. *C.F._5* , che li rappresenta e difende giusta procura rilasciata in calce all'atto di citazione

ATTORI

E

Controparte_3 (P.IVA *P.I*), in persona del legale rappresentante p.t. Dott. *Controparte_4* , con sede in Napoli al elettivamente domiciliata in Napoli alla presso lo studio dell'avv. (c.f. *C.F._6*) e dall'avv. (c.f. *C.F._7* , che la rappresentano e difendono, congiuntamente e disgiuntamente, giusta procura in atti

CONVENUTA

E

CP_5 *CP_3* (P.IVA *P.IVA_2* , in persona del legale rappresentante p.t., amministratore delegato e vice presidente del Consiglio di Amministrazione dott. *Controp* *l* rappresentata e difesa, in virtù di mandato in allegato al presente atto, dall'avv. (c.f. *C*) e dall'avv. (c.f. *.F._9*), con cui elettivamente Vetere al

CONVENUTA

E

(P.IVA n. *P.IVA_3* , con sede legale in Mogliano Veneto (TV), in persona dei legali rappresentanti p.t., dott. *8* e dott. *Controparte_9* rappresentata e difesa dall'avv. (c.f.) ed elettivamente domiciliata presso lo studio dello stesso in Napoli alla in virtù di procura generale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

CHIAMATA IN CAUSA

E

troparte_10 (P.IVA), con sede legale in Milano, alla [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (c.f. C.F._11) in virtù di procura in atti ed elettivamente domiciliata presso lo studio della stessa in Napoli, alla [redacted] in forza di procura allegata alla comparsa di costituzione

CHIAMATA IN CAUSA

Oggetto: responsabilità professionale

Conclusioni: all'udienza del 14.5.2026 – svoltasi in presenza - i procuratori delle parti concludevano riportandosi ai propri scritti difensivi, insistendo per l'accoglimento delle conclusioni ivi formulate.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 27.9.2022, Parte_1 , Pt_2 [...] , CP_1 ed CP_2 , tutti in proprio e nella qualità di eredi di Persona_1 convenivano in giudizio la Controparte_3 e la [...] CP_11 dinanzi a questo Tribunale, per sentirne accertare la responsabilità, in solido ovvero ciascuna per quanto di ragione, in ordine al decesso della loro congiunta e, per l'effetto, ottenerne la condanna al risarcimento di tutti i danni, *iure proprio* e *iure hereditatis*.

In particolare, dopo aver premesso di avere esperito il procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c., conclusosi con deposito di CTU medico-legale in data 11.11.2021, nonché il successivo procedimento di mediazione, definito con verbale negativo, gli attori, a sostegno della domanda, deducevano:

- che, in data 9.10.2014, Persona_1 a seguito di evento traumatico, accedeva al pronto soccorso dell'Ospedale i Napoli, ove le veniva diagnosticata una frattura scomposta del terzo prossimale del femore destro;
- che, in data 11.10.2014, la paziente si trasferiva presso la Controparte_3 [...] ove veniva accettata con diagnosi di frattura spiro destro e, in data 14.10.2014, veniva sottoposta ad intervento chirurgico di riduzione ed osteosintesi, con successiva dimissione in data 18.10.2014;
- che, nei mesi successivi, la donna continuava a lamentare forti dolori, grave difficoltà di ripresa e marcata limitazione della deambulazione;
- che, in data 14.7.2015, si ricoverava presso Controparte_11 ove gli accertamenti diagnostici evidenziavano, tra l'altro, la pre resa da trapano nello spessore dell'osso;
- che, in data 15.7.2015, veniva sottoposta ad intervento chirurgico di rimozione della placca e delle viti precedentemente impiantate, di asportazione e pulizia dell'ascesso sovrafasciale e di nuova sintesi con chiodo endomidollare;
- che il registro operatorio riportava il reperimento di infezione sovrafasciale, del focolaio fratturativo pseudoartrosico e del mezzo di sintesi precedentemente impiantato, che risultava rotto e mobilizzato;
- che, in data 24.7.2015, veniva dimessa con diagnosi di rifrattura del femore destro con rottura dei mezzi di sintesi ed ascesso sovrafasciale della coscia destra;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

- che, in data 2.8.2015, la stessa accedeva al pronto soccorso del *Parte_3* per stato anemico e stato soporoso e, all'esame obiettivo locale, *"l'arto inferiore dx risultava aumentato di volume e la ferita del recente intervento per frattura femore con gemizio misto sangue e pus"*;
- che, in data 11.8.2015, veniva dimessa con diagnosi di anemia a genesi mista, insufficienza multiorgano e ascesso sovrafasciale destro in complicanza del duplice intervento per frattura del femore destro e trasferita presso la *Controparte_12*, dalla quale veniva poi dimessa in data 9.10.2015 in condizioni di non deambulazione;
- che, in data 4.1.2016, accedeva nuovamente al *Parte_3* con diagnosi di febbre in paziente con fistola secernente superficiale laterale della tra;
- che, in data 13.1.2016, veniva ricoverata presso il [redacted] di Roma, ove gli accertamenti evidenziavano una raccolta fluida organizzata lungo la cicatrice chirurgica del femore destro e un'infezione del sito chirurgico con isolamento di Klebsiella Pneumoniae;
- che, in data 23.1.2016, veniva sottoposta ad ampia revisione della ferita chirurgica, con riscontro di materiale purulento, i cui tamponi documentavano la crescita di MRSA e di Klebsiella Pneumoniae;
- che, nonostante i trattamenti praticati, le condizioni cliniche della paziente peggioravano progressivamente sino al [redacted] con diagnosi principale di dimissione di *"setticemia non specificata"*;
- che il decesso derivava da un'infezione del sito chirurgico non adeguatamente trattata e degenerata in setticemia ed insufficienza multiorgano.

Alla luce di quanto sopra, gli attori imputavano alla *Controparte_3* di non aver prevenuto le infezioni nosocomiali, di non aver trattato adeguatamente la piaga da decubito, di non aver valutato il rischio infettivo correlato al catetere vescicale, di non aver approfondito la presenza di leucocitosi neutrofila e, infine, di non aver praticato durante e dopo il ricovero una adeguata profilassi e terapia antibiotica.

Quanto a *Controparte_11* gli attori ascrivevano alla stessa una responsabilità per un inadeguato trattamento della complicanza infettiva già presente, per la omessa esecuzione di un'idonea toilette chirurgica, per la inadeguatezza della profilassi e della terapia antibiotica e per l'utilizzo di materiale operatorio non più sterile.

Quindi, gli attori chiedevano il risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, ivi compresi il danno biologico, il danno terminale e/o catastrofale, il danno da perdita del rapporto parentale e, in via subordinata, il danno da perdita di chance.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio la *Controparte_3* *[...]* la quale eccepiva l'infondatezza della domanda, per mancanza di prova del nesso causale tra l'intervento eseguito presso la struttura e il decesso della paziente, anche alla luce della CTU espletata nel giudizio ex art. 696 bis c.p.c., che non individuava con certezza una specifica struttura responsabile; l'insussistenza di specifici profili di colpa a proprio carico, in quanto la profilassi antibiotica perioperatoria risultava praticata e non emergevano elementi idonei a ricondurre causalmente l'infezione al ricovero ed all'intervento eseguiti presso la clinica; in via subordinata, chiedeva la graduazione di eventuali responsabilità concorrenti e il diritto di essere garantita dalla propria compagnia assicuratrice, che chiedeva di poter chiamare in causa.

Si costituiva in giudizio, altresì, *Controparte_11* la quale eccepiva l'inammissibilità e improcedibilità della domanda, la genericità dell'atto introduttivo, asserita mente privo della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

specifica individuazione delle condotte colpose imputate alla struttura e carente nella allegazione del nesso causale; l'infondatezza della domanda, in ragione del fatto che l'intervento del 15.7.2015 era stato eseguito nel rispetto delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali, con corretto inquadramento della patologia ortopedica ed infettivologica; l'insussistenza di profili di colpa nella scelta di procedere in unico tempo chirurgico, in quanto tale opzione era imposta dalla contestuale necessità di trattare la frattura, rimuovere i mezzi di sintesi lesionati ed affrontare il reperto ascessuale; l'insussistenza del nesso eziologico tra il proprio operato e l'*exitus* della paziente, in quanto risultava indimostrato che il trattamento praticato presso la struttura avesse avuto efficienza causale nella determinazione dell'evento letale. In ogni caso, chiedeva di poter chiamare in causa la *Controparte_10* onde poter essere garantita e manlevata dalla stessa in caso di condanna.
Quindi, differita la prima udienza e autorizzata la chiamata in causa delle due compagnie assicurative, si costituivano in giudizio la *Controparte_7* e la *[...] Controparte_10* le quali aderivano alle difese delle proprie garantite e, in subordine, chiedevano che la loro garanzia fosse contenuta nei limiti ed alle condizioni previste in polizza.
Concessi i termini di cui all'art.183 co.6 c.p.c., veniva, dapprima, disposto un supplemento di CTU con gli stessi ausiliari del procedimento *ante causam ex* 696-*bis* c.p.c., dott.ssa *Per_2 [...]* specialista in medicina legale, e dott. *Persona_3* specialista in ortopedia, al fine di consentire agli stessi di riesaminare il caso in virtù della nuova documentazione medica prodotta dalle parti e non presente all'atto del giudizio di ATP.
Successivamente, veniva disposta una nuova CTU, incaricando un diverso collegio peritale, composto dal prof. *Persona_4*, specialista in medicina legale, e dal dott. *Per_5 [...]*, specialista in infettivologia, al fine di meglio ricostruire la complessa vicenda clinica della *Per_1* e fornire tutti i chiarimenti necessari in merito alle eventuali responsabilità delle strutture sanitarie convenute.
All'udienza del 14.05.2026, all'esito della discussione, la causa veniva riservata in decisione ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 281 sexies c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. La domanda avanzata dagli attori è fondata e deve essere, quindi, accolta nei sensi di cui in motivazione.

