N. RG. 3570/2021

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI RAVENNA

SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, in persona del Giudice dott. Fabrizio Valloni, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. r.g. **3570/2021** promossa da:

[redacted] (C.F. [redacted], con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] *C.F._* [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

1 (C.F. [redacted], con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] *C.F._2*) [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

[redacted] (C.F. [redacted], con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] *C.F._* [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

ATTRICI

contro

te_3 (C.F. *VA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (CANCELLATO VOLONTARIAMENTE DAL 12 NOVEMBRE 2024) *C.F._5* [redacted] - [redacted] *CP_5* *C.F._6* Indirizzo Telematico; *Controparte_6* *C.F._7* Indirizzo Telematico; elettivamente domiciliato in Indirizzo Telematico presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTA

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

CONCLUSIONI DELLE PARTI: come da note in sostituzione dell'udienza del 7.5.2025. Tali conclusioni sono richiamate e sono da ritenersi parte integrante e sostanziale di questa sentenza, ancorché non ritrascritte.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c., incardinato ex art. 8 L. 24/2017 – quando ancora non erano stati depositati gli esiti dell'A.T.P. (1788/2021 R.G) ex art. 696 bis c.p.c. – *Parte_1* , *CP_1* , *CP_2* , premettendo di essere, rispettivamente, le figlie e la nipote del defunto *Parte_2* , hanno convenuto *Controparte_3* (d'ora in avanti anche solo "*Cont* ") dinanzi all'intestato Tribunale, al fine di essere integralmente risarcite di tutti danni, patrimoniali e non, lamentati *iure proprio* e *iure successionis*, in conseguenza del [redacted] a causa di una infezione nosocomiale contratta presso la struttura convenuta ove era ricoverato.

In particolare, le ricorrenti hanno sostenuto la responsabilità della struttura convenuta per non avere applicato, o aver applicato erroneamente, le procedure assistenziali finalizzate alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e, più nel dettaglio, per non avere praticato antibiotico profilassi perioperatoria sistemica al momento dell'impianto dell'ICD. Hanno quindi chiesto, *iure hereditatis*, il risarcimento del danno terminale patito dal *Pt_1* consistito nella sofferenza patita in conseguenza della consapevolezza dell'approssimarsi della morte; *iure proprio*, il danno non patrimoniale dovuto alla perdita del rapporto parentale con rispettivamente il padre ed il nonno.

2. Nel giudizio così radicato si è costituita la resistente *CP_3* *[...]* (*Cont*") chiedendo il rigetto della domanda attorea in quanto infondata in fatto e diritto. In particolare, ha eccepito che le risultanze dell'A.T.P. attestano che l'infezione sofferta da *Parte_2* non è imputabile a carenze igienico sanitarie della struttura e/o del personale operante al suo interno.

3. All'udienza del 23.1.2022 fissata per la comparizione delle parti, è stato disposto il mutamento il mutamento del rito. La causa è stata istruita mediante l'acquisizione del fascicolo dell'A.T.P. n. 1788/2021 R.G e la richiesta di chiarimenti scritti ai CCTTUU. All'udienza del 7.5.2025, le parti hanno precisato le proprie conclusioni e la causa è stata trattenuta in decisione con provvedimento del 4.6.2025 previa

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. nella massima estensione. Con decreto di assegnazione interna e di supplenza interna ex artt. 8 e 50 Circ. 20/6/2018 dell'11.9.2023 poi prorogato con decreto del 1.12.2023 la causa è stata assegnata allo scrivente giudice.

4. Le attrici hanno agito *iure proprio* per ottenere il risarcimento del danno da perdita parentale per il decesso del proprio congiunto *Pt_2 […]* , nonché *iure successionis* (le sole eredi del padre *Parte_1* e *CP_1 […]* cfr all. doc. n. 7 ricorrenti) per il danno morale terminale (o danno da lucida agonia o catastrofale) dal sig. *Parte_2* .
Il danno da perdita parentale e il "danno da lucida agonia" hanno presupposti differenti sicché appare opportuno procedere ad esame separato.

