TRIBUNALE DI SALERNO

Ud. del 12.03.2026 celebrata con note scritte ex art. 127-*ter* c.p.c.

Il Giudice dr. Gustavo Danise

Lette le note scritte e la memoria conclusionale

Pronuncia e pubblica la seguente sentenza ai sensi dell'art. 281-*sexies* c.p.c.

R E P U B BL I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI SALERNO

- Sezione Seconda Civile -

Il Tribunale di Salerno, in composizione monocratica, in persona del giudice dr. Gustavo Danise, all'esito dell'udienza del 12.03.2026, celebrata con note scritte ex art 127 ter cpc, ha emesso la seguente

SENTENZA

ex art. 281-*sexies* c.p.c. nella causa civile iscritta al numero 1050/2024 del R.G. dell'anno 2024, vertente

t r a

Parte_1 [redacted] (C.F. *C.F._1*) e *Parte_2* [redacted] (C.F. *C.F._2* , nella qualità di genitori ed eredi del sig. *Persona_1* [redacted] elettivamente [redacted] alla [redacted] presso e nello studio dell'avv. [redacted]

- attori -

e

Controparte_1 , (CF/PI *P.IVA_1* , in persona del Direttore Generale e legale rapp.te p.t., Ing. *CP_2* , dom.to per la carica in Salerno, alla [redacted] rapp.ta e difesa – in virtù di allegata procura generale alle liti per atto Notaio *Persona_2* del [redacted] Rep. [redacted] Racc. [redacted] all'Avv. [redacted] (C.F.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

n. *C.F._3*), con la quale elettivamente [redacted] presso la Funzione Affari Legali dell' *CP_3* , in Salerno [redacted];

- convenuta -

OGGETTO: risarcimento danni da responsabilità sanitaria.

CONCLUSIONI: come da rispettivi atti introduttivi, verbali d'udienza, note conclusionali da intendersi richiamati *per relationem*.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* e *Parte_2* convenivano in giudizio l *CP_4* per ottenere il risarcimento dei danni (*iure proprio* e *iure hereditatis*) patiti in conseguenza del [redacted] *Per_1* [redacted] presso il Presidio Ospedaliero [redacted] di [redacted]

A sostegno gli attori deducevano che il giovane figlio, *Per_1* , affetto da Lupus Eritematoso Sistemico (LES) e grave insufficienza renale (stadio IV), era stato ricoverato presso il reparto di Nefrologia di [redacted] nel novembre 2019 e successivamente nel gennaio 2020; che durante l'ultima degenza, iniziata il 05.01.2020, le condizioni del paziente erano precipitate fino al trasferimento in Rianimazione, dove veniva sedato e intubato; che in tale contesto, il paziente contraeva un'infezione da Legionella e da altri germi nosocomiali (Acinetobacter baumanii), che aggravavano fatalmente il quadro clinico, conducendolo al decesso.

Pertanto, gli attori deducevano la responsabilità della struttura per omessa sanificazione e violazione dei protocolli di asepsi, richiamando le conclusioni dei consulenti del PM nel procedimento penale archiviato, i quali avevano ipotizzato una "perdita di chance di sopravvivenza".

L' *CP_4* si costituiva in giudizio eccependo la nullità dell'atto di citazione ex art. 164 c.p.c. per genericità del *petitum* e della *causa petendi*, sostenendo che gli attori non avessero precisato l'inadempimento qualificato dei sanitari e nel merito contestando la natura nosocomiale dell'infezione, sottolineando che il paziente fosse giunto in ospedale già in stato settico, con valori di procalcitonina elevatissimi (>100), indicativi di una grave infezione preesistente. Sosteneva ancora di aver applicato correttamente tutti i protocolli di prevenzione (sistemi a circuito chiuso, filtri antibatterici) e che il decesso fosse da attribuire

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

esclusivamente alla gravissima patologia di base (Lupus e insufficienza renale multiorgano) in un soggetto pesantemente immunodepresso.

Dopo la prima udienza lo scrivente disponeva esclusivamente l'espletamento di una CMU affidata ad un collegio peritale ed all'esito fissava l'udienza odierna del 12.03.26 per la decisione ex art 281 sexies cpc autorizzando le parti al deposito di note conclusionali e note di udienza ex art 127 ter cpc.

Tanto premesso, i fatti risalgono all'anno 2020 quando era già in vigore la legge Gelli-Bianco n 24/2017. La domanda è procedibile, avendo gli attori prescelto la modalità - alternativa al procedimento ex art 696 bis cpc - prevista dall'art 8 co 2 della predetta legge, consistente nell'esperimento del tentativo di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, che ha dato esito negativo.