2. Preliminarmente deve darsi atto che la presente controversia, pur essendo stata introdotta successivamente all'entrata in vigore della legge n. 24/2017 c.d. *CP_13*, ha ad oggetto fatti sanitari verificatisi tra il 2014 ed il 2016 e deve, pertanto, essere scrutinata alla luce del regime normativo vigente *ratione temporis* al momento della verificazione dei fatti lesivi. In proposito, infatti, la giurisprudenza di legittimità ha chiarito in modo ormai consolidato che le disposizioni introdotte dalla legge n. 24/2017 non hanno portata retroattiva e, dunque, non trovano applicazione rispetto a fatti anteriori alla loro entrata in vigore, dovendo la responsabilità sanitaria essere accertata secondo i criteri previgenti. In tal senso, deve farsi applicazione dei principi elaborati in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità da contatto sociale qualificato dell'esercente la professione sanitaria, secondo il tradizionale inquadramento di cui agli artt. 1218 e 1228 c.c., come costantemente affermato dalla Suprema Corte.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

Più in particolare, quanto alla posizione della struttura sanitaria, l'accettazione del paziente determina la conclusione di un contratto atipico di spedalità o assistenza sanitaria, dal quale scaturiscono obblighi non solo di cura in senso stretto, ma anche di organizzazione, vigilanza, messa a disposizione di personale qualificato e di mezzi idonei all'esecuzione della prestazione sanitaria secondo le *leges artis*.
Ne consegue che la struttura risponde, a titolo contrattuale, sia per l'inadempimento delle obbligazioni su di essa direttamente gravanti, sia, ai sensi dell'art. 1228 c.c., dell'operato dei sanitari di cui si avvale nell'adempimento della propria obbligazione.
Parimenti, con riguardo all'attività del sanitario, per i fatti anteriori alla riforma del 2017 viene in rilievo il paradigma del contatto sociale qualificato, dal quale deriva una responsabilità anch'essa regolata secondo le norme dell'inadempimento contrattuale.
Sul piano processuale, da tale qualificazione, discende che il paziente (danneggiato), che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto intercorso con la struttura e/o con il sanitario ed allegare l'inadempimento del professionista che consiste nell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto della prestazione sanitaria resa), nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando invece a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile ovvero che l'inadempimento, pur esistendo, non sia stato eziologicamente rilevante (cfr. Cass. civ., sentenza n. 5128 del 26.2.2020).
In altri termini, nei giudizi risarcitori da responsabilità sanitaria, si delinea, in particolare, un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, invece, deve essere provato dal debitore/danneggiante. Ne consegue che mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta attiva od omissiva del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare la ricorrenza, nel caso concreto, di una causa imprevedibile e inevitabile che ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione (fatto estintivo del diritto). L'onere per la struttura di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile, in particolare, sorge solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità tra la patologia e la condotta dei sanitari (cfr., sul punto, Cass., sez. III, n. 27151/2023; Cass., ordinanza n. 5487 del 26.2.2019; Cass., sez. III, n. 2061 del 29.1.2018).
In materia civile, l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica.
Ed invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, che questo Giudice ritiene di condividere, deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, 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 disponibili in relazione al caso concreto (tra cui, soprattutto, l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali).
Orbene, nel caso di specie, alla luce della copiosa documentazione prodotta, della consulenza resa in sede di ATP ex art. 696-bis c.p.c., del relativo supplemento, delle consulenze di parte e, soprattutto, della CTU disposta nel presente giudizio, i fatti costitutivi della pretesa attorea possono ritenersi provati, nei limiti di seguito indicati.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

3. La sequenza clinica rilevante ai fini del decidere può essere così riassunta: *Persona_1* a seguito del trauma del 9.10.2014 con frattura del femore destro, veniva dapprima ricoverata presso il [redacted] e, subito dopo l'autodimissione, sottoposta presso la Clinica [redacted] in data 14.10.2014, ad intervento di osteosintesi con placca e viti; nei mesi successivi seguivano controlli ambulatoriali sino alla dichiarazione di guarigione chirurgica del marzo 2015. Nel luglio 2015, la paziente accedeva poi a *CP_5* dove venivano riscontrate rottura del mezzo di sintesi, pseudoartrosi/rifrattura e presenza di tessuto descritto come infetto in sede sovrafasciale; seguiva nuovo intervento con rimozione della placca e posizionamento di chiodo endomidollare. Da quel momento, il decorso risultava segnato da grave anemia, raccolte sottofasciali, persistente alterazione della ferita chirurgica, successivi ricoveri al *Parte_3* e a *CP_12*, prima positività microbiologica per Klebsiella pneumoniae nel settembre 2015, nuova riacutizzazione nel gennaio 2016 e, infine, ricovero presso il [redacted] dove veniva accertata una conclamata infezione della ferita chirurgica con isolamento di germi multiresistenti e successivo [redacted]
Sulla vicenda, come si è detto, si sono succedute più valutazioni tecniche.
L'ATP a firma della dott.ssa *Per_2* e del dott. *Per_3* pur individuando la causa finale della morte in una sepsi a genesi nosocomiale, reputava non raggiungibile l'attribuzione causale dell'infezione mortale a una specifica struttura, in ragione delle lacune documentali e della pluralità dei ricoveri succedutisi nel tempo; nondimeno, la stessa consulenza segnalava già profili problematici nei due ricoveri chirurgici, rilevando da un lato *"criticità"* nella gestione infettivologica e profilattica presso la *CP_3* *CP_3* [redacted] e, dall'altro, ulteriori criticità nel trattamento eseguito presso *CP_5* (cfr. ATP, pagg. 35-38; nonché risposte ai quesiti, pagg. 39-43).
Il supplemento di CTU reso dai suddetti ausiliari, alla luce della documentazione successivamente acquisita, confermava tale impostazione prudenziale, ma ribadiva testualmente che vi erano *"elementi di criticità sia nella profilassi preoperatoria all'interno della [...] CP_3, sia in CP_5"* e che *"entrambe le strutture non hanno verosimilmente applicato una corretta metodologia nel trattamento della frattura di femore"* in una paziente ad altissimo rischio (cfr. supplemento di CTU, pagg. 19-20).
In senso più accusatorio, invece, la consulenza infettivologica di parte attrice collegava l'evoluzione infettiva dapprima alla carente prevenzione del rischio presso la *CP_3* [redacted] *CP_3* " e, poi, alla scorretta gestione da parte dei sanitari di *CP_5* del quadro clinico già compromesso (cfr. CTP dott. *Per_6* pagg. 15-31).
Infine, deve darsi atto che nel presente giudizio di merito veniva disposta una nuova CTU, affidata al prof. *Per_4* e al dott. *Per_5*, proprio al fine di riesaminare l'intera vicenda clinica e di sciogliere le residue incertezze eziologiche.
Orbene, alla luce degli elementi forniti dai consulenti tecnici, questo Giudice ritiene di dover superare, nei limiti di seguito indicati, le conclusioni a cui è pervenuto il primo collegio peritale e di accordare prevalenza all'ultima CTU che è stata resa in ordine temporale – quella a firma del prof. *Per_4* e al dott. *Per_5* – dal momento che la stessa ha riesaminato in modo più analitico l'intera progressione clinica, con specifica competenza infettivologica, offrendo un inquadramento più persuasivo del rapporto tra condotte colpose, origine del processo infettivo ed evento morte. In altri termini, le precedenti consulenze vanno valorizzate quali momenti ricostruttivi della vicenda, ma il definitivo scrutinio causale della vicenda deve essere condotto partendo dalla più recente e approfondita lettura offerta dai CTU *Per_4* e *Per_5*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

3.1 Orbene, deve darsi atto, in primo luogo, che i CTU *Per_4* e *Per_5* hanno escluso profili di responsabilità in capo all' *troparte_14* di Napoli, alla *CP_12* *[...]* " e al [redacted] di Roma, che ebbero in cura la paziente, reputando che, a carico delle prime due, non si possano evidenziare specifici inadempimenti causalmente efficienti rispetto all'evento morte e che, invece, per quanto riguarda la terza, la stessa si sia confrontata con un quadro già gravemente compromesso (cfr. CTU del 30.12.2025, pagg. 140-149).

3.2 Con riguardo alla *CP_3* [redacted], invece, i CTU *Per_4* e *[...]* *Per_5* hanno ravvisato precisi profili di negligenza sul piano della prevenzione del rischio infettivo, rilevando che *"la scelta tecnica relativa alla profilassi antibiotica preoperatoria non appare condivisibile"*, dal momento che veniva somministrato il Targosid, un antibiotico non consigliato dalle linee guida, invece, della Cefazolina, antibiotico raccomandato per i pazienti sottoposti ad interventi simili o, in alternativa, la *CP_15* e la Vancomicina; ma, soprattutto, la CTU accertava che il dosaggio praticato *"era certamente non adeguato, stante il peso (130 Kg) della paziente* (cfr. CTU del 30.12.2025, pagg. 141-142)*"*.
Tali criticità, invero, secondo i periti, si innestano su un quadro clinico della paziente già di per sé ad elevatissimo rischio infettivo – in quanto caratterizzata da obesità severa, diabete di tipo 2, cardiopatia ipertensiva, fibrillazione atriale, insufficienza renale, piaga da decubito e pregressa cateterizzazione – e risultano sostanzialmente convergenti con quelle evidenziate dal CTP infettivologico di parte attrice, il quale aveva rilevato, tra l'altro, la mancata adeguata valutazione della piaga da decubito, del catetere vescicale e della leucocitosi neutrofila, nonché l'inadeguatezza della terapia antibiotica praticata durante il ricovero e la dimissione *"con indici di infezione ancora in atto, senza alcuna terapia domiciliare"* (CTP *Per_6* pagg. 16-20 e 30-31).
Del resto, deve precisarsi che, in termini non dissimili, anche il supplemento di CTU a firma della dott.ssa *Per_2* e del dott. *Per_3* aveva ribadito che vi erano *"elementi di criticità sia nella profilassi preoperatoria all'interno della* *Controparte_3* *, sia in* *CP_5* *"* e che *"entrambe le strutture non hanno verosimilmente applicato una corretta metodologia nel trattamento della frattura di femore"* in una paziente ad altissimo rischio (cfr. supplemento CTU, pagg. 19-20).

