N.8812 /2023 Reg.Gen.Aff.Cont.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Salerno, Seconda Sezione Civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice, dott.ssa Cristina Gagliotta, ha pronunciato, ai sensi dell'art. 281 sexies c.p.c., la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 8812/2023 R.G., assegnata in decisione all'udienza del 14.09.2026, all'esito della discussione orale ai sensi dell'art. 281 sexies c.p.c.,

TRA

Parte_1 (C.F.: *CodiceFiscale_1*), [redacted] ed ivi residente alla [redacted] in proprio e in qualità di erede, e *Controparte_1* (C.F.: *CodiceFiscale_2*), [redacted] (SA) [redacted] ed ivi residente alla [redacted] in proprio, rappresentati e difesi, giusta procura in atti, dall'avv. [redacted] (C.F.: *CodiceFiscale_3*), presso il cui studio elettivamente domiciliano in Battipaglia (SA), alla [redacted]

ATTORI

E

Controparte_2 *[...]* (C.F.: *P.IVA_1* P. IVA: *P.IVA_2* , con sede in Salerno, alla [redacted] in persona del Direttore Generale pro tempore, rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] (C.F.: *CodiceFiscale_4*) e *Controparte_3* (C.F.: *C.F._5* *[...]* , giusta procura in atti,

CONVENUTA

Oggetto: responsabilità sanitaria – risarcimento danni da decesso per infezione nosocomiale.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Conclusioni: all'udienza del 14.09.2026 il procuratore di parte attrice concludeva riportandosi ai propri scritti difensivi, insistendo per l'accoglimento delle conclusioni ivi formulate.

RAGIONI DI FATTO E DIRITTO DELLA DOMANDA

1.Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* e *Controparte_1* convenivano in giudizio l *Controparte_2* di Salerno dinanzi a questo Tribunale, per sentire accertare e dichiarare la responsabilità della struttura sanitaria convenuta per il [redacted] *Persona_1* [redacted] presso il medesimo nosocomio, e per ottenere la condanna della convenuta al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali conseguentemente patiti *iure proprio* e *iure hereditatis*.

A fondamento della propria domanda, gli attori deducevano:

- *Parte_1* era figlia ed unica erede legittima della Sig.ra *Persona_1*, mentre *Controparte_1* era fratello della defunta;
- la Sig.ra *Persona_1*, [redacted] il [redacted] *Controparte_2* [redacted] con diagnosi di morte da shock settico conseguente a sepsi da infezioni multiple;
- in data 01.08.2017, la Sig.ra *Per_1* accedeva al Pronto Soccorso della struttura convenuta a seguito di trauma da caduta accidentale, riportando frattura pertrocanterica del femore destro, con distacco del piccolo trocantere;
- la paziente veniva quindi ricoverata presso l'U.O. di Chirurgia dell'apparato locomotore del predetto nosocomio e, in data 03.08.2017, sottoposta ad intervento chirurgico di riduzione della frattura ed osteosintesi;
- nei giorni successivi all'intervento, comparivano febbre elevata e segni di infezione del sito chirurgico, con successivo isolamento di microrganismi patogeni, tra cui Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae e Legionella;
- nonostante le terapie antibiotiche praticate e i successivi interventi di sostituzione e rimozione dei mezzi di sintesi, il quadro clinico della paziente evolveva progressivamente verso insufficienza multiorgano e shock settico, sino al decesso;
- l'infezione doveva ritenersi di origine nosocomiale, essendo insorta durante il ricovero e in stretta connessione cronologica e topografica con l'intervento chirurgico e con la degenza ospedaliera;
- la struttura sanitaria non aveva dimostrato l'adozione, nel caso concreto, di tutte le misure idonee alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- in conseguenza del decesso, *Parte_1* aveva subito danni *iure hereditatis*, quale erede della vittima primaria, nonché danni *iure proprio* da perdita del rapporto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

parentale, mentre *Controparte_1* aveva subito danni *iure proprio* per la perdita della sorella;

- *Parte_1* aveva altresì sostenuto spese funerarie, richieste a titolo di danno patrimoniale emergente.

Tanto premesso, gli attori chiedevano la condanna della convenuta al risarcimento dei danni non patrimoniali *iure hereditatis* e *iure proprio*, nonché del danno patrimoniale emergente rappresentato dalle spese funerarie, oltre rivalutazione, interessi, spese di lite e spese di consulenza tecnica.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva tardivamente in giudizio l *[...] Controparte_4* contestando la domanda attorea e chiedendone il rigetto. Deve tuttavia rilevarsi che la comparsa di costituzione depositata dalla convenuta conteneva difese in larga parte generiche e, comunque, riferimenti a soggetti del tutto estranei alla vicenda oggetto del presente giudizio, menzionando nominativi non coincidenti né con gli attori né con la paziente deceduta.

All'esito del deposito delle memorie ex art. 171-ter c.p.c., la causa veniva istruita mediante nomina di un collegio peritale, composto dal dott. *Persona_2*, specialista in Malattie Infettive, e dal dott. *Persona_3*, specialista in Medicina Legale, i quali depositavano relazione di consulenza tecnica d'ufficio in data 26.02.2025.

Successivamente, la causa veniva ulteriormente istruita mediante prova testimoniale, con escussione dei testi *Testimone_1* ed *Testimone_2* all'udienza del 28.10.2025.

All'esito dell'istruttoria, la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni ai sensi dell'art.189 c.p.c.

A seguito dell'assegnazione della causa alla scrivente, la stessa veniva avviata alla decisione nelle forme di cui all'art. 281-sexies c.p.c., allo stato degli atti e ferme le preclusioni già maturate, onde consentire la precisazione delle conclusioni dinanzi al giudice chiamato a decidere (cfr. Cass. n. 5854/2004; Cass. n. 13061/2004; Cass. n. 20859/2009; Cass. S.U. n. 26938/2013; Cass. n. 4255/2020).

2. La domanda di accertamento della responsabilità sanitaria della struttura convenuta è fondata e deve essere, dunque, accolta, per le ragioni che di seguito si esporranno.

