R.G. n. 7249/2023

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI PADOVA

Seconda Sezione Civile

Il Tribunale, nella persona del giudice, dott. ssa Nicoletta Lolli,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. **7249/2023** R.G. promossa

da

Parte_1 C.F. *C.F._1*, difeso dall'avv. [redacted] *[...]*

Parte_2 C.F. *C.F._2*, difeso dall'avv. [redacted]

contro

Controparte_1, C.F. *P.IVA_1*, difeso dall'avv. [redacted] C.F. *C.F._3* e dall'avv. [redacted]

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come segue.

Conclusioni dell'attore

NEL MERITO IN PRINCIPALITÀ

1) accertato e dichiarato che il decesso di *Persona_1*, avvenuto per sopravvenuta infezione nosocomiale in data [redacted] presso l [redacted] (PD), è da ascriversi a fatto e colpa del personale sanitario,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

accertata e dichiarata la responsabilità della odierna convenuta, condannarsi *Parte_3* in persona del legale rapp.te pro tempore a pagare quanto a *Parte_1* la somma di € 71.014,32 e quanto a *Parte_2* *[...]* la somma di € 47.342,88 per un importo complessivo a titolo di danno parentale di € 118.357,20 già ridotto del 40% in via di equità, in relazione alla presunta sopravvivenza di *Persona_1* di un anno, così come accertata dal CTU nell'integrazione all'elaborato peritale e/o le altre somme che saranno precisate in corso di causa, o quelle altre somme che saranno ritenute di giustizia, oltre rivalutazione ed interessi dalla data del [redacted] alla domanda giudiziale, oltre interessi di cui al quarto comma dell'art. 1284 c.c. dalla proposizione della domanda giudiziale al saldo effettivo;

2) con vittoria di spese e compensi professionali oltre al 15% per rim-borso forfettario spese di studio, oltre CPA ed IVA oltre alle compe-tenze per la fase di mediazione con distrazione delle medesime tutte, in favore del procuratore antistatario.

NEL MERITO IN VIA SUBORDINATA

1) in caso di denegato accoglimento della domanda formulata in via principale, accertato e dichiarato che il decesso di *Persona_1*, avvenuto per sopravvenuta infezione nosocomiale in data [redacted] presso l [redacted] (PD), è da ascriversi a fatto e colpa del personale sanitario, accertata e dichiarata la responsabilità della odierna convenuta, condannarsi *Parte_3* in persona del legale rapp.te pro tempore a pagare quanto a *Parte_1* la somma di € 60.000,00 e quanto a *Parte_2* *[...]* la somma di € € 40.000,00 per un importo complessivo di € 100.000,00, somma determinata in via di equità a titolo di danno da lesione del rapporto parentale per la perdita anticipata della vita del congiunto e l'individuato tempo non vissuto insieme al proprio familiare e/o le altre somme che saranno precisate in corso di causa, o quelle altre somme che saranno ritenute di giustizia, oltre

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

rivalutazione ed interessi dalla data del [redacted] alla domanda giudiziale, oltre interessi di cui al quarto comma dell'art. 1284 c.c. dalla proposizione della domanda giudiziale al saldo effettivo;

2) con vittoria di spese e compensi professionali oltre al 15% per rimborso forfettario spese di studio, oltre CPA ed IVA e distrazione delle medesime in favore del procuratore antistatario.

IN VIA ISTRUTTORIA

si chiede l'ammissione di prova per testi sulle seguenti circostanze precedute d3

a "vero che": 1) al momento del ricovero, *Persona_1* era esente da tosse e febbre.

2) prima del ricovero, *Persona_1* risultava essere esente da contatti stretti con persone di famiglia o con persone estranee alla famiglia affette da covid;

3) durante il ricovero di *Persona_1*, era interdetta l'assistenza e la visita dei familiari o di altri soggetti presso l'ospedale;

4) *Parte_1*, sorella convivente di *Persona_1*, è rimasta da sempre esente da contagio covid;

5) durante tutto il periodo di pandemia da covid, *Persona_1* ha adottato i dispositivi di protezione individuale, in particolare mascherine FFP2 e guanti in lattice, ed ha rispettato tutti gli accorgimenti sanitari indicati dal Ministero della Salute, in particolare la sanificazione frequente delle mani e degli ambienti domestici;

6) durante tutto il periodo di pandemia da covid, *Parte_1*, *Parte_2* e il sottoscritto, hanno adottato i dispositivi di protezione individuale, in particolare mascherine FFP2 e guanti in lattice, e rispettato tutti gli accorgimenti sanitari indicati dal Ministero della Salute, in particolare la sanificazione frequente delle mani e degli ambienti domestici;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

7) durante tutto il periodo di pandemia da covid, *Persona_1*, a causa delle proprie condizioni di salute, è sempre rimasto in casa evitando tutti i contatti con persone estranee alla famiglia.

Si indica a teste *Testimone_1* (C.F. *C.F._4* [redacted] e residente in [redacted] (PD).

Conclusioni del convenuto

- nel merito:

respingere le pretese tutte delle attrici, perché infondate in fatto e in diritto e non provate.

Con vittoria di spese e compensi di lite, oltre al rimborso forfettario delle spese generali (15%).