3.3 Quanto a *CP_5* i CTU *Per_4* e *Per_5* hanno individuato criticità ancora più marcate. Gli ausiliari, infatti, hanno rilevato che la profilassi antibiotica con cefazolina 1 gr. era *"invero insufficiente, attesa l'obesità della paziente"* (cfr. CTU del 30.12.2025, p. 143); che l'esame colturale della ferita, eseguito in occasione dell'intervento del 15.7.2015, era metodologicamente inattendibile, essendo stato praticato un solo tampone e risultando *"refertato nello stesso giorno della sua esecuzione"*, con conseguente compromissione della sua validità (ivi, p. 144); che non furono eseguiti adeguati approfondimenti clinici e laboratoristici per verificare la presenza di un processo infettivo e la reale entità delle perdite ematiche; che la paziente fu dimessa senza alcun controllo strumentale circa la stabilizzazione della raccolta ematica e senza un adeguato programma terapeutico e di *follow-up*, nonostante la gravità del quadro (ivi, pp. 145-146). La stessa CTU, infatti, in un passaggio particolarmente significativo, conclude che *"l'intervento assistenziale, erogato nel caso in esame, fu alquanto superficiale"* e che *"una tale condotta non condivisibile configura, a nostro avviso, una incomprensibile*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

superficialità che venne poi a condizionare la negativa evoluzione di tutto il quadro clinico della sig.ra Per_1 (ivi, pp. 150-151).
Tali rilievi, invero, si pongono in linea con quelli che erano stati formulati dal CTP dott. Per_6 il quale aveva censurato fin da subito l'inidoneità degli esami eseguiti, della profilassi e della terapia antibiotica, nonché la mancata prescrizione di un adeguato trattamento post-operatorio (cfr. CTP dott. Per_6 pagg. 22-31).
Soprattutto, i CTU Per_4 e Per_5 hanno affermato in modo espresso il nesso causale tra la condotta negligente posta in essere dai sanitari di CP_5 e l'*exitus* della paziente, osservando come *"tra la seconda procedura chirurgica eseguita presso il* Controparte_16 *e l'exitus avvenuto in data* [redacted] *si siano succedute una serie di procedure chirurgiche e degenze in strutture di cura ed ospedaliere, che permettono di individuare la sussistenza di un concreto nesso causale tra la non condivisibile assistenza erogata presso il* Controparte_16 *, il progressivo degrado del quadro clinico della paziente, la mancata cicatrizzazione della ferita chirurgica, l'insorgere di un processo infettivo, di una insufficienza renale e l'exitus"* (ivi, p. 152).

3.4 La medesima consulenza tecnica, invece, pur accertando taluni profili di colpa ascrivibili alla Controparte_3 non ha ritenuto dimostrato il nesso causale tra tali criticità e l'evento finale, attribuendo quindi la responsabilità causale, in termini conclusivi, alla sola CP_5

3.5 Orbene, questo Giudice ritiene di condividere pienamente le conclusioni della CTU a firma del prof. Per_4 e del dott. Per_5 depositata in data 30.12.2025, con riguardo alla posizione della convenuta CP_5 sia quanto alla ricostruzione della negligenza ascritta ai sanitari della stessa, sia quanto alla sussistenza del nesso causale, secondo il criterio del "più probabile che non", tra le condotte dei sanitari della predetta struttura e l'evoluzione clinica culminata nell'*exitus*.
Non ritiene invece di poter condividere le conclusioni a cui sono pervenuti i CTU Per_4 e Per_5 , laddove gli stessi hanno escluso qualsiasi rilevanza causale delle condotte negligenti tenute dai sanitari della CP_3 CP_3 " rispetto all'evento morte.
E, in proposito, giova appena ricordare che il giudice di merito, pur in presenza di una consulenza tecnica d'ufficio, non è vincolato alle conclusioni del consulente e può discostarsene, quale *peritus peritorum*, purché offra una motivazione adeguata, immune da vizi logici e giuridici (cfr., *ex multis*, Cass., sez. III, ordinanza n. 21866/2024; nonché, nello stesso senso, Cass., sez. III, ordinanza n. 8492/2025; Cass., sez. I, n. 30733/2017).
Orbene, nel caso di specie, il punto sul quale la CTU a firma del prof. Per_4 e del dott. Per_5 non appare condivisibile è quello concernente l'origine dell'infezione nosocomiale che, non essendo stata dominata, condusse alla sepsi fatale.
La relazione, infatti, pur accertando la negligenza dei sanitari della CP_3 [redacted] sul piano della profilassi antibiotica e della gestione del rischio infettivo, trascura la questione genetica del processo infettivo, limitandosi a negare il nesso causale tra tale condotta e l'*exitus* e concentrando invece la propria attenzione sulla sola fase successiva di gestione presso CP_5
Tale conclusione, invero, non appare persuasiva.
Invero, a mente della più recente giurisprudenza, nei giudizi risarcitori per infezione nosocomiale, il danneggiato può provare anche per presunzioni la riconducibilità causale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

dell'infezione alla prestazione sanitaria, gravando poi sulla struttura la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile che abbia reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione di protezione (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 5490/2023). Segnatamente, la Suprema Corte ha precisato che "*la fattispecie delle infezioni nosocomiali non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva, rilevando, ai fini dell'affermazione di responsabilità della struttura sanitaria, il criterio temporale (e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale), il criterio topografico (i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento) e il criterio clinico (ogni volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sia possibile verificare quali misure di prevenzione era necessario adottare)* (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 6386 del 3.3.2023).

Orbene, alla luce della documentazione prodotta, non può dubitarsi che gli attori abbiano dimostrato una pluralità di elementi noti da cui, in virtù di un ragionamento inferenziale, si possano desumere i fatti ignoti e pervenire, pertanto, all'affermazione della sussistenza di un collegamento eziologico tra le accertate violazioni della clinica *CP_3* [redacted] e l'infezione nosocomiale che poi, non debellata colposamente dalla clinica *CP_5* *[...]* ha condotto al decesso per setticemia della povera *Persona_1*

In primo luogo, la natura nosocomiale del processo infettivo costituisce un dato sostanzialmente acquisito al giudizio, dal momento che lo stesso è stato riconosciuto anche dal consulente tecnico di parte della convenuta *CP_3* [redacted].

In proposito, infatti, deve rilevarsi che anche il dott. *Per_7*, nel proprio parere specialistico infettivologico redatto quale CTP della convenuta, ha osservato quanto segue: *"La vicenda clinica che stiamo analizzando ha inizio con una frattura accidentale del femore dx., si complica con una rifrattura e rottura dei mezzi di sintesi e successiva infezione del sito chirurgico, che conduce la paziente all'exitus. La causa della morte è quindi una infezione correlata alle pratiche assistenziali (ICA)* (cfr. CTP dott. *Per_7*, pag. 2)*"*.

Ciò posto, però, il dott. *Per_7* ha sostenuto che l'infezione in questione si sarebbe verificata, in realtà, soltanto dopo l'intervento chirurgico a cui la paziente veniva sottoposta presso la *[...]* *CP_11*, quindi, in epoca successiva al luglio 2015.

Per completezza espositiva, giova riportare il passaggio della consulenza tecnica di parte convenuta: "*Secondo i CT di parte attrice in* [redacted] *si sarebbe verificata infezione dei tessuti molli, che, in occasione del II intervento, avrebbe comportato infezione profonda, non adeguatamente trattata dagli ortopedici di* [redacted]. *Dalla attenta analisi della documentazione in atti riteniamo che emerga la estraneità della* [redacted] *nelle genesi della infezione. La paziente è stata infatti operata in* [redacted] *nell'ottobre 2014; il decorso postoperatorio non è stato gravato da alcuna complicanza; la ferita chirurgica è guarita normalmente, talchè il dr.* *Persona_8* *ortopedico operatore, il 14.03.15 constata la guarigione chirurgica della frattura. Nel Luglio 2015 (siamo oramai a nove mesi dalla prima chirurgia) la paziente si ricovera in "* *CP_5* *riferendo dolore improvviso all'arto inferiore dx. insorto circa due mesi prima. La ferita chirurgica è indenne; viene diagnosticata "rifrattura della diafisi femorale con rottura dei mezzi di sintesi". Non vi sono quindi segni obiettivi di infezione del sito chirurgico né dei mezzi di sintesi (rotti a causa della rifrattura e non semplicemente mobilizzati come sarebbe nel caso di infezione). Gli operatori di* [redacted] *alla apertura dei tessuti superficiali riscontrano nel sottocute, al di sopra della fascia, una formazione da essi descritta come ascessuale, che provvedono ad asportare per poi procedere a rimozione dei mezzi di sintesi fratturati e resintesi con chiodo endomidollare. Appare senza dubbio imprudente la decisione di approfondire la chirurgia e di inserire un nuovo mezzo di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

sintesi, in assenza di una definizione diagnostica del materiale asportato. L'esame istologico evidenzierà comunque "tessuto fibromuscolare sede di fibrosi, congestione vascolare con stravasi emorragici ed infiltrato infiammatorio cronico"; ***la ricerca microbiologica non darà esito a crescita batterica. Si tratta dunque non di un ascesso, che consiste in una raccolta di pus in una cavità neoformata, bensì di un tessuto infiammatorio cronico, verosimilmente asettico****, organizzatosi nel tessuto sottocutaneo di una pz. fortemente obesa, in corrispondenza della ferita chirurgica (probabile reazione al materiale di sutura o allo stravaso ematico).* ***La infezione del sito chirurgico si verifica invece successivamente al secondo intervento, in clinica "*** *CP_5 . Il 02.08.15 allorchè la pz. si ricovera all'ospedale "* *Parte_3* *, a distanza di 18 gg. dall'intervento del 15.07, presenta evidente infezione della ferita. Purtroppo la gestione successiva non è tale da controllare adeguatamente il processo infettivo (non viene effettuato un precoce debridment), per cui la condizione clinica legata allo stato settico si aggrava, fino a condurre la paziente all'exitus per setticemia* (cfr. CTP dott. *Per_7* , pagg. 2-3)*".*

Senonché la CTU a firma del prof. *Per_4* e del dott. *Per_5* ha sconfessato questa ricostruzione dei fatti, evidenziando che *"nel corso dell'applicazione del chiodo endomidollare a carico del femore, emergeva una infezione cronica sovrafasciale, tanto che l'operatore doveva provvedere ad un abbondante lavaggio antiobiotato"* e precisando che, *"a sostenere l'assenza di una infezione, viene poi indicata la negatività del tampone eseguito sulla ferita chirurgica, ma va fatto presente, in tutta serenità, che tale dato è del tutto aleatorio, essendo stato il tampone praticato con terapia antibiotica in atto e refertato peraltro nello stesso giorno della sua esecuzione. Inoltre per avere piena contezza di una possibile infezione sarebbe stato necessario praticare, come da Linee Guida, più tamponi su diverse sedi della ferita. (...) il mancato rilievo di microorganismi patologici non può, per le ragioni precedentemente descritte, essere assunto come indicativo della assenza di una infezione.* ***Pertanto, sulla base dei dati appena riportati (insufficiente profilassi, non adeguato controllo emato/clinico post-operatorio, inadeguata esecuzione del tampone), non può essere affermata, come sostiene il CTP, la sicura assenza di una infezione post-operatoria e vogliamo qui rappresentare, ad avvalorare la presenza di una emergente infezione, la presenza di un infiltrato cronico infiammatorio rilevato al tavolo operatorio e l'aumento costante del numero dei globuli bianchi, nonostante l'antibioticoterapia in atto*** (cfr. esame alle osservazioni, allegate alla CTU depositata il 30.12.2025, pagg. 2-3)*".*

Orbene, alla luce di quanto sopra, deve ritenersi provato che l'infezione nosocomiale si verificò certamente dopo l'intervento chirurgico del 14.10.2014 presso la *CP_3* [redacted], ma prima del 15.7.2015, data nella quale si sottopose al secondo intervento chirurgico presso la struttura sanitaria *Controparte_11*

Sul punto, in particolare, il CTP infettivologico di parte attrice, ha chiarito quanto segue:

"Le infezioni protesiche costituiscono una complicanza non frequente ma potenzialmente devastante nell'impianto delle stesse. Tali infezioni, infatti, incorrono in circa 1-2% di tutti i casi di impiego di detti mezzi.