Gli attori hanno erroneamente introdotto il giudizio, notificando un atto di citazione invece di depositare il ricorso ex art 281 *decies* cpc. Tuttavia, in forza del noto principio della "*fungibilità dei riti*", ancorchè la parte sbagli nella scelta dell'atto con il quale introdurre il giudizio (con citazione anziché con ricorso, e viceversa), la domanda giudiziale produce i suoi effetti sino alla conversione del rito (*ex multis* Cass., Sez. VI, Ord., 21 febbraio 2022, n. 5659). Tale orientamento giurisprudenziale afferma l'equivalenza della citazione al ricorso e viceversa, tutte le volte in cui siano comunque rispettati i termini che la legge pone per lo svolgimento delle attività che, in base al rito di volta in volta previsto, sono necessarie ai fini dell'instaurazione del processo (di primo grado o di appello) o della sua riassunzione (*ex multis*, con riferimento all'opposizione a decreto ingiuntivo in materia di locazione: Cass. 19 settembre 2017, n. 21671; Cass. 29 dicembre 2016, n. 27343; con riferimento all'appello nel giudizio di opposizione ad ordinanza-ingiunzione o a verbale di accertamento d'infrazione stradale: Cass. 17 gennaio 2017, n. 1020).

L'art. 8, comma 3, della L. 24/2017 prevede che, se la conciliazione non riesce, la domanda diventa procedibile e gli effetti sono salvi se il ricorso viene depositato entro 90 giorni dal deposito della relazione del consulente o dalla scadenza del termine perentorio.

Gli attori non hanno rispettato questa disposizione notificando la citazione ed iscrivendo la causa a ruolo ben oltre il termine di 90 giorni dalla redazione del verbale negativo di mediazione, ma questo termine non è previsto a pena di procedibilità; la sua

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

violazione determina solo la perdita degli effetti sostanziali e processuali, come ad esempio, la interruzione della prescrizione.

Pertanto, in definitiva, pur di fronte a queste violazioni procedurali, la domanda giudiziale è ammissibile e procedibile, producendo effetti dalla data di notifica della citazione.

Passando al merito, in considerazione del decesso di *Persona_1*, hanno agito in giudizio i genitori di lui; in citazione si chiede di "*condannare la convenuta Controparte_1 [...] al risarcimento del danno a qualsiasi titolo subito dai sig.ri Parte_1 e Pt_2 [...], rispettivamente in qualità di padre e madre del de cuius*".

In giurisprudenza di legittimità è stato enunciato il principio secondo cui "*In tema di responsabilità sanitaria, se è accertato, secondo i comuni criteri eziologici, che l'errore medico ha anticipato la morte del paziente e se la vittima, vivente all'inizio del giudizio, è deceduta al momento della liquidazione del danno, è risarcibile agli eredi, iure hereditario, soltanto il danno biologico differenziale determinato dalla peggiore qualità della vita effettivamente vissuta e il danno morale da lucida consapevolezza della anticipazione della morte, se esistente e a far data dall'acquisizione di tale consapevolezza in vita; se, invece, vi è incertezza sulle conseguenze quoad vitam dell'errore medico, gli eredi hanno diritto, iure hereditario, al risarcimento del danno da perdita delle chance di sopravvivenza, qualora ricorrano i presupposti di serietà, apprezzabilità, concretezza e riferibilità eziologica certa della perdita di quella chance alla condotta, mentre non è in alcun caso risarcibile agli eredi il danno da "perdita anticipata della vita", suscettibile di ristoro ai congiunti iure proprio quale pregiudizio da minor tempo vissuto col congiunto*" (Cass. Ordinanza n. 21415 del 30/07/2024); conformemente al precedente secondo cui "*In ragione dell'inconfigurabilità di un danno tanatologico, la perdita della vita anticipatamente rispetto a quando si sarebbe verificata per causa non imputabile al responsabile non integra un danno risarcibile per colui che la subisce (invocabile, dunque, iure successionis dai suoi eredi), potendo, invece, configurarsi come pregiudizio da perdita del rapporto parentale, risarcibile iure proprio in favore dei congiunti, rispetto al quale la durata presumibile della residua sopravvivenza della vittima primaria rileva quale parametro per la relativa liquidazione equitativa*" (Cass., Sentenza n. 35998 del 27/12/2023).