MOTIVI DELLA DECISIONE

Argomentazione delle parti

Parte_1 e *Parte_2* citano *Parte_3* esponendo quanto segue:

- in data 11/11/2020 *Persona_1*, fratello delle attrici e convivente con *Parte_1* dal 2018, veniva ricoverato all [redacted] con diagnosi di scompenso di cuore e tampone molecolare Covid-19 negativo;
- secondo le risultanze della cartella clinica, il decorso del ricovero era regolare fino al 16/11/2020;
- il 17/11/2020 egli veniva trasferito in stanza con un paziente positivo al Covid, e tale contatto veniva mantenuto fino alle ore 10.34 del giorno successivo, quando il paziente veniva trasferito;
- in data 19/11/2020 lo *Persona_1* veniva trasferito in isolamento per contatto con paziente positivo e il 21/11/2020 risultava a sua volta positivo a tale virus;
- il giorno successivo il paziente veniva trasferito da Geriatria al Reparto Infettivi Covid, dove progressivamente peggiorava; seguiva uno spostamento in Terapia Intensiva fino al [redacted] per "*scompenso cardiaco, polmonite bilaterale Covid, insufficienza respiratoria acuta, shock cardiogeno*".

Secondo le risultanze della perizia medico-legale fatta eseguire dalle attrici, il paziente era stato ricoverato con scompenso cardiaco ma in discrete condizioni, negativo al Covid, e, nei

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

giorni successivi, si era assistito ad un miglioramento o, comunque, ad una situazione stazionaria priva di ulteriori complicanze. Essendo un paziente "fragile", egli avrebbe dovuto essere messo in isolamento, mentre era invece stato collocato in stanza con un paziente positivo al Covid, che lo aveva infettato e portato al peggioramento e al decesso in pochissimo tempo, nonostante fino a prima di contrarre l'infezione avesse risposto positivamente alla terapia per la quale era stato ricoverato.

La condotta omissiva della struttura sanitaria, secondo le attrici, costituisce inadempimento all'obbligo di assumere le cautele necessarie ad evitare il contagio all'interno dell'ospedale, anche semplicemente con misure di isolamento. Ciò in violazione della l. 24/ 2017 che, all'art. 5, prevede l'obbligo in capo agli esercenti le professioni sanitarie di seguire le raccomandazioni indicate dalle linee guida o, in mancanza di queste, l'obbligo di attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali, sussistendo pertanto una peculiare responsabilità organizzativa di tipo omissivo. Una condotta diligente e prudente, consistente nell'operare l'isolamento necessario, avrebbe probabilisticamente evitato contagio e, dunque, la morte del congiunto.

Nel richiamare la giurisprudenza relativa alla perdita del rapporto parentale e invocando i criteri di liquidazione a punti pubblicati nelle tabelle di Milano, le attrici ritengono che i punti riconoscibili siano 94 per *Parte_1* , in quanto convivente, e 66 per *Parte_2* *[...]* tenendo, inoltre, conto dell'età del deceduto e dei superstiti, del numero dei superstiti e della qualità della relazione affettiva. In termini monetari, tali punti si traducono rispettivamente in euro 137.352,80 e in euro 96.439,00.

Le attrici chiedono, pertanto, la condanna della convenuta al risarcimento del danno nella misura suddetta.

Si costituisce la convenuta, eccependo ed argomentando quanto segue:

- il Covid-19 non era un'infezione nosocomiale ma un virus responsabile di una pandemia rispetto alla quale, al tempo del ricovero, le conoscenze e le strategie terapeutiche erano ancora in fase di studio e i vaccini non erano ancora disponibili;
- la caratteristica di tale virus, che si trasmette per via aerea, è la contagiosità prima dell'inizio della sintomatologia, che consente la trasmissione da parte di persona inconsapevolmente positiva e del tutto asintomatica;
- l'efficacia dei test diagnostici era limitata dalla possibilità che essi diano risposte diverse a distanza di poche ore;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

- per queste caratteristiche, anche con l'applicazione più ferrea delle misure di contenimento, il rischio zero era impossibile;
- solo l'isolamento dovuto al lock down aveva avuto effetto per ridurre drasticamente i contagi, ma ciò non era possibile in ambiente ospedaliero, a pena di poter tenere aperte solo le stanze di isolamento;
- inoltre, al tempo, la normativa nazionale e locale che si susseguiva freneticamente al fine di ridurre i contagi, dimostrava la difficoltà di contenimento della diffusione del virus;
- la struttura sanitaria era priva di responsabilità (il nesso causale tra l'infezione da Covid dello *Persona_1* e il decesso viene contestato), in quanto ogni cautela organizzativa era stata adottata e la pandemia da Covid-19 doveva ritenersi, ex art. 1218 c.c., una causa imprevedibile e inevitabile.

La convenuta espone analiticamente il susseguirsi di normativa primaria e secondaria e direttive anche nell'ambito dell' *Parte_4* e così descrive le misure del reparto di interesse:

"*Con particolare riferimento alla UO di Geriatria va evidenziato come*

1. l'utilizzo dei DPI è avvenuto in conformità a quanto previsto dal Servizio Prevenzione e Protezione, che ha individuato 2 categorie all'interno del personale stesso:

-personale impegnato nell'attività generale;

-personale dedicato all'assistenza diretta del paziente sospetto o COVID positivo

2. a partire da maggio 2020 tutto il personale afferente alla UO di Geriatria ha partecipato al corso aziendale sul corretto utilizzo dei DPI

3. ove possibile, i pazienti erano inviati ad indossare i DPI

4. erano stati individuati 2 posti letto singoli all'interno dell'UO di Medicina, riservati al ricovero di pazienti positivi o sospetti in modo tale da prevedere l'isolamento degli stessi

5. accurate misure di disinfezione degli ambienti erano applicate soprattutto nelle stanze di degenza, sulle suppellettili utilizzate dai pazienti e nelle aree di lavoro del personale sanitario.