2.1 Preliminarmente, deve essere chiarito che la prospettazione di parte attrice postula l'accertamento di una responsabilità professionale a carico dell *[...] Controparte_5*, quale struttura sanitaria presso cui *Persona_1* veniva ricoverata a seguito di frattura pertrocanterica del femore destro e presso cui la stessa contraeva l'infezione nosocomiale esitata nel decesso.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

La domanda è stata proposta dopo l'entrata in vigore della legge n. 24/2017, c.d. *Pt_2 [...]* ", atteso che riguarda fatti verificatisi nell'agosto [redacted]

Occorre, pertanto, individuare il titolo di responsabilità applicabile secondo il quadro normativo vigente all'epoca dei fatti di causa, tenuto conto che l'art. 7 della legge n. 24/2017 conferma la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente.

La responsabilità della struttura sanitaria deve, quindi, essere scrutinata secondo il paradigma dell'inadempimento contrattuale, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.

In proposito, la giurisprudenza di legittimità ha da tempo qualificato in termini contrattuali la responsabilità della struttura sanitaria, fondata sul contratto di spedalità o di assistenza sanitaria.

Quanto alla struttura, l'accettazione del paziente comporta la conclusione di un contratto atipico a prestazioni corrispettive, dal quale sorgono obblighi di assistenza sanitaria, di protezione, di messa a disposizione del personale medico e paramedico e delle attrezzature necessarie, nonché di adeguata gestione delle complicanze e delle emergenze. La relativa responsabilità può derivare, ai sensi dell'art. 1218 c.c., dall'inadempimento di obblighi direttamente gravanti sull'ente, ovvero, ai sensi dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico-professionale resa dai sanitari di cui la struttura si avvale.

Sul piano processuale, da tale qualificazione discende che il paziente ovvero, come nel caso di specie, i suoi eredi e congiunti danneggiati, che agiscano in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, devono provare il contratto intercorso con la struttura ed allegare l'inadempimento consistito nell'aggravamento della situazione patologica preesistente, o, come nel caso di specie, nel decesso della paziente, nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari e della struttura, restando invece a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile ovvero che l'inadempimento, pur esistendo, non sia stato eziologicamente rilevante (cfr. Cass. civ., n.5128 del 26/2/2020).

In altri termini, nei giudizi risarcitori da responsabilità sanitaria, si delinea, in particolare, un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, invece, deve essere provato dal debitore/danneggiante. Ne consegue che mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta attiva od omissiva del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare la ricorrenza, nel caso concreto, di una causa imprevedibile e inevitabile che ha reso

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

impossibile l'esatta esecuzione della prestazione (fatto estintivo del diritto). L'onere per la struttura di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile, in particolare, sorge solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità tra la patologia e la condotta dei sanitari. (cfr. sul punto Cass. Civ., sez. III, n. 27151/2023; Cass. civ. ord. 26 febbraio 2019, n. 5487; Cass. civ., sez. III, 29 gennaio 2018, n.2061).

In materia civile, l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica.

Invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale che questo Giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico appartenente alla struttura sanitaria e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie e apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 867 del 17.1.2008).

È necessario, pertanto, accertare che il comportamento diligente e perito del professionista-sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi, probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico-razionale.

Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato; giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

2.2 Orbene, in applicazione dei principi sopra richiamati, deve ritenersi che, nel caso di specie, gli attori abbiano assolto all'onere probatorio su di essi gravante, avendo provato la fonte del rapporto intercorso tra la paziente e la struttura sanitaria convenuta, documentando il ricovero di *Persona_1* presso l *Controparte_2* *[...]* di Salerno dal 02.08.2017 sino al [redacted] nonché allegato l'inadempimento contrattuale della struttura, individuato nella mancata prevenzione dell'infezione correlata all'assistenza, insorta nel corso della degenza e causalmente esitata nello shock settico e nel decesso della paziente.

A fronte di tale allegazione e della dimostrazione, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", del nesso eziologico tra ricovero, insorgenza dell'infezione e decesso, incombeva sulla struttura convenuta l'onere di fornire la prova liberatoria, dimostrando non solo di avere predisposto, in via generale, protocolli astrattamente idonei a prevenire il rischio

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

infettivo, ma anche di averli concretamente e correttamente applicati nel caso della paziente, ovvero di provare che l'evento dannoso era stato determinato da causa imprevedibile ed inevitabile, nonostante l'adozione di tutte le misure esigibili secondo le *leges artis* e le buone pratiche clinico-assistenziali.

In materia di infezioni correlate all'assistenza, infatti, la giurisprudenza di legittimità ha progressivamente precisato che la responsabilità della struttura sanitaria non può essere affermata in termini di responsabilità oggettiva, ma che, una volta provata dal paziente la contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero e il relativo nesso causale con il danno, la prova liberatoria gravante sull'ente assume contenuto particolarmente rigoroso e specifico.

In tale prospettiva, la Suprema Corte ha affermato che: "*Con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di: 1) aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico*" (Cass. civ., sez. III, 23 febbraio 2021, n. 4864).

Più specificamente, in relazione al contenuto della prova liberatoria gravante sulla struttura, la Corte ha statuito che: "*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 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 delle 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*" (Cass. civ., sez. III, 3 marzo 2023, n. 6386; in senso conforme, Cass. civ., sez. III, 13 giugno 2023, n. 16900*)*.

Sempre Cass. civ., sez. III, 3 marzo 2023, n. 6386 ha altresì precisato che "*in tema di infezioni nosocomiali, 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*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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)".

Ancora, con riferimento alla necessità di una prova riferita al singolo paziente e non meramente astratta, è stato affermato che: "*In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione cd. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato*" (Cass. civ., sez. III, 22 febbraio 2023, n. 5490).