I suddetti processi infettivi vengono di solito classificati sulla base del presunto meccanismo eziologico e del tempo di insorgenza dell'infezione stessa rispetto all'intervento chirurgico.

Considerando il meccanismo eziologico delle infezioni periprotesiche, possono essere divisi in due gruppi: contaminazione diretta della ferita chirurgica; contaminazione per via ematogena.

La contaminazione diretta della protesi avviene durante le procedure intraoperatorie ed è causata dai patogeni presenti in sala operatoria, sulla pelle del paziente, nello strumentario utilizzato, nell'impianto protesico applicato o diffusi dallo staff chirurgico. Anche i traumatismi e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

la diffusione diretta di microrganismi provenienti dai tessuti infetti sovrastanti o adiacenti possono essere causa dell'infezione.
Il rischio infettivo continua a rimanere elevato per molti mesi dopo l'impianto e batteriemie anche modeste possono esitare nella colonizzazione del materiale protesico tramite la diffusione ematogena. Numerosi siti anatomici possono favorire l'infezione della protesi attraverso tale via ematogena: le ulcerazioni della cute e dei tessuti molli sono quelle più frequentemente coinvolte (40-50%), seguono il cavo orale, le infezioni parodontali e le microbatterie successive ad estrazione (20-30%), ed infine le sepsi conseguenti a manipolazioni urologiche (15-20%); importanza minore è associata ai focolai infettivi in altre sedi.
Talvolta la distinzione tra questi due tipi di infezioni è del tutto arbitrario e si preferisce pertanto classificare tali infezioni in base al periodo di insorgenza distinguendola in quattro gruppi:
***infezioni acute:** insorgono entro tre mesi dall'intervento chirurgico, sono di solito legate a colonizzazione batterica del sito articolare durante l'intervento chirurgico di impianto protesico e sono causate nella stragrande maggioranza dei casi dalla contaminazione diretta dei materiali e/o del campo operatorio, manifestandosi clinicamente in maniera molto evidente con dolore, tumefazione, cute calda ed eritematosa e con febbre. I batteri che causano più frequentemente questo tipo di infezioni sono lo Staphylococcus aureus (anche la forma meticillino resistente) Gram positivo e altri batteri gram negativi.*
***infezioni tardive:** si manifestano tra i 3 mesi e i 2 anni dall'intervento chirurgico, anche in questo caso spesso sono causate da contaminazione diretta della sede di intervento durante l'impianto di protesi. Sono di solito infezioni causate da germi a bassa virulenza commensali della cute e stafilococco coagulasi negativi con sintomi che si manifestano in maniera subdola con segni di mobilizzazione delle componenti che possono più o meno essere associati al dolore e limitazione funzionale.*
***infezioni croniche:** insorgono dopo 2 anni dall'intervento chirurgico e sono di solito di origine ematogena.*
***I fattori di rischio** che predispongono i pazienti a sviluppare infezioni protesiche possono essere suddivisi in tre categorie:*

- ***legati all'ospite:** i principali fattori predisponenti comprendono: età avanzata, diabete mellito scompensato, neoplasia, artrite reumatoide, anemia falciforme e pregressa sostituzione articolare con o senza complicanza infettiva. I fattori che contribuiscono ad accrescere il rischio comprendono una durata dell'intervento superiore alle 3 ore e la presenza di condizioni generali scadenti.*
- ***fattori intra operatori:** i fattori intraoperatori di rischio comprendono l'impiego di protesi di grandi dimensioni, la formazione di ematoma da ferita chirurgica e incisioni cutanee non ben allineate.*
- ***fattori post operatori:** i fattori di rischio post operatori riguardano in gran parte la disseminazione dell'infezione da altra sede o la presenza di ulcerazioni cutanee. Le infezioni respiratorie, urinarie e dentali possono dar luogo a batterie transitorie con potenziale rischio di infezione protesica. Questo rischio è più elevato nei primi due anni dall'intervento chirurgico.*

Le misure atte a prevenire lo sviluppo di infezioni articolari protesiche prima, durante e dopo l'impianto articolare sono molteplici.
Innanzitutto, vanno corretti malnutrizione e obesità e dovrebbero essere considerate la sospensione momentanea di eventuali terapie immunosoppressive. Nei pazienti diabetici, la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

glicemia deve essere compensata e devono essere ridotti i fattori di rischio connessi ad altre sorgenti di infezione: batteri uria, ascessi dentali e lesioni cutanee.
La profilassi antibiotica da praticarsi immediatamente prima dell'intervento chirurgico è un altro caposaldo della prevenzione di queste infezioni.
Le linee guida della profilassi in chirurgia ed anche in ortopedia prevedono l'impiego nella profilassi operatoria di cefalosporine della prima e della seconda generazione. Mentre si fa ricorso, in caso di allergia, alle penicilline e alle cefalosporine e, laddove vi è elevata incidenza di germi meticillinoresistenti, all'impiego di glicopeptidi.
La durata della profilassi antibiotica deve essere breve e la necessità di somministrazioni intraoperatorie sussiste solo nel caso siano utilizzate cefalosporine di prima e seconda generazione e nel caso in cui l'intervento si protragga oltre le tre ore. Inoltre, la durata della profilassi perioperatoria non dovrebbe in nessun caso superare le 24 ore del post operatorio.
La prevenzione delle infezioni tardive, invece, comprende essenzialmente la prevenzione delle batteriemie in corso di manovre o interventi chirurgici. Le potenziali sedi causa di batteriemia sono principalmente l'apparato genito-urinario, la cute, tessuti molli, l'apparato respiratorio e l'orofaringe.
Per quanto invece attiene alle opzioni terapeutiche a disposizione dei sanitari per contrastare tale temibile quadro infettivo si può dire che queste cambiano in base al tipo di infezione che si deve affrontare. Difatti in caso di infezione post operatoria definita precedentemente come acuta va inizialmente effettuato debridement delle parti molli e degli eventuali tessuti necrotici senza sostituzione delle parti di protesi ancorate all'osso. Al debridement va associato lavaggio pulsato con soluzione fisiologica e, di seguito l'atto operatorio, un trattamento antibiotico per almeno 6 settimane modulato in funzione della popolazione microbica riscontrata.
Viceversa, nelle infezioni definite come tardive, il solo trattamento con debridement non indicato come evidenziato nello studio Crockarell et al. nel 1998 nel quale tale tipo di trattamento applicato in 19 casi di anca infetta era fallita nel 100% dei casi. Il trattamento da mettere in atto in tale evenienza invece prevede la sostituzione della protesi e può essere effettuato con tecnica in un sol tempo oppure in due tempi (cfr. CTP dott. *Per_6* pagg. 12-15)*"*.
Orbene, dopo aver effettuato tale ampia premessa, il consulente tecnico di parte attrice ha rilevato, in maniera assolutamente convincente e condivisibile, che la *Per_1* sviluppò *"in seguito all'intervento chirurgico di riduzione e osteosintesi messo in atto presso la CP_17 [...]* [redacted] *di Napoli in data 14.10.2014 un'infezione del sito chirurgico classificabile (...) come infezione tardiva, insorta dopo 9 mesi dall'intervento chirurgico"*, tant'è che *"allorquando la paziente in seguito al dolore di impotenza funzionale dell'articolazione femoro acetabolare destra si è ricoverata presso il presidio ospedaliero CP_5 di* [redacted] *(...), in tale ambiente di ricovero, il sanitario, nel corso per intervento di rimozione della placca delle viti precedentemente impiantate con riduzione della frattura e sintesi mediante chiodo endomidollare, individua la presenza di un ascesso sopra fasciale all'apertura della pregressa cicatrice chirurgica effettuandone la rimozione associata a lavaggio del sito ascessuale* (cfr. CTP dott. *Per_6* pagg. 15-16)*"*.
Si è già detto che – come hanno avuto modo di rilevare anche i CTU prof. *Per_4* e dott. *Per_5* – la profilassi antibiotica preoperatoria posta in essere dai sanitari della *CP_3 [...]* [redacted] non fu corretto, dal momento che venne somministrato un antibiotico non consigliato dalle linee guida e, soprattutto, con un dosaggio inadeguato, in considerazione del peso della paziente (cfr. CTU del 30.12.2025, pagg. 141-142)*"*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

A ciò si aggiunga che, dalla disamina della cartella clinica, emerge che, durante il ricovero della Per_1 presso la CP_3 [redacted], vi è stata una carenza descrittiva relativa alle procedure e agli accorgimenti atti a contrastare o, quanto meno, a ridurre l'insorgenza delle infezioni del sito chirurgico e delle protesi articolari.
All'ingresso nella struttura, si rileva che la paziente ha una piaga da decubito in regione sacrale, che viene definita piaga di "II stadio", ma nulla si dice – nella cartella clinica – del suo eventuale trattamento. Inoltre, la contemporanea presenza di "leucocitosi neutrofila" e di "catetere vescicale" – stando a quanto rileva il CTP di parte attrice dott. Per_6 – *"imponeva l'esecuzione di un esame delle urine e di una urinocoltura"*, che non è stato fatto.
Infine, anche all'atto delle dimissioni dalla struttura, non è dato sapere che tipo di terapia veniva prescritta alla paziente, né se la stessa comprendesse anche una terapia antibiotica.
Alla luce di quanto sopra, il comportamento dei sanitari della CP_3 [redacted] appare sicuramente censurabile e tale da ritenere "più probabile che non" che sia stato idoneo a determinare l'insorgenza dell'infezione del sito chirurgico generatosi nella povera [...] Per_1
Ma, ancora una volta, sul punto, appare necessario rinviare alle convincenti osservazioni del CTP di parte attrice, dott. Per_6 il quale osserva quanto segue: *"cronologicamente un'infezione è ascrivibile in relazione causale alla fase chirurgica se si manifesta entro 30 giorni dalla data dell'intervento in assenza di impianto protesico (stadio I o precoce) ed* ***entro l'anno in presenza di impianto protesico o di corpo estraneo (Stadio II o subacuto),*** *attribuendosi la responsabilità di quella più tardiva (stadio III) a una contaminazione per via ematogena a seguito del passaggio in circolo di germi provenienti da focolai di sepsi. Topograficamente invece le infezioni del sito chirurgico si possono classificare in base alla sede in cui sorgono (come stabilito dal sistema NNIS- National Nosocomial Infection Surveliance del CDC) in:*