6. per la distribuzione dei pasti era utilizzato materiale monouso

7. era predisposta una stanza di vestizione ed una di svestizione con percorsi prestabiliti. In caso di ricovero programmato il paziente veniva contattato telefonicamente 3-4 gg prima e veniva eseguito un triage telefonico per COVID19

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

8. era in uso l'Istruzione Operativa per la Sorveglianza mediante tampone dei pazienti interni (ricoverati) e gestione organizzativa del paziente positivo. Si segnala che in presenza di contatti di caso sospetto, venivano eseguite le indicazioni di isolamento per i contatti in attesa di conferma. Inoltre il caso sospetto (e quindi anche il contatto stretto) era sempre sottoposto a tampone naso-faringeo. Questo allo scopo di contenere quanto più possibile la diffusione del virus attraverso l'identificazione precoce dei soggetti positivi, la segnalazione e la sorveglianza dei casi e dei contatti."

Nel concreto, la convenuta così descrive i fatti relativi allo *Persona_1*

- egli non era stato trasferito in una stanza con paziente positivo al Covid; quest'ultimo paziente era negativo, ma era poi emersa la sua positività all'esito del monitoraggio;
- inoltre, dalla cartella clinica, era stato annotato alle ore 1.05 del 17/11/2020 che lo *Persona_1* era in stanza con paziente positivo al Covid, con il quale restava fino al tardo pomeriggio del giorno stesso; il paziente positivo, infatti, era stato trasferito lo stesso 17/1172020 al Reparto malattie infettive;
- anche laddove si fosse verificato un qualche ritardo nell'isolamento del paziente positivo con cui lo *Persona_1* aveva condiviso la stanza, il problema era l'insuperabile carenza di spazio, con due sole stanze singole, e l'insostenibile pressione della pandemia sul sistema sanitario;
- inoltre, per usare le parole della comparsa di risposta, tale ritardo non poteva "*aver svolto un ruolo causale significativo nella successiva positivizzazione del sig.* *Persona_1* *Infatti, poiché il picco dell'infettività si colloca da due giorni prima a un giorno dopo l'insorgenza dei sintomi, il tempo intercorso tra l'ultima negatività del compagno di stanza (del 13.11) e la successiva positività è di per sé sufficiente alla trasmissione dell'infezione nel sig.* *Persona_1* *trattandosi di contatto sufficientemente prolungato.*

  Poiché il ricovero del paziente risultato positivo con cui il *Persona_1* *condivideva la stanza era avvenuto solo quattro giorni prima, nonostante la negatività del tampone rapido eseguito il giorno 13, questi può aver facilmente contratto l'infezione in ambiente domestico; trattandosi di paziente asintomatico non vi erano, peraltro, condizioni che motivassero l'anticipata esecuzione di un tampone di controllo, così da poter anticipare la diagnosi di positività e le correlate misure per contrastare il diffondersi dell'infezione tra i compagni di stanza. D'altro canto è noto come la positività ad un test possa insorgere a poche ore di distanza da un precedente tampone*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

negativo, condizione che porrebbe indicazione alla irrealizzabile esecuzione di più tamponi al giorno nei pazienti degenti seppur asintomatici e senza contatto a rischio.

In relazione alla durata del periodo finestra, essendo il ricovero avvenuto solo 4 giorni prima del test positivo, l'infezione SARS-Co 2 potrebbe esser stata contratta prericovero ed essere rimasta asintomatica e con carica non ancora sufficiente a determinare la positivizzazione del test (soprattutto in relazione alla negatività al test rapido che risulta essere meno sensibile). Ciò, evidentemente, depone, nel caso del sig. Persona_1 *per una infezione non altrimenti evitabile, non essendo nota la positività del compagno di stanza fino al suo riscontro occasionale ed essendo state adottate le misure preventive al tempo attuabili (procedure aziendali e indicazioni ministeriali/regionali).*"

La convenuta, anche nel caso che sia riconosciuta qualche forma di responsabilità in capo a sé, contesta il *quantum* preteso dalle attrici, in particolare con riferimento all'intensità del rapporto affettivo, non dimostrato, nonché in relazione al fatto che lo Persona_1 aveva "*un rischio prognostico di mortalità ad un anno moderato/severo (almeno 60-70%), correlato sia alle patologie croniche preesistenti (sindrome dismetabolica su obesità di grado severo, insufficienza respiratoria cronica, sindrome delle apnee notturne, cardiopatia ipertensiva, sindrome da allettamento, insufficienza renale cronica), sia alla scarsa responsività alle terapie attuate per lo scompenso che ne aveva reso necessario il ricovero prima della insorgenza della sovrapposta infezione.*"

La convenuta, a dimostrazione del rischio suesposto, riferisce di ricoveri avvenuti nei mesi di aprile e maggio 2019 e negli stessi mesi dell'anno 2020 e argomenta dell'incidenza sulla liquidazione di tale rischio, ritenendo dunque la necessità di applicare un'equitativa decurtazione su quella ottenibile dalle tabelle.

Chiede pertanto la convenuta il rigetto della domanda attorea.

La causa, con lo scambio di memorie, viene istruita mediante produzioni documentali e CTU medica e passa ora in decisione.

