



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI PALERMO
TERZA SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del giudice dott.ssa Simona Maria Cipiti, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 3337/2022 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi promossa

DA

Parte_1 (codice fiscale *C.F._1*) [REDACTED]

[REDACTED]

Parte_2 (codice fiscale *C.F._2*) [REDACTED]

[REDACTED]

Parte_3 (codice fiscale *C.F._3*) [REDACTED]

[REDACTED] in

proprio e nella qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale

con affidamento esclusivo sul figlio minore *Persona_1* (codice fiscale *C.F._4*) [REDACTED]

tutti eredi del sig. *Persona_2* [REDACTED] e [REDACTED]

[REDACTED] e tutti rappresentati e difesi, nel presente procedimento, dall'Avv. [REDACTED]

[REDACTED] ed elettivamente domiciliati presso il suo studio professionale, sito in Roma, [REDACTED] e presso il suo domicilio digitale:

Email_1, giusta procura in atti

attori

CONTRO

[...]

Controparte_1 – (P.I.

P.IVA_1) in persona del Direttore Generale, rappresentante legale pro-tempore, rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'Avv. **[REDACTED]** (pec: **Email_2**) ed elettivamente domiciliata presso la sede legale dell'Azienda in Palermo, **[REDACTED]**

convenuta

OGGETTO: Risarcimento danni da morte - colpa medica-

1. Fatti di causa e svolgimento del processo.

Con atto di citazione ritualmente notificato, **Parte_2** (coniuge di **Per_2** **[...]** **Parte_1** , e **Parte_3** (figli di **Persona_2**), quest'ultima anche in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore **Per_1** **[...]** , tutti quali congiunti ed eredi del fu **Persona_2** , convenivano in giudizio innanzi a questo Tribunale l' **Controparte_2** di Palermo, esponendo:

- che il loro congiunto, **Persona_2** , in data 12 maggio 2020, veniva trasportato a mezzo servizio 118 presso il predetto nosocomio e ivi ricoverato a seguito di ustioni riportate mentre dava fuoco a sterpaglie in un terreno agricolo;
- che, all'atto dell'ingresso in ospedale, nei confronti **Persona_2** veniva formulata una diagnosi di ustione con indicazione di estensione variabile, nel corso della medesima giornata, dal 5% sino al 29% della superficie corporea, con contestuale oscillazione del codice di triage dal verde al giallo;
- che la cartella clinica evidenzia discrasie idonee a rappresentare una presa in carico superficiale del paziente;
- che il sig. **Persona_2** era affetto da cirrosi epatica post NASH, complicata da epatocarcinoma trattato mediante termoablazione, nonché da diabete mellito, condizioni che, secondo la prospettazione attorea, risultavano clinicamente compensate;
- che nel corso della degenza il paziente si manteneva vigile, orientato e collaborante.
- che sin dalle prime giornate di ricovero gli esami ematochimici evidenziavano neutrofilia, trombocitopenia e progressiva compromissione della funzionalità epatica e renale, che avrebbero dovuto essere interpretate come segnali di uno stato settico in atto o in fase di insorgenza;

- che tali dati non erano stati adeguatamente monitorati e che la terapia antibiotica sistemica veniva avviata soltanto in data 17 maggio 2020, quando il quadro clinico risultava ormai gravemente compromesso.

- che in data 17 maggio 2020 veniva eseguita emocoltura, il cui esito, noto il giorno successivo, evidenziava la presenza di *Acinetobacter baumannii* multiresistente, contratto in ambito nosocomiale;

- che l'infezione non veniva trattata con la terapia antibiotica indicata dall'antibiogramma;

- che tale infezione, unitamente al ritardo e all'inappropriatezza della terapia antibiotica, determinava l'evoluzione in shock settico e il [REDACTED] Per_2

[...]

Sulla base delle circostanze di fatto sopra riportate; gli attori chiedevano accertarsi la responsabilità della struttura sanitaria convenuta per le condotte dei sanitari operanti e per carenze assistenziali ed organizzative, con conseguente condanna al risarcimento dei danni da costoro patiti iure proprio per la perdita del rapporto parentale con il proprio congiunto, come di seguito determinati:

“- €. 225.554,10 in favore del figlio non convivente Parte_1 , di anni 41 all'epoca del decesso del padre;

- €. 235.360,80 a favore della figlia, non convivente, Parte_3 di anni 40 all'epoca del decesso del padre;

- €. 304.007,70 a favore della moglie convivente Parte_2 di anni 70 all'epoca del decesso del marito, in aggiunta al danno patrimoniale pari ad €. 50.000,00 per perdita delle risorse economiche e finanziarie derivanti dalla pensione percepita dal de cuius differente e maggiore rispetto a quella oggi percepita dalla vedova erogata in reversibilità pur detratta la quota che sarebbe stata consumata dal de cuius per le proprie necessità;

- €. 127.487,10 a favore del nipote (figlio della figlia) Persona_1 di anni 12 all'epoca del decesso del nonno rappresentato nel presente atto dalla madre Parte_3 su di lui esercente la responsabilità genitoriale con affido esclusivo,

e ciò per un totale di €. 942.409,70 (novecentoquarantaduemilaquattrocentonove/70) ovvero per una somma diversa maggiore o minore per ciascuna delle parti, che verrà ritenuta di giustizia all'esito della espletanda istruttoria processuale, il tutto oltre interessi nella misura indicata nella narrativa, ovvero in subordine interessi moratori, ovvero nella diversa misura che si riterrà di

giustizia, con vittoria di spese, competenze ed onorari, Iva e cpa come per legge oltre al rimborso forfettario spese generali come per legge.

Si costituiva in giudizio l' **Controparte_3**

[...], contestando integralmente la fondatezza delle domande avversarie. La convenuta ricostruiva l'iter clinico del paziente evidenziando che il sig. **Per_2** presentava ustioni di II e III grado estese per circa il 20-29% della superficie corporea, tali da giustificare il ricovero presso il Centro Ustioni in terapia intensiva, e che la presa in carico era avvenuta secondo i protocolli previsti.

La convenuta deduceva che la neutrofilia iniziale era compatibile con la risposta infiammatoria fisiologica al trauma da ustione e con lo stress acuto, nonché con la terapia corticosteroidica, e che sino al 17 maggio 2020 non erano presenti segni clinici univoci di sepsi tali da imporre l'avvio anticipato di una terapia antibiotica sistemica. Rilevava che, alla comparsa del primo episodio febbrile, erano stati tempestivamente eseguiti gli accertamenti diagnostici e avviata terapia antibiotica empirica.

Con ordinanze del 6 aprile e del 5 giugno 2023, il Giudice disponeva consulenza tecnica d'ufficio medico-legale, conferendo incarico ai dottori **Persona_3** e **Persona_4**, formulando quesiti volti a ricostruire l'iter clinico del paziente, a verificare la conformità dell'approccio diagnostico e terapeutico e a valutare l'incidenza dell'infezione da *Acinetobacter baumannii* sulla prognosi *quoad vitam*.

Acquisita altresì la relazione integrativa redatta dai consulenti a seguito di richiesta di chiarimenti disposta dal Tribunale, all'esito dell'istruttoria tecnica così espletata, la causa veniva trattenuta in decisione sulle contrapposte domande ed eccezioni delle parti, con assegnazione di tutti i termini perentori di cui all'art. 190 c.p.c.

~~*

2. La natura della responsabilità della struttura sanitaria e la distribuzione dell'onere probatorio. L'apprezzamento del nesso casale.

Considerato che le prestazioni sanitarie che gli attori assumono essere state svolte in favore del loro congiunto **Persona_2** svolte dall' **CP_2** in violazione dei canoni di diligenza e perizia e alle quali imputano l'exitus del proprio congiunto si collocano temporalmente a partire dal marzo 2017, la vicenda è regolata (ratione temporis) dall'art. 7 legge 8 marzo 2017 n. 24 che, al primo comma, recependo il diritto vivente di matrice giurisprudenziale, stabilisce che "La struttura sanitaria o

sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose", e al terzo comma differenzia la natura della responsabilità professionale dell'esercente la professione sanitaria a seconda che questi abbia intrattenuto un rapporto contrattuale con il paziente o sia stato piuttosto inserito nell'organizzazione di una struttura sanitaria pubblica o privata.