Peraltro questa giurisprudenza, sulla fattispecie di morte determinata da responsabilità medica, si innesta nel più vasto filone giurisprudenziale sulla irrisarcibilità del danno tanatologico; orientamento inaugurato da un precedente risalente addirittura al 1925, quando le Sezioni Unite, con la sentenza n. 3475, affermarono che ciò non è concepibile

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

poiché, in estrema sintesi, nel momento in cui una persona viene a mancare non può più acquistare un diritto al risarcimento; mentre la tutela della vita viene rimessa alla eventuale sfera penale, con i suoi connotati punitivi. Questa soluzione è stata confermata dalla giurisprudenza successiva, trovando riscontro in un importante arresto della Corte Costituzionale, con la sentenza 27 ottobre 1994, n. 372 e in numerose pronunce della Corte di Cassazione quali la sentenza Cass. civ., sez. III, 24 marzo 2011, n. 6754 (in senso conforme si vedano anche Cass. civ., sez. III, 9 maggio 2011, n. 10107; Cass. civ., sez. III, 2 luglio 2010, n. 15706; Cass., civ., sez. III, 19 ottobre 2007, n. 21976; Cass. civ., sez. III, 16 maggio 2003, n. 7632).

Alcuni precedenti di segno opposto si sono registrati nella giurisprudenza di merito quali Trib. Venezia, 15 giugno 2009 (sempre in tal senso Trib. Terni, 4 marzo 2008, Trib. Foggia, 28 giugno 2002, Trib. Roma, 24 maggio 1988) e, in un unico caso, nella giurisprudenza di legittimità laddove, attraverso un obiter dictum, con la decisione Cass. civ., sez. III, 12 luglio 2006, n. 15760, si è riconosciuta l'opportunità di provvedere al ristoro del pregiudizio derivante dalla lesione del diritto alla vita.

Al precedente del 2006 hanno fatto seguito le note sentenze di San Martino delle Sezioni Unite, nn. 26972–26974 del 2008, nelle quali, preso atto del consolidato orientamento contrario alla risarcibilità del danno tanatologico, si è affermato che non vi sono ragioni per discostarsi da tale ricostruzione.

Nel 2014, però, anche sulla scorta di alcuni orientamenti della dottrina, la Cassazione è tornata nuovamente sulla questione con la decisione Cass. civ., sez. III, 23 gennaio 2014, n. 1361: in questa decisione, dopo aver ripercorso le principali tappe dell'evoluzione della categoria del danno non patrimoniale, si sono indicate le ragioni che deporrebbero per ammettere la risarcibilità della lesione del diritto alla vita (c.d. danno tanatologico), quale diritto di credito che si acquisisce al patrimonio del de cuius al momento della morte e che, insieme a tutti gli altri rapporti, si trasmette ai suoi eredi.

Dopo tale importante tentativo di ribaltamento dell'orientamento tradizionale, la questione è approdata nuovamente dinanzi alle Sezioni Unite, che sono intervenute con la decisione 22 luglio 2015, n. 15350, nella quale hanno confermato l'orientamento precedente escludendo la possibilità di tale risarcimento, poiché il credito risarcitorio nasce nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

momento stesso in cui il titolare cessa di esistere, motivo per cui non può essere trasmesso ai suoi eredi.

Tale aspetto determina la configurazione in capo all'*Cont* convenuta di una responsabilità extracontrattuale e non contrattuale, essendo stato escluso dalla giurisprudenza la configurazione di un contratto ad effetti protettivi dei terzi in favore dei congiunti dei pazienti a cui vengono erogate prestazioni dalle strutture sanitarie (in tal senso si richiama Cassazione civile Sez. III ordinanza n. 22469 del 4 agosto 2025 secondo cui "*In tema di responsabilità sanitaria, il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce effetti protettivi in favore dei terzi, salvo il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trovando applicazione la regola generale dell'art. 1372, comma 2, cod. civ.* ***Ne consegue che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni iure proprio derivanti dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale ed è soggetta al termine di prescrizione quinquennale di cui all'art. 2947, comma 1, cod. civ.*** *La prescrizione decorre dal momento in cui il danneggiato percepisce o può percepire, usando l'ordinaria diligenza e tenuto conto delle informazioni ricevute e della diffusione delle conoscenze scientifiche, oltre alla sussistenza del danno, la sua riferibilità causale al comportamento colposo del terzo. L'accertamento in ordine al momento in cui il danneggiato ha acquisito o avrebbe potuto acquisire tale percezione costituisce giudizio di fatto riservato al giudice di merito, sindacabile in sede di legittimità solo nei limiti del vizio di motivazione di cui all'art. 360, n. 5, cod. proc. civ., come riformulato, ossia in presenza di totale mancanza, mera apparenza, irriducibile contraddittorietà, perplessità od obiettiva incomprensibilità del percorso argomentativo*").