Nesso causale tra ricovero e contagio da Covid 19 di Persona_1

Nel caso di specie è necessario stabilire, prima di tutto se, secondo il criterio del più probabile che non, il contagio dello Persona_1 sia avvenuto durante il ricovero in ospedale.

Per effettuare questa verifica vanno, innanzi tutto, riferiti i fatti rilevabili documentalmente.

Lo Persona_1 veniva ricoverato in data 11/11/2020, con tampone molecolare Covid negativo (doc. 3 parte 1 convenuta) e collocato nel letto n. 30 (doc. 74 convenuta).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

Il suo compagno di stanza veniva ricoverato in data 12/11/2020, con tampone molecolare negativo (doc. 75 convenuta) e collocato nel letto n. 32 (doc. 77 convenuta).

Non sembra in discussione il fatto che il letto 30 e il 32 fossero nella stessa stanza.

Da ora in poi i documenti cui fare riferimento per lo *Persona_1* sono il diario clinico doc. 3 parte 1 convenuta e per il compagno di stanza il diario clinico doc. 76 convenuta.

Risulta che il compagno di stanza dello *Persona_1* fosse stato sottoposto a tampone di sorveglianza il 13/11/2020 (senza annotazione dell'esito) e che, successivamente, ne fosse stato somministrato un altro (rapido) in data 16/11/2020, che dava esito positivo, con annotazione alle ore 12.33. Successivamente, alle ore 20.41 della stessa giornata, si dava atto dell'esito di tampone molecolare, anch'esso positivo. Il giorno 17/11/2020, alle ore 1.17, 9.36, 13.18 e 14.44 veniva sempre confermata la positività al tampone Covid. Alle ore 17.40 del medesimo giorno risultava trasferito al quinto piano.

Quanto allo *Persona_1* nel suo diario clinico veniva annotato fin dalle ore 1.05 del 17/11/2020 che egli era in stanza con un paziente positivo al Covid. Il 18/11/2020 veniva messo in isolamento nella stanza n. 6 in quanto sospetto per contatto con paziente positivo al Covid nella stanza precedente. Sempre il 18/11/2020, gli veniva somministrato un tampone rapido, con esito negativo. Il 20/11/2020, nella mattinata, effettuava ulteriore tampone rapido, ancora negativo e nel primo pomeriggio effettuava altro tampone molecolare, di cui non veniva annotato l'esito. Il 21/11/2020, al mattino, un tampone rapido attestava la positività dello *Persona_1* al Covid e, dopo lo smarrimento del tampone molecolare e ripetutone un altro, alle ore 19 la positività veniva confermata dal tampone molecolare.

Per riassumere i dati temporali, lo *Persona_1* entrava in ospedale l'11/11/2020 con tampone molecolare negativo e tale rimaneva, con la prima successiva verifica al 18/11/2020, fino alla mattina del 21/11/2020, cioè per i primi dieci giorni di ricovero. Nel frattempo, il paziente che stava nella sua stessa stanza dal 12/11/2020, giorno del suo ricovero, si positivizzava il 16/11/2020, con annotazione delle ore 12.33, ma rimaneva nella stessa stanza dello *Persona_1* per ulteriori 29 ore.

Come sopra riportati i fatti, vanno ora riferiti gli esiti della consulenza tecnica d'ufficio.

I CCTTUU distinguono il periodo dell'incubazione, che va dal contagio alla comparsa dei sintomi, dall'intervallo di tempo che va da momento del contagio alla positivizzazione del tampone naso faringeo. Il primo periodo viene determinato dagli studi in 3-7 giorni, fino ad un massimo teorico di pochi limitati casi di 14 giorni. La seconda tipologia di intervallo di tempo viene invece stimata in 3- 5 giorni al massimo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

Così determinata la tempistica, lo *Persona_1* non può avere contratto il virus fuori dall'ospedale e prima del ricovero, atteso che tra questo e la positivizzazione erano passati 10 giorni.

Conseguentemente, si deve concludere che il contagio è avvenuto all'interno dell'ospedale e nel periodo del ricovero.

Inoltre, tra il primo momento in cui il compagno di stanza è risultato positivo al Covid, cioè il 16/11/2020, e il momento della positivizzazione dello *Persona_1* erano passati cinque giorni; se si calcola il tempo dall'ultimo momento in cui i due sono rimasti nella stessa stanza, erano passati circa tre giorni e mezzo.

Si tratta, esattamente, dell'arco temporale che, secondo gli studi, va dal contagio alla positivizzazione.

Secondo il criterio del più probabile che non, dunque, si può affermare che lo *Persona_1* è stato contagiato proprio in quella finestra temporale in cui il suo compagno era stato trovato positivo ed era ugualmente rimasto nella stessa stanza.

Questa è, del resto, la conclusione dei CCTTUU, che così affermano: "*Alla luce di queste considerazioni, sviluppate a partire da basi scientifiche è da ritenersi altamente probabile che il contagio del sig.* *Persona_1* *sia avvenuto durante il periodo trascorso in stretta contiguità fisica con il compagno di camera che era purtroppo risultato positivo al Covid-19*."