- *infezione superficiale dell'incisione chirurgica, si manifesta entro 30 giorni dall'intervento chirurgico, interessa soltanto lo strato cutaneo o sottocutaneo;*
- *infezione profonda dell'incisione chirurgica, si manifesta entro 30 giorni dall'intervento in assenza di impianto protesico, oppure entro un anno in presenza dell'impianto protesico e l'infezione può essere correlata all' intervento;*
- *infezione del sito chirurgico a livello dell'organo/spazio, si manifesta entro 30 giorni dall'intervento chirurgico se non è inserito in loco alcun impianto o entro un anno in presenza di impianto.*

Ebbene nel caso in oggetto di valutazione, il riscontro di un'infezione ascessuale soprafasciale localizzato a livello del sito chirurgico relativa all'intervento messo in atto presso la Clinica [redacted] in data 14.10.2014, avveniva nove mesi dopo, ovvero in data 15.7.2015, quando la signora Per_1 era sottoposta a una a intervento chirurgico presso il [redacted] CP_5 di [redacted] Pertanto appare evidente come nel caso di specie ***l'infezione dell'impianto sia cronologicamente e topograficamente ascrivibile in relazione causale alla fase chirurgica, essendosi manifestata entro l'anno (Stadio II o subacuto) nella sede di impianto della placca di osteosintesi eseguito presso la Clinica [redacted] in data 14.10.2014****. Semplificando l'insorgenza delle infezioni del sito chirurgico può ricondursi a un mancato o carente ricorso e presidi profilattici raccomandati dalla letteratura con conseguente esposizione della signora Per_1 a un aumento del rischio di infezione già insito nel soggiorno in ambiente ospedaliere e delle caratteristiche proprie della paziente (età avanzata diabete mellito scompensato obesità insufficienza renale cronica)* (cfr. CTP dott. Per_6 pagg. 20-21)*"*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

In altri termini, applicando al caso di specie i criteri topografico, clinico e cronologico richiamati dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, il ragionamento presuntivo – contrariamente a quanto osservano i CTU prof. *Per_4* e dott. *Per_5*, che, sul punto, si dimostrano più dubbiosi, senza tuttavia contrastare in maniera efficace la tesi della possibile insorgenza dell'infezione entro l'anno dall'intervento – conduce a ritenere causalmente rilevante non soltanto la condotta dei sanitari di *Controparte_11* ma anche quella dei sanitari della *CP_3* *CP_3* [redacted].
Sotto il profilo *topografico*, infatti, l'infezione venne reperita proprio nel distretto anatomico interessato dal primo intervento chirurgico: al momento della riapertura del sito operatorio presso *CP_5* il verbale dà atto che *"si reperta infezione sovrafasciale"* e che il focolaio fratturativo appariva *"pseudoartrosico"* (cfr. CTU depositata in data 30.12.2025, pagg. 143-144), così confermando che il processo patologico era localizzato nella medesima sede della pregressa osteosintesi del femore destro.
Sotto il profilo *clinico*, risulta accertato altresì che la *CP_3* [redacted] violò proprio quelle regole di profilassi e di gestione del rischio infettivo che erano destinate ad evitare l'insorgenza di infezioni del sito chirurgico in una paziente ad altissimo rischio, sicché il rischio che le cautele omesse miravano a prevenire era esattamente quello che si è poi concretizzato.
Sotto il profilo *cronologico*, il decorso di circa nove mesi tra il primo intervento e il riscontro dell'infezione non vale ad escluderne la riferibilità alla *CP_3* [redacted], poiché – come è stato ben chiarito dal CTP infettivologico di parte attrice – si trattava di un'infezione *"tardiva"* e *"profonda"*, compatibile con un'insorgenza entro l'anno dall'intervento e in presenza di mezzo di sintesi, e dunque coerente, per tempo di manifestazione e per sede, con la situazione effettivamente riscontrata all'atto del secondo intervento (cfr. CTP dott. *Per_6* pagg. 15-21 e 26-31). In tale prospettiva, il dato temporale, lungi dal rompere il nesso inferenziale, si armonizza con la peculiare tipologia della complicanza infettiva descritta dal consulente infettivologo.
Da tale convergenza di indici – topografico, clinico e cronologico – può ritenersi provato, pertanto, che l'infezione si sia innescata o, comunque, non sia stata impedita in occasione del primo ricovero chirurgico presso la *CP_3* [redacted] e che, successivamente, la condotta negligente di *CP_5* non ne arrestò l'evoluzione, lasciando che il processo infettivo progredisse sino alla setticemia e all'*exitus*.
Ne consegue che la condotta della *CP_3* [redacted] non può essere degradata a mero antecedente neutro, ma va qualificata quale concausa dell'evento, sicché le condotte delle due strutture si collocano nella medesima sequenza eziologica che ha condotto la paziente alla morte, con conseguente responsabilità concorrente di entrambe.

3.6 Né muta tali conclusioni il rilievo, pure contenuto nella CTU a firma del prof. *Per_4* e del dott. *Per_5*, secondo cui nel determinismo dell'*exitus* avrebbero inciso anche le patologie preesistenti della *Per_1* Si tratta, infatti, di una valutazione non condivisibile sul piano giuridico, nella misura in cui sembra incidere sull'*an debeatur*, cioè sul giudizio di causalità materiale tra le condotte negligenti accertate e l'evento morte.
La giurisprudenza di legittimità, infatti, ha chiarito che la preesistenza di malattie o menomazioni in capo al danneggiato costituisce, di regola, una concausa naturale dell'evento di danno, che resta irrilevante in virtù del principio di equivalenza causale di cui all'art. 41 c.p., sicché di essa *"non dovrà tenersi conto nella determinazione del grado di invalidità permanente e nella liquidazione del danno"* quando venga in rilievo quale mera concausa naturale della lesione (cfr.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

Cass., sez. III, n. 28986/2019). È stato, altresì, precisato che le preesistenti menomazioni del danneggiato, se *"coesistenti"*, sono normalmente irrilevanti; se invece *"concorrenti"*, quali quelle per cui è causa, possono assumere rilievo non sul piano della causalità materiale, ma esclusivamente su quello della causalità giuridica, ai sensi dell'art. 1223 c.c., come criterio di delimitazione delle sole conseguenze dannose effettivamente imputabili alla condotta colposa accertata (cfr. Cass., sez. VI, n. 28327/2022; nonché Cass., sez. III, n. 32565/2024).
In altri termini, le patologie pregresse del paziente non possono essere utilizzate per negare o ridurre il nesso causale materiale una volta accertato che la condotta sanitaria abbia avuto efficienza eziologica nell'innescare o nel non impedire il processo che ha condotto la paziente alla morte; esse possono, al più, rilevare successivamente, in sede di selezione e liquidazione dei danni risarcibili, per evitare che siano posti a carico del responsabile pregiudizi che si sarebbero comunque verificati per effetto della sola condizione preesistente.
Ne consegue che, nel caso in esame, le condizioni patologiche pregresse della paziente, *Persona_1* non valgono ad escludere né ad attenuare, sul piano dell'*an*, la responsabilità concorrente di *CP_3* *CP_3* " e di *CP_5* per la sequenza causale che condusse alla setticemia e all'*exitus*, potendo semmai venire in rilievo, nei limiti di cui si dirà, sul distinto piano della liquidazione del danno.

4. Tanto chiarito in punto di accertamento della causalità giuridica che riguarda l'*an* della responsabilità delle convenute strutture sanitarie, occorre procedere all'esame della c.d. causalità giuridica che concerne, per contro, il *quantum* della responsabilità addebitabile alle strutture sanitarie.
Giova, preliminarmente chiarire che, in presenza di un evento di danno unitario (exitus), causalmente riconducibile al concorso efficiente di più condotte colpose (cfr., *ex multis,* Cass. n. 9902/2000; Cass. n. 2814/1999; Cass. n. 1415/1999), opera la responsabilità solidale dei corresponsabili, in quanto l'unicità del fatto dannoso rilevante ex art. 2055 c.c. è riferita alla posizione del danneggiato; ne consegue che ciascun responsabile è tenuto verso il creditore per l'intero, restando la graduazione delle colpe priva di incidenza sulla debenza della prestazione risarcitoria in sede esterna.
Diversamente, la graduazione delle rispettive responsabilità assume rilievo nei soli rapporti interni tra condebitori, ai fini dell'azione di regresso, dovendosi la ripartizione effettuare – ai sensi dell'art. 2055, comma 2, c.c. – in ragione della gravità della colpa di ciascuno e dell'entità delle conseguenze derivatene.
Orbene, avendo la convenuta *CP_3* [redacted] richiesto, in subordine, la gradazione della responsabilità nei rapporti interni con la clinica *CP_5* e, dunque, l'eventuale rivalsa nei suoi confronti, occorre, nella presente sede, anche procedere alla ripartizione delle responsabilità tra le convenute che, in virtù delle precedenti considerazioni, risultano concorrenti nella causazione del danno contestato dagli odierni attori.
Nella specie, la condotta della *CP_3* [redacted] ha assunto rilievo eziologico nella fase di insorgenza dell'infezione, per le già evidenziate carenze in tema di prevenzione del rischio infettivo; tuttavia, l'evoluzione verso l'*exitus* si è consolidata in misura ben più significativa per la successiva condotta di *CP_5* Ed invero, la stessa CTU a firma del prof. *Per_4* e del dott. *Per_5* ha rimarcato la particolare gravità dell'operato della struttura casertana, evidenziando l'inadeguatezza della profilassi antibiotica, l'inattendibilità degli accertamenti microbiologici eseguiti, l'omesso adeguato approfondimento del quadro clinico e la superficialità della gestione post-operatoria e della dimissione della paziente. È,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

dunque, alla luce di tali rilievi che deve affermarsi che la negligenza di CP_5 non avendo assicurato una tempestiva diagnosi e un adeguato trattamento dell'infezione già in atto, abbia inciso in misura maggiore sull'aggravamento progressivo del quadro clinico, sino alla setticemia e all'esito letale.
Alla luce di tali elementi (intensità della deviazione dalle *leges artis*, prevedibilità ed evitabilità dell'evento, durata e significatività dell'omissione, nonché incidenza delle rispettive condotte sull'evoluzione clinica), la responsabilità va ripartita, nei rapporti interni, nella misura del 30% a carico della CP_3 [redacted] CP_3 " e del 70% a carico della clinica CP_5 [...] ferma restando la loro obbligazione solidale verso gli attori.