La responsabilità extracontrattuale della struttura sanitaria per i danni richiesti dai congiunti del paziente è stata affermata dalla Cassazione civile, sez. III, con ordinanza del 30 Dicembre 2024, n. 35062, resa in una fattispecie peraltro speculare a quella odierna "*In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di un'infezione contratta in ambiente ospedaliero, la prova della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi (compreso quello soggettivo) della responsabilità - nella specie di natura extracontrattuale - della struttura sanitaria, che grava sul soggetto danneggiato, può essere fornita, in ossequio al principio della vicinanza della prova, anche con 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*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

Ne consegue che la domanda degli attori deve essere definitivamente qualificata come risarcimento dei danni *iure proprio* per la perdita del loro figlio derivante da responsabilità extracontrattuale dell' *Controparte_5* con conseguente applicazione dell'onere della prova più gravoso previsto dall'art 2043 c.c., ma con l'alleggerimento postulato dal criterio di vicinanza della prova e dal ricorso alle presunzioni semplici come enunciato nell'ordinanza della Cass. sopra riportata che il Tribunale condivide, recepisce e ritiene applicabile al caso concreto.

Tanto chiarito in diritto, in fatto la fondatezza della domanda è emersa dalla Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU) espletata in forma collegiale dai dr *Per_3* e *Pt_3*

Nell'elaborato definitivo è stato accertato che *Persona_1* era affetto da una forma aggressiva di LES con glomerulonefrite proliferativa (Classe IV), trattata correttamente con dosaggi elevati di farmaci immunosoppressori (steroidi, micofenolato, ciclofosfamide). Tale terapia, seppur necessaria e congrua, ha determinato uno stato di immunodepressione "iatrogena" (ovvero causata dai farmaci), rendendo il paziente estremamente vulnerabile sia a infezioni esogene che alla riattivazione di virus latenti.

In merito all'asserita infezione da Legionella, sebbene i test "Filmarray" avessero rilevato frammenti genici di Legionella pneumophila, i consulenti hanno precisato che tale metodica definisce solo un "caso presunto" e non è il gold standard diagnostico (che rimane l'isolamento colturale o l'antigene urinario, quest'ultimo non eseguibile per lo stato di anuria del paziente). Inoltre, i tempi di incubazione del batterio (2-10 giorni) e la presenza di versamento pleurico già prima del ricovero ad [redacted] (04.01.2020) portano a escludere che tale infezione, seppur probabile, fosse stata contratta all'interno della struttura convenuta.

Diversamente i periti hanno riscontrato un'infezione da Acinetobacter baumannii. A differenza degli altri germi, questo batterio è comparso negli esami colturali solo dopo una settimana di degenza in Rianimazione (test del 13.01.2020), mentre i primi accertamenti (08.01.2020) erano risultati negativi. L'Acinetobacter è scientificamente riconosciuto come un germe nosocomiale tipico delle terapie intensive, capace di sopravvivere a lungo su attrezzature non correttamente sanificate (broncoscopi, ventilatori). I consulenti hanno concluso, secondo il criterio del "più probabile che non", che tale infezione sia correlata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

all'assistenza e contratta durante la degenza perché proprio dopo la degenza è stata accertata la presenza di questo batterio.

Relativamente all'onere della prova contraria, i consulenti hanno rilevano che la struttura non ha prodotto alcuna documentazione che provasse l'adozione di protocolli aziendali di infection control, né l'efficacia delle procedure di antisepsi locale o lo screening microbiologico attivo all'ingresso in Rianimazione. Tale omissione probatoria impedisce di considerare l'infezione come un evento "inevitabile".

I CTU hanno riconosciuto il nesso causale tra l'infezione nosocomiale e l'exitus, evidenziando che la polmonite era polimicrobica e già in atto al momento del ricovero (causata da germi comunitari e riattivazione del Citomegalovirus dovuta alla fragilità del paziente); e che l'infezione da Acinetobacter si è innestata su questo quadro devastante come una concausa terminale.

