



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI SALERNO
II Sezione Civile

Il Tribunale di Salerno, nella persona del dott. Michele Palagano, applicato al presente procedimento ai sensi dell'art. 3 del d.l. n. 117/2025 convertito in legge 148/2025, ha emesso, ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c., la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al RG n. **654/2025**

tra

Parte_1 c.f. *C.F._1* *Parte_2* c.f.
C.F._2, *Parte_3* *C.F._3*, rapp.ti e difesi, giusto mandato in
atti, dall'avv. [REDACTED] c.f. *C.F._4*, pec. *Email_1* domiciliati come
in atti;

ricorrenti

e

Controparte_1, c.f. *P.IVA_1*, in persona del l.r.p.t., rapp.ta e difesa, giusto
mandato in atti, dall'avv. [REDACTED] c.f. *C.F._5*, pec *Email_2*
[...] domiciliata come in atti,

resistente

CONCLUSIONI

come in atti.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

In via preliminare, si richiamano gli atti delle parti e i verbali di causa per ciò che concerne lo svolgimento del processo e ciò in ossequio al disposto di cui al n. 4 dell'art. 132 c.p.c., così come novellato dall'art. 45, co. 17 della legge 69/2009.

Con ricorso depositato ai sensi dell'art. 281 *decies* c.p.c., in prosecuzione di altra azione proposta ex art. 696 *bis* c.p.c., i ricorrenti indicati in epigrafe, premesso di essere eredi legittimi di *Persona_1*, adivano l'intestato Tribunale al fine di veder accertata la responsabilità dell' *Parte_4* nella causazione dell'evento fatale occorso al predetto *de cuius* in data [REDACTED] chiedendone la condanna al risarcimento di danni *iure proprio* e *iure successionis* come di seguito verranno precisati.

Più precisamente, gli odierni ricorrenti espongono le seguenti circostanze di fatto: che *Persona_1*, in data 22.4.2019, veniva ricoverato presso l'Ospedale [REDACTED] di [REDACTED] presso l'UO di Neurochirurgia, in virtù di un trauma cranico (diagnosi di "ematoma sub-durale acuto fronto-parietale destro"). In quella sede, dopo aver svolto esami culturali per la ricerca di batteri e miceti con esito negativo e

dopo essere stato monitorato con TC ogni 8 ore, a causa dell'aggravarsi della condizione neurologica, veniva sottoposto a intervento urgente di craniotomia, riscontrando i medici "un vasto ematoma emisferico organizzato in coaguli". Successivamente il paziente veniva trasferito presso l'Unità di TI intubato e sedato. In data 25.4.2019, veniva eseguita una TC toracica in quanto il paziente lamentava un peggioramento del quadro respiratorio. Dall'esame risultava un versamento pleurico mentre da nuovo esame colturale si mostrava una colonizzazione dei batteri *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus capitis*. In data 11.5.2019 veniva dimesso ma il 28.5.2019 a causa dell'insorgenza di febbre e secrezione dalla ferita al cranio, veniva nuovamente ricoverato presso il medesimo nosocomio ove, da TC toracica risultava "la presenza di aree di consolidazione a carico del parenchima polmonare di sinistra associato a strie disventilatorie omolaterali" e, in data 31.5.2019, stante la criticità delle condizioni cliniche, veniva sottoposto a intervento di revisione della ferita chirurgica, con prescritta sospensione della terapia antibiotica. Durante la degenza, il quadro sistemico peggiorava e, in seguito a uno scompenso multiorgano, avveniva il [REDACTED]