5. Prendendo avvio dall'esame della domanda relativa al danno lamentato *iure proprio* dalle attrici, parenti della vittima primaria della *malpractice* sanitaria, questo giudicante ritiene di dare continuità all'orientamento già consolidato in giurisprudenza, che inquadra la natura della responsabilità della struttura per tale posta risarcitoria nel più generale schema dell'art. 2043 c.c., con la conseguenza che il riparto dell'onere probatorio dovrà avvenire secondo lo schema classico della responsabilità aquiliana (cfr. in termini Cass. 6914/2012; T. Bologna n. 21075/2015 del 23.09.2015, n. 20360 del 31.03,2016 e n. 1941 del 29.07.2016, nonché T. L'Aquila n. 315/15 del 31.03.2015). Ne consegue che i presunti danneggiati devono provare il fatto illecito, il danno, l'elemento soggettivo della colpa o del dolo in capo al danneggiante ed infine il nesso causale. A tal proposito, merita richiamare l'indirizzo giurisprudenziale secondo cui "*La responsabilità della struttura sanitaria per i danni da perdita del rapporto parentale, invocati "iure proprio" dai congiunti di un paziente deceduto, è qualificabile come extracontrattuale, dal momento che, da un lato, il rapporto contrattuale intercorre unicamente col paziente, e dall'altro i parenti non rientrano nella categoria dei "terzi protetti dal contratto", potendo postularsi l'efficacia protettiva verso terzi del contratto concluso tra il nosocomio ed il paziente esclusivamente ove l'interesse, del quale tali terzi siano portatori, risulti anch'esso strettamente connesso a quello già regolato sul piano della programmazione negoziale*" (Cass. civ., Sez. 6 - 3, Ordinanza n.21404 del 26/07/2021; come ribadito, con distinguo per la procreazione assistita, da Cass. Sez. 3, Sentenza n.11320 del 07/04/2022).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

5.1 Chiarita la natura extracontrattuale dell'invocata responsabilità della struttura sanitaria nei confronti delle attrici, va rilevato che esse, come emerge dalle considerazioni dei CCTTUU, non hanno correttamente assolto l'onere probatorio di cui sono gravate.

A tal proposito, preliminarmente si osserva che, nei giudizi di responsabilità in ambito medico-chirurgico, la consulenza tecnica d'ufficio viene ad avere carattere percipiente e diventa essa stessa fonte di prova per l'accertamento dei fatti, dato che le conoscenze necessarie a rilevarli e a comprenderli sono estremamente tecniche (cfr. Cass., 24.6.2020, n. 12387).

Ciò detto, è utile ripercorrere le risultanze dell'accertamento tecnico onde trarne elementi utili alla presente decisione.

Dalla CTU è emerso che *Parte_2* a seguito di coronarografia e aortografia, è stato sottoposto, presso *Controparte_3* in data 19.4.2016, ad intervento di sostituzione della valvola aortica e sostituzione aorta ascendente con impianto di due protesi. Dopo la comparsa di fibrillazione, il 7.5.2016, gli viene posizionato un pacemaker temporaneo. In data 12.5.2016, il pacemaker temporaneo viene rimosso, e con tasca in sede sottoclaveare sinistra e posizionamento intracardiaco degli elettrodi, vengono inseriti un pacemaker biventricolare (CRT) e un defibrillatore cardiaco (ICD). Il 17 maggio 2016, *Parte_2* viene trasferito presso [redacted] di Cesena dove, due giorni dopo, compare la prima febbre, leucitosi e aumento PCR e si ha l'avvio di terapia antibiotica. Il 21 maggio si ha emocoltura positiva per *Enterococcus faecalis*. In data 27 maggio, risulta un ematoma in corrispondenza della tasca. In data 31 maggio, viene eseguito ecocardiogramma trans-esofageo che evidenza "*…sospetta vegetazione su catetere stimolatore*". In data 3 giugno, la PET-TAC con radiofarmaco dimostra un "*modico aumento di radiomarcato in corrispondenza degli elettro-cateteri nel ventricolo destro e diffusa modesta captazione a livello della tasca di impianto toracica*". Il 6 giugno, il defibrillatore e gli elettrocateteri vengono rimossi, e viene effettuata la coltura del materiale prelevato dalla tasca e dalla punta dell'elettro-catetere che risulta positiva per *Enterococcus faecalis*. In data [redacted], il paziente è poi deceduto per interruzione dell'attività cardiaca e respiratoria.