I CCTTUU, poi, hanno respinto fermamente l'ipotesi che, stante la collocazione dei due letti nella stessa stanza, ci fossero garanzie sufficienti per evitare il contagio. Essi, infatti, dopo avere effettuato una lunga disamina sulle modalità di trasmissione del virus, hanno affermato: "*È circostanza oggetto di conoscenza condivisa ribadire che il Covid-19 ha una potenziale contagiosità anche a 20 metri in un ambiente chiuso e che questa è una nozione largamente acquisita e nota già fin dall'esordio della pandemia*". Essi, inoltre, hanno osservato che "*risulta veramente difficile pensare che anche indossando la mascherina pure durante la notte (aspetto non verificabile e invero altamente improbabile) si possa ipotizzare che il rischio infettivo venga ridotto in maniera significativa durante le 30 ore di permanente, ravvicinato, contatto*". In effetti, nel diario clinico di entrambi i pazienti non risulta annotata l'apposizione di mascherine o di altri dispositivi di protezione individuale.

Una volta considerata la tempistica sopra descritta ed esclusa la possibilità che le condizioni dei due pazienti dentro la stessa stanza fossero adeguate a prevenire contagi, si deve concludere che sussiste il nesso causale tra il ricovero e il contagio.

Nesso causale tra contagio da Covid 19 e decesso di *Persona_1*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

La prima difesa della convenuta, in ordine alla morte del paziente, è stata quella di attribuirne la causa alle comorbilità che affliggevano lo *Persona_1* da tempo.

Anche questa affermazione è stata smentita dai CCTTUU, che hanno confermato che vi è incontrovertibile nesso di causalità materiale tra il decesso di *Persona_1* e l'infezione da Covid-19 da lui contratta durante il ricovero. Essi non hanno messo in dubbio che il paziente, all'epoca del ricovero e del contagio, fosse un soggetto fragile, affetto da plurime comorbilità, ma hanno affermato che egli non è deceduto a causa delle comorbilità di cui era portatore bensì a causa delle complicanze multiorgano provocate dalla patologia(infezione) Covid-19 correlata.

Del resto, hanno osservato i CCTTUU che, dalla cartella clinica emergeva che la terapia somministrata per lo scompenso in corso, stava avendo successo e si erano registrati miglioramenti, fino a quando non sono comparsi i sintomi del Covid-19, a partire dai quali la situazione è repentinamente peggiorata, per portare al decesso. In effetti, anche dalla lettura del diario clinico dello *Persona_1* si apprezzano miglioramenti fino al 20/11/2020, quali la capacità di stare dapprima seduto sul letto, poi sulla sedia, poi a pranzare autonomamente al tavolo, con respirazione migliorata tanto da rendere necessario l'ossigeno solo al bisogno, con guarigione della gamba sinistra e lieve diminuzione degli edemi declivi (cfr. doc. 3 parte 1 convenuta). Successivamente, dal 22/11/2020 si può leggere invece un repentino peggioramento sia della saturazione sia della situazione dei polmoni.

La valutazione dei periti sul nesso di causa tra il contagio e la morte deve pertanto essere condivisa.

Carenza di prova liberatoria da parte dell' *Parte_3*

Va, innanzi tutto, osservato che la responsabilità della struttura sanitaria è di tipo contrattuale, come specificato dall'art. 7 l. 24/2017.

Tra gli obblighi della struttura sanitaria, come previsto dall'art. 1 l. cit. vi è la sicurezza delle cure, *realizzata anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative*, e l'obbligo di attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate o, in mancanza alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Trattandosi di responsabilità contrattuale, una volta che il danneggiato ha dimostrato che vi è stato un danno riconducibile alla struttura sanitaria, spetta a quest'ultima la prova liberatoria di avere posto in essere tutte le cautele e misure di sicurezza necessarie per prevenire il danno.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

A parere del sottoscritto giudicante tale prova non è stata data.

La convenuta ha invocato la scarsa esperienza della malattia da Covid-19, le difficoltà organizzative, la pressione sugli ospedali, la carenza delle strutture per l'isolamento e ha affermato di avere seguito tutta la normativa e tutte le raccomandazioni e buone pratiche clinico-assistenziali nei limiti del possibile.

Quanto all'esatto funzionamento del contagio, va ricordato, come ricordano anche i CCTTUU, che il novembre 2020 corrispondeva alla seconda ondata di contagi da Covid 19, essendosi la prima verificata nell'inverno-primavera 2020, con un calo nel periodo estivo e con la verifica che il *lock down* aveva portato alla limitazione dei contagi.

All'epoca dei fatti che qui interessano, secondo quanto riferiscono i CCTTUU, le modalità di trasmissione del virus erano note: essa avveniva per lo più per via area attraverso i c.d. *droplets*, che rimanevano sospesi nell'aria e che, depositandosi sulle varie superfici, mantenevano la capacità di contagio anche per ore (a seconda della superficie su cui si posavano).

Quindi la necessità di isolare i pazienti Covid dagli altri era una conoscenza del tutto condivisa.

Nel caso di specie è evidente che tale misura non è stata presa tempestivamente, in quanto lo *Persona_1* è rimasto circa 29-30 ore nella stessa stanza con un paziente positivo al Covid-19 e grazie a tale convivenza, ha contratto a sua volta il virus.

Gli argomenti spesi dalla convenuta sono che vi erano solo due camere singole, che la struttura dell'ospedale non consentiva di isolare adeguatamente i pazienti e che la pressione sugli ospedali all'epoca era insostenibile.

Va detto, ma solo per scrupolo, che le condizioni dell'ospedale non sono state adeguatamente documentate per sostenere l'impossibilità di soluzioni alternative al tenere un paziente fragile negativo con un paziente positivo nella stessa stanza per trenta ore.