Ciò posto, i ricorrenti deducevano che il proprio CTP prof. *Persona_2* nella relazione allegata anche all'odierno ricorso, valutava come i processi infettivi contratti in ambiente ospedaliero, agendo sul substrato patologico, avrebbero causato lo scompenso da cui esitava il decesso del paziente. In particolare, la polmonite e l'ascesso intracranico sarebbero stati da ricollegarsi all'assistenza considerato che il processo infettivo sarebbe stato sostenuto da germi ad esclusivo appannaggio nosocomiale. Verosimilmente la struttura non avrebbe applicato adeguatamente i protocolli e linee guida di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Per tale ragione, nell'ambito del procedimento, pur azionato dagli odierni ricorrenti, ex art. 696 *bis* c.p.c., di cui all'r.g. n. 2245/23, veniva nominato un collegio peritale formato dai dott.ri *Persona_3* e *Persona_4*, i quali riscontravano come il paziente fosse stato attinto da un batterio tra quelli più pericolosi derivanti da infezioni nosocomiali, che non vi fossero dubbi sul fatto che l'infezione fosse stata contratta in ambito ospedaliero e ritenevano, pertanto, sussistenti elementi di responsabilità omissiva per imperizia a carico della Struttura sanitaria e dei medici in servizio in occasione, in particolare, del primo ricovero dal 22.4 al 11.5.2019. I medici, peraltro, avrebbero errato nella scelta della molecola utilizzata nella profilassi preparatoria nel corso del primo intervento chirurgico ed anche nella scelta degli antibiotici nel corso del secondo ricovero. Con rilevante probabilità, pertanto, non sarebbero state rispettate le linee guida sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali che, ove ossequiate, invece, avrebbero potuto prevenire o mitigare le complicanze fatali e migliorare le probabilità di sopravvivenza del paziente. Sussisterebbe causalità, dunque, tra le infezioni contratte e il decesso secondo il parametro del "più probabile che non", con conseguente responsabilità contrattuale della struttura sanitaria facente parte dell' *Parte_4* ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.

Per tali ragioni, i ricorrenti concludevano chiedendo il risarcimento *iure proprio* del danno patrimoniale derivante dalle spese funerarie nonché dalle spese di CTU; del danno biologico derivante dalla compromissione del loro quadro psichico da determinarsi in via equitativa o con CTU; del danno da perdita del rapporto parentale, da liquidarsi secondo tabelle del Tribunale di Milano in euro 277.681,00 in favore della coniuge *Parte_1* in euro 297.236,00 in favore del figlio *Parte_2* e in euro 305.000,00 in favore della figlia *Parte_3* oltre la svalutazione monetaria e gli interessi legali dal giorno del sinistro. In qualità di eredi di *Persona_1*, inoltre, chiedevano *iure successionis* il danno da perdita della vita e per le sofferenze patite durante l'agonia, da liquidarsi in via equitativa o secondo CTU, oltre svalutazione e interessi. Chiedevano, infine, la condanna al pagamento delle spese legali in favore del procuratore antistatario.

Si costituiva l' *Parte_4* che, in via pregiudiziale deduceva l'inammissibilità del ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c., in quanto mancante dei presupposti dell'urgenza. Nel merito contestava le avverse deduzioni ritenendo corretto l'operato dei medici e non provato il nesso causale delle infezioni nosocomiali con il decesso del paziente. Priva di prova sarebbe stata, inoltre, la quantificazione dei danni.

Concludeva, pertanto, chiedendo il rigetto dell'avversa domanda con vittoria di spese e competenze.

In via istruttoria venivano depositati: la relazione d'ufficio elaborata nell'ambito del giudizio ATP da parte dei dott.ri *Per_3* e *Per_4* la relazione tecnica di parte ricorrente a firma del dr. *Per_2* le cartelle cliniche del *Per_1* comunque analizzate e integrate nell'ambito della perizia d'ufficio.

Nel collegato fascicolo n. 2245/2023, inoltre, parte ricorrente depositava il certificato di stato di famiglia storico volto a dimostrare la parentela delle parti con il *Persona_1*.

Con provvedimento del 7.7.2025 il fascicolo veniva rinviato per la decisione.

Subentrato sul ruolo questo Giudice, con decreto del 31.12.2025 ha proceduto a fissare l'udienza per la discussione, ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c., del 30.1.2026 da tenersi nella forma prevista dall'art. 127 *ter* c.p.c. e autorizzando le parti a depositare memorie conclusive sostitutive della discussione orale entro dieci giorni prima.

Tutto ciò premesso, la domanda è fondata per quanto di ragione.

In via preliminare occorre darsi atto che il fatto dannoso risulta verificatosi nel periodo compreso tra il 22.4.2019 e l' [REDACTED] dunque nel regime della legge n. 24/2017 ("legge Gelli-Bianco"), la quale all'art. 7 prevede che "la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose". Dispone, inoltre, al comma IV che "Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo".