5. Orbene, ciò posto, possono ora esaminarsi le richieste degli attori, i quali hanno agito per il risarcimento di tutti i danni *iure hereditatis*, in particolare il risarcimento del danno biologico terminale e quello catastrofale, nonché, in subordine, quello da perdita di chance.

5.1 Sul punto, occorre preliminarmente distinguere le suddette voci di danno al fine di verificare, in questa sede, se esse possano dirsi provate ed in che misura debbano essere liquidate.
Invero, in caso di decesso causalmente ricollegabile all'illecito, la giurisprudenza di legittimità distingue:

- il danno da perdita della vita in sé considerata (c.d. "tanatologico"), non risarcibile *iure hereditatis* se il decesso è immediato o segue a brevissimo tempo dalle lesioni (*ex multis: Cass. civ., Sez. III, Ordinanza, 17/12/2024, n. 33009)*;
- il danno non patrimoniale maturato nel lasso di tempo intercorrente tra lesione ed *exitus*, trasmissibile agli eredi in quanto entrato nel patrimonio del de cuius, allorché vi sia un apprezzabile tempo di sopravvivenza (*ex multis: Cass. civ., Sez. lavoro, 28/02/2022, n. 6503).* Tale danno si articola, a sua volta, nella componente "biologica" (danno biologico terminale) e – ove ricorrano i relativi presupposti – nella componente "morale" (danno catastrofale/da lucida agonia), che deve essere tenuta concettualmente distinta e oggetto di autonoma valutazione.

In particolare, il danno biologico terminale è 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: esso è un danno temporalmente circoscritto, ma massimo nella sua entità e intensità, che sussiste per il tempo della permanenza in vita anche prescindendo dalla cosciente percezione della gravissima offesa; ed è ontologicamente distinto dal danno da invalidità permanente, poiché la lesione "*lungi dallo stabilizzarsi in postumi invalidanti, sfocia nella morte del soggetto* (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 10339 del 20.4.2026). Ne deriva che è erroneo parametrarlo alle percentuali stabilizzate proprie del danno permanente.

5.2 Quanto alla liquidazione, la Suprema Corte ribadisce che essa deve avvenire in via necessariamente equitativa (artt. 1226 e 2056 c.c.), valorizzando in misura elevata *"l'intensità e progressività della sofferenza"* (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 10339 del 20.4.2026) che accompagna la vittima fino all'*exitus* e assicurando che l'importo non assuma carattere meramente simbolico (cfr. Cass., sez. III, ordinanza, n. 33009 del 17.12.2024); al contempo, deve escludersi la meccanica applicazione dei criteri tabellari del danno permanente (percentuali stabilizzate) e va evitata una liquidazione unitaria e indistinta che cumuli, senza spiegazione, componente biologica e componente morale del danno terminale. In altri termini, ove ricorra anche la sofferenza psichica da consapevole percezione dell'approssimarsi della fine, questa

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

integra voce autonoma (danno morale catastrofale) e richiede separata liquidazione equitativa, sorretta da *"chiari e logici parametri"* esplicitati in motivazione (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 5677 del 12.3.2026).
Orbene, per quel che concerne il danno biologico terminale, esso presuppone che la vittima, nel tempo intercorrente tra la lesione e la morte, abbia vissuto una fase apprezzabile di compromissione della propria integrità psico-fisica, tale da integrare una invalidità temporanea assoluta, poi trasmessa *iure hereditatis*. Nel caso di specie, tale voce può dirsi integrata.
Ed infatti, dalla ricostruzione clinica complessiva e in particolare dalle conclusioni dei CTU prof. *Per_4* e dott. *Per_5* emerge che, dopo la dimissione dalla *CP_5* in data 24.7.2015, la sig.ra *Per_1* non ha mai recuperato un apprezzabile equilibrio funzionale, andando incontro a un decorso caratterizzato da persistente deiscenza/alterazione della ferita chirurgica, severa anemizzazione con ripetute emotrasfusioni, raccolte/ematomi, ricoveri reiterati e progressivo scadimento delle condizioni generali, sino al [redacted]
In particolare, i periti hanno evidenziato un periodo dal 24.7.2015 all[redacted] inquadrabile come totale inabilità, poiché la paziente risultava, in tale lasso di tempo, sostanzialmente impossibilitata a svolgere le attività ordinarie del vivere quotidiano, in ragione delle condizioni cliniche sopra descritte e del protrarsi delle complicanze postoperatorie e infettive.
Ne consegue che, alla luce di quanto detto sopra in punto di presupposti del danno biologico terminale, si condivide sul punto l'esito della CTU a firma del prof. *Per_4* e del dott. *[...] Per_5*, che individua una inabilità temporanea totale per circa 180 giorni, da liquidarsi, assumendo quale parametro la c.d. Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), prevista dall'art. 138 del d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private) ed approvata con d.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12. Si tratta della tabella del valore pecuniario da attribuire a ciascun punto di invalidità permanente (dal 10% al 100%), con criteri "a punto variabile" modulati in relazione alla gravità della menomazione e all'età del danneggiato, predisposta al fine di garantire uniformità di trattamento nella liquidazione del danno non patrimoniale da lesioni non lievi. L'art. 5 del citato d.P.R. n. 12/2025 ne prevede l'applicazione ai soli sinistri verificatisi successivamente alla sua entrata in vigore (5 marzo 2025), con conseguente emersione, nella prassi, del problema interpretativo circa l'eventuale utilizzabilità della T.U.N. in fattispecie anteriori (in termini di possibile applicazione retroattiva ovvero quale mero parametro equitativo di orientamento).
La Suprema Corte, di recente, ha chiarito che "*in tema di liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute, la Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), approvata con D.P.R. 13 gennaio 2025 n. 12, pur essendo, per espressa previsione normativa, direttamente applicabile solo ai sinistri verificatisi dal 5 marzo 2025 nei soli ambiti di cui agli artt. 138 e 139 cod. ass. (RC auto e responsabilità sanitaria), può essere utilizzata con efficacia generalizzata in via indiretta, quale parametro di concretizzazione del potere di liquidazione equitativa ex artt. 1226 e 2056 c.c., anche per fatti lesivi anteriori alla sua entrata in vigore e per illeciti diversi da quelli riconducibili alla circolazione di veicoli e natanti o alla malpractice sanitaria* (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 8630 del 7.4.2026)*"*.
Ne consegue che, nonostante il sinistro per cui è causa si sia verificato tra il 2015 ed il 2016, seguendo l'orientamento della Corte di Cassazione, si potrà comunque utilizzare la Tabella Unica Nazionale prevista per le lesioni c.d. "macropermanenti", costituendo essa strumento di concretizzazione del potere equitativo del Giudice nella liquidazione del danno non patrimoniale idoneo a garantire l'uniformità della quantificazione su tutto il territorio nazionale e, come tale,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

applicabile in via retroattiva. Tanto vale non soltanto per il danno biologico permanente che, nel caso in esame, come chiarito, è certamente liquidabile, ma anche per il danno da invalidità temporanea, tanto parziale quanto totale che, per contro, appare liquidabile nel presente giudizio.
Orbene, giova preliminarmente chiarire come la T.U.N. – in linea con l'evoluzione più recente delle Tabelle di Milano – consacra l'autonomia del danno morale rispetto al danno biologico: autonomia che presuppone l'abbandono di automatismi liquidatori e l'esigenza di un accertamento e di una quantificazione separati della sofferenza interiore, pur nell'ambito unitario del danno non patrimoniale.
Quanto alle modalità di calcolo, le Tabelle di Milano, nella versione attuale, stimano il danno morale mediante un incremento percentuale fisso e progressivo correlato al grado di invalidità, modello astrattamente coerente con l'art. 138, comma 2, lett. *f*), cod. ass. (incremento "*in via percentuale e progressiva per punto*").
La T.U.N., invece, ha prescelto un diverso criterio: mutuando – quanto alla tecnica liquidatoria – l'impostazione delle c.d. tabelle romane, non prevede un incremento percentuale "unico", ma un sistema fondato su diversi livelli di gravità del danno morale, prevedendo per ciascun livello di invalidità un incremento *minimo*, *medio* e *massimo*, così da consentire la calibrazione dell'importo in ragione dell'intensità concretamente accertata della sofferenza morale.
Ciò precisato, il mutamento del criterio tabellare di calcolo del danno morale non comporta alcuna deroga alle regole, sostanziali e processuali, che governano la sua allegazione e prova.
Orbene, alla luce della situazione clinica allegata dagli attori ed evidenziata anche dai CTU, non può dubitarsi che la sig.ra *Per_1* bbia patito una sofferenza interiore di particolare intensità, correlata non solo alle conseguenze di un intervento di osteosintesi mai realmente risolutivo e, anzi, foriero di ulteriori complicanze, ma anche allo stato di stress, prostrazione e incertezza ingenerato dal susseguirsi pressoché ininterrotto di ricoveri, trattamenti, medicazioni e accertamenti, che si sono protratti sino all'*exitus*.
Tali elementi, valutati nel loro complesso, consentono, dunque, di ritenere sussistente anche la componente di danno morale correlato all'invalidità totale temporanea, nella misura massima prevista dalla TUN, per un totale di **€ 16.179,84**.
Tuttavia, la somma così determinata deve essere ridotta nella misura del 30%, in applicazione dei principi che governano il giudizio controfattuale in presenza di patologie preesistenti concorrenti.
Invero, la Suprema Corte ha chiarito che, ai fini della corretta delimitazione del danno risarcibile, occorre accertare, mediante prognosi postuma, "*cosa sarebbe accaduto in assenza della patologia preesistente*", verificando cioè, con giudizio controfattuale, se e in quale misura le conseguenze dannose concretamente verificatesi si sarebbero ugualmente prodotte anche in un soggetto privo di quelle condizioni patologiche pregresse (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 17006 del 24.6.2025). La stessa pronuncia ha ribadito che, ove venga in rilievo una menomazione o una patologia pregressa concorrente, il relativo apprezzamento non incide sull'*an* della responsabilità, ma sul diverso piano della causalità giuridica ex art. 1223 c.c., imponendo al giudice di stabilire, con il metodo della "*prognosi postuma*", quali sarebbero state le conseguenze dell'illecito in assenza delle preesistenze.
Orbene, facendo applicazione di tali principi al caso di specie, deve ritenersi che gli ultimi sei mesi di vita della sig.ra *Per_1* – intercorrenti tra il 24.7.2015 e l [redacted] – pur certamente connotati da una totale inabilità causalmente riconducibile anche alle condotte colpose delle strutture convenute, risultino essere stati aggravati, quanto a durata ed intensità, dal quadro patologico preesistente della paziente, caratterizzato da obesità severa, diabete mellito tipo 2, fibrillazione atriale/cardiopatia ipertensiva, insufficienza renale cronica e, più in generale, da una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