I CCTTUU hanno affermato che "*Non possono esserci ragionevoli dubbi che il signor* *Pt_2* *giunse a* [redacted] *a causa di un'infezione nosocomiale setticemica da* Enterococcus faecalis *a partenza dalla tasca*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

e/o dall'elettrodo del fibrillatore intracardiaco impiantatogli il 12 maggio nel Controparte_3 *di* [redacted] .

Quanto al trattamento antibiotico praticato, i CCTTUU, nella integrazione di consulenza disposta nel corso del presente giudizio, hanno ritenuto che: "*Durante il ricovero al* Controparte_3 *il signor* Pt_2 *fu sottoposto a due interventi chirurgici unanimemente considerati meritevoli di profilassi antibiotica perioperatoria: la sostituzione della valvola aortica e dell'aorta ascendente (eseguita il 20.04.2016) e ,quindi, l'impianto di un pacemaker / defibrillatore con elettrodi bicamerali in cuore destro e posizionamento dell'apparato in una "tasca" ricavata in sede sottoclaveare sinistra (effettuato il 12.05.2016).*

In occasione di questi due interventi i Curanti somministrarono al paziente, a scopo profilattico, un regime antibiotico che, a nostro giudizio, per scelta del farmaco, dosaggio e timing di somministrazione dell'antibiotico e' da considerare adeguato, in quanto conforme a cio' che e' raccomandato dalle più autorevoli Linee Guida nazionali ed internazionali. In effetti in entrambe i casi fu somministrato al paziente la cefazolina, il farmaco più frequentemente consigliato dalle linee guida per la sua efficacia contro i germi, solitamente, in causa nelle infezioni postoperatoria in chirurgia cardiaca con o senza inserimento di materiale estraneo (protesi, pacemaker) e per caratteristiche farmacocinetiche e farmaco-dinamiche, nonché il basso costo.

Per quanto riguarda il numero di dosi, è stato da decenni dimostrato che la dose iniettata per via endovenosa 15-30 minuti prima di iniziare l'intervento (dose preoperatoria), eventualmente seguita da una seconda dose durante l'intervento (nei casi in cui esso si protragga a lungo) è in grado di conferire al paziente tutto ciò che questa profilassi può assicurare e che eventuali altre dosi somministrate al termine dell'intervento (dosi postoperatorie) sono pertanto inutili.

Sempre secondo le Linee Guida è tuttavia consentito continuare la profilassi per 1-2 giorni dopo il termine dell'intervento (profilassi postoperatoria) se, a giudizio dei Curanti, e per un qualche motivo (per esempio soggetti in scadenti condizioni generali) ciò potrebbe essere preferibile, come avvenuto per il paziente in questione, a cui furono somministrate 4 dosi (una ogni 6 ore) di cefazolina anche dopo il termine dell'operazione

Per quanto invece si riferisce all'impianto del pacemaker/defibrillatore, nel diario clinico della cartella si legge che l'intervento fu eseguito in

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

"elettrofisiologia dove il paziente viene trasferito alle ore 16,00 dopo aver effettuato alle ore 15,30 profilassi antibiotica con cefazolina 2 grammi". In altre pagine della cartella viene anche annotato che a fini profilattici fu effettuata una irrigazione della tasca con due fiale dell'antibiotico rifampicina. E' questo un metodo di profilassi, cosiddetta "profilassi topica", in auge un tempo (molti decenni orsono), al termine di molti interventichirurgici, soprattutto addominali, prima di iniziare le suture di chiusura, il CP_8 versava infatti in addome un paio di fiale di antibiotico. Con l'avvento della profilassi per via endovenosa questo metodo perse sempre più di importanza e da molti anni non viene neanche più ricordato nelle linee guida che periodicamente compaiono in letteratura. Malgrado qualche difficoltà nella comprensione della calligrafia del compilatore della cartella, a noi sembra comunque dimostrato che, nel caso in oggetto, il signor Pt_2 sia stato sottoposto sia alla profilassi topica sia a quella sistemica, effettuata correttamente con cefazolina immediatamente prima di iniziare la procedura chirurgica come previsto dalle Linee Guida. E che quindi, per quanto si riferisce alla profilassi antibiotica, niente possa essere obiettato ai Curanti".