Come noto, a partire dalla sentenza 1 luglio 2002, n. 9556, la Suprema Corte ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di «spedalità» o di «assistenza sanitaria») che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti — con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13 aprile 2007, n. 8826) — e che ha ad oggetto l'obbligo di quest'ultima di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero, ecc.).

Si tratta di un contratto a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente

tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicchè neppure rileva la circostanza che il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (*rectius*, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, Cass., sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

La responsabilità che dall'esplicazione dell'attività del terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa invero sul principio *cuius commoda et eius incommoda* o, più precisamente, nell'appropriazione o avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore derivano.

La struttura sanitaria risponde quindi direttamente di tutte le ingerenze dannose che ai dipendenti, ai terzi preposti e in generale ai soggetti della cui opera si è comunque avvalsa sono state rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che i medesimi hanno potuto arrecare in ragione di quel particolare contatto cui sono risultati esposti nei loro confronti i creditori/danneggiati (cfr. Cass. 20.4.2016 n. 7768; Cass. 26.6.2012 n. 10616).

Costituisce, inoltre, obbligo precipuo della struttura sanitaria la diligente sterilizzazione e sanificazione dell'ambiente ospedaliero, della sala operatoria, dei luoghi di degenza e delle attrezzature e strumentazioni chirurgiche adoperate, essendo essa tenuta, in virtù del contratto di ospedalità, ad assicurare ambienti salubri ed attrezzature conformi ai parametri della scienza e della tecnica medica.

Inquadrata dunque nell'ambito contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria nel rapporto con il paziente, il problema del riparto dell'onere probatorio non può che seguire i criteri fissati in materia contrattuale, in particolare il principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, per cui il paziente che agisce in giudizio

deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria ha l'onere di provare il contratto (o quanto meno il contatto sociale) ed allegare l'inadempimento della struttura, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

La questione è stata successivamente affrontata *funditus* dalle Sezioni Unite Civili (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577), che hanno statuito che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ne consegue che, nelle cause di responsabilità professionale medica, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza astrattamente efficiente alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno (Cass. civ. sez. un. 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. civ. 26 febbraio 2013, n. 4792; Cass. civ. 21 luglio 2011, n. 1593; 12 dicembre 2013 n. 27875).

Più recentemente, la Suprema Corte è tornata ad ulteriormente fissare, in termini precisi e maggiormente rigorosi, condivisi dall'odierno Decidente, l'onere assertivo e probatorio gravante sul danneggiato. Si è infatti osservato che la presunzione contenuta nell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non anche dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui si domanda il risarcimento.

Deve infatti considerarsi che la previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nell'opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'adempimento o della sua esattezza, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla.

Tale maggiore vicinanza al debitore non sussiste, tendenzialmente, in relazione al nesso causale tra condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto

al quale non ha ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. che onera l'attore della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa. (Cass. 29315/17).

Ciò vale sia in riferimento al nesso causale materiale (derivazione dell'evento lesivo dalla condotta illecita inadempiente), che in relazione al nesso di causalità giuridica (ossia alla individuazione delle singole conseguenze pregiudizievoli dell'evento lesivo) (Cass. 18392/17; 4792/13; 17143/12).

Soltanto una volta che il danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della situazione patologica, l'insorgenza di nuove patologie o addirittura l'*exitus* è causalmente riconducibile all'operato dei sanitari sorge, per la struttura sanitaria e/o per il medico, l'onere di provare che l'inadempimento non sussiste o è stato determinato da causa non imputabile.

Riguardo all'accertamento del nesso causale tra condotta del medico o della struttura sanitaria ed evento dannoso, va ricordato che tale valutazione, in sede civile, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (secondo i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché al criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili) presenta tuttavia notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, stante la diversità dei valori in gioco tra responsabilità penale e responsabilità civile. Pertanto, mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", in materia civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", (Cass. Civ. S.U. II.1.08 n. 576; 29.2.2016 n. 3893; 22.2.2016 n. 3428).

In sede civile, in particolare, nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (cfr. Cass., sez. III, 18

luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di “credibilità razionale” o “probabilità logica”, in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073).

Si tratta di uno standard di "certezza probabilistica" non ancorato "esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente", ma che deve essere "verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana).

Nello schema generale della probabilità come relazione logica va verificata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (c.d. *evidence and inference* nei sistemi anglosassoni)" (sulla valorizzazione del criterio dell'alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica quale regola che presiede al giudizio qualificatorio del nesso eziologico cfr., tra le tante, Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

Come affermato da Cass. 12 settembre 2013, n. 20904: *“dal punto di vista del danneggiato la prova del nesso causale quale fatto costitutivo della domanda intesa a far valere la responsabilità per l'inadempimento del rapporto curativo si sostanzia nella dimostrazione che l'esecuzione del rapporto curativo, che si sarà articolata con comportamenti positivi ed eventualmente omissivi, si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di preteso danno, che è rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui si era richiesta la prestazione o dal suo aggravamento fino anche ad un esito finale come quello mortale o dall'insorgenza di una nuova patologia che non era quella con cui il rapporto era iniziato”*.

L'accertamento del nesso causale in materia di responsabilità da attività medico – chirurgica – da compiersi secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza – implica una valutazione dell'idoneità della condotta del sanitario a cagionare il danno lamentato dal paziente, che deve essere correlata alle condizioni di quest'ultimo nella loro irripetibile singolarità (Cass. 3390/2015; vds. anche Cass. 23197/2018).

In relazione poi allo specifico tema delle infezioni nosocomiale la Suprema Corte (ez. 3 - , Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024) ha recentemente chiarito che : *In punto di diritto, questa Corte, con la sentenza n. 6386 del 3 marzo 2023 (richiamata da entrambe le parti) – resa in controversia, analoga alla presente, avente ad oggetto una pretesa risarcitoria per danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, a seguito di decesso per contagio infettivo nosocomiale, azionata nei confronti di una struttura sanitaria – ha ribadito, anzitutto, che detta pretesa ha riguardo ad una responsabilità di tipo aquiliano (ex art. 2043 c.c.), spettando, quindi, agli “attori l’onere di fornire la prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità extracontrattuale della struttura” (p. 8), e ha, poi, enunciato i seguenti principi di diritto in tema di infezioni nosocomiali: 1) l’accertamento della responsabilità della struttura sanitaria dev’essere effettuato sulla base dei criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall’ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all’insorgenza dell’infezione nel sito chirurgico interessato dall’intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. probabilità prevalente) e clinico (in ragione del quale, a seconda della specificità dell’infezione, dev’essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria); 2) la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell’infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell’indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell’aria e degli impianti di condizionamento; g) dell’avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell’accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell’orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. Omissis Non è in dubbio che la prova della responsabilità aquiliana della struttura sanitaria debba essere fornita dal danneggiato, in applicazione (indiscussa) del combinato disposto degli artt. 2697 e 2043 c.c., essendo quest’ultima disposizione*

ad indicare gli elementi costitutivi della fattispecie sui quali la prova stessa, gravante su chi agisce per il risarcimento del danno (art. 2697 c.c.), deve vertere: condotta del danneggiante, evento dannoso, nesso causale tra condotta ed evento, e, infine, colpa o dolo dello stesso danneggiante. Tale prova può essere diretta e, dunque, tale da fornire la dimostrazione positiva dell'insorgenza dell'infezione in ambiente ospedaliero, del decesso del paziente a causa del contagio e della mancata predisposizione da parte della struttura di misure precauzionali atte ad evitare il contagio medesimo ovvero della negligenza/imprudenza dei sanitari che abbiano essi stessi, a motivo della prestazione resa, determinato l'insorgenza dell'infezione. Tuttavia, una siffatta prova diretta non è agevole da fornire, soprattutto in relazione all'elemento soggettivo della fattispecie ex art. 2043 c.c., giacché è la struttura sanitaria a dover assolvere all'obbligo di predisporre tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni nosocomiali e sono nella disponibilità esclusiva della struttura sanitaria i relativi dati che ne documentano l'adempimento. Di qui, in difetto della disponibilità di quei dati da parte del danneggiato, il consentito ricorso al principio della vicinanza della prova, che permette al danneggiato di fornire la prova della responsabilità della struttura sanitaria in base alle presunzioni semplici, che potranno operare alla luce degli anzidetti criteri: temporale, topografico e clinico. Omssis - Nel caso delle infezioni nosocomiali, che qui specificamente interessa, l'addossare alla struttura sanitaria la prova 'liberatoria' sulla adozione delle misure atte a prevenire il contagio non comporta, dunque, un'inversione dell'onere di prova, in violazione del disposto dagli artt. 2697 e 2043 c.c. (o, per altro verso, una impropria applicazione dell'art. 1218 c.c.), ma deve essere inteso come onere di prova 'contraria' volto a contrastare la valenza e l'efficacia probatoria delle anzidette presunzioni che già operano in favore dell'attore in punto di dimostrazione degli elementi costitutivi della fattispecie di responsabilità aquiliana e, dunque, anche di quello soggettivo.