condizione di fragilità sistemica. Proprio la CTU a firma del prof. *Per_4* e del dott. *[...] Per_5* ha evidenziato che tali concause naturali ebbero un'incidenza non trascurabile nel determinismo dell'esito finale, affermando che "*nel determinismo dell'exitus vennero però a concorrere non pochi, ulteriori eventi rappresentati dalle preesistenti patologie di notevole entità*" e stimando l'incidenza complessiva di tali concause nella misura del 30%.
Pur non potendo tale rilievo – come già si è chiarito in precedenza – valere ad escludere la responsabilità delle convenute sul piano causale-materiale, esso è invece pienamente utilizzabile, alla luce del richiamato insegnamento della Cassazione, per delimitare sul piano del *quantum* le sole conseguenze dannose effettivamente imputabili all'illecito. In termini controfattuali, deve ritenersi che, in assenza delle ricordate patologie pregresse, la sig.ra *Per_1* avrebbe verosimilmente affrontato gli ultimi sei mesi con una maggiore riserva funzionale, con una minore vulnerabilità alle complicanze ematiche e infettive, con migliori capacità di cicatrizzazione e di risposta ai trattamenti, sicché la fase di totale compromissione terminale sarebbe stata, secondo il criterio del "*più probabile che non*", meno intensa e meno protratta. Ne consegue che la posta risarcitoria sopra liquidata in € 16.179,84 deve essere ridotta del 30%, con riconoscimento, a tale titolo, della minor somma di **€ 11.325,89 (undicimilatrecentoventi-cinque/89).**
L'importo sopra quantificato si intende liquidato 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 [redacted] e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, da [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza.
Resta distinta, e richiede autonoma verifica, la componente di danno morale terminale (c.d. danno catastrofale o da lucida agonia), che postula la prova che la vittima abbia vissuto, nel medesimo arco temporale, uno stato di coscienza tale da percepire l'ineluttabile approssimarsi della fine e da patire la conseguente sofferenza psichica. Orbene, pur potendosi desumere dagli atti che la sig.ra *Per_1* sia rimasta, in più fasi del decorso, lucida, cosciente, collaborante e consapevole della gravità della propria patologia e del progressivo peggioramento delle proprie condizioni, tali elementi non consentono tuttavia di ritenere raggiunta la prova che ella avesse altresì acquisito una effettiva consapevolezza dell'approssimarsi della fine, né, quand'anche tale consapevolezza fosse maturata, di individuare da quale momento essa avrebbe avuto inizio. Ne consegue che, in difetto di una prova sufficientemente precisa di tale specifico presupposto, non può essere riconosciuto, nel caso di specie, un autonomo risarcimento a titolo di danno catastrofale.

5.3 Sempre nell'ambito dei danni *iure hereditatis*, gli attori hanno chiesto il risarcimento delle spese mediche documentate sostenute dalla *de cuius* prima del decesso. La domanda, pur fondata in linea di principio, può essere accolta nei limiti di **€ 400,00**, in quanto risultano allo stato provate soltanto le ricevute di pagamento relative a due trasporti in ambulanza, effettuati in occasione degli accessi al PS del 21.9.2015 e del 5.10.2015, allegate alla memoria di parte attrice del 27.10.2022. Per il resto, difetta idonea prova documentale degli ulteriori esborsi allegati.

6. In relazione ai danni *iure proprio* patiti dai prossimi congiunti della *de cuius*, deve essere riconosciuta la sussistenza del danno da perdita del rapporto parentale che, come più volte chiarito dalla Corte di Cassazione, si differenzia dai pregiudizi risarcibili *iure hereditatis* ed integra una peculiare voce di danno non patrimoniale, consistente tanto nella sofferenza interiore derivante dal venir meno del congiunto, quanto nello sconvolgimento dell'esistenza e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

nell'alterazione delle abitudini e degli assetti relazionali conseguenti alla definitiva perdita del rapporto familiare (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 4571 del 14.2.2023).
Tale danno spetta *iure proprio* ai familiari superstiti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto ed è risarcibile ove risultino provate l'effettività e la consistenza di tale relazione. Nondimeno, la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che, nel caso di morte di un prossimo congiunto, l'esistenza stessa del rapporto di parentela costituisce fatto noto dal quale può presumersi, secondo l'*id quod plerumque accidit*, la sofferenza del superstite. In particolare, la Suprema Corte ha affermato che il danno da perdita del rapporto parentale, se spettante in astratto, "*può essere allegato e dimostrato ricorrendo a presunzioni semplici, a massime di comune esperienza, al fatto notorio, dato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare* (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 4571 del 14.2.2023); ed ancora, che "*l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare superstite*", ferma la possibilità per la controparte di dedurre e dimostrare l'assenza di un effettivo legame affettivo (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 26641 del 15.9.2023). In termini conformi si è altresì precisato che il danno da perdita del rapporto parentale, quando si tratti di coniuge, genitore, figli o fratelli, non richiede una prova diretta e specifica della sofferenza, ben potendo il giudice fondarsi su un ragionamento presuntivo, salva la prova contraria del convenuto diretta a dimostrare l'inesistenza o la particolare debolezza del legame familiare (Corte App. Catanzaro, sez. II, n. 1260 del 14.11.2023).
Sotto tale profilo, va altresì ribadito che il parametro della convivenza, pur rilevante ai fini della concreta liquidazione del danno, non assume carattere dirimente ai fini dell'esistenza del pregiudizio. La più recente giurisprudenza di legittimità, infatti, ha chiarito che "*la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, pur essendo ancorata all'adozione di tabelle 'a punti' sulla base di parametri limitati, rimane fondata sull'equità, cosicché, al fine di apprezzare non solo l'esistenza ma anche l'entità del pregiudizio, il parametro della convivenza non va letto in termini formalistici, nel senso della necessaria coabitazione con la vittima, ma sostanzialistici, quale legame stabile connotato da duratura comunanza di vita ed affetti* (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 27321 del 13.10.2025). Nello stesso senso, si è affermato che il danno da perdita del rapporto parentale, pur in assenza di una convivenza continuativa, può essere riconosciuto e liquidato quale componente del danno non patrimoniale *iure proprio*, giacché la sofferenza derivante dalla perdita di un congiunto può essere desunta secondo criteri di comune esperienza e sorretta da prova presuntiva (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 26320 del 29.9.2025).
Orbene, nel caso di specie, gli attori *Parte_1* *Parte_2* *CP_1* e *[...]* *CP_2* risultano essere figli della sig.ra *Persona_1* come emerge dalla dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegata all'atto di citazione. Inoltre, nello stesso atto introduttivo è stato allegato che la sig.ra *Per_1* viveva stabilmente a Napoli, nella casa dove aveva cresciuto i propri figli; che i legami parentali erano particolarmente forti; che la *de cuius* era molto affezionata ai figli e ai nipoti; che i suoi rapporti e i contatti con i congiunti erano giornalieri, con frequentazioni assidue, soprattutto dopo la morte del marito; e che le festività venivano trascorse nella casa di famiglia. Tali allegazioni, pur generiche e non analiticamente declinate per ciascun figlio, sono nondimeno idonee, unitamente al rapporto di filiazione pacificamente risultante dagli atti, a fondare – secondo il ricordato ragionamento presuntivo accolto dalla Cassazione – la prova dell'esistenza del danno parentale.
Dalla dichiarazione sostitutiva di atto notorio non risulta che alcuno degli attori fosse convivente con la madre al momento del decesso. Tuttavia, tale circostanza non vale ad escludere il diritto al risarcimento, posto che, come detto, la convivenza non costituisce requisito indefettibile, ma

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

mero indice del più ampio rapporto di comunanza di vita e di affetti. In assenza, poi, di elementi di segno contrario allegati e provati dalle convenute, può ritenersi dimostrato che tutti gli attori abbiano patito, *iure proprio*, un pregiudizio non patrimoniale da perdita del rapporto parentale in conseguenza della morte della loro madre.

Sotto il profilo della liquidazione del danno parentale, occorre far riferimento alle Tabelle di Milano 2024, 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*".

Per la liquidazione di tale danno, quindi, devono adottarsi i valori monetari previsti dalla precedente formulazione a forbice della tabella milanese, edizione 2024, largamente applicata da molti Uffici giudiziari, ricavando il "valore punto" per il caso di perdita del coniuge ovvero del genitore in € 3.911,00, 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, sulla scorta di tali argomentazioni, può ritenersi provato, in base alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegata all'atto di citazione, che *Parte_1* *Parte_2* *CP_1* ed *CP_2* fossero i figli della *de cuius*, *Persona_1* e che, dunque, facessero parte del suo nucleo familiare primario.

Non possono, invece, essere riconosciuti i punti relativi alla convivenza con la vittima primaria, atteso che dalla predetta dichiarazione sostitutiva di atto notorio risulta che *Persona_1* aveva il proprio ultimo domicilio in [redacted] alla [redacted] mentre i figli superstiti avevano domicili diversi. Deve quindi escludersi, sulla base degli atti, la convivenza tra la defunta e ciascuno degli attori, fermo restando che tale circostanza, come già chiarito, non è dirimente ai fini della configurabilità del danno parentale.