Tuttavia, data la gravità estrema delle patologie pregresse (uremia, Lupus sistemico, insufficienza multiorgano), non è possibile affermare con certezza che, in assenza del batterio nosocomiale, il paziente sarebbe guarito. In applicazione della giurisprudenza di legittimità sulla "perdita di chance", il danno risarcibile non è la morte in sé, ma la perdita della possibilità di vivere più a lungo o di affrontare la malattia con maggiori probabilità di successo. Pertanto i consulenti tecnici hanno concluso per la perdita di chance in misura del 10%. Questa percentuale riflette il fatto che, sebbene il destino del giovane *Per_1* fosse purtroppo segnato dalla gravità del LES, la colpevole introduzione di un germe ospedaliero ha anticipato o reso inarrestabile il processo del decesso, sottraendogli quel margine residuo di resistenza che il suo organismo avrebbe potuto opporre.

Le conclusioni cui perveniva il CTU, sostenute da motivazione esauriente ed apparentemente immune da vizi di carattere tecnico e logico-giuridico, sulla base di attento esame della documentazione prodotta e di indagini accurate ed approfondite, meritano condivisione e possono essere poste da questo giudicante a fondamento della decisione (Cass. Sent. n. 7341/2004).

Pervenivano osservazioni critiche alla bozza peritale da parte del ctp dell *Cont* in cui, dopo aver premesso che le infezioni nosocomiali costituiscono una delle complicanze più frequenti e più gravi nell'ambito dell'assistenza sanitaria, si evidenzia che l'Acinetobacter Baumannii è un patogeno opportunista Gram-negativo diventato una delle principali cause

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

di infezione nosocomiali in tutto il mondo, tra cui la polmonite acquisita in ospedale e le infezioni della pelle e del tratto urinario. L'Acinetobacter Baumannii è altamente resistente a molteplici antibiotici perché impiega varie strategie per frenare gli effetti degli antibiotici, inclusa l'espressione di Beta-lattamasi, pompe di efflusso multifarmaco ed enzimi modificanti gli amino glicosidici. Un altro attributo che porta alla diffusa persistenza di *[...]* *Per_4* egli ambienti nosocomiali è la sua capacità di resistere a condizioni estreme che sono dannose per altri patogeni, conferendo così ad *Persona_4* un vantaggio di sopravvivenza; infatti, può sopportare la disinfezione e lunghi periodi di essicazione; l'A. *Per_4* forma robusti biofilm sia all'interno dell'ospite sia superfici abiotiche come i dispositivi ospedalieri. La colonia di A. baumannii che si rende responsabile di un'infezione non necessariamente ha origine nella struttura sanitaria, potendo essere stata veicolata dal paziente stesso (colonizzazione prima dell'ingresso in ospedale), in nessun caso si potrà affermare con assoluta certezza che il germe è stato contratto in ospedale piuttosto che in un altro ambiente extraospedaliero. Le struttura ospedaliere, non sono gli esclusivi luoghi dove il germe sopravvive, bensi il luogo nel quale, per particolari procedure terapeutiche (ventilazione meccanica, apposizione di cateteri venosi centrali, posizionamento di catetere vescicale) in soggetti le cui condizioni generali sono scadute e la cui capacità di difesa immunologica è seriamente compromessa (come nel caso di specie il paziente risultava un soggetto uremico, in trattamento dialitico e con una gravissima immunodepressione già da settimane), si passa da uno stato di colonizzazione ad uno stato di infezione che ,visto la particolare virulenza e la multi resisterza anche agli antibiotici di ultima generazione, molto spesso si conclude con la morte del paziente. Pertanto, il CTP critica le considerazioni e conclusioni dei periti sulla causa del decesso dell *Parte_1* , sostenendo che l'antecedente che rileva ai fini della definizione di una totale estraneità della struttura nel determinismo dell'evento, è la condizione di severa immunodepressione del soggetto, premessa clinica sufficiente da sola a spiegare e giustificare la entrata in azione della infezione da A. baumannii, in una sequenza logico-scientifica, per quanto si voglia far risalire il contagio e dunque l'infezione alla sola e semplice contaminazione intraospedaliera per un supposto, e mai provato, mancato rispetto delle norme igieniche all'interno della struttura. Nemmeno la più diligente delle sterilizzazioni ospedaliere potrebbe garantire l'ingresso del germe dall'esterno, anche a mezzo del paziente stesso, soprattutto quanto il soggetto risulta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

fortemente immunodepresso. Pertanto – conclude il CTP nelle sue osservazioni - non vi è stata responsabilità della struttura nella insorgenza dell'infezione da "Acinetobacter Baumannii", al contrario si può ritenere, tale infezione, come evento prevedibile e non prevenibile ed ascrivibile ad infezione che si è palesata ed evoluta durante la degenza ospedaliera, e dovuta a un germe che, per le sue caratteristiche peculiari, aveva potuto colonizzare il soggetto in ambiente extraospedaliero.