°°*

3. Gli esiti degli accertamenti peritali

Così ricostruiti i principi che presiedono la materia, devono essere richiamati gli esiti degli accertamenti medico – legali svolti dal Collegio peritale composto dai Dott.ri **Persona_3** e **Persona_4**, al quale il Tribunale ha demandato la risposta ai seguenti quesiti:

“1. Ricostruire analiticamente l'iter clinico seguito all'accesso di **Persona_2** il 12.5.2020 presso il PS. dell'Azienda ospedaliera convenuta e accertare, esaminata la documentazione rispettivamente prodotta, se – tenuto conto delle condizioni cliniche iniziali e della successiva evoluzione, dell'esito degli esami ematochimici nonché delle patologie pregresse - l'approccio

diagnostico e terapeutico cui venne sottoposto il paziente sia stato conforme alla miglior scienza ed esperienza, alle indicazioni fornite dalle linee guida e dai pertinenti protocolli terapeutici maggiormente accreditati presso la comunità scientifica anche internazionale nonché agli standard di diligenza e perizia, avuto riguardo all'epoca in cui si sono svolti i fatti e alle peculiarità del caso concreto; 2. Accertare, in particolare, se siano ravvisabili difformità dalle *leges artis*: a) nell'inquadramento diagnostico del caso e nella interpretazione dei dati clinico-laboratoristici, specificando se e a partire da quale momento tali dati fossero suggestivi della presenza di uno stato settico nel paziente; b) nella omessa/tardiva somministrazione di adeguata antibiotico profilassi; c) nell'impostazione della terapia farmacologica, tenuto conto delle plurime comorbidità; d) nella valutazione dei parametri inerenti l'idratazione e la diuresi e nella mancata adozione delle condotte appropriate in relazione alla funzionalità renale;

3. Ove si propenda (più probabilmente che non) per l'origine nosocomiale della contaminazione col batterio isolato all'emocoltura, dire se vi sia evidenza dell'adozione delle misure prescritte dai vigenti protocolli per scongiurare il rischio di infezioni ospedaliere;

4. Nel caso in cui siano ravvisati profili di malpractice nell'operato dei sanitari, precisare quale avrebbe dovuto essere la condotta diligente, prudente e perita e, in particolare, e se il corretto trattamento sanitario sarebbe valso – secondo il noto criterio di maggior probabilità logica supportato da rigorose considerazioni scientifiche e sulla base di una valutazione *ex ante* (c.d. *prognosi postuma*) – a scongiurare la repentina progressione delle condizioni cliniche verso l'*exitus* del paziente, avuto riguardo alle cause del decesso, alla gravità delle ustioni per le quali *Per_2* [...] si era rivolto all'Azienda ospedaliera, all'età e alle plurime patologie che lo affliggevano”.

In risposta ai citati quesiti, i consulenti tecnici d'ufficio hanno innanzitutto ricostruito l'iter clinico seguito dal sig. *Per_2* dal ricovero del 12 maggio 2020 al [REDACTED] rilevando che sino al 16 maggio il quadro clinico del paziente appariva complessivamente stabile, pur in presenza di progressive alterazioni ematochimiche. Hanno verificato che, a seguito del primo episodio febbrile, manifestatosi in data 17 maggio 2020, era stata eseguita emocoltura e avviata terapia antibiotica.

Dalla ricostruzione cronologica effettuata dai consulenti risulta che:

- fino al 17 maggio 2020 il paziente presentava parametri vitali sostanzialmente nella norma;
- il 17.05.2020 alle ore 17:00 compare ipertermia pari a 39,4°C, individuata come primo segnale clinico di processo infettivo in atto;

In tale contesto i consulenti hanno ritenuto conforme al parametro di diligenza e perizia l'esecuzione di emocoltura in data 17.05.2020. che ha dato esito positivo il giorno successivo giorno [REDACTED] isolando il patogeno *Acinetobacter baumannii* multiresistente.

I consulenti affermano testualmente che: *“Trattasi chiaramente di un’infezione nosocomiale come si evince dall’isolamento del germe nel sangue attraverso emocoltura del 17 maggio 2020 il cui dato di conferma è del [REDACTED] epoca del decesso”.*

Alla luce delle risultanze della consulenza, a favore dell'origine nosocomiale dell'infezione depongono:

- l'insorgenza dell'infezione, documentata mediante esame colturale eseguito in ospedale, nel corso della degenza (ricovero del paziente dal 12 al [REDACTED] [REDACTED], dopo cinque giorni dal ricovero;
- l'assenza di elementi clinici o documentali che consentano di collocarne con maggiore probabilità la contrazione in epoca precedente al ricovero.

In sede di relazione integrativa, i consulenti hanno infatti chiarito che la neutrofilia, riscontrata sin dall'ingresso del paziente in nosocomio, non costituisce segno inequivoco di preesistenza dell'infezione suddetta rispetto al ricovero poichè trattasi, come del resto affermato anche dalla struttura sanitaria convenuta, di dato riconducibile a molteplici fattori anche indipendenti da un'infezione in corso, tra cui il trauma da ustione, lo stress psico-fisico e la terapia corticosteroidica.

In particolare, i cctuu hanno ritenuto che: *“il fatto che al momento dell’ingresso in reparto il signor ^{Per} [REDACTED] presentasse una leucocitosi neutrofila compatibile con uno stato settico dovrebbe fare pensare ad una condizione di infezione del paziente prima dell’ingresso - paziente già colonizzato?; a tale ipotesi non può darsi certezza vista la rapidità dell’evoluzione del quadro clinico e vista la mancanza di altri elementi chiari di infezione quali l’ipertermia ad esempio, o aumento della VES o della PCR); si aggiunge che le cause che possono portare ad una leucocitosi neutrofila, a parte i processi infettivi e infiammatori, sono molteplici e tra questi vanno proprio considerate le condizioni di forte stress psico-fisico, traumatismi, i necrosi dei tessuti e chiaramente anche a seguito di ustioni come nel caso in specie si può verificare l’insorgenza dei neutrofili così come è annoverato l’aumento dei neutrofili nel soggetto in trattamento con corticosteroidi. Tenuto conto del dato laboratoristico dei neutrofili dall’entrata in reparto e fino al 17 maggio 2020, è possibile ipotizzare che tale aumento sia da mettere in 2 relazione come risposta al trauma da*

ustioni almeno durante la prima fase di degenza prima della diagnosi di infezione da *Acinetobacter baumannii*” (si veda relazione integrativa depositata in data 18 gennaio 2026).

Sicché, in assenza di ulteriori elementi clinici o di laboratorio che, da soli o in modo concorrente tra loro, depongano in modo univoco nel senso della preesistenza rispetto al ricovero dell'infezione da detto specifico patogeno, il dato clinico attinente alla leucocitosi neutrofila da solo considerato non consente di affermare, secondo il criterio della maggiore probabilità la presenza dell'infezione da *Acinetobacter baumannii* già al momento dell'ingresso del paziente nella struttura.

Ciò posto, secondo i consulenti, il decorso clinico dell'infezione da *Acinetobacter baumannii*, una volta instauratasi, è stato rapido e inarrestabile, evolvendo in shock settico fino all'exitus.

Espressamente il Collegio peritale afferma “Il signor *Persona_2* è deceduto per shock settico da infezione da *Acinetobacter Baumannii* in soggetto con importanti co morbilità”.

Sul piano causale, dunque, i consulenti hanno ricollegato direttamente la contrazione dell'infezione da *Acinetobacter*, riscontrata dai risultati (pervenuti solo in data [REDACTED] dell'emocoltura effettuata in data 17 maggio 2020, al rapido aggravamento e al decesso del paziente, avvenuto alle [REDACTED] dello stesso giorno [REDACTED]; così assegnando all'infezione da *Acinetobacter baumannii* un ruolo determinante nell'exitus del paziente, il quale in assenza di tale infezione, sarebbe stato più probabilmente che non in grado di sopravvivere alle ustioni riportate.