In ogni caso, come riportato dalla stessa convenuta in comparsa di risposta, a seguito del riscontro di positività tra ricoverati il 16.11.20 il Direttore di Presidio comunicava:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

A seguito della segnalazione di difficoltà al ricovero di pazienti internistici, a causa del riscontro di pazienti positivi al tampone rapido (ed in attesa della conferma del tampone molecolare) presso il 7° piano, si è concordato nell'incontro con i direttori interessati quanto segue:

- restano temporaneamente sospesi, come da precedenti disposizioni verbali, i ricoveri presso il 7° piano;
- i pazienti "sospetti" in attesa di conferma, verranno tenuti in isolamento nelle stanze al 7° piano, come da indicazioni dei responsabili delle UU.OO.;
- al riscontro dell'esito dei tamponi si procederà nel tempo più rapido possibile, al trasferimento presso l'UO di Malattie Infettive attivata al 5° piano o al trasferimento a [redacted]
- i pazienti internistici "non Covid" in accoglimento dal PS verranno temporaneamente accolti al 3° piano presso la lungodegenza ed in "appoggio" presso la chirurgia, sempre in carico all'UO di Geriatria o di Neurologia;
- le UU.OO. interessate valuteranno tutti i trasferimenti/dimissioni, nel rispetto delle attuali procedure presso domicilio o in OdC per "Covid" o "non Covid";
- i pazienti con patologie chirurgiche "border line" (es. coliche, occlusioni etc), anche se non candidabili ad interventi chirurgici in tempi brevi, verranno ricoverati a carico dell'area chirurgica per ridurre per quanto possibile il carico assistenziale sui colleghi di area medica che lavoreranno in questa fase su tre sedi;
- il laboratorio analisi del P.O. garantirà l'analisi dei tamponi di biologia molecolare a conferma delle positività dei test antigenici, secondo criterio di priorità stabilito dal Direttore di U.O., al fine di rendere maggiormente veloce l'iter diagnostico e le successive decisioni;

Si comunica inoltre che per quanto riguarda le azioni specifiche presso l' UU.OO. di Geriatria e di Neurologia:

- sono stati definiti i percorsi pulito sporco da attuare presso il 7° piano;
- è stata definita dal Medico Competente la sorveglianza sanitaria e che, in aggiunta ai tamponi organizzati per la sorveglianza sanitaria, sono stati sottoposti a tampone rapido antigenico tutti i dipendenti. Le successive azioni di controllo continueranno ad essere effettuate secondo disposizioni del Medico Competente;
- sono sospese le visite e gli accessi non strettamente necessari;
- deve essere avvisata tempestivamente la Scrivente Direzione del riscontro di ulteriori positività;
- devono essere informati i lavoratori e deve essere garantito l'utilizzo delle precauzioni standard e specifiche per la gestione del COVID19;
- deve essere interrotta l'attività lavorativa nel caso di sintomatologia sospetta e comunicato al Medico Competente per le opportune valutazioni;

Come si può notare, la comunicazione riguardava proprio la gestione della tipologia di problemi che ha riguardato il caso di specie: i pazienti con sospetto Covid dovevano essere trasferiti al settimo piano, che per disposizioni organizzative veniva messo a disposizione a questo scopo, eliminando i ricoveri internistici, che venivano temporaneamente collocati presso il reparto lungodegenti e appoggiati presso la chirurgia.

Ora, si deve ipotizzare che il problema di un periodo di "limbo" per pazienti sospetti e la relativa necessità di collocarli in attesa dell'esito, dovesse essere di comune esperienza e, pertanto, sarebbe stato necessario approntare un'organizzazione tale da evitare che tali pazienti sospetti continuassero a condividere stanze con pazienti non sospetti. Se tale misura organizzativa, assunta pochi giorni dopo i fatti che qui interessano, fosse stata assunta in via preventiva, con ogni probabilità il compagno di stanza dello *Persona_1* una volta trovato positivo al tampone rapido, sarebbe stato collocato immediatamente al settimo piano, evitando così (secondo il criterio del più probabile che non) il contagio.

Si tratta di una misura certamente possibile anche prima del caso che qui interessa, atteso che il lasso temporale tra i fatti e il momento in cui è stata assunta, parrebbe essere contenuto in cinque giorni. Non si trattava, pertanto, di attività inesigibile.

Si deve concludere che la struttura ha violato l'obbligo di approntare tutte le misure organizzative per garantire la sicurezza delle cure, come previsto dall'art. 1 l. 24/2017.

Ricorrono pertanto tutti gli elementi per la responsabilità contrattuale della struttura in merito al decesso di *Persona_1* .

Danni non patrimoniali

Le parti non contestano che la liquidazione dei danni non patrimoniali debba avvenire in base ai criteri della tabella di Milano, che applicata nella sua versione più aggiornata, e dunque al 2024.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

Tale tabella parte dal presupposto che il danno per perdita del rapporto parentale possa essere risarcito in base all'età della vittima, all'età dei familiari, all'esservi rapporto di convivenza, all'esservi sopravvivenza di altri congiunti al *de cuius* e all'intensità del rapporto affettivo.

Ciò premesso, il rapporto parentale è dimostrato dal doc. 3 attrici.

L'età del *de cuius* e delle sorelle è documentata sempre dallo stesso doc. 3 attrici, così come il numero di congiunti superstiti (le sole sorelle).