In senso conforme, la giurisprudenza successiva ha ribadito che, ai fini della prova liberatoria posta a carico della struttura sanitaria, non basta documentare la predisposizione di protocolli e di misure utili alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ma è necessario fornire la prova della loro effettiva e pratica applicazione al caso concreto; sicché la struttura deve dimostrare non solo l'adozione di misure organizzative e preventive conformi alle conoscenze scientifiche e alle linee guida applicabili ratione temporis, ma anche la loro specifica applicazione nella concreta sequenza assistenziale (cfr. Cass. civ., sez. III, 13 giugno 2023, n. 16900; in senso conforme, Cass. civ., sez. III, 3 marzo 2023, n. 6386).

Da tali arresti deriva, dunque, un principio ormai consolidato: in presenza di un'infezione insorta durante il ricovero, specie ove ricorrano criteri cronologici, topografici e clinici compatibili con la natura nosocomiale dell'evento, il paziente deve provare la fonte del rapporto, l'insorgenza dell'infezione nel contesto assistenziale e il nesso causale con il danno, anche mediante presunzioni; la struttura, per contro, deve offrire una prova liberatoria piena, specifica e documentale, idonea a dimostrare l'adozione e la concreta esecuzione di tutte le misure preventive esigibili e, in difetto, risponde dell'inadempimento degli obblighi di protezione e sicurezza connessi al contratto di spedalità.

Tali principi assumono particolare rilievo nel caso di specie, nel quale la natura nosocomiale dell'infezione e il nesso eziologico tra ricovero, infezione e decesso risultano comprovati,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

anche in via presuntiva, alla luce della convergente ricorrenza dei criteri cronologico, topografico e clinico, puntualmente valorizzati dal collegio peritale.

Sotto il profilo cronologico, i CCTTUU hanno evidenziato che la paziente, ricoverata per frattura pertrocanterica del femore destro, veniva sottoposta in data 03.08.2017 ad intervento chirurgico di osteosintesi e che "*nei giorni successivi all'intervento, il decorso post-operatorio non presenta particolari criticità fino al giorno 08.08 allorché compare febbre, preceduta da brividi, che raggiungerà il giorno seguente i 39.5°C*" (CTU, pag. 62). La comparsa dei primi segni infettivi a distanza di alcuni giorni dall'intervento e durante la degenza ospedaliera integra, pertanto, un dato temporalmente compatibile con l'origine correlata all'assistenza dell'infezione.

Tale dato è coerente con la stessa definizione medico-legale di infezione correlata all'assistenza richiamata dai consulenti, i quali hanno precisato che, secondo i C.D.C. di Atlanta, "*sono da considerare infezioni correlate all'assistenza quelle i cui sintomi e segni sono insorti a partire dal terzo giorno di ricovero in poi*" (CTU, pag. 45). Nel caso di specie, la febbre elevata e i segni locali di infezione compaiono, appunto, dopo alcuni giorni dal ricovero e dopo l'intervento chirurgico, in un contesto in cui la paziente, al momento dell'accesso in Pronto Soccorso, era stata ricoverata per evento traumatico e non per patologia infettiva in atto.

Sotto il profilo topografico, la CTU ha ricostruito l'insorgenza dell'infezione proprio in corrispondenza del sito chirurgico e dei mezzi di sintesi impiantati. In particolare, il collegio ha rilevato che, mentre l'urinocoltura non dava luogo ad alcuno sviluppo batterico, "*una emocoltura praticata in concomitanza del picco febbrile, sempre l'11.08, darà luogo all'isolamento di uno Stafilococco aureo meticillino resistente (MRSA)*" e che "*il 24.08 un esame colturale del materiale secreto dalla ferita chirurgica dà luogo all'isolamento di Klebsiella pneumoniae, resistente a numerosi farmaci*" (CTU, pagg. 62-63).

Ancora, gli ausiliari hanno dato atto che, dopo la toilette chirurgica e la sostituzione della vite cefalica del 06.09.2017, "*dalla cui coltura sarà ancora isolato lo Staphylococcus aureus*", la condizione clinica non tendeva a migliorare, rendendo necessaria, in data 22.09.2017, la rimozione dei mezzi di sintesi, all'esito della quale "*viene, così, isolata ancora una volta la Klebsiella pneumoniae multiresistente*" (CTU, pag. 63). La localizzazione dell'infezione nella ferita chirurgica e nei dispositivi ortopedici impiantati consente, dunque, di ritenere integrato anche il criterio topografico, essendo l'infezione insorta nel distretto direttamente interessato dall'intervento.

Sotto il profilo clinico, la diagnosi finale formulata dai CCTTUU è inequivoca, avendo gli stessi concluso per "*Frattura pertrocanterica femore dx. Riduzione cruenta con fissazione interna. Infezione del sito chirurgico (I.S.C. o S.S.I.) da Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae ed Enterococcus faecalis sottoposta a debridement e rimozione dei mezzi di*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sintesi. Disseminazione setticemica e sepsi severa. Candidosi orale. Insufficienza multiorgano (MODS o MOF) con insufficienza renale e respiratoria. Shock settico. Artrite reumatoide in trattamento immunosoppressivo. Positività antigenica urinaria per Legionella" (CTU, pag. 40).

La progressione clinica descritta nella relazione conferma, inoltre, la concatenazione causale tra infezione del sito chirurgico, sepsi e decesso. I consulenti hanno infatti affermato che, nonostante le plurime terapie antibiotiche, la rimozione dei mezzi di sintesi e i trattamenti di supporto, "*l'infezione non è domata*"; gli indici di infezione e di flogosi "*rimangono alti e tendono progressivamente ad accentuarsi*", con progressivo calo della funzionalità renale, respiratoria e cardiaca, seguito da "*grave acidosi con stato di shock ed una insufficienza multiorgano che è, alfine, la causa dell'exitus, sopravvenuto il* [redacted]" (CTU, pagg. 63-64).

Alla luce di tale ricostruzione, i CCTTUU hanno espresso una conclusione causale netta, affermando che "*in ossequio al principio della preponderanza dell'evidenza ovvero alla regola del 'più probabile che non', appare comprovato il nesso di causalità eziologico, topografico e cronologico tra il ricovero presso l* CP_6 Controparte_2 [...] *di Salern* Parte_3 *3.8.2017 la signora* Per_1 *fu sottoposta a intervento di osteosintesi con chiodo endomidollare per frattura pertrocanterica del femore sinistro, e la contratta infezione esitata nell'exitus della paziente*" (CTU, pag. 64).