La sussistenza del nesso causale tra il decesso del *Per_2* e la contrazione in ambiente nosocomiale dell'infezione di cui al citato batterio, è stata poi ribadita in sede di relazione integrativa, laddove i consulenti hanno precisato: “Riguardo al ruolo causale e/o concausale dell'infezione da *Acinetobacter* sulla prognosi quoad vitam del paziente è stato già chiarito che il decesso sia avvenuto per infezione da *Acinetobacter* così come sono stati affrontati i temi delle condizioni morbose preesistenti nonché delle stesse ustioni riguardo al ruolo concausale che esse hanno avuto nel favorire l'infezione e l'evoluzione peggiorativa del quadro clinico infettivo da *Acinetobacter*. In risposta specifica al quesito del Giudice, tenuto conto che è stato già affermato che il decesso è avvenuto a causa della sepsi da *Acinetobacter*, si ritiene di poter considerare che il paziente se non avesse contratto l'infezione, sarebbe “più probabilmente che non” sopravvissuto alle ustioni riportate. Si ricorda, infatti, che il tasso di mortalità dei casi associati alle infezioni da *Acinetobacter baumannii* è quasi del 70% (nei casi di infezioni sostenute da ceppi antimicrobici resistenti); alla stregua si ricorda che la maggior parte dei soggetti con

ustioni superiore al 20% e con comorbidità importanti quali quelle del signor *Per_* vanno facilmente incontro a sepsi e morte per stato settico in quanto le ustioni stesse favoriscono proprio l'insorgenza delle infezioni" (si veda relazione peritale depositata in data 18 gennaio 2025).

Infine, dalla luce delle emergenze tecniche, risultano quali fattori predisponenti la contrazione dell'infezione le preesistenti condizioni cliniche del paziente, ed in primo luogo le superfici (ed i tessuti sottostanti) corporee esposte a causa delle ustioni (cfr: "le lesioni da ustioni hanno favorito a nostro avviso la sepsi da *Acinetobacter* che, una volta innestata, ha reso rapidissimo e inarrestabile il decorso clinico veicolo di accesso al patogeno"), al pari della maggiore vulnerabilità del paziente in dipendenza delle concorrenti comorbidità preesistenti (cirrosi epatica post NASH e diabete mellito).

°°*

È altresì a dirsi che, pur riscontrando il profilo di *malpractise* lamentato da parte attrice, concernente la condotta dei sanitari nella scelta terapeutica relativa alla somministrazione della terapia antibiotica, poichè effettivamente non conforme all'antibiogramma, che indicava la colistina; sotto il profilo attinente al nesso di causalità, i consulenti hanno tuttavia evidenziato che, considerato il brevissimo intervallo temporale tra la diagnosi dell'infezione e il decesso, anche una terapia corretta non avrebbe potuto modificare l'evoluzione clinica infausta (cfr: "Si è anche precisato che, tenuto conto del brevissimo lasso di tempo tra la certezza dell'infezione da parte dell'*acinetobacter* (17.5.20) e il [REDACTED], l'utilizzo corretto della *Parte_4* secondo antibiogramma non avrebbe in alcun modo potuto cambiare né arrestare l'evoluzione clinica peggiorativa già in atto che ha poi portato all'exitus il *Per_* .

°°*

4. Sulla responsabilità della struttura sanitaria per il decesso di *Persona_2* .

Sulla base degli esiti degli accertamenti tecnici svolti, anche in sede di relazione integrativa, dai nominati cc.tt.uu, emerge che *Persona_2* sia deceduto per shock settico causato da infezione nosocomiale da *Acinetobacter baumannii*, più probabilmente che non, contratta in ambito ospedaliero durante la decenza protrattasi dal 12 maggio al 18 maggio (giorno del decesso) 2020.

Le risultanze sopra compendiate, a prescindere dalla difformità antibiogramma del trattamento terapeutico dell'infezione rispetto (causalmente irrilevante rispetto

all'exitus) è idonea ad impegnare la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria convenuta.

Orbene chi giudica condivide e fa proprie le conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu. all'esito di un accurato studio del caso e della documentazione medica sostenuto da valide, logiche e pertinenti considerazioni scientifiche, non efficacemente contrastate sul punto dalle osservazioni dei consulenti di parte, con argomenti idonei a porre in dubbio quanto enunciato dai periti (si ricorda che: *“il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento; non è quindi necessario che egli si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le conclusioni tratte”* (Cass. civ. n. 282/2009; così anche Cass. civ. n. 8355/2007 e n. 12080/2000).

Dovendo infatti risolvere la questione secondo il criterio di probabilità c.d. relativa, non può non tenersi conto della preponderanza degli elementi suggestivi dell'origine nosocomiale dell'infezione e della sua insorgenza solo nel corso della degenza presso la struttura nosocomiale convenuta, atteso che, come chiarito dai periti, all'ingresso nessun elemento emerso dagli esami di laboratorio o dalle condizioni cliniche generali del paziente deponeva per la sussistenza già all'epoca della specifica infezione che ne ha cagionato il decesso.

Secondo i criteri enucleati dalla giurisprudenza di legittimità, e sopra compendiati, al riguardo occorre valorizzare

- il criterio cronologico, atteso che il paziente veniva ricoverato in data 12 maggio 2020 nel reparto di e il primo sintomo del processo infettivo in atto, poi confermato mediante emocoltura correttamente richiesta ed eseguita, consistente nell'insorgenza di una ipertermia di 39,4 risale al 17 maggio 2020;
- la celerità nello sviluppo e progressione dell'infezione;
- le pregresse condizioni del paziente che, prima del ricovero presso il nosocomio non presentava sintomi inequivocabilmente riconducibili alla sussistenza di un processo infettivo in atto.

Pertanto, non v'è modo di affermare in maniera plausibile che lo specifico patogeno isolato in data [REDACTED] nell'emocoltura eseguita il giorno prima, fosse già presente all'ingresso; e non abbia invece colonizzato il paziente nel corso della

degenza ospedaliera, anche grazie all'esposizione dei tessuti superficiali (e quelli sottostanti) interessati dalle ustioni riportate dal *Per_2*

Sulla base di tali dati può viceversa presuntivamente dirsi raggiunta la prova che l'infezione sia stata contratta presso la struttura sanitaria convenuta

Accertata, dunque, la relazione causale tra la degenza e la contrazione dell'infezione nosocomiale, espressamente allegata da parte attrice, al fine di escludere la responsabilità della convenuta per il decesso del sig. *Persona_2*, sarebbe stato onere dell'azienda sanitaria convenuta – secondo i richiamati criteri che presiedono alla distribuzione dell'onere probatorio – dimostrare di essersi attenuta alle Linee guida e ai protocolli vigenti per la prevenzione e il trattamento delle infezioni ospedaliere.

Giova ricordare al riguardo che il *Controparte_4* è intervenuto sull'argomento con sue circolari, in particolare con la n. 52 del 1985, che definì le strategie di contrasto alle infezioni nosocomiali, prevedendo l'istituzione dei Comitati Infezioni Ospedaliere (CIO) e definendone i compiti e le funzioni quali organismi multidisciplinari responsabili dei programmi e delle strategie di lotta e di contrasto alle infezioni ospedaliere, e con la circolare n. 8 del 1988, che suggerì i criteri standardizzati da utilizzare per la definizione e la diagnosi delle infezioni ospedaliere, proponendo altresì la realizzazione di sistemi di sorveglianza attiva. Furono successivamente emanati (limitando l'enumerazione ai provvedimenti normativi e regolamentari vigenti al tempo dei fatti per cui è causa);

- il D.M. 13/09/1988 che, nell'ambito della riorganizzazione dei presidi ospedalieri – istituì i Comitati Ospedalieri per le Infezioni Nosocomiali;
- il D.lg. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come modificato dal D.lg. 7 dicembre 1993, n. 517;
- il D.M. 24.7.1995, in tema di Contenuti e modalità d'utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità del SSN, che incluse tra gli indicatori di risultato di una efficiente assistenza sanitaria il numero e l'incidenza delle infezioni nosocomiali nelle varie strutture ospedaliere;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private);

- il D.lg. 24 febbraio 1997, n. 46 (Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici);

- il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che indicava nel 5-10% la percentuale dei pazienti ricoverati colpiti da infezioni ospedaliere e osservava che accanto ai tradizionali rischi legati ai problemi di igiene ambientale, particolare rilevanza nella prevenzione delle infezioni ospedaliere assume l'adozione di comportamenti e pratiche professionali e di assetti organizzativi orientati a minimizzare il rischio di trasmissione dell'infezione, e il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 che nuovamente includeva il controllo di queste infezioni tra gli obiettivi di salute.