Tali osservazioni non sono condivisibili ed anzi, semmai corroborano la responsabilità dell' *Controparte_5* L'Acinetobacter baumannii è noto per la sua elevata resistenza agli antibiotici e la sua persistenza negli ambienti ospedalieri, per cui in un soggetto immunodepresso, la struttura ha un dovere di protezione ancora più stringente proprio a causa della fragilità del paziente.

Secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione (cfr. sent. n. 6386/2023), la responsabilità della struttura sanitaria per le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) ha natura contrattuale; ne consegue che ove si accerti che l'infezione del paziente è insorta durante la degenza (e non era presente al momento del ricovero, come nel caso di specie), l'ospedale ne è responsabile; e dovrebbe, secondo il criterio di vicinanza della prova, dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare il contagio, fornendo la prova di aver adottato e concretamente attuato tutti i protocolli di prevenzione. Il fatto che il soggetto sia immunodepresso non esonera l'ospedale dalla propria responsabilità; al contrario, la struttura deve dimostrare di aver adottato misure "rafforzate" proporzionate al rischio specifico del paziente.

La domanda attorea è pertanto fondata; parte attrice ha provato la responsabilità extracontrattuale dell'*Cont* (dell'Ospedale di [redacted] il danno da perdita di chance di sopravvivenza ed il nesso di causalità, mentre controparte non ha fornito la prova di una causa imprevedibile ed inevitabile oppure di aver adottato le misure idonee ad evitare l'evento.

Il nesso causale tra condotta sanitaria e danno è stato congruamente motivato dal CTU con argomentazioni conformi ai principi di regolarità causale scientifica, anche in riferimento alle linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali. Più in dettaglio, la prova del nesso di causalità tra l'evento lesivo e la responsabilità dell *Controparte_5* è emersa dall'accertamento peritale, che ha riscontrato la contrazione dell'infezione polmonare fatale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

durante la degenza che ha inibito al paziente – le cui condizioni di salute erano già compromesse - una chance di sopravvivenza quantificata nel 10%.

Passando alla liquidazione del danno, trattandosi di soggetto deceduto, si provvede al risarcimento del danno da perdita parentale. La giurisprudenza evidenzia il carattere plurioffensivo dell'illecito che determina la perdita definitiva o la lesione di una persona cara: tale fatto lede contemporaneamente, ed in via immediata e diretta, l'incolumità personale della vittima e il diritto dei suoi cari all'intangibilità della sfera degli affetti e alla libera esplicazione della propria personalità in famiglia. L'evento morte incide su due prerogative essenziali dei parenti. In primo luogo, rileva la lesione inferta all'integrità familiare ed alla rete di relazioni affettive che all'interno della famiglia si creano e fortificano. Sotto un diverso profilo, risulta intaccato il bene della solidarietà familiare, che si traduce nel reciproco affidamento e nello scambievole supporto che ogni membro della compagine familiare offre agli altri. Trattasi di valori di rilievo costituzionale, alla luce di quanto sancito dagli artt. 2-3-29 e 30 della Costituzione, i quali costituiscono la fonte normativa, insieme all'art. 2059 c.c. (nella sua c.d. tipicità relativa), della tutela risarcitoria.

Va aggiunto che il fatto illecito, costituito dalla uccisione del congiunto, dà luogo ad un danno non patrimoniale presunto, consistente nella perdita del rapporto parentale, allorché colpisce soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela, la cui estinzione lede il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare.

Inoltre si rammenta il consolidato e pacifico orientamento giurisprudenziale secondo cui "*In tema di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, la presunzione iuris tantum di esistenza del pregiudizio - configurabile per i membri della famiglia nucleare "successiva" (coniuge e figli) - si estende ai membri della famiglia "originaria" (genitori e fratelli), senza che assuma ex se rilievo il fatto che la vittima ed il superstite non convivessero o che fossero distanti; tale presunzione impone al terzo danneggiante l'onere di dimostrare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, con conseguente insussistenza in concreto dell'aspetto interiore del danno risarcibile (c.d. sofferenza morale) derivante dalla perdita, ma non riguarda, invece, l'aspetto esteriore (c.d. danno dinamico-relazionale), sulla cui liquidazione incide la dimostrazione, da parte del danneggiato, dell'effettività, della consistenza e dell'intensità della relazione affettiva (desunta dalla coabitazione o da altre allegazioni fornite di prova)*" (recentemente in tal senso Cass., Ordinanza n. 5769 del 04/03/2024).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