Gli stessi consulenti hanno poi escluso che la struttura avesse offerto elementi idonei a superare tale ricostruzione, rilevando che "*la suddetta* [redacted] *convenuta non ha presentato nessun elemento probatorio in grado di escludere una trasmissione nosocomiale dell'infezione da Stafilococco aureo e da Klebsiella pneumoniae, che ha rappresentato il primum movens di una concatenazione di eventi che ha portato all'infezione del sito chirurgico e alla successiva evoluzione infausta*" (CTU, pag. 64).

Infine, in sede di risposta ai quesiti, il collegio ha confermato che, pur non essendo ravvisabili censure in ordine all'indicazione e all'esecuzione dell'intervento di osteosintesi, "*in relazione all'attuazione da parte dell* Controparte_7 *di tutte le misure efficaci ad evitare possibili complicanze infettive intra- o postoperatorie, la documentazione agli atti non è sufficiente a dimostrare l'assolvimento delle proprie obbligazioni in materia*" e che "*il suddetto evento va posto in relazione causale totale con le carenze assistenziali per la mancata prevenzione dell'infezione nosocomiale*" (CTU, pag. 68).

Ne deriva che, nel caso di specie, la prova presuntiva della natura nosocomiale dell'infezione non si fonda su un mero dato astratto o statistico, ma su una sequenza fattuale e clinica puntualmente documentata: insorgenza dei segni infettivi durante il ricovero e dopo l'intervento; localizzazione dell'infezione nel sito chirurgico e nei mezzi di sintesi; isolamento

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

di patogeni compatibili con infezione correlata all'assistenza; progressiva disseminazione setticemica sino allo shock settico e al decesso.

A fronte di tale quadro, spettava alla convenuta dimostrare, con prova rigorosa e specifica, l'esatto adempimento delle obbligazioni di prevenzione del rischio infettivo ovvero l'impossibilità della prestazione per causa non imputabile, prova che non è stata fornita.

Deve, infatti, evidenziarsi che la struttura sanitaria convenuta, oltre a costituirsi tardivamente, si è limitata a depositare difese generiche e inconferenti, contenenti riferimenti a soggetti del tutto estranei alla presente vicenda, senza produrre alcuna documentazione idonea a dimostrare l'adozione e, soprattutto, la concreta applicazione, nel caso della paziente *Persona_1*, delle misure di prevenzione del rischio infettivo richieste dalla giurisprudenza sopra richiamata.

In assenza di prova liberatoria, e alla luce della documentazione sanitaria prodotta e delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, la responsabilità della convenuta per il decesso della Sig.ra *Persona_1* deve ritenersi accertata.

3.Orbene, accertata la responsabilità nell'*an*, possono ora esaminarsi le richieste dell'attrice *Parte_1*, in qualità di unica erede della madre *Persona_1*, la quale ha agito per il risarcimento di tutti i danni *iure hereditatis*, in particolare il risarcimento del danno biologico terminale e quello catastrofale.

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

- il danno da perdita della vita in sé considerata (c.d. "tanatologico"), non risarcibile *iure hereditatis* se il decesso è immediato o segue a brevissimo tempo dalle lesioni (*ex multis: Cass. civ., Sez. III, Ordinanza, 17/12/2024, n. 33009)*;

- il danno non patrimoniale maturato nel lasso di tempo intercorrente tra lesione ed *exitus*, trasmissibile agli eredi in quanto entrato nel patrimonio del de cuius, allorché vi sia un apprezzabile tempo di sopravvivenza (*ex multis: Cass. civ., Sez. lavoro, 28/02/2022, n. 6503).* Tale danno si articola, a sua volta, nella componente "biologica" (danno biologico terminale) e – ove ricorrano i relativi presupposti – nella componente "morale" (danno catastrofale/da lucida agonia), che deve essere tenuta concettualmente distinta e oggetto di autonoma valutazione.

In particolare, il danno biologico terminale è definito come il pregiudizio alla salute sofferto dalla vittima nel tempo intercorrente tra la lesione mortale e il successivo decesso causalmente legato a tale lesione: esso è un danno temporalmente circoscritto, ma

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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

Quanto alla liquidazione, la Suprema Corte ribadisce che essa deve avvenire in via necessariamente equitativa (artt. 1226 e 2056 c.c.), valorizzando in misura elevata "*l'intensità e progressività della sofferenza*" (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 10339 del 20.4.2026) che accompagna la vittima fino all'*exitus* e assicurando che l'importo non assuma carattere meramente simbolico (cfr. Cass., sez. III, ordinanza, n. 33009 del 17.12.2024); al contempo, deve escludersi la meccanica applicazione dei criteri tabellari del danno permanente (percentuali stabilizzate) e va evitata una liquidazione unitaria e indistinta che cumuli, senza spiegazione, componente biologica e componente morale del danno terminale. In altri termini, ove ricorra anche la sofferenza psichica da consapevole percezione dell'approssimarsi della fine, questa integra voce autonoma (danno morale catastrofale) e richiede separata liquidazione equitativa, sorretta da "*chiari e logici parametri*" esplicitati in motivazione (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 5677 del 12.3.2026).

3.2 Orbene, per quel che concerne il danno biologico terminale, esso presuppone che la vittima, nel tempo intercorrente tra la lesione e la morte, abbia vissuto una fase apprezzabile di compromissione della propria integrità psico-fisica, tale da integrare una invalidità temporanea assoluta, poi trasmessa *iure hereditatis*.

Nel caso di specie, tale voce può dirsi integrata.