Proprio recentemente, nella materia di cui ci si sta occupando, i giudici di legittimità (Cass. sez. III, 23/02/2021, n.4864) hanno statuito che, in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie), ed alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. sez. III, 15/06/2020, n.11599).

Anche al fine di fornire ai consulenti la documentazione necessaria, gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono pertanto ritenersi, in linea generale, i seguenti: a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi

vaccinali; j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) L'indicazione dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Nel caso di specie, la struttura sanitaria non ha neanche allegato, - né tantomeno prodotto nei termini consentiti dal codice di rito - protocolli, procedure di igiene o relazioni di controllo microbiologico ambientale, sia in epoca precedente che in epoca contestuale al fatto, non consentendo ai cc.tt.uu. di verificare quali accorgimenti e misure l'ente ospedaliero avesse adottato per evitare il rischio di infezioni correlate all'assistenza e di saggiarne l'adeguatezza ai propri doveri istituzionali.

Vceversa la parte convenuta si è limitata ad eccepire che la contrazione di infezioni in soggetti in shock da ustione, costituisce una complicanza ordinaria, in ragione dell'immunosoppressione e della risposta infiammatoria disregolata che determina (e che predispone all'infezione).

Si ricorda al riguardo che costituisce principio consolidato presso le corti di merito e di legittimità quello secondo cui al medico o alla struttura convenuti in un giudizio di responsabilità non basta, per superare la presunzione posta a suo carico dall'articolo 1218 c.c., dimostrare che l'evento dannoso per il paziente rientri astrattamente nel novero di quelle che nel lessico clinico vengono chiamate "complicanze", rilevate dalla statistica sanitaria.

Col lemma "complicanza", la medicina clinica e la medicina legale designano solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile.

Quando, infatti, nel corso dell'esecuzione del trattamento sanitario si verifichi un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una:

- o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso esso va ascritto a colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze";
- ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'articolo 1218 c.c.,

a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le “complicanze”.

Sul piano giuridico è dunque indifferente se l'evento dannoso non voluto dal medico rientri o meno nella classificazione clinica delle complicanze: interessa solo se quell'evento integri gli estremi della “causa non imputabile”: ma è evidente che tale accertamento va compiuto in concreto e non in astratto.

La circostanza che un evento indesiderato sia qualificato dalla clinica come “complicanza” non basta a farne di per sé una “causa non imputabile” ai sensi dell'articolo 1218 c.c.; così come, all'opposto, eventi non qualificabili come complicanze possono teoricamente costituire casi fortuiti che escludono la colpa del medico.

Pertanto, spetta al professionista o all'ente ospedaliero superare la presunzione che le complicanze siano state determinate dalla sua responsabilità, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento; ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di “complicanze”, ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio (Cass. 24074/17).

Ed allora: – o la struttura medica riesce a dimostrare di avere tenuto una condotta conforme alle *leges artis*, ed allora egli va esente da responsabilità a nulla rilevando che il danno patito dal paziente rientri o meno nella categoria delle “complicanze”; – ovvero, all'opposto, quella prova non riesce a fornirla: ed allora non gli gioverà la circostanza che l'evento di danno sia in astratto imprevedibile ed inevitabile, giacché quel che rileva è se era prevedibile ed evitabile nel caso concreto (Cass.31328/15).

Da ciò consegue che, vieppiù a fronte dell'affermata prevedibilità della contrazione di un'infezione in pazienti interessati, come il defunto **Persona_2**, da shock da ustione, la struttura sanitaria convenuta avrebbe dovuto documentare e provare di avere rispettato tutti i protocolli e di avere adottato tutti gli accorgimenti per evitare il rischio di infezioni correlate alla degenza ed all'assistenza in ambiente ospedaliero; onere che ha invece omesso.

Sempre sul piano della causalità materiale, quanto alla rilevanza dei fattori predisponenti la contrazione dell'infezione presentati dal paziente all'ingresso, si ricorda, al riguardo che: *“in tema di responsabilità per colpa medica, nell'ipotesi di concorrenza nella produzione dell'evento lesivo tra la condotta del sanitario ed un autonomo fatto naturale, quale una pregressa situazione patologica del danneggiato, spetta al creditore della prestazione professionale l'onere di provare il nesso causale tra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica e, una volta accertata la portata concausale dell'errore medico, spetta al sanitario dimostrare la natura assorbente e non meramente concorrente della causa esterna; qualora resti comunque incerta la misura dell'apporto concausale naturale, la responsabilità di tutte le conseguenze individuate in base alla causalità giuridica va interamente imputata all'autore della condotta umana”* (Cass. civ. sez. III sent. n. 5632 del 23/02/2023; nonché: *“In ipotesi di morte del paziente dipendente (anche) dall'errore medico, qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, tale ultima dovendosi ritenere lo stato patologico non riferibile alla prima, l'autore del fatto illecito risponde "in toto" dell'evento eziologicamente riconducibile alla sua condotta, in base ai criteri di equivalenza della causalità materiale, potendo l'eventuale efficienza concausale dei suddetti eventi naturali rilevare esclusivamente sul piano della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., ai fini della liquidazione, in chiave complessivamente equitativa, dei pregiudizi conseguenti, ascrivendo all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose da rapportare, invece, all'autonoma e pregressa situazione patologica del danneggiato”* Così la massima di Cass. n. 26851/2023).

Dai principi sopra riportati, consegue che detti fattori concomitanti poiché inidonei ad escludere la rilevanza causale della condotta imperita del personale medico rispetto al decesso del paziente, non ne escludono la responsabilità.

Conclusivamente, alla luce dei dati tecnici e delle considerazioni sopra compendiate, se risulta più probabile che non che il sig. **Persona_2** sia deceduto per shock settico causato dalla contrazione del batterio *Acinetobacter baumannii* durante la degenza ospedaliera, la convenuta dal canto suo, ha lasciato insoddisfatto l'onere probatorio a suo carico (consistente nella dimostrazione che l'inadempimento non si era verificato o non era stato causa del danno (Cass. 26.7.2017 n. 18392; 30.9.2014, n. 20547; 12.12.2013, n. 27855) ed è quindi tenuta, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.,

al risarcimento delle conseguenze dannose dell'errata prestazione propria e del proprio personale.

4. Il danno da perdita del rapporto parentale subito dagli attori.

Venendo all'esame delle richieste risarcitorie formulate da parte attrice, va ricordato che costituisce ormai *jus receptum* il principio secondo cui ai prossimi congiunti di persona deceduta in conseguenza del fatto illecito (contrattuale o extracontrattuale) altrui spetta il risarcimento dei danni non patrimoniali in relazione alla perduta situazione affettiva con la vittima, non ostandovi il disposto contenuto nell'art. 1223 c.c., in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso (Cass. 7629/03).

Il medesimo fatto illecito lede in pari tempo le situazioni dei diversi soggetti legati dal vincolo parentale, determinando anche – e simultaneamente – l'estinzione del rapporto “parentale” con gli stretti congiunti, che quindi a loro volta subiscono, immediatamente e direttamente, la compromissione del loro interesse all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che connota la vita familiare.

Si è infatti ravvisato, in tali situazioni, un fatto illecito plurioffensivo, rispetto al quale “ciascun danneggiato – in forza di quanto previsto dagli artt. 2, 29, 30 e 31 Cost. nonché dagli artt. 8 e 12 della Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo e dell'art. 1 della Carta di Nizza – è titolare di un autonomo diritto all'integrale risarcimento del pregiudizio subito, comprensivo pertanto sia del danno morale (da identificare nella sofferenza interiore soggettiva patita sul piano strettamente emotivo, non solo nell'immediatezza dell'illecito, ma anche in modo duraturo, pur senza protrarsi per tutta la vita) che di quello dinamico-relazionale (consistente nel peggioramento delle condizioni ed abitudini, interne ed esterne, di vita quotidiana). Ne consegue che, in caso di perdita definitiva del rapporto matrimoniale e parentale, ciascuno dei familiari superstiti ha diritto ad una liquidazione comprensiva di tutto il danno non patrimoniale, in proporzione alla durata ed intensità del vissuto, nonché alla composizione del restante nucleo familiare in grado di prestare assistenza morale e materiale, avuto riguardo all'età della vittima e a quella dei familiari danneggiati, alla personalità individuale di costoro, alla loro capacità di reazione e sopportazione del trauma e ad ogni altra circostanza del caso concreto, da allegare e provare (anche presuntivamente, secondo massime di comune esperienza) da parte di chi agisce in giudizio,

spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare" (Cass. Civ. 9231/2013).