Ancora, in replica alle osservazioni dei CTP di parte attrice, che lamentavano la mancata applicazione del protocollo PO 87, specifico per la profilassi antibiotica in aritmologia, i CCTTUU hanno osservato che: *"il professor Persona_1 (cardiologo e aritmologo all'epoca in servizio presso quella CP_9 , aveva proposto di modificare alcune linee guida nazionali e internazionali per la profilassi: nei pazienti che devono essere sottoposti ad impianto di pacemaker / defibrillatore / bi-ventricolare, egli suggeriva di impiegare ampicillina 2 g + gentamicina 80 mg endovena . Nel caso del [redacted] tuttavia, furono seguiti per la profilassi le guidelines nazionali/internazionali e non quanto suggerito dal Cardiologo / Aritmologo locale. Senza voler entrare nel merito della questione di quale sia la reale importanza dei protocolli profilattici (e terapeutici) locali rispetto a quelli che figurano nella letteratura internazionale, in questa sede ci limitiamo ad osservare che questo protocollo del Cardiologo Per_1 ("procedura operativa 87 Rev 1"), evidentemente suggerito dal riscontro in quella Casa di Cura di casistiche microbiologiche particolari, fu elaborata il 4.06. 2010. Ed e' appena il caso di osservare che il povero Pt_2 fu sottoposto all'impianto del pacemaker / defibrillatore, responsabile dell'infezione, ben sei anni dopo (2016) quando, visto il tempo trascorso, la circolazione locale di*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

particolari microrganismi ospedalieri era molto verosimilmente gia' cessata. Per questo motivo, a nostro giudizio per la profilassi antibiotica del [redacted] *era senz'altro preferibile far ricorso a protocolli validati internazionalmente*".

Lo scrivente giudice aderisce integralmente al contenuto ed alle conclusioni della CTU, non ravvisandosi ragioni di ordine logico, giuridico, scientifico per discostarsene; in particolare, le conclusioni cui sono giunti i consulenti paiono l'esito di un iter logico ineccepibile e privo di vizi, condotto in modo accurato ed in continua aderenza ai documenti agli atti ed allo stato di fatto analizzato.

Si precisa a riguardo che è stato chiarito come il Giudice del merito, sempre nel contesto di una motivazione contrassegnata da un adeguato iter argomentativo logico, ben può aderire alle conclusioni del consulente tecnico di ufficio. E tanto di guisa che, con tale adesione, "il *giudice del merito esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione della fonte del suo convincimento*" (Cass. civ., Sez. II, 13 settembre 2000, n. 12080), poiché lo stesso giudice "*che riconosce convincenti le conclusioni del consulente tecnico non è tenuto ad esporre in modo specifico le ragioni che lo inducono a fare propri gli argomenti dell'ausiliario*" (Cass. civ., Sez. III, 6 ottobre 2005, n. 19475; Cass. 7266/2015*)*.

5.2 A lume, dunque, dei richiamati esiti della CCTTUU, che hanno attestato che è stata somministrata una corretta ed adeguata profilassi antibiotica al paziente, ed in assenza della prova di altre deficienze o mancanze da parte della struttura convenuta in merito al rispetto dei protocolli relativi alla prevenzione delle infezioni nosocomiali, la domanda formulata dalle attrici deve essere respinta non essendo stata raggiunta la prova della responsabilità della struttura sanitaria convenuta.

È pur vero, come affermato dalla difesa di parte attorea, che la Corte di Cassazione ha chiarito che, in tema di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale a seguito del decesso avvenuto per infezione nosocomiale, la responsabilità della struttura può essere affermata per via presuntiva (Cassazione civile sez. III, 30/12/2024, n.35062). Tuttavia, l'operare delle presunzioni non può essere fatto coincidere con la sola acquisizione della natura nosocomiale della infezione ma occorre che sia acquisito agli atti del processo un *quid pluris* che consenta di affermare, anche in via presuntiva, non solo e non tanto che l'infezione è stata contratta all'interno della struttura, ma che l'aver contratto l'infezione è dipeso da una condotta colposa della struttura convenuta da individuarsi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

in particolare nella mancata adozione o nel mancato rispetto in concreto di modelli di prevenzione (negli stessi termini invero pare porsi l'arresto giurisprudenziale citato che ammette il ricorso alle presunzioni semplici "*in difetto di predisposizione (o anche solo di produzione in giudizio), da parte della struttura sanitaria, della documentazione relativa all'adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio* – così nella massima). Nel caso in esame, tale elemento difetta, posto che i CCTTUU non hanno riscontrato, in merito all'adozione di modelli di prevenzione da parte della struttura, alcuna deficienza, come affermano a pag. 27 della CTU e le attrici non hanno dimostrato nulla a riguardo.