Ed infatti, dalla ricostruzione clinica complessiva e, in particolare, dalle conclusioni dei CCTTUU dott. *Persona_2* e dott. *Persona_3* emerge che la Sig.ra *Persona_1*, ricoverata presso l' *CP_6* " *Controparte_2* " di Salerno per frattura pertrocanterica del femore destro e sottoposta, in data 03.08.2017, ad intervento di osteosintesi, andò incontro, nei giorni successivi, ad infezione del sito chirurgico, poi evoluta in disseminazione setticemica, sepsi severa, insufficienza multiorgano e shock settico, sino al [redacted]

In particolare, i periti hanno correttamente individuato l'esistenza di un danno biologico terminale, definibile come la grave compromissione dell'integrità psico-fisica della vittima nel tempo intercorrente tra la lesione causalmente riconducibile alla condotta illecita e il successivo decesso. Essi, tuttavia, hanno ritenuto di limitarne la durata a dodici giorni, decorrenti dal 22.09.2017, data dell'intervento di rimozione dei mezzi di sintesi, sino al 04.10.2017, momento in cui la paziente entrava in stato di incoscienza con risposta soltanto agli stimoli dolorosi.

Tale valutazione, quanto alla delimitazione temporale del danno, non può tuttavia essere integralmente condivisa.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

E, in proposito, giova appena ricordare che il giudice di merito, pur in presenza di una consulenza tecnica d'ufficio, non è vincolato alle conclusioni del consulente e può discostarsene, quale *peritus peritorum*, purché offra una motivazione adeguata, immune da vizi logici e giuridici (cfr., *ex multis*, Cass., sez. III, ordinanza n. 21866/2024; nonché, nello stesso senso, Cass., sez. III, ordinanza n. 8492/2025; Cass., sez. I, n. 30733/2017).

Orbene, nel caso in esame, il *dies a quo* del computo non può essere individuato soltanto nella data del 22.09.2017, ma deve retroagire al momento in cui sono insorte le prime manifestazioni cliniche dell'infezione nosocomiale, e cioè al 08-09.08.2017, allorché compariva febbre elevata, preceduta da brividi, fino a 39,5°C.

Non vi è dubbio, infatti, che tali manifestazioni cliniche fossero riconducibili all'infezione poi accertata.

Invero, la CTU ha ricostruito che "nei giorni successivi all'intervento, il decorso post-operatorio non presenta particolari criticità fino al giorno 08.08 allorché compare febbre, preceduta da brividi, che raggiungerà il giorno seguente i 39.5°C" (CTU, pag. 62).

Da quel momento, il quadro clinico non risulta essersi risolto ma, al contrario, si è progressivamente aggravato: all'11.08 veniva isolato Staphylococcus aureus meticillino resistente; il 24.08 il materiale secreto dalla ferita chirurgica dava luogo all'isolamento di Klebsiella pneumoniae resistente a numerosi farmaci; il 06.09 la paziente veniva sottoposta a toilette chirurgica e sostituzione della vite cefalica; il 22.09 si rendeva necessaria la rimozione dei mezzi di sintesi, con nuovo isolamento di Klebsiella pneumoniae multiresistente; successivamente comparivano distress respiratorio, insufficienza renale, peggioramento della funzionalità respiratoria e cardiaca, grave acidosi, sepsi severa, insufficienza multiorgano e shock settico.

Persona_1 rimase, dunque, continuativamente ricoverata presso la struttura sanitaria convenuta per oltre due mesi, dal ricovero sino al decesso, attraversando un progressivo e ingravescente deterioramento delle condizioni cliniche causalmente riconducibile all'infezione nosocomiale.

Se quanto sin qui osservato attiene al *dies a quo* del computo del danno biologico terminale, occorre ora esaminare il distinto profilo del *dies ad quem*.

Anche sotto tale profilo non può condividersi la delimitazione operata dai CCTTUU sino al 04.10.2017, dovendosi invece ritenere che il danno biologico terminale permanga sino alla morte e non cessi nel momento in cui la paziente cada in stato di incoscienza.

Sul punto, la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che *"il danno biologico è risarcibile anche in capo alla vittima in stato d'incoscienza, poiché la lesione dell'integrità fisica è presente ugualmente sia che la vittima abbia coscienza della lesione sia che non l'abbia. Infatti, ciò che conta è l'esistenza della lesione biopsichica, che è un fatto oggettivo, non la conoscenza o la percezione di essa che la vittima possa avere avuto"*, principio affermato proprio con riferimento al risarcimento *iure successionis* del c.d. danno biologico terminale (Cass. civ., sez. III, 1 dicembre 2003, n. 18305).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ne consegue che, alla luce di quanto detto sopra in punto di presupposti del danno biologico terminale, devono essere condivise le conclusioni del collegio peritale quanto alla sussistenza di una grave compromissione dell'integrità psico-fisica della paziente causalmente riconducibile all'infezione nosocomiale, ma il relativo periodo risarcibile deve essere esteso sia quanto al *dies a quo*, individuato nel momento di insorgenza delle prime manifestazioni cliniche dell'infezione, e dunque nel giorno 08.08.2017, sia quanto al *dies ad quem*, coincidente con il [redacted] Il danno biologico terminale deve, pertanto, essere computato dal 08.08.2017 al [redacted] per complessivi 61 giorni.
Tale danno, maturato in capo alla vittima primaria prima del decesso, si è trasmesso *iure hereditatis* all'attrice Parte_1 , quale unica erede della madre.

Per quel che concerne il danno catastrofale, anch'esso deve essere riconosciuto, in quanto anche tale voce risulta adeguatamente provata.

La paziente, ricoverata per una frattura del femore e sottoposta ad intervento di osteosintesi, vide le proprie condizioni peggiorare in modo progressivo e inatteso, passando da un quadro inizialmente ortopedico ad una grave infezione del sito chirurgico, poi evoluta in disseminazione setticemica, insufficienza multiorgano, shock settico ed exitus.

La consapevolezza della paziente circa il progressivo peggioramento delle proprie condizioni e il timore dell'approssimarsi della morte risultano confermati dalla prova testimoniale assunta all'udienza del 28.10.2025. In particolare, il teste Testimone_1 ha dichiarato che la Sig.ra Persona_1 , durante il periodo di ricovero ospedaliero, lamentava il timore dell'approssimarsi della propria fine, precisando che, dopo l'intervento, le venne una forte febbre durante la quale comunicava tali timori. Analogamente, la teste Testimone_2 ha confermato che la paziente lamentava il timore di morire.