La convivenza dello *Persona_1* con la sorella *Pt_1* , risulta dal diario clinico del giorno del ricovero, 11/11/2020, (doc. 3 parte 1 convenuta, pag. 3) e deve ritenersi probabile alla luce delle deteriori condizioni di salute del *de cuius*, il quale, nei mesi di aprile e maggio 2019 e aprile e maggio 2020, aveva avuto vari ricoveri ospedalieri e pertanto appare verosimile che non fosse in grado di vivere solo.

Le contestazioni più significative effettuate dalla convenuta e meritevoli di analisi sono l'aspettativa di vita dello *Persona_1* e l'intensità del rapporto affettivo con le sorelle.

Per quanto riguarda l'aspettativa di vita, essa era molto bassa, come anche attestato dai CCTTUU con l'integrazione depositata il 5/5/2025. Essi hanno dato atto che lo *Persona_1* era gravato da importanti e plurime comorbilità, così elencate: obesità di grado severo, broncopatia cronica ostruttiva con insufficienza respiratoria cronica e sindrome delle apnee notturne, cardiopatia ipertensiva con lieve disfunzione sistolica, fibrillazione atriale parossistica in NAO, diabete mellito di tipo 2".

Peraltro, la convenuta ha depositato le cartelle cliniche dei precedenti ricoveri, a conferma della deteriore situazione dell'interessato (docc. 4, 5 ,6 e 7 comparsa di risposta).

I CCTTUU, sulla base della documentazione sanitaria in atti, hanno concluso quanto segue: "*Sulla base delle indubbiamente gravi comorbilità presenti su* *Persona_1* *e caratterizzate in particolare da: grave insufficienza respiratoria secondaria a broncopatia cronico ostruttiva (BPCO) che lo costringeva all'ossigeno terapia a lungo termine (OLT) domiciliare, da apnee notturne con recente scompenso cardiaco, fibrillazione atriale (FA) parossistica in NAO (terapia anticoagulante continuativa), ipertensione arteriosa, cardiopatia ipertensiva con lieve disfunzione sistolica, diabete*

mellito (DM) tipo 2, obesità, si può stimare una ragionevole aspettativa di vita del paziente verosimilmente non oltre l'anno di vita dal momento del ricovero presso l [redacted] *avvenuto nel novembre 2020.*"

Su questo punto va osservato che la tabella di Milano versione 2024, per un paziente che rientra nella classe di età 61-70 anni, assegna 10 punti.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

La giurisprudenza della Suprema Corte è indirizzata nel ritenere che la tabella di Milano, anche in base alla bassa aspettativa di vita, vada applicata, ma sia poi necessario applicare una decurtazione equitativa (Cass. 25271/2025, Cass. 35998/2023). Nella specie, la sentenza del 2023 così enuncia: "*In ragione dell'inconfigurabilità di un danno tanatologico, la perdita della vita anticipatamente rispetto a quando si sarebbe verificata per causa non imputabile al responsabile non integra un danno risarcibile per colui che la subisce (invocabile, dunque, iure successionis dai suoi eredi), potendo, invece, configurarsi come pregiudizio da perdita del rapporto parentale, risarcibile iure proprio in favore dei congiunti, rispetto al quale la durata presumibile della residua sopravvivenza della vittima primaria rileva quale parametro per la relativa liquidazione equitativa."* La sentenza del 2025 richiama espressamente i principi di cui alla sentenza del 2023.

Sull'entità della decurtazione, si dirà nella determinazione della liquidazione.

L'altra questione in contestazione è l'intensità del rapporto affettivo.

Come noto, secondo la logica a punti della tabella milanese, il punto e) è una forma di personalizzazione che risarcisce il danno dovuto ad un rapporto affettivo particolarmente intenso. La prova dell'intensità del rapporto può anche essere presuntiva, ma devono essere allegati i fatti dai quali tale intensità si fonda.

La versione 2024 della suddetta tabella esemplifica i possibili fatti rilevanti, tra l'altro, come segue:

- frequentazioni/contatti (in presenza o telefonici o in internet): *Email_1*
- condivisione delle festività/ricorrenze: *Email_2* ;
- condivisione di vacanze: assente/sporadica/frequente/sempre;
- condivisione attività lavorativa/hobby/sport: *Email_3* ;
- attività di assistenza sanitaria/domestica: *Email_3* ;
- agonia/penosità/particolare durata della malattia della vittima primaria laddove determini una maggiore sofferenza nella vittima secondaria.

Ora, per quanto riguarda la sorella *Parte_1* , convivente, si deve presumere che il rapporto sia stato piuttosto stretto, anche per il fatto che il diario clinico indica che, ad ogni notizia rilevante, veniva avvisata "la sorella". Si deve ritenere che la sorella menzionata sia *Parte_1* , atteso che è provato che essa era anche convivente. Inoltre, tenuto conto delle condizioni del paziente, si deve anche presumere che la ragione del trasferimento dalla sorella *Pt_1* sia stato determinato dalla necessità di accudimento (oggetto di specifica

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

allegazione), che evidentemente gli deve essere stato prestato. Si deve, quindi, concludere che il rapporto con l'attrice *Parte_1* possa giustificare l'assegnazione di 5 punti.

Mancano, invece, completamente le allegazioni rispetto alla sorella *Pt_2* che risulta, tra l'altro, risiedere in un comune diverso da quello della sorella, e quindi anche del fratello. Per *Parte_2* quindi, non possono essere assegnati punti connessi all'intensità della relazione affettiva.