Giova ricordare, peraltro, che già la giurisprudenza (a partire da Corte di Cassazione, Sezioni Unite n.577/2008) affermava l'irrelevanza della natura pubblica o privata della struttura sanitaria nella quale il paziente è stato ricoverato ai fini dell'individuazione del regime di responsabilità, chiarendo che "*il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura privata (o ente ospedaliero) ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo lato sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze*".

Ciò sta a significare, in primo luogo, che la natura della responsabilità civile per attività medico-chirurgica che viene in rilievo nella fattispecie ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico professionale svolta dal sanitario.

Dalla pacifica natura contrattuale della responsabilità, la Suprema Corte fa discendere l'applicazione dei principi già espressi dalle Sezioni Unite nella sentenza n.13533/2001 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento: da ciò consegue che il creditore che agisce per la risoluzione del contratto, per il risarcimento del danno o per l'adempimento, ha l'onere di provare la fonte (legale o negoziale) del proprio diritto, mentre può limitarsi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento (o dell' inesatto adempimento) dell'altra parte, gravando su quest'ultima (ovvero sul debitore convenuto) l'onere di provare l'esistenza di un fatto estintivo, ovvero dell'avvenuto adempimento.

Pertanto, facendo applicazione di questi principi alla responsabilità medica e considerando oramai superata la distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato (che conserva una valenza descrittiva ma non è più foriera di conseguenze sul piano probatorio), la Suprema Corte afferma che in tema di responsabilità medica l'allegazione del creditore non può essere limitata ad un qualsiasi inadempimento, ma deve riguardare un

inadempimento cd. qualificato, ovvero un inadempimento che costituisca causa astrattamente efficiente della produzione del danno.

In altri termini, chi intende agire in giudizio per ottenere il risarcimento di danni secondo il modello della responsabilità contrattuale, deve dedurre i fatti costitutivi di tale diritto. Nel caso di specie, orbene, volendo far valere i ricorrenti un diritto al risarcimento del danno, devono allegare, prima ancora dei danni patiti, il fatto illecito, il quale è prima di tutto un inadempimento che sia stato in grado di causare un evento pregiudizievole di un interesse sostanziale tutelato dall'ordinamento. L'art. 1218 c.c., invero, pone l'onere, in capo al debitore di provare che "l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile".

L'orientamento è stato seguito anche in successive pronunce della Suprema Corte di Cassazione (*ex multis*, Corte di Cassazione, sentenza n.15993/11): *"in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall'esercizio di attività di carattere sanitario, il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno"*.

Tali principi, volti a realizzare un contemperamento degli opposti interessi di attore e convenuto (determinando una distribuzione degli oneri probatori conforme ai principi di vicinanza della prova e di disponibilità dei fatti), comportano che sul paziente-danneggiato non gravino oneri processuali eccessivamente gravosi, ponendosi, però, a suo carico uno specifico onere di allegare quei fatti, astrattamente idonei a causare i lamentati danni, che integrano l'inadempimento (o l'inesatto adempimento); ciò al fine di evitare, da un lato, azioni pretestuose, e, dall'altro, di mettere la parte convenuta in condizione di potersi difendere compiutamente.

Ciò detto in linea generale, occorre, pertanto, preventivamente delineare i profili di inadempimento *"qualificato"* imputati nella fattispecie alla convenuta struttura ed al medico curante.

Gli attori, in sostanza, hanno lamentato che l'evento morte sarebbe stato causato da infezioni derivanti da batteri che sarebbero entrati in contatto con il familiare nel corso del primo ricovero a causa del mancato rispetto da parte dei sanitari e, quindi, della Struttura, delle cautele prescritte dalle linee guida in materia di prevenzione da infezioni nosocomiali.

Deve procedersi, a questo punto, alla valutazione della consulenza tecnica espletata nel corso del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. n. 2245/2023 e acquisita al presente processo, a firma dei dottori **Persona_3** e **Persona_4** e alla quale può farsi senz'altro riferimento in quanto immune da vizi logici e scientifici e correttamente motivata, con costante riferimento alle cartelle cliniche prodotte.

I consulenti incaricati, dopo aver percorso le vicende cliniche del paziente e verificato la documentazione relativa ai due accessi al nosocomio di [REDACTED] hanno accertato l'alta probabilità che il decesso del **Per_1** sia stato causato dalla contrazione da parte di costui di infezioni nosocomiali ascrivibili al batterio dello *Staphylococcus capitis*. Tale quadro clinico, associato a una pregressa comorbidità del paziente, tra cui diabete mellito di tipo 2, cardiopatia ischemica e epatopatia cronica, avrebbe condotto allo scompenso multiorgano, diretta causa del decesso.