Tali elementi, valutati congiuntamente alle risultanze della CTU, che ha accertato il mantenimento dello stato di coscienza sino al 04.10.2017, consentono di ritenere provato che la Sig.ra Persona_1 abbia vissuto una fase di lucida agonia, caratterizzata dalla percezione del peggioramento irreversibile del proprio quadro clinico e dalla sofferenza interiore connessa alla consapevolezza dell'approssimarsi della fine. Per gli ultimi tre giorni, invece, nei quali la paziente non risultava più cosciente, tale componente morale non può essere riconosciuta nella sua interezza.

Venendo alla quantificazione, ritiene questo Giudice che non possa procedersi mediante applicazione della Tabella Unica Nazionale, pur dovendosi prendere atto del recente orientamento della Corte di Cassazione che ne ha affermato l'utilizzabilità, anche in via retroattiva e in via indiretta, quale parametro equitativo di liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute, anche per fattispecie anteriori alla sua entrata in

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

vigore e formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta (Cass. civ., sez. III, 7 aprile 2026, n. 8630).

Invero, nel caso del danno terminale, manca allo stato un parametro equitativo nazionale idoneo a sostituire le Tabelle di Milano nella parte in cui individuano specifici criteri di calcolo per il pregiudizio maturato nel breve arco temporale intercorrente tra la lesione e la morte, tenendo conto della peculiare intensità e progressività della sofferenza che accompagna la vittima sino all'exitus.

L'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano, nelle Tabelle milanesi – Edizione 2024, dedica infatti una specifica sezione ai "Criteri orientativi e Tabella per la liquidazione del danno non patrimoniale c.d. terminale", muovendo dall'esigenza di liquidare unitariamente il danno terminale, comprensivo sia della compromissione biologica temporanea massima sia della sofferenza morale connessa alla consapevolezza dell'approssimarsi della morte, nel rispetto del principio di unitarietà del risarcimento del danno non patrimoniale e del correlato divieto di duplicazione delle medesime poste risarcitorie.

Per tale ragione, deve continuarsi a fare applicazione, quale criterio equitativo di riferimento, della tabella milanese sul danno terminale.

Ciò, tuttavia, non implica una pedissequa e rigida applicazione aritmetica dei valori tabellari: la funzione della tabella è quella di assicurare standardizzazione, prevedibilità e uniformità dei criteri equitativi di liquidazione, ma resta fermo il dovere del giudice di valorizzare le peculiarità del caso concreto e di modulare l'importo in ragione dell'effettiva intensità del pregiudizio accertato.

Orbene, nel caso di specie, il danno terminale deve essere computato dal 08.08.2017, data di insorgenza delle prime manifestazioni cliniche dell'infezione nosocomiale, sino al [redacted] per complessivi 61 giorni. Quanto ai primi tre giorni, decorrenti dall'insorgenza della febbre e dei primi sintomi infettivi, le Tabelle di Milano prevedono una liquidazione complessiva fino ad euro 35.000,00.
Nella liquidazione di cui si discorre, tenuto conto del fatto che si trattava della fase iniziale dell'infezione, caratterizzata dai primi sintomi febbrili di un processo destinato a peggiorare soltanto gradualmente, non può ritenersi provato che sin da subito la paziente avesse piena coscienza della gravità irreversibile della propria situazione clinica e dell'inevitabilità della fine. Deve pertanto riconoscersi, per i primi tre giorni, una somma forfettaria pari ad euro 5.000,00.

Per i giorni successivi ai primi tre deve invece farsi applicazione delle Tabelle di Milano 2024, la quale non procede per scaglioni rigidi, ma prevede un valore monetario giornaliero progressivamente decrescente per ciascun giorno di sopravvivenza, sino al limite massimo di cento giorni.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Pertanto, una volta determinata equitativamente in euro 5.000,00 la somma dovuta per i primi tre giorni, l'importo spettante per il periodo successivo deve essere calcolato sommando i valori giornalieri indicati dalla tabella per ciascun giorno dal quarto al sessantunesimo giorno di sopravvivenza.
Con specifico riferimento agli ultimi tre giorni di sopravvivenza, corrispondenti ai giorni cinquantanovesimo, sessantesimo e sessantunesimo, il valore tabellare giornaliero indicato per ciascuno di essi deve tuttavia essere ridotto del 50%, atteso che, secondo quanto accertato dai CCTTUU, in tale periodo la Sig.ra *Per_1* non era più cosciente e, dunque, non può essere riconosciuta la componente morale catastrofale fondata sulla lucida percezione dell'approssimarsi della fine.
Ne consegue che il danno terminale complessivamente risarcibile in favore dell'attrice *Parte_1*, *iure hereditatis*, quale unica erede della madre, deve essere determinato sommando: euro 5.000,00 per i primi tre giorni; i valori monetari giornalieri progressivamente decrescenti indicati dalla tabella milanese per ciascun giorno dal quarto al cinquantottesimo giorno di sopravvivenza; nonché il 50% dei valori giornalieri tabellari previsti per il cinquantanovesimo, sessantesimo e sessantunesimo giorno, in ragione dell'assenza di coscienza della paziente in tale ultimo segmento temporale.
Il totale sarà dunque pari alla somma così ottenuta, per un totale di euro **54.052,00.**
3.4 Per quel che concerne, invece, il danno patrimoniale richiesto *iure hereditatis*, la domanda non può essere accolta.

Ed infatti, non risultano documentate le spese mediche che sarebbero state sostenute dalla Sig.ra *Persona_1* nel periodo compreso tra l'insorgenza dell'infezione nosocomiale e il successivo decesso, sicché difetta la prova del pregiudizio patrimoniale asseritamente entrato nel patrimonio della de cuius e, come tale, trasmissibile agli eredi.