Va dunque condiviso il principio di diritto enunciato dalla Suprema Corte (Cass. Civ. 4253/12; 7272/12), che reputa insito nel fatto illecito costituito dall'uccisione del congiunto un danno non patrimoniale presunto, consistente nella perdita del rapporto parentale, *"allorché esso colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare"*.

Il danno in questione non coincide tuttavia con la lesione dell'interesse protetto, ma consiste in una perdita, nella irreversibile privazione di un valore non economico ma personale, costituito dal rapporto personale con il congiunto, nella definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali esse normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare; perdita, privazione e preclusione che costituiscono conseguenza della lesione dell'interesse protetto e che determinano l'onere probatorio gravante sul danneggiato, da assolvere anche mediante elementi presuntivi.

Non occorre, allora, la specifica enunciazione assertiva dei riflessi – per così dire – ordinari di tale lesione e può farsi ricorso a presunzioni semplici e al notorio quanto alla prova dei profili oggettivi e soggettivi del pregiudizio normalmente insiti nella perdita di un familiare (Cass. Civ. 4253/12; 7272/12). Viceversa, rispetto alle conseguenze specifiche ed ulteriori che giustifichino una personalizzazione della liquidazione modulata sulle specifiche, più intense ripercussioni della perdita del congiunto sia in termini dolore e turbamento soggettivo sia in relazione agli aspetti *lato sensu* esistenziali, occorre la prova del tipo di rapporto esistente con il defunto, della sua intensità, della continuità, delle rispettive abitudini di vita, delle ripercussioni della perdita sulle normali attività quotidiane, sulla vita di relazione e lavorativa, sull'esplicazione della personalità del superstite.

Né la convivenza può assurgere a criterio selettivo idoneo a definire la cerchia dei soggetti aventi diritto al risarcimento: i giudici di legittimità (Cass. Civ. n. 21230/2016), pur avvertendo l'esigenza di evitare il pericolo di una dilatazione ingiustificata dei soggetti danneggiati secondari, hanno mostrato però netta contrarietà rispetto all'assunto espresso in qualche precedente della stessa Corte e di Corti di merito che elevava il dato esterno ed oggettivo della convivenza ad

elemento idoneo di discriminare per pervenire all'aprioristica esclusione, nel caso di non sussistenza della convivenza, della possibilità di provare in concreto l'esistenza di rapporti costanti e caratterizzati da reciproco affetto e solidarietà con il familiare defunto.

La convivenza, piuttosto, “escluso che possa assurgere a connotato minimo attraverso cui si esteriorizza l'intimità dei rapporti parentali ovvero a presupposto dell'esistenza del diritto in parola, costituisce elemento probatorio utile, unitamente ad altri elementi, a dimostrare l'ampiezza e la profondità del vincolo affettivo che lega tra loro i parenti e a determinare anche il quantum debeatur. Va da sé che ad evitare quanto già paventato da questa Corte (dilatazione ingiustificata dei soggetti danneggiati secondari e possibilità di prove compiacenti) è sufficiente che sia fornita la prova rigorosa degli elementi idonei a provare la lamentata lesione e l'entità dei danni e che tale prova sia stata correttamente valutata dal giudice” (Cass. Civ. 23917/2013; 1410/2011).

Ciò che va provato è dunque l'effettività e la consistenza della relazione affettiva, al di là della convivenza, e tuttavia, mentre rispetto al pregiudizio consistente nel totale sconvolgimento delle abitudini del superstite o rispetto al pregiudizio alla salute derivato dalla perdita del congiunto occorre una prova specifica, la prova del danno non patrimoniale da sofferenza interiore può essere fornita anche mediante presunzione fondata sull'esistenza dello stretto legame di parentela riconducibile all'interno della famiglia nucleare e secondo un criterio di normalità sociale, presunzione superabile dalla prova contraria, gravante sul danneggiante, imperniata non sulla mera mancanza di convivenza (che, come detto, può rilevare per qualificare quella relazione affettiva in termini di maggior intensità), bensì sull'assenza di legame affettivo attuale tra i superstiti e la vittima nonostante il rapporto di parentela (Cass. Civ. 29332/2017; 18069/2018; 7743/2020; 8218/2021; 22397/2022).

Nel caso di specie, il danno da perdita del rapporto parentale lamentato dagli attori può certamente presumersi, tenuto conto del lungo rapporto di coniugio e della convivenza con la coniuge **Parte_2** nonché dello stretto legame familiare esistente tra **Parte_1** e **Parte_3** e il defunto (di cui essi erano, i figli), a prescindere dalla convivenza, tenuto conto dell'assenza di elementi che portino a escludere che il vincolo affettivo tra la vittima e i congiunti fosse connotato dall'intensità e dalla consistenza tipiche dei rapporti all'interno della famiglia nucleare.

Con riferimento al nipote **Parte_5** parimenti può presumersi la sussistenza del legame affettivo e dei pregiudizi dinamico relazionali e morali conseguenti la perdita del congiunto, in base al principio giurisprudenziale, recentemente ribadito, a mente del quale: *“il legame parentale fra nonno e nipote consente di presumere che il secondo subisca un pregiudizio non patrimoniale in conseguenza della morte del primo (per la perdita della relazione con una figura di riferimento e dei correlati rapporti di affetto e solidarietà familiare) e ciò anche in difetto di un rapporto di convivenza”*.

La prova circa l'intensità del vincolo tra nonno e nipote, infatti, è necessaria solo ai fini della personalizzazione del danno indicato nelle tabelle di riferimento e non anche ai fini dell'an” (Cass. n. 8839/2025).

Il pregiudizio di cui si discorre, quale danno per sua natura privo del carattere della patrimonialità, ben può essere liquidato, in ragione di tale sua natura e della circostanza che la riparazione mediante dazione di una somma di denaro, in tal caso, assolve una funzione non già reintegratrice di una diminuzione patrimoniale bensì compensativa di un pregiudizio non economico, secondo il criterio equitativo ex artt. 1226 e 2056 c.c., *“avendo riguardo all'intensità del vincolo familiare, alla situazione di convivenza e ad ogni ulteriore utile circostanza, quali ad es. la consistenza più o meno ampia del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima e dei singoli superstiti, le esigenze di questi ultimi rimaste definitivamente compromesse”* (S.U. 6572/06; 13546/06).

L'applicazione di criteri equitativi di liquidazione deve tuttavia consentirne – sia in caso di adozione del criterio equitativo puro che di applicazione di criteri predeterminati e standardizzati (in tal caso, previa definizione di una regola ponderale commisurata al caso specifico) – la maggiore approssimazione possibile all'integrale risarcimento; l'eventuale adozione di criteri standardizzati dovrà, pertanto in ogni caso garantire anche la c.d. personalizzazione del danno.

L'equità assolve anche alla fondamentale funzione di garantire l'intima coerenza dell'ordinamento, assicurando che casi uguali non siano trattati in modo diseguale, con eliminazione delle disparità di trattamento e delle ingiustizie, a tale stregua venendo ad assumere il significato di “adeguatezza” e di “proporzione” (Cass. Civ. 18641/2011).

Per tale ragione, a partire dalla nota sentenza del 7.6.2011 n. 12408, i giudici di legittimità, dopo aver preso atto che le “tabelle di Milano” sono andate nel tempo assumendo una “vocazione nazionale”, poiché recanti i parametri maggiormente

idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa e ad evitare o, quanto meno, ridurre ingiustificate disparità di trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3 Cost., le hanno elevate a valido criterio di riferimento ai fini della liquidazione equitativa del danno non patrimoniale ai sensi dell'art. 1226 c.c., laddove la fattispecie concreta non presenti circostanze che richiedano la relativa variazione in aumento o in diminuzione (si vedano, *ex multis*, Cass. Civ. nn. 5243/14; 23778/14; 20895/14).