Ricapitolando i punteggi relativi alle due attrici:

Parte_1 (età all'epoca dei fatti 56 anni):

età della vittima primaria	10 punti
età della vittima secondaria	12 punti
convivenza	20 punti
superstiti	14 punti
rapporto affettivo	5 punti
totale	**61 punti**

Parte_2 (età all'epoca dei fatti 68 anni)

età della vittima primaria	10 punti
età della vittima secondaria	10 punti
convivenza	0 punti
superstiti	14 punti
rapporto affettivo	0 punti
totale	**34 punti**

Il valore del punto, secondo la versione della tabella milanese al 2024, è di euro 1.698,00 e, conseguentemente, le somme teoricamente riconoscibili alle due attrici sarebbero, rispettivamente, euro 103.578,00 ed euro 57.352,00.

Va ora valutata l'entità della decurtazione da operare per la ridotta aspettativa di vita dello *Persona_1*

La casistica esaminata dalla Suprema Corte nelle due sentenze menzionate sopra menzionate (Cass. 35998/2023, Cass. 25271/2025), riguarda la riduzione del 30% del risarcimento per la morte di un sessantreenne per errore medico che, a causa di precedenti morbilità, aveva un'aspettativa di vita di sette anni, e l'altra riguarda la decurtazione del 20% per la morte di un ottantatreenne con aspettativa di vita di due anni, per precedenti patologie.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

Nel caso che qui si esamina, l'aspettativa di vita dello *Persona_1* di anni 70, era in concreto di un anno, cosicchè egli è stato sottratto al rapporto con i suoi parenti con un anno di anticipo rispetto alla prospettiva di morte senza cause esterne.

Va ora osservato che la decurtazione del totale della liquidazione appare più corretto rispetto ad una mera diminuzione dei punti in riferimento all'età del deceduto; la minore aspettativa di vita, infatti, incide necessariamente su tutti gli altri parametri, atteso che la *ratio* del riconoscimento del danno da rapporto parentale non può fare a meno del calcolo della durata possibile di tale rapporto.

Dovendo reperire un parametro equitativo anche in base ai precedenti menzionati, il caso che qui si osserva, rispetto agli altri descritti, giustifica una riduzione maggiore in quanto si tratta dell'aspettativa di vita più bassa delle altre prese in esame.

Si può concludere che sia ragionevole una decurtazione equitativa del 60%, considerato che l'aspettativa di vita dello *Persona_1* era considerevolmente più vicina allo zero che a quella dell'uomo medio di pari età.

Si deve concludere che a *Parte_1* spettano euro 41.431,20 e a *Parte_2* *[...]* spettano euro 23.092,80. Si tratta di una liquidazione all'attualità, che comprende, pertanto, anche la rivalutazione monetaria.

Non possono essere riconosciuti gli interessi di cui all'art. 1284 co. 4 c.c., che non si applicano al caso del risarcimento del danno (Cass. 19063/2023). Nel caso di risarcimento del danno, infatti, gli interessi applicabili sono solo quelli compensativi, cioè quelli che ristorano del danno di non avere avuto a disposizione prima la somma di denaro, ma devono essere indicati i criteri in base ai quali determinarli, al fine di effettuare una valutazione almeno presuntiva del loro tasso. Nel caso di specie, nulla è stato allegato e pertanto gli interessi, nella misura legale, decorrono solo dalla data della liquidazione, cioè della data di deposito della presente sentenza, al saldo.

Le spese di lite, liquidate sulla base dello scaglione di valore che comprende la somma complessivamente liquidata, nella misura media del DM 55/2014 per tutte le fasi, seguono la soccombenza, così come le spese di CTU e le spese di CTP. Queste ultime risultano documentate dalle fatture doc. 10 attrici, allegate con la memoria di precisazione delle conclusioni, e ammontano a euro 3.660,00 (euro 2.440,00 per il CTP medico legale e euro 1.220,00 per il CTP infettivologo); l'importo appare congruo in relazione alla prestazione effettuata. Le spese vanno distratte a favore del legale delle attrici, che si è dichiarato antistatario.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594

Da ultimo, atteso che a mente dell'art. 59, lett. d), del D.P.R. 26.4.86 n. 131 vanno registrate a debito le sentenze che condannano al risarcimento del danno prodotto da fatti costituenti reato – laddove, in forza del successivo art. 60, risulta necessario indicare quale sia la parte obbligata al risarcimento del danno, nei cui confronti va recuperata l'imposta prenotata a debito – si precisa che nel caso di specie la parte obbligata è la convenuta

PER QUESTI MOTIVI

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza disattesa,

CONDANNA

Parte_3 al risarcimento del danno subito da *Parte_1*, liquidato in euro 41.431,20, e da *Parte_2* liquidato in euro 23.092,80, oltre interessi legali dalla pubblicazione della presente sentenza al saldo

CONDANNA

Parte_3 al pagamento delle spese processuali sostenute da *Parte_1* *[...]* e da *Parte_2*, spese liquidate in euro 759,00 per anticipazioni e in euro 14.103,00 per compensi, oltre a euro 3.660,00 per spese di CTP; distrazione a favore dell'avv. [redacted]

[redacted] a carico di *Parte_3* le spese di CTU.

ATTESTA

Che la parte obbligata al risarcimento del danno, nei cui confronti va recuperata l'imposta prenotata a debito, è *Parte_3*.

Padova, 5 giugno 2026

Il giudice

dott.ssa Nicoletta Lolli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-594