Tale conclusione risulta, del resto, confermata anche dalle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, la quale non ha attestato l'esistenza di esborsi sanitari documentati a carico della paziente causalmente riconducibili alla vicenda per cui è causa.

Ne consegue che, in difetto di specifica prova documentale, la relativa domanda risarcitoria deve essere rigettata.

4. In relazione ai danni *iure proprio* patiti dai prossimi congiunti della *de cuius*, deve essere riconosciuta la sussistenza del danno da perdita del rapporto parentale che, come più volte chiarito dalla Corte di Cassazione, si differenzia dai pregiudizi risarcibili iure hereditatis ed integra una peculiare voce di danno non patrimoniale, consistente tanto nella sofferenza interiore derivante dal venir meno del congiunto, quanto nello sconvolgimento dell'esistenza e nell'alterazione delle abitudini e degli assetti relazionali conseguenti alla definitiva perdita del rapporto familiare (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 4571 del 14.2.2023).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Tale danno spetta *iure proprio* ai familiari superstiti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto ed è risarcibile ove risultino provate l'effettività e la consistenza di tale relazione.

Nondimeno, la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che, nel caso di morte di un prossimo congiunto, l'esistenza stessa del rapporto di parentela costituisce fatto noto dal quale può presumersi, secondo *l'id quod plerumque accidit*, la sofferenza del superstite.

In particolare, la Suprema Corte ha affermato che il danno da perdita del rapporto parentale, se spettante in astratto, "*può essere allegato e dimostrato ricorrendo a presunzioni semplici, a massime di comune esperienza, al fatto notorio, dato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare"* (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 4571 del 14.2.2023); ed ancora, che "*l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare superstite", ferma la possibilità per la controparte di dedurre e dimostrare l'assenza di un effettivo legame affettivo*" (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 26641 del 15.9.2023).

In termini conformi si è altresì precisato che il danno da perdita del rapporto parentale, quando si tratti di coniuge, genitore, figli o fratelli, non richiede una prova diretta e specifica della sofferenza, ben potendo il giudice fondarsi su un ragionamento presuntivo, salva la prova contraria del convenuto diretta a dimostrare l'inesistenza o la particolare debolezza del legame familiare (Corte App. Catanzaro, sez. II, n. 1260 del 14.11.2023).

Sotto tale profilo, va altresì ribadito che il parametro della convivenza, pur rilevante ai fini della concreta liquidazione del danno, non assume carattere dirimente ai fini dell'esistenza del pregiudizio.

La più recente giurisprudenza di legittimità, infatti, ha chiarito che "*la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, pur essendo ancorata all'adozione di tabelle 'a punti' sulla base di parametri limitati, rimane fondata sull'equità, cosicché, al fine di apprezzare non solo l'esistenza ma anche l'entità del pregiudizio, il parametro della convivenza non va letto in termini formalistici, nel senso della necessaria coabitazione con la vittima, ma sostanzialistici, quale legame stabile connotato da duratura comunanza di vita ed affetti*"(cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 27321 del 13.10.2025).

Nello stesso senso, si è affermato che il danno da perdita del rapporto parentale, pur in assenza di una convivenza continuativa, può essere riconosciuto e liquidato quale componente del danno non patrimoniale iure proprio, giacché la sofferenza derivante dalla perdita di un congiunto può essere desunta secondo criteri di comune esperienza e sorretta da prova presuntiva (cfr. Cass., sez. III, ordinanza n. 26320 del 29.9.2025).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Orbene, nel caso di specie, risulta provato dallo stato di famiglia prodotto in atti che *Pt_1* *[...]* era figlia della Sig.ra *Persona_1* , nonché sua unica erede, e che *Controparte_1* era fratello della defunta.

Quanto alla posizione di *Parte_1* , pur non risultando provata una convivenza anagrafica o una coabitazione stabile con la madre al momento del decesso, deve nondimeno ritenersi dimostrata l'esistenza di un legame affettivo di particolare intensità con la *de cuius*.

Invero, dagli atti emerge che l'attrice non venne mai riconosciuta dal padre, assunse il cognome materno e fu cresciuta esclusivamente dalla madre, con il costante supporto dello zio *Controparte_1* . Tale peculiare assetto familiare, lungi dal costituire un dato meramente formale, consente di valorizzare la particolare centralità della figura materna nella vita dell'attrice e l'intensità del vincolo affettivo instauratosi tra madre e figlia.

Tale ricostruzione risulta confermata anche dalla prova testimoniale assunta all'udienza del 28.10.2025. In particolare, i testi *Testimone_1* ed *Testimone_2* hanno riferito della stabile e significativa presenza di *Parte_1* nella vita della madre, dando conto del rapporto di cura e di assistenza prestato dall'attrice in favore della Sig.ra *Persona_1* nel corso del tempo e, segnatamente, nella fase della malattia.

Ne deriva che, sebbene non possa essere riconosciuto il punteggio previsto per la convivenza, difettandone la prova, deve essere invece valorizzata, ai fini della liquidazione, la peculiare intensità del rapporto parentale, avuto riguardo alla qualità del legame madre-figlia, alla condizione di figlia non riconosciuta dal padre, alla crescita avvenuta esclusivamente nell'ambito della relazione materna e all'attività di cura concretamente prestata in favore della *de cuius*.

Quanto alla posizione di *Controparte_1* , va rilevato che egli era fratello della vittima primaria. Anche con riferimento alla sua posizione, il rapporto parentale risulta sorretto da elementi ulteriori rispetto al mero dato formale della parentela, essendo emerso dalle testimonianze che egli ebbe un ruolo significativo nella vita della sorella *Per_1* , affiancandola nella crescita della figlia *Pt_1* , in un contesto familiare caratterizzato dall'assenza della figura paterna.