Ai fini della liquidazione del danno da perdita parentale, lo scrivente Tribunale ricorre alle tabelle di Milano. Secondo la più recente giurisprudenza della Suprema Corte (si veda Cass. civ. n. 33005/21 e 26300/21) "*al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale dovrebbe essere liquidato seguendo una tabella basata sul sistema a punti, che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella*"; principio di diritto cui l'intestato Tribunale intende adeguarsi, anche perché la versione aggiornata delle Tabella di Milano, prevede un sistema a punti che si muove nella forbice dei criteri indicati in tale pronuncia.

Il Tribunale ritiene – anche in mancanza di prova testimoniale - che la sofferenza degli attori per la perdita del proprio figlio (che è il presupposto per il risarcimento del danno da perdita parentale) sia ricavabile da presunzioni semplici. In tal senso si è orientata la giurisprudenza tanto di merito che di legittimità negli ultimi anni. *Ex multis* si richiama Cass., Ordinanza n. 21339 del 25/07/2025 "*Nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza è, per comune esperienza, connaturale all'essere umano; in tal caso, trattandosi di una praesumptio hominis, sarà sempre possibile per il convenuto dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra vittima e superstite*".

Tanto chiarito sull'*an debeatur*, si può procedere alla liquidazione del danno secondo i parametri delle tabelle milanesi versione del 2024:

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento: 2024

Valore del Punto Base: € 3.911,00

Punti in base all'età del congiunto: 16

Punti in base all'età della vittima: 22

Punti per convivenza tra congiunto e vittima: 16

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

Punti in base al numero di familiari nel nucleo primario: 14

Punti per qualità/intensità della relazione (valore massimo): 30

Punti totali riconosciuti: 98

IMPORTO del RISARCIMENTO € 383.278,00 a favore di ciascuno dei genitori

Come evidenziato in precedenza, il risarcimento del danno non è per la perdita del bene della vita, ma solo per la perdita della chance di sopravvivenza. In tal caso la liquidazione deve avvenire secondo i correttivi indicati dalla giurisprudenza di legittimità, da ultimo nelle pronunce della Cass. con Ordinanza n. 16326 del 17/06/2025 "*In tema di responsabilità sanitaria, il risarcimento del danno da perdita di chance di conseguire un risultato più favorevole presuppone che sia definitivamente esclusa la sussistenza di un nesso di causalità tra il comportamento negligente dei sanitari e il decesso del paziente e che alla condotta colpevole del sanitario sia, invece, ricollegabile la conseguenza di un evento di danno incerto; in tal caso, l'eventualità di una maggior durata della vita e/o di minori sofferenze sarà risarcibile equitativamente se - provato il nesso causale, secondo gli ordinari criteri civilistici tra la condotta e l'evento incerto (la possibilità perduta) - risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà e consistenza. (Nella specie, la S.C. ha censurato la sentenza impugnata nella parte in cui aveva ritenuto la contraddittorietà della sentenza di primo grado - che, dopo aver negato il nesso causale in relazione al decesso, aveva riconosciuto il danno da perdita di chance - costituendo, al contrario, tale negazione la premessa per l'eventuale giustificazione dell'indagine relativa alla possibile individuazione di una chance perduta)*" e Cassazione ordinanza n. 25480 del 17 settembre 2025 in cui la distinzione tra responsabilità da perdita anticipata della vita e da perdita di chance di sopravvivenza è più marcata ed approfondita: "*In tema di responsabilità medica per omessa o ritardata diagnosi di patologia oncologica, quando le risultanze tecniche indicano che la diagnosi tempestiva avrebbe determinato* ***una probabilità di sopravvivenza superiore al cinquanta per cento, si configura un danno da perdita anticipata della vita e non un danno da perdita di chance****. La perdita di chance di sopravvivenza presuppone infatti una insuperabile incertezza dell'evento finale,* ***mentre la stima percentuale della probabilità di sopravvivenza esprime un giudizio causale secondo la regola della preponderanza dell'evidenza propria dell'accertamento del nesso causale in ambito civile****.* ***L'incertezza del risultato incide sull'identificazione del danno, non sull'analisi del nesso causale, sicché la perdita di chance costituisce un diminutivo del danno per incertezza eventistica e non del nesso causale****. Non è*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

pertanto la percentuale di probabilità che dalla condotta omissiva possa dirsi derivata la perdita anticipata della vita a definire la perdita della mera chance di sopravvivenza, ma l'insuperabile incertezza, su basi scientifiche o logiche, sulla predicabilità della relazione causale tra condotta ed evento".