Alla luce dei sopra richiamati arresti di legittimità, ritiene, pertanto, il Tribunale di fare ricorso alle tabelle milanesi aggiornate all'1.1.2024 rielaborate mediante l'introduzione di un sistema "a punti" che favorisce l'uniformità delle liquidazioni in situazioni analoghe, riduce i margini di apprezzamento discrezionale del giudice di merito, ma salvaguarda adeguatamente l'esigenza di personalizzazione del risarcimento attraverso la valorizzazione degli specifici aspetti del caso concreto (sull'utilizzabilità delle nuove Tabelle milanesi elaborate dall'Osservatorio sulla giustizia civile di Milano si è espressa affermativamente la Suprema Corte nell'ordinanza n.37009/22: *"le tabelle di Milano pubblicate nel giugno del 2022 costituiscono idoneo criterio per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale, in quanto fondate su un sistema "punto variabile" - il cui valore base è stato ricavato muovendo da quelli previsti dalla precedente formulazione "a forbice" - che prevede l'attribuzione dei punti in funzione dei cinque parametri corrispondenti all'età della vittima primaria e secondaria, alla convivenza tra le stesse, alla sopravvivenza di altri congiunti e alla qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta, ferma restando la possibilità per il giudice di merito di discostarsene procedendo a una valutazione equitativa pura, purché sorretta da adeguata motivazione"*).

Con riguardo alle nuove tabelle di Milano (edizione 2024) si precisa che le stesse prevedono un punteggio per ognuno dei parametri, indicati dalla Corte di cassazione nella sentenza n. 10579/2021, corrispondenti all'età della vittima primaria e della vittima secondaria, alla convivenza tra le due, alla sopravvivenza di altri congiunti, alla qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta. Si determina così il totale dei punti secondo le circostanze presenti nella fattispecie concreta e quindi si moltiplica il totale dei punti per il menzionato "valore punto" (pari ad euro 3.911,00 e ad euro 1.698,00), pervenendo così all'importo monetario liquidabile, nei limiti del cap individuato in euro 391.103,18 (nel caso della perdita

del genitore, figlio, convivente more uxorio) e in Euro 169.830,60 (nel caso della perdita di fratello/nipote).

Deve altresì evidenziarsi che le cinque circostanze considerate ai fini della distribuzione dei punti non costituiscono ciascuna un pregiudizio in sé ovviamente, ma integrano tutte elementi che rivelano - secondo le massime di comune esperienza, (cfr. Cass. 25164/2020) - l'esistenza e consistenza di una sofferenza soggettiva e di pregiudizi dinamico-relazionali derivanti dalla perdita del prossimo congiunto. In particolare, in relazione alle nuove tabelle di liquidazione del danno (edizione 2024), deve rilevarsi che le prime quattro circostanze (età della vittima primaria e della vittima secondaria, convivenza tra le due, sopravvivenza di altri congiunti) hanno natura "oggettiva" e quindi possono formare oggetto di prova anche documentale; la quinta circostanza (lett. "E", qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto) è invece di natura "soggettiva" e riguarda sia gli aspetti c.d. "esteriori" del danno da perdita del parente (stravolgimento della vita della vittima secondaria in conseguenza della perdita), sia gli aspetti c.d. "interiori" di tale danno (sofferenza interiore) e deve essere allegata, potendo comunque essere provata anche con presunzioni. Nell'apprezzamento dell'intensità e qualità della relazione affettiva (lett. "E"), deve dunque essere valutato lo specifico rapporto parentale perduto, con tutte le caratteristiche obiettive e soggettive, sulla scorta di quanto allegato e provato (anche con il ricorso alle presunzioni) in causa.

Tenuto conto delle superiori considerazioni, vanno attribuiti:

- a **Parte_2** (coniuge della vittima), **52 punti** complessivi, di cui: 12 per l'età della vittima primaria (76); 12 per l'età della vittima secondaria (anni 71, già compiuti alla data del decesso); 16 per la convivenza; 12 punti il numero degli altri congiunti superstiti facenti parte del nucleo familiare primario (2);
- a **Parte_1** e **Parte_3** (figli non conviventi della vittima primaria), **44 punti** complessivi, di cui: 12 per l'età della vittima primaria; 20 per l'età della vittima secondaria (rispettivamente: anni 42 e 41), 12 per il numero degli altri congiunti superstiti facenti parte del nucleo familiare primario (2);
- a **Persona_1**, nipote del defunto punti complessivi, di cui: 37 punti complessivi, di cui: 8 per l'età della vittima primaria; 20 per l'età della vittima secondaria (anni 12), 9 per il numero degli altri congiunti superstiti entro il 2° grado;

Ne consegue che, in considerazione del valore punto base previsto dalle richiamate tabelle, pari, rispettivamente, a € 3.911,00 (per l'ipotesi di danno non patrimoniale da perdita del coniuge e del genitore) vanno liquidati: € 203.372,00 in favore di **Pt_3** **Parte_2** coniuge della vittima primaria (importo calcolato tenendo conto del "cap" previsto dalle tabelle di Milano nel caso della liquidazione del danno parentale da perdita del coniuge) ed € 172.084,00 in favore di ciascuno dei figli del defunto **Parte_1** e **Parte_3**, importi entrambi calcolati in valori attuali.

In favore del minore (non ancora maggiorenne al momento della spedizione della causa in decisione) **Parte_5** in considerazione del valore punto base, pari ad € 1.698,00, previsto dalle richiamate tabelle per l'ipotesi di danno non patrimoniale da perdita del nipote/fratello, assimilabile alla perdita del nonno, vanno riconosciuti complessivi euro € 62.826,00.

Non si ritiene di applicare alcun aumento per la personalizzazione del danno, in assenza di allegazione e prova presuntiva di condizioni dei danneggiati che fuoriescano dalle conseguenze ordinariamente riconducibili, sia sul piano relazionale che morale, alla perdita di un congiunto, e già considerate nella liquidazione effettuata alla stregua dei criteri equitativi sopra compendiati.

Si precisa, che alla luce della persistente minore età del predetto **Parte_5** alla data della spedizione della causa in decisione, in ragione dell'irrelevanza dei mutamenti verificatasi dopo detta data, e dell'ultrattività della procura e del mandato, la rappresentanza processuale in sostituzione del minore persiste in capo all'attrice **Parte_3**,

5. Danno patrimoniale subito **Parte_2** **a perdita della contribuzione economica del coniuge.**

Sulla base della documentazione fiscale prodotta, e dunque dei redditi percepiti dal coniuge defunto, l'attrice ha altresì chiesto il risarcimento del danno patrimoniale subito per la perdita del contributo economico da costui fornito, detratta la quota presuntivamente destinata ai suoi bisogni personali.

La suddetta voce di danno è stata quantificata da parte attrice in euro 50.000,00, senza esplicitazione dei sottesi criteri di calcolo (anche in relazione alla c.d. quota "sibi"), ed in assenza di alcuna ulteriore specificazione, anche in termini della protrazione nel tempo del danno lamentato.

in base ai precetti normativi di assistenza materiale e di contribuzione economica ai bisogni del nucleo familiare costituito dal defunto *Persona_2* e la coniuge [...] *Parte_2* di cui agli artt. 143 e 433 c.c., e dai dati ricavabili dal notorio e dalla comune esperienza della pratica di vita improntata a regole etico sociali di solidarietà e di costume, può presumersi che *Persona_2*, in qualità di coniuge, destinava e avrebbe continuato a destinare in favore dei bisogni della famiglia una parte del proprio reddito da pensione, se fosse rimasto in vita (cfr. Cass. Civ., sez. III, sentenza nr. 21402/2018; Cass. Civ. sez. III, sentenza nr. 3966/2012).

Non vi è dubbio, quindi, che la morte di *Persona_2* ha determinato il venir meno dell'apporto economico che questi conferiva alla famiglia, causando un danno patrimoniale alla moglie, odierna attrice, che se configura astrattamente una posta di lucro cessante, alla luce tempo trascorso dall'epoca del decesso (2020), costituisce all'attualità, per la gran parte una perdita già verificatasi nel patrimonio della predetta *Parte_2*

Sul punto la giurisprudenza di legittimità ha affermato il principio secondo cui la tutela risarcitoria richiede la dimostrazione della convivenza, dell'effettivo conseguimento di un reddito da parte della vittima (Cassazione n. 7272/2012) e che non devono essere detratte dal risarcimento le erogazioni patrimoniali correlate all'evento (come pensioni di reversibilità o indennità), mancando le condizioni giuridiche per l'operatività della *compensatio*, data la diversità tra il titolo che fonda la responsabilità e quello che giustifica la provvidenza economica (così: Cassazione n. 5504/2014).