6. Si passa ora all'esame della domanda spiegata *iure hereditatis.* Per quanto concerne il biologico terminale *iure successionis* richiesto dalle atrici – le figlie *Parte_1* ed *CP_1* – vale richiamare quanto più volte ribadito dalla Suprema Corte (cfr. la recente ordinanza n. 5618/2025): "*questa Corte ha da tempo ritenuto configurabile e trasmissibile il danno subito dalla vittima nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo nella duplice componente di danno biologico "terminale", cioè di danno biologico da invalidità temporanea assoluta (Cass. n. 26727 del 2018; Cass. n. 21060 del 2016; Cass. n. 23183 del 2014; Cass. n. 22218 del 2014), e di danno morale consistente nella sofferenza patita dalla vittima che lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita (Cass. n. 13537 del 2014; Cass. n. 7126 del 2013; Cass. n. 2564 del 2012); ancora di recente è stata ribadita (Cass. n. 7923 del 2024) la duplicità della componente del danno non patrimoniale risarcibile in caso di morte causata da un illecito, distinguendo il danno morale terminale e quello biologico terminale: il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofale o catastrofico) consiste nel pregiudizio subìto dalla vittima in ragione della sofferenza provata nell'avvertire consapevolmente l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'intensità della sofferenza medesima; mentre il secondo, quale pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste, per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo (cfr. Cass. n. 21837 del 2019; Cass. n. 26727 del 2018)".

La Suprema Corte ha individuato quali presupposti indefettibili per il riconoscimento del danno catastrofale "1) lo stato di coscienza e la comprensione, da parte della vittima, della propria irrimediabile condizione clinica; 2) la non immediatezza del decesso a seguito delle lesioni, dovendo la vittima permanere in vita per un intervallo di tempo anche minimo, ma oggettivamente apprezzabile" (Cass. n. 29492/19).

Si tratta di un danno direttamente patito dal soggetto ancora in vita, del quale il congiunto chieda il risarcimento *iure hereditatis* a seguito del decesso, per cui soggiace alla diversa disciplina della tutela contrattuale, in base alla quale il creditore che abbia provato la fonte del suo credito ed abbia allegato di essere rimasto totalmente o parzialmente insoddisfatto, non è altresì onerato di dimostrare l'inadempimento o l'inesatto adempimento del debitore, spettando a quest'ultimo la prova dell'esatto adempimento (Cass., Sez. Un., 30/10/2001, n. 13533; tra le conformi, *ex multis*: Cass. 20/01/2015, n. 826; Cass. 04/01/2019, n. 98; Cass. 11/11/2021, n. 3587).

Nel caso di specie, l'onere probatorio da parte degli attori è stato correttamente assolto, avendo questi provato, oltre che l'esistenza di un contratto di spedalità concluso dal proprio congiunto, altresì il nesso di causalità tra la condotta dei sanitari e la morte.

Infatti, vi è la prova che *Parte_2* è deceduto per aver contratto una infezione nosocomiale. La struttura convenuta avrebbe dovuto fornire la prova - secondo le scansioni della responsabilità contrattuale – di aver eseguito la prestazione sanitaria con la diligenza, la prudenza e la perizia richieste nel caso concreto, oppure che l'inadempimento (ovvero l'adempimento inesatto) sia dipeso dall'impossibilità di eseguirla esattamente per causa non imputabile. Orbene, tale prova non è stata fornita: se è stata raggiunta la prova della corretta somministrazione della terapia antibiotica, non è stata però offerta la dimostrazione - né invero sono stati dedotti capitoli di prova a riguardo – che sono state adottate in concreto, e nel caso specifico, tutte le misure di prevenzione possibili per la prevenzione dell'insorgere della infezione, risultando insufficiente la dimostrazione dell'esistenza di protocolli e dell'utilizzo sterile di strumenti (*In tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico" Cassazione civile sez. III, 13/06/2023, n.16900.)