I CTU sono stati chiari. Secondo il criterio del "più probabile che non", la responsabilità della quota parte di infezione nosocomiale in un quadro di polmonite bilaterale con grave insufficienza respiratoria in un soggetto gravemente immunodepresso, non è addebitabile ai sanitari, ma alla struttura Ospedaliera di [redacted] determinando solo una perdita di chances del 10% collegata all'infezione nosocomiale e alla responsabilità dell'ospedale, senza l'evidenza di un prolungamento della malattia o dell'invalidità temporanea, anche per la gravità delle patologie sistemiche, renali e pleuro-polmonari presenti prima della degenza ospedaliera di [redacted]

Pertanto, secondo i periti il quadro clinico del paziente era gravissimo e la polmonite da ultimo contratto durante la degenza ospedaliera configura solo una concausa dell'evento che probabilmente si sarebbe verificato comunque, ma non è certo, mentre i periti per esperienza hanno evidenziato che l' *Parte_1* avrebbe avuto il 10% di possibilità di sopravvivenza e questa chance gli è stata negata dalla responsabilità colposa omissiva del nosocomio *Pt_4* per non aver approntate misure idonee a sanificare adeguatamente l'ambiente.

Applicando alla liquidazione del danno da perdita parentale la percentuale della perdita di chance riconosciuta, spetta a ciascuno degli attori l'importo di € 38.327,80 (pari al 10% di € 383.278,00).

Tale importo è stato calcolato nella misura massima possibile, superiore anche a quanto richiesto nella comparsa conclusionale, per ricomprendere anche il risarcimento del danno *iure haereditatis*

La somma sopra indicata viene liquidata all'attualità e, in quanto debito di valore, su di essa dovranno essere calcolati gli interessi sulla somma devalutata alla data dell'evento dannoso (individuabile [redacted] e annualmente rivalutata fino alla data di pubblicazione della presente sentenza (Cass. Sent. n. 25734/08; Cass. S.U. Sent. n. 1712/1995).

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e vengono liquidate in dispositivo, tenendo conto dei parametri intermedi tra i minimi ed i medi di cui al DM 55/2014 e successive modifiche ed integrazioni, in base allo scaglione di valore individuabile secondo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931

il *decisum*. Gli attori sono due; il 30% di incremento che sarebbe dovuto ai sensi dell'art 4 co 2 cpc del DM 55/14 viene annullato dalla riduzione nella medesima misura disposto dal co 4 del medesimo articolo che prevede che "*Nell'ipotesi in cui, ferma l'identità di posizione processuale dei vari soggetti, la prestazione professionale nei confronti di questi non comporta l'esame di specifiche e distinte questioni di fatto e di diritto, il compenso altrimenti liquidabile per l'assistenza di un solo soggetto è ridotto in misura non superiore al 30 per cento*".

P.Q.M.

Il Tribunale di Salerno, in persona del Giudice Dr. Gustavo Danise, ogni diversa istanza e deduzione assorbita, respinta o disattesa, sulla domanda promossa da *Parte_1* e *Parte_2* nei confronti dell' *CP_4* , così definitivamente pronuncia:

1. In accoglimento della domanda attorea, accerta e dichiara la responsabilità dell'*Con* da perdita di chance di sopravvivenza di *Persona_1* , in misura del 10%, per l'effetto, condanna la medesima al pagamento in favore degli attori, quali eredi, *iure proprio*, della somma di € 38.327,80, cadauno, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria secondo le modalità indicate in parte motiva;
2. Condanna l' *Controparte_6* al pagamento delle spese processuali in favore di parte attrice che si liquidano in € 10.000,00 per onorari, oltre spese vive, IVA e CPA e rimborso forfettario come per legge;
3. Condanna l *Controparte_6* convenuta al rimborso a parte attrice delle spese sostenute e documentate nel procedimento di mediazione obbligatoria;
4. pone le spese di CTU definitivamente a carico dell' *Controparte_6* resistente con rimborso a parte attrice di quanto eventualmente anticipato.

Così deciso in Salerno,

lì 12.03.2026

IL GIUDICE

Dr. Gustavo Danise

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-931