Per quanto concerne la quantificazione del detto danno, sulla base del cedolino relativo all'erogazione della pensione percepita dal *Per_2* nel marzo 2020, delle certificazioni uniche dei redditi relative ad egli ed alla coniuge riguardo all'anno 2019 (prodotti in allegato alla citazione) deve considerarsi quanto segue:

- dall'ultima certificazione unica dei redditi di *Persona_2*, risalente al 2019 (depositata in allegato all'atto di citazione) risulta comprovato che l'unico reddito personale percepito dal predetto è costituito dalla pensione di vecchiaia;
- dal cedolino della pensione del marzo 2020, risulta che l'importo netto percepito da *Persona_2* mensilmente è pari ad euro 1.876,28.

moltiplicando per 13 mensilità, l'importo mensile della pensione risultante dal cedolino pari a euro 1.876,28, si perviene al risultato di euro 24.391,64 annui;

- da tale reddito netto deve scomputarsi l'importo che il *de cuius* avrebbe destinato per soddisfare i propri bisogni, c.d. quota *sibi* (Cass., n. 6619/2018), che, valutando prudenzialmente le circostanze del caso concreto, e dunque in considerazione dell'entità del reddito percepito dal defunto sig. *Persona_2* e del fatto che la moglie percepiva anch'ella un reddito personale mensile, seppure di molto inferiore, risulta equo quantificare, in via presuntiva, in 1/2;
- si perviene così alla somma di € 12.195,82 (€ 24. 391,64/2), la quale costituisce l'importo che annualmente il *de cuius* avrebbe destinato al nucleo familiare.

Alla luce delle superiori considerazioni, ed in assenza di più specifiche allegazioni di parte in ordine alla proiezione nel tempo della perdita lamentata, la somma (euro 50.000,00) richiesta con l'atto introduttivo del giudizio, rientra nei limiti dell'importo riconoscibile quale perdita maturata alla data odierna (maggio 2026), decorsi sei anni dal decesso del coniuge (avvenuto a maggio 2020), pari ad euro 73.174,92 (corrispondente ad euro 12,195,83*6 anni), compatibilmente con la residua aspettativa di vita media di *Persona_2* all'epoca del decesso (indicata per gli uomini nell'età 79,7, secondo le rilevazioni ISTAT relative al 2020, laddove il predetto è deceduto all'età di anni 71).

Nei limiti della domanda proposta da parte attrice, e in considerazione di quanto sopra evidenziato in ordine all'assenza di più specifiche allegazioni e conteggi, va dunque riconosciuta in favore della coniuge del defunto *Persona_5*, l'ulteriore importo pari ad euro 50.000,00 (pari ad euro 8.333,33 annui) a titolo di danno patrimoniale derivante dalla perdita, alla data odierna, del contributo economico erogato dal coniuge defunto.

°°*

6. Danno da ritardo.

Per quanto concerne il danno da ritardo, gli attori si sono limitati a chiedere la rivalutazione e gli interessi legali commisurati

Ora, secondo l'orientamento della giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione – condiviso da questo giudice – “*Nell'obbligazione risarcitoria da fatto illecito, che costituisce tipico debito di valore, è possibile che la mera rivalutazione monetaria dell'importo liquidato in relazione all'epoca dell'illecito, ovvero la diretta liquidazione in valori monetari attuali, non valgano a reintegrare pienamente il creditore, il quale va posto nella stessa condizione economica nella quale si sarebbe trovato se il pagamento fosse stato tempestivo: in tal caso, è onere*

del creditore provare, anche in base a criteri presuntivi, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) sia inferiore a quella di cui avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Tale effetto dipende prevalentemente, dal rapporto tra remuneratività media del denaro e tasso di svalutazione nel periodo in considerazione, essendo ovvio che in tutti i casi in cui il primo sia inferiore al secondo, un danno da ritardo non è normalmente configurabile; ne consegue, per un verso che gli interessi cosiddetti compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno da ritardo nei debiti di valore; per altro verso che non sia configurabile alcun automatismo nel riconoscimento degli stessi.” (in termini la massima di Cass. n. 6351/2025; conforme Cass. 18564/2018).

Ne consegue che, salvo che per le voci espresse già in valori attuali, occorrerà rivalutare alla data odierna l'importo annuo di euro 8.333,33 (ovvero il reddito netto del defunto che sarebbe stato destinato al nucleo familiare composto da egli ed alla moglie) relativamente agli anni dal 2021 al 2025, per ulteriori € 3.108,00, giungendosi così alla somma complessiva di euro 53.108,00.

Tale importo di € 53.108,00 deve sommarsi, quindi, alle voci di danno non patrimoniale iure proprio già liquidati in favore dell'attrice **Parte_2** in moneta attuale (€ 203.372,00), ottenendo così l'importo complessivo per danno iure proprio patrimoniale e non patrimoniale di € 265.480,00.

Sulle tutte le somme liquidate all'attualità sono poi dovuti gli interessi legali, ai sensi del combinato disposto degli artt. 1224, primo comma, e 1284, quarto comma, c.c. dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) fino al soddisfo.

Invero: la necessaria domanda di parte può ritenersi sussistente in base alla richiesta di “interessi sino al soddisfo” e la previsione di cui al quarto comma dell'art.1284 c.c. trova applicazione anche alle obbligazioni da fatto illecito e non soltanto alle obbligazioni di natura contrattuale (cfr. Cass. n. 61/2023 e Cass. n. 7677/2025)

Spese di lite.

Ai sensi dell'art. 91 c.p.c., le spese di lite seguono la soccombenza, e si liquidano, come in dispositivo, secondo valori corrispondenti ai parametri medi previsti dalle tabelle allegate al D.M. n. 147/2022 per lo scaglione di riferimento, (determinato in considerazione dell'importo della liquidazione del danno), tenuto conto delle

questioni trattate e dell'attività posta in essere dalle parti, oltre Iva, Cpa, e spese generali come per legge

Pone definitivamente le spese di consulenza, come liquidate con separato decreto, a carico di parte convenuta.

Infine, indica l' *Controparte_5*
[...] di Palermo il soggetto giuridico nei cui confronti, essendo stato condannato, al risarcimento del danno, deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito ai sensi dell'art. 59 lett. d) e 60 T.U. imposta di registro.

P.Q.M.

Il Tribunale, uditi i procuratori delle parti costituite; ogni contraria istanza, eccezione e difesa disattesa; definitivamente pronunciando;

1) CONDANNA l' [...] *Controparte_5* di Palermo, in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento della somma di € 265.480,00. in favore di *Parte_2* per danno patrimoniale e non patrimoniale subito iure proprio in conseguenza del decesso del proprio congiunto *Persona_2* e [...], oltre interessi, nella misura indicata in parte motiva, dalla data della presente pronuncia sino al soddisfo;

2) CONDANNA l' [...] *Controparte_6*, in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore di [...] *Parte_1* e *Parte_3*, della somma di € 172.084,00 ciascuno, per danno non patrimoniale iure proprio da costoro subito in conseguenza del decesso del predetto *Persona_2* oltre interessi, nella misura indicata in parte motiva, dalla data della presente pronuncia sino al soddisfo;

3) CONDANNA l' [...] *Controparte_6*, in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento della somma di € 62.826,00 in favore di *Parte_3* in qualità di esercente la potestà genitoriale

sul minore (alla data della spedizione della causa in decisione) *Parte_5*
[...], per danno non patrimoniale da costui subito in conseguenza del decesso del proprio congiunto *Persona_2* oltre interessi, nella misura indicata in parte motiva, dalla data della presente pronuncia sino al soddisfo;

4) CONDANNA l' [...] [...]

Controparte_6, in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, alla rifusione, in favore degli attori, in solido tra loro, delle spese di lite da costoro sostenute, che si liquidano in € 1.713,00 per esborsi ed € 22.457,00 per compensi, oltre IVA, CPA e spese generali come per legge.

5) Pone le spese di ctu come liquidate con separato decreto, a carico di parte convenuta.

6) Indica l' *Controparte_5*

[...] di Palermo, il soggetto giuridico nei cui confronti, essendo stato condannato, al risarcimento del danno, deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito ai sensi dell'art. 59 lett. d) e 60 T.U. imposta di registro.

Così deciso in Palermo, 11 maggio 2026

Il Giudice
Dott.ssa Simona Maria Cipiti