In definitiva: nel presente procedimento sono rimaste indimostrate le cause di insorgenza dell'infezione che hanno condotto al decesso *Parte_2*

In applicazione dei principi sopra richiamati, si deve quindi concludere che il processo infettivo ha origine ignota; la causa ignota allora, nell'azione ex art. 2043 c.c. sopra esaminata, è sopportata dagli attori-danneggiati, con conseguente rigetto della domanda formulata *iure proprio*; nell'azione contrattuale ex art. 1218 c.c., ora in esame, è sopportata del debitore-danneggiante, con conseguente accoglimento della domanda.

Affermata, per le ragioni anzidette, la responsabilità della convenuta per l'evento infausto occorso ad *Parte_2* si può pertanto procedere ad analizzare le istanze risarcitorie avanzate dalle attrici per il riconoscimento del danno *iure successionis* da lucida agonia.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Come chiarito in una pronuncia dalla Suprema Corte (Cass. 15/12/2022 n. 36841, che ha richiamato la pronuncia n. 12041/2020), "*il danno catastrofale - che integra un danno non patrimoniale di natura del tutto peculiare consistente nella sofferenza patita dalla vittima che lucidamente e coscientemente assiste allo spegnersi della propria vita - comporta la necessità di una liquidazione che si affidi a un criterio equitativo denominato "puro" - ancorchè sempre puntualmente correlato alle circostanze del caso - che sappia tener conto della sofferenza interiore psichica di massimo livello, correlata alla consapevolezza dell'approssimarsi della fine della vita, la quale deve essere misurata secondo criteri di proporzionalità e di equità adeguati alla sua particolare rilevanza ed entità, e all'enormità del pregiudizio sofferto a livello psichico in quella determinata circostanza (vedi, tra le altre, Cass. n. 23183/2014). (…) per ottenere uniformità di trattamento a livello nazionale, per questa ultima voce di danno si reputa comunemente necessario fare riferimento al criterio di liquidazione adottato dal Tribunale di Milano, per l'ampia diffusione sul territorio, appunto, nazionale e per il riconoscimento attribuito dalla giurisprudenza di legittimità, alla stregua, in linea generale e in applicazione dell'art. 3 Cost., del parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico a norma degli artt. 1226 e 2056 c.c., salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono (cfr. Cass. n. 12408/2011, n. 27562/2017; v. anche Cass. n. 9950/2017)*".

Sulla base di tali principi va esaminata la domanda delle attrici.

Per quanto concerne il primo presupposto per il riconoscimento del danno catastrofale, ovvero lo stato di coscienza e la comprensione, da parte della vittima, della propria irrimediabile condizione clinica, lo si ricava dalle considerazioni della CTU che hanno individuato il grado di sofferenza soggettiva patita da *Pt_1* in "*moderato severo*".

Per quanto riguarda, invece, il presupposto della non immediatezza del decesso a seguito della infezione contratta, risulta agli atti che il *Pt_1* ha sofferto un periodo di degenza di 42 giorni. E' a questo il periodo in cui il *Pt_1*, assistendo coscientemente al peggioramento inesorabile ed irrimediabile del suo stato di salute, ha potuto percepire il proprio declino e l'imminenza del proprio decesso, patendo la paura e lo sconvolgimento in vista della fine della propria vita.

Si ritiene che la liquidazione del danno catastrofale possa avvenire, nel caso di specie, tenendo a mente i valori indicati dalle tabelle milanesi.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Orbene, in considerazione delle circostanze concrete del caso, quali l'età della vittima primaria al momento del decesso (82 anni), il periodo di durata della lucida agonia ed il vissuto del familiare versava in tale periodo (caratterizzato da ricovero durato 42 giorni), nonché la comorbilità presente che ha contribuito a determinare la morte – cfr. pag. 14-15 della CTU nella quale i consulenti affermano che il principale ostacolo alla guarigione è dipeso dalle "*pessime condizioni cardiache*" del paziente -, si ritiene equa ed adeguata la liquidazione a titolo di risarcimento del danno morale da lucida agonia, comprensivo della componente biologica terminale, la somma di euro 57.637, pari a euro 20.000 (valore inferiore al massimo previsto 35.247,00) per i primi 3 giorni ed euro 37.637 (senza alcuna personalizzazione) fino al quarantaduesimo giorno.
Tale somma, spettante *iure hereditatis* alle due attrici, andrà ripartita in base alle quote di eredità a ciascuno spettante.
Sulle somme riconosciute a titolo risarcitorio, trattandosi di debito di valore, deve essere altresì risarcito il danno da ritardo e cioè il lucro cessante provocato dal ritardato pagamento delle suddette somme liquidate, secondo i criteri dettati dall'orientamento costante della Suprema Corte (Cass. civ., sez. un. 17.02.1995, n. 1712). In applicazione di tali criteri, le somme liquidate a titolo risarcitorio devono essere dunque devalutate alla data del [redacted]; le somme così devalutate vanno poi incrementate degli interessi legali maturati sino alla data odierna sugli importi annualmente rivalutati applicando l'indice ISTAT FOI. A seguito della liquidazione qui operata, il debito di valore si converte in debito di valuta e su di esso dovranno computarsi gli interessi moratori *ex lege* a decorrere dalla pronuncia odierna fino al soddisfo.