Non possono, inoltre, essere riconosciuti punteggi ulteriori per la qualità e intensità della relazione affettiva, poiché, sebbene nell'atto di citazione sia stato allegato in termini generali che la sig.ra *Per_1* fosse molto legata ai figli, che i rapporti fossero assidui e che vi fossero contatti frequenti, mancano tuttavia allegazioni particolari, concrete e individualizzanti, riferite alla posizione dei singoli attori, idonee a dimostrare che il rapporto con la madre si connotasse per una intensità peculiare eccedente quella normalmente presumibile in ragione del mero legame filiale. Le deduzioni attoree sul punto restano, dunque, su un piano descrittivo generico e non consentono di attribuire, in via equitativa, un punteggio aggiuntivo per speciale intensità del vincolo affettivo. Inoltre, pur essendo esclusi automatismi riduttivi in presenza di comorbilità della vittima primaria, la liquidazione del danno parentale deve essere mantenuta su un piano

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

prudenziale, anche alla luce del principio – già richiamato – per cui il risarcimento va commisurato alle sole conseguenze effettivamente imputabili alla *malpractice* accertata (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 17006 del 24.6.2025).
Nel caso di specie, pertanto, l'assenza di allegazioni specifiche su una relazione di eccezionale intensità, unitamente alla rilevante incidenza del quadro patologico pregresso della sig.ra *Per_1* sull'esito finale, non consente alcuna valorizzazione in aumento della posta risarcitoria, imponendo una liquidazione equitativa contenuta entro limiti di ragionevole prudenza.
Pertanto, alla luce dei criteri enunciati, si stima equo liquidare il danno da perdita del rapporto parenta

- *Parte_1* (figlia, 48 anni al momento del decesso della vittima): 16 punti per rimaria; 20 punti per l'età della vittima secondaria; nessun punto per la convivenza; 9 punti per la sopravvivenza di altri tre congiunti del nucleo familiare primario; nessun punto per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale punti: 45 pari ad euro **175.995,00;**
- *CP_1* (figlia, 42 anni al momento del decesso della vittima): 16 punti per l'età aria; 20 punti per l'età della vittima secondaria (67 anni); nessun punto per la convivenza; 9 punti per la sopravvivenza di altri tre congiunti del nucleo familiare primario; nessun punto per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale punti: 45 **5.995,00;**
- *Parte_2* (figlio, 44 anni al momento del decesso della vittima): 16 punti per l'età imaria; 20 punti per l'età della vittima secondaria (67 anni); nessun punto per la convivenza; 9 punti per la sopravvivenza di altri tre congiunti del nucleo familiare primario; nessun punto per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale punti: 45 pari ad euro **175.995,00;**
- *CP_2* (figlia, 38 anni al momento del decesso della vittima): 16 punti per l'età aria; 22 punti per l'età della vittima secondaria (67 anni); nessun punto per la convivenza; 9 punti per la sopravvivenza di altri tre congiunti del nucleo familiare primario; nessun punto per la qualità ed intensità della relazione affettiva. Totale punti: 47 pari ad euro **183.817,00.**

Alla luce di quanto sopra, la *Controparte_3* e *CP_11* *[...]* devono essere condannate, in solido, al risarcimento del danno per la perdita del congiunto nei confronti delle parti attrici, nella misura per ciascuna indicata all'attualità, fermo restando il diverso riparto già accertato nei rapporti interni.
Agli attori spetta, altresì, il danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione di interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del decesso [redacted] e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, da [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza.
Infine, devono essere rigettate tutte le altre voci di danno non patrimoniale che sono state richieste *iure proprio*, in quanto *"in virtù del principio di unitarietà e onnicomprensività del risarcimento del danno non patrimoniale, deve escludersi che al prossimo congiunto di persona deceduta in conseguenza del fatto illecito di un terzo possano essere liquidati sia il danno da perdita del rapporto parentale che il danno esistenziale, poiché il primo già comprende lo sconvolgimento dell'esistenza, che ne costituisce una componente intrinseca* (cfr. Cass., ordinanza n. 8622/2021)*"*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

7. A questo punto, devono essere esaminate le domande di garanzia formulate dalle strutture convenute nei confronti delle rispettive compagnie assicuratrici.

7.1 Quanto alla domanda di garanzia proposta dalla *Controparte_3* nei confronti di *Controparte_7* la stessa deve essere accolta nei limiti dell'effettiva operatività della polizza dedotta in giudizio. Ed invero, dalla documentazione contrattuale in atti risulta l'esistenza della polizza n. [redacted] stipulata in favore della *Controparte_3* *[...]* la compagnia assicuratrice, nel costituirsi, ne ha dedotto l'operatività entro i limiti delle condizioni contrattuali, del massimale e della *Controparte_18* prevista. Alla luce dell'importo oggetto della presente condanna, non emerge il superamento del massimale di polizza, ferma restando la necessaria applicazione delle detrazioni e dei limiti contrattualmente previsti.
Ne consegue che *Controparte_7* deve essere condannata a tenere indenne la *[...]* *Controparte_3* di quanto essa sarà tenuta a corrispondere agli attori in forza della presente sentenza, nei limiti del rischio assicurato e secondo quanto previsto dalla polizza n. [redacted] con detrazione della *S.I.R.*/franchigia e nel rispetto di ogni ulteriore limite contrattualmente previsto.

7.2 Parimenti, deve essere accolta, nei limiti dell'effettiva operatività della copertura assicurativa, la domanda di garanzia proposta da *Controparte_11* nei confronti di *[...]* *Controparte_10* In particolare, dalla documentazione contrattuale versata in atti risulta l'esistenza della polizza n. [redacted] la quale prevede un massimale di euro 10.000.000,00 per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti allo stesso periodo di assicurazione, nonché, per la garanzia RCT, un limite di indennizzo per singolo sinistro pari ad euro 5.000.000,00. Orbene, avuto riguardo all'importo oggetto della presente condanna, non risulta superato il massimale di polizza, restando tuttavia ferma l'operatività della garanzia entro i limiti e alle condizioni contrattualmente pattuite.
Pertanto, la *Controparte_10* deve essere condannata a tenere indenne *Controparte_11* delle somme che quest'ultima sarà tenuta a versare agli attori per effetto della presente pronuncia, entro i limiti e alle condizioni previste dalla polizza n. [redacted] con detrazione della franchigia aggregata annua, della *S.I.R.* applicabile e salvo ogni ulteriore limite derivante dal contratto assicurativo.

8. Le spese di lite (ivi comprese quelle relative al procedimento di istruzione preventiva) seguono la soccombenza e, in assenza di nota spese di parte, si liquidano d'ufficio come da dispositivo, ai sensi del D.M. Giustizia 10.03.2014 n. 55 (come modificato dal DM 147/22), in relazione all'attività concretamente esercitata dal difensore costituito, rapportata anche al tenore delle difese svolte con riferimento allo scaglione di valore di riferimento calcolato sulla base dell'importo del *decisum* (scaglione da € 520.001,00 a 1.000.000), con attribuzione ex art. 93 cpc in favore del procuratore costituito che se ne è dichiarato anticipatario.
Le spese delle CTU – già liquidate con separati decreti, in atti – vanno poste, in via definitiva, a carico della *Controparte_3* di *Controparte_11* in solido tra loro, quali parti rimaste soccombenti nei confronti degli attori, con onere di rimborso in favore di questi ultimi di quanto eventualmente anticipato a tale titolo.
Resta fermo, nei rapporti interni, il diritto delle predette strutture ad essere tenute indenni, nei limiti e alle condizioni delle rispettive polizze già indicate.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

Sussistono giusti motivi, invece, per dichiarare interamente compensate le spese di lite delle compagnie assicurative, *Controparte_7* e *Controparte_10* non ravvisandosi alcun profilo di manifesta ed assoluta arbitrarietà nell'iniziativa dei chiamanti in causa.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando nella controversia civile proposta come in epigrafe, disattesa ogni contraria istanza, così provvede:

- accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_1* *Parte_2* *CP_1* ed *CP_2* in proprio e nella qualità di eredi di *Persona_1* e, per l'effetto, accerta la responsabilità concorrente della *Controparte_3* *[...]* e di *Controparte_11* n ordine al decesso della *de cuius*;
- condanna la *Controparte_3* e *Controparte_11* in solido tra loro, a pagare in favore degli attori, la complessiva somma di euro **11.325,89**, oltre interessi nella misura e secondo i criteri di cui in motivazione, a titolo di danno non patrimoniale *iure hereditatis*;
- condanna la *Controparte_3* e *Controparte_11* in solido tra loro, al pagamento in favore degli attori dei seguenti importi:
  - **€ 175.995,00** in favore di *Parte_1*
  - **€ 175.995,00** in favore di *Parte_2* ;
  - **€ 175.995,00** in favore di *CP_1*
  - **€ 183.817,00** in favore di *CP_2*

  a titolo di danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale, liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale sugli importi qui liquidati, da devalutarsi al mese di [redacted] e di anno in anno rivalutati secondo gli indici istat foi, da [redacted] sino alla pubblicazione della presente sentenza;
- condanna la *Controparte_3* e *Controparte_11* in solido tra loro, a pagare in favore degli attori, nella qualità di eredi di [redacted] *Per_1* la complessiva somma di **€ 400,00** a titolo di rimborso delle spese mediche documentate, oltre interessi nella misura e secondo i criteri di cui in motivazione;
- dichiara che, nei rapporti interni tra le convenute, la responsabilità deve essere ripartita nella misura del 30% a carico della *Controparte_3* del 70% a carico di *Controparte_11*
- accoglie la domanda di garanzia proposta dalla *Controparte_3* nei confronti di *Controparte_7* e, per l'effetto, condanna quest'ultima a tenere indenne la convenuta di quanto la stessa sarà tenuta a corrispondere agli attori in forza della presente sentenza;
- accoglie la domanda di garanzia proposta da *Controparte_11* nei confronti di *Controparte_10* e, per l'effetto, e, per l'effetto, condanna quest'ultima a tenere indenne la convenuta di quanto la stessa sarà tenuta a corrispondere agli attori in forza della presente sentenza;
- condanna la *CP_3* .G. *CP_3* *CP_11* e *Controparte_11* in solido tra loro, al pagamento, in favore degli attori, delle spese di lite che si liquidano, per la fase di *ante causam* in **€ 1.258,00** per esborsi e in **€ 3.442,00** per compensi professionali nonché, per il giudizio di merito, in **€ 568,00** a titolo di esborsi e in € **29.193,00** per compensi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649

professionali, oltre rimborso spese generali al 15%, IVA e CPA, con attribuzione al difensore, dichiaratosi antistatario;

- dichiara interamente compensate le spese di lite tra la *Controparte_3* *[...]* e *Controparte_7* nonché tra *Controparte_11* e *[...]* *Controparte_10*
- pone in via definitiva le spese delle CTU – già liquidate con separati decreti – a carico della *Controparte_3* di *Controparte_11* in solido tra loro.

Napoli, 27.5.2026

Il Giudice
Dott. Fabio Lombardo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-649