La presenza assidua e il sostegno prestato da *Controparte_1* alla sorella consentono, dunque, di ritenere provata l'effettività del vincolo affettivo fraterno e la sua concreta incidenza nella vita familiare della de cuius, sicché anche in suo favore deve essere riconosciuto il danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, da liquidarsi tenendo conto del grado di parentela, dell'età della vittima primaria e secondaria, dell'assenza di convivenza documentata e della qualità del rapporto emersa dall'istruttoria.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Sotto il profilo della liquidazione del danno parentale, occorre far riferimento alle Tabelle di Milano 2024, come elaborate dall'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano, che prevedono un sistema a punti fondato su criteri oggettivi e soggettivi, quali l'età della vittima primaria, l'età del superstite, il grado di parentela, la convivenza, la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario e la qualità ed intensità della relazione affettiva.

Applicando tali criteri al caso di specie, deve procedersi alla liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale in favore degli attori nei seguenti termini:

- *Parte_1*, figlia della vittima primaria e sua unica erede: punti 12 per l'età della vittima primaria (79 anni); punti 20 per l'età della vittima secondaria (45 anni); nessun punto per la convivenza, non risultando provata la coabitazione stabile; punti 16 per la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario (nessun altro superstite); 20 punti per la qualità e intensità della relazione affettiva, avuto riguardo alla peculiarità del rapporto madre-figlia sopra descritto e all'attività di cura prestata in favore della de cuius. Totale punti: 68, pari ad **euro 265.948,00**.
- *Controparte_1*, fratello della vittima primaria: punti 8 punti per l'età della vittima primaria (79 anni); punti 8 per l'età della vittima secondaria; nessun punto per la convivenza, non risultando provata la coabitazione stabile; punti 9 per la sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario (al momento della morte di *Persona_1*, dallo stato di famiglia allegato dagli attori, risultano ancora in vita 3 fratelli della *de cuius: Per_4*, *Per* e *Persona_6*); punti 15 per la qualità e intensità della relazione affettiva, avuto riguardo al ruolo di sostegno concretamente svolto nella vita della sorella e della nipote. Totale punti: 40, pari ad euro **67.920,00**.

Alla luce di quanto sopra, l *Controparte_2* *[...]* deve essere condannata al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale in favore di *Parte_1* e *Controparte_1*, nella misura per ciascuno indicata all'attualità.

Agli attori spetta, altresì, il danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione degli interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del decesso e di anno in anno rivalutato secondo gli indici ISTAT FOI sino alla pubblicazione della presente sentenza.

4.1 Devono, altresì, essere riconosciute le spese funerarie sostenute dagli attori in conseguenza del decesso di *Persona_1*.

Tale voce di danno integra un pregiudizio patrimoniale emergente risarcibile, trattandosi di esborso causalmente e direttamente ricollegato all'evento morte imputabile alla struttura sanitaria convenuta. Le spese funerarie, infatti, costituiscono una conseguenza immediata e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

necessaria del decesso e, ove specificamente allegate e documentate, devono essere poste a carico del responsabile dell'illecito, in applicazione degli artt. 1223, 1226 e 2056 c.c.

Nel caso di specie, gli attori hanno specificamente richiesto il ristoro delle spese funerarie sostenute per la morte della congiunta, quantificandole in euro 3.000,00, e hanno allegato la relativa documentazione alla seconda memoria ex art. 171-ter c.p.c., come ribadito anche nelle conclusioni precisate. Diversamente da quanto rilevato con riferimento alle spese mediche, dunque, tale posta patrimoniale risulta assistita da adeguato supporto documentale.

Ne consegue che la convenuta deve essere condannata al pagamento, in favore degli attori, dell'importo di euro **3.000,00** a titolo di danno patrimoniale emergente per spese funerarie, oltre interessi e rivalutazione secondo i criteri propri dei debiti di valore.

5. Le spese di lite (seguono la soccombenza e, in assenza di nota spese di parte, si liquidano d'ufficio come da dispositivo, ai sensi del D.M. Giustizia 10.03.2014 n. 55 (come modificato dal DM 147/22), in relazione all'attività concretamente esercitata dal difensore costituito, rapportata anche al tenore delle difese svolte con riferimento allo scaglione di valore di riferimento calcolato sulla base dell'importo del *decisum* (scaglione da €260.001,00 520.000), con attribuzione ex art. 93 cpc in favore del procuratore costituito che se ne è dichiarato anticipatario.

Le spese delle CTU – già liquidate con separato decreto, in atti – vanno poste, in via definitiva, a carico della struttura convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale di Salerno, Seconda Sezione Civile, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* e *Controparte_1* nei confronti dell *Controparte_2*
ogni diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

1. accerta e dichiara la responsabilità dell *Controparte_2* *[...]* ;
2. condanna l *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento, in favore di *Parte_1* , in qualità di erede di *Persona_1* , della somma di euro 54.052,00 a titolo di danno non patrimoniale terminale *iure hereditatis*, oltre interessi al saggio legale sulla somma devalutata alla data del decesso e di anno in anno rivalutata secondo gli indici ISTAT FOI sino alla pubblicazione della presente sentenza, oltre interessi legali dalla pubblicazione al soddisfo;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

3. rigetta la domanda di risarcimento del danno patrimoniale *iure hereditatis* per spese mediche;
4. condanna l *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, in favore di *Parte_1*, della somma di euro 265.948,00 a titolo di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale *iure proprio*, oltre interessi al saggio legale secondo i criteri indicati in motivazione;
5. condanna l *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, in favore di *Controparte_1*, della somma di euro 67.920,00 a titolo di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale *iure proprio*, oltre interessi al saggio legale secondo i criteri indicati in motivazione;
6. condanna l *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, in favore degli attori, della somma di euro 3.000,00 a titolo di danno patrimoniale emergente per spese funerarie, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali;
7. condanna l *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento delle spese di lite in favore degli attori, che liquida in euro 22.457 per compensi professionali, oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge, con attribuzione ex art. 93 c.p.c. in favore dell'avv. [redacted] dichiaratosi anticipatario.
8. pone definitivamente a carico dell *Controparte_2* *[...]* le spese di CTU, come già liquidate con separato decreto in atti.

Così deciso in Salerno, 19.09.2026

Il Giudice

Dott.ssa Cristina Gagliotta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it