7. Le spese di lite, in ragione della soccombenza reciproca, vanno compensate per 1/2, con condanna di Cont al pagamento, in favore delle attrici, della restante metà delle stesse, che si liquidano per intero, vale a dire in misura comprensiva della parte compensata, in complessivi euro 14.000 per compensi in base ai parametri prossimi ai medi per tutte le fasi di cui al D.M. 147/2022, tenuto conto dello scaglione 52.000 – 260.000 (in base al *decisum*), escludendo l'aumento previsto dalla norma nel caso in cui il difensore difenda più parti processuali, posto che nel caso di specie ciò non ha comportato attività ulteriori e maggiormente onerose per la difesa.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Le attrici hanno chiesto la condanna della controparte anche alla refusione delle spese sostenute in sede di istruzione preventiva. A tal proposito, giova rammentare il consolidato orientamento della Suprema Corte (per tutte Cass. ass. civ., Sez. II, Ordinanza, 19/07/2023, n. 21085) secondo cui "*Le spese dell'accertamento tecnico preventivo ante causam devono essere poste, a conclusione della procedura, a carico della parte richiedente, in virtù dell'onere di anticipazione e del principio di causalità, e devono essere prese in considerazione, nell'eventuale successivo giudizio di merito, come spese giudiziali, da regolare in base agli ordinari criteri di cui agli artt. 91 e 92 c.p.c. La parte vittoriosa ha, poi, diritto di vedersi rimborsate anche le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, a meno che il giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92, primo comma, c.p.c. della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue*".

Alla luce di tali principi, e tenuto conto della reciproca soccombenza, le spese per il procedimento ex art. 696 bis c.p.c. (n. 1788/2021 RG) vanno compensate per ½, con condanna della struttura convenute a rifondere le spese sostenute dalle attrici che si liquidano per intero, vale a dire in misura comprensiva della parte compensata, in euro 5.11,03 oltre accessori se dovuti per spese di CTU, ed euro 3.800 per compensi difensori oltre accessori, ed euro 1830 (all. doc. n. 11)+ 488 (all. doc. n. 12) per CTP.

P.Q.M.

Il Tribunale di RAVENNA, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita come in motivazione, così dispone:

- rigetta la domanda formulata in proprio da *Parte_1* , *CP_1* , *CP_2* ;
- accertata la responsabilità di *Controparte_3* condanna a risarcire a *Parte_1* e *CP_1* *iure hereditatis* i danni non patrimoniali quantificati in complessivi euro 57.637 oltre interessi e rivalutazione come in parte motiva;
- compensa per 1/2 le spese del presente giudizio e condanna *CP_3* *[...]* al pagamento, in favore delle attrici, della restante metà delle spese liquidate per intero, vale a dire in misura comprensiva della parte compensata, in euro 14.000 per compenso professionale, oltre rimborso spese generali, c.p.a. e i.v.a. come per legge, se dovuta oltre spese vive se documentate;
- compensa per 1/2 le spese del giudizio di A.T.P. n. 1788/2021 e condanna *Controparte_3* al pagamento, in favore delle attrici, della

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

restante metà delle spese liquidate per intero, vale a dire in misura comprensiva della parte compensata, in € 3.800 per compensi professionali oltre rimborso spese generali, c.p.a. e i.v.a. come per legge, euro 5.11,03 per spese di CTU, ed euro 1830+ 488 per CTP, oltre spese vive se documentate.

- RIGETTA nel resto.

Ravenna, 22/10/2025

Il Giudice

dott. Fabrizio Valloni

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it