In altri termini, il sistema immunitario già depresso a causa della comorbidità del paziente non avrebbe retto alle infezioni nosocomiali contratte, le quali avrebbero aumentato il rischio dell'esito morte.

Così accertata la causa del decesso, occorre indagare la sussistenza dei presupposti per l'affermazione di una responsabilità della Struttura e dei sanitari intervenuti, verificando quale sia stata la condotta, commissiva o omissiva posta in essere da tali soggetti e se, facendo applicazione del criterio di giudizio controfattuale, tali condotte siano stati causa dell'evento, immaginando, pertanto, di rimuovere tali condotte dalla serie eziologica per comprendere se l'evento si sarebbe comunque verificato o se si sarebbe verificato con un minor grado di rischio.

I consulenti, orbene, hanno accertato che il paziente abbia avuto un'infezione non solo della ferita chirurgica craniotomica ma anche un sopraggiunto ascesso intracranico esteso a tutta l'area dell'intervento, sostenuto da un batterio tra i più pericolosi tra quelli in causa nelle infezioni ospedaliere (*Staphylococcus* o *MRSA*), il quale è idoneo a causare setticemie soprattutto in soggetti affetti da diabete mellito, come nel caso di specie. Tale batterio, orbene, è riscontrato nel 34 % dei casi di infezioni ospedaliere. L'ambiente ospedaliero, orbene, sarebbe facile veicolo di tali microrganismi tramite le mani degli operatori sanitari, i c.d. oggetti critici (aghi, lame, bisturi, frese), i c.d. oggetti semicritici (endoscopi, broncoscopi, ecc.) e i sistemi di ventilazione od aerazione, anche meccanica, come per i pazienti intubati. Si tratta, dunque, di dispositivi frequentemente attrezzati nei reparti di neurochirurgia e terapia intensiva.

Per tale ragione, le linee guida internazionali e nazionali (come quelle dell'OMS, del Center for Disease Control and Prevention e del Ministero della Salute) impongono la prevenzione mediante: igiene delle mani, sterilità dell'ambiente e degli strumenti, l'uso di camici sterili, guanti, mascherina e protezione facciale, l'isolamento dei pazienti infetti, la sorveglianza e il monitoraggio delle infezioni ospedaliere. È prevista, inoltre, una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico mirata sulle caratteristiche del paziente e una terapia antibiotica post operatoria per prevenire le infezioni del sito chirurgico.

Nel caso di specie, i consulenti hanno ricostruito i fatti mediante l'esame delle cartelle cliniche e di tutti gli esami svolti dal paziente nel corso dei due ricoveri.

Nel dettaglio, all'arrivo in ospedale il 22.4.19 vengono effettuati esami colturali che risultano negativi. Pertanto, il paziente non aveva già contratto alcuna infezione. Viene, dunque, eseguito l'intervento di craniotomia con dovuta e appropriata perizia. In tale occasione si procede a profilassi antibiotica con Lincocin. In data 24.4.2019, veniva aggiunto l'antibiotico *Parte_5*, per evitare ogni eventuale resistenza di agenti batterici. Gli antibiotici venivano sospesi il 3.5.2019 e l'11.5.2019 veniva dimesso e veniva prescritto un controllo TC cranio per il 20.5.2019. Tuttavia, il 28.5.2019 veniva ricoverato nuovamente per secrezione purulenta da infezione alla ferita chirurgica. Da un tampone risultava la presenza di *Staphylococcus* che veniva trattata con gentamicina e Zinforo. Il 30.5.2019 veniva accertata una polmonite e il 31.5.2019 si procedeva all'intervento di revisione della ferita. Una consulenza infettivologica consigliava la sospensione della terapia antibiotica. Tuttavia le condizioni generali peggioravano e il paziente andava incontro a una peritonite batterica con successivo shock settico e [REDACTED].

Per i consulenti, dunque, l'infezione sarebbe da *staphylococcus* sarebbe stata contratta nel corso del primo ricovero dal 22.4.2019 al 11.5.2019. La circostanza che i tamponi fossero risultati negativi al primo ingresso e positivi al secondo e atteso che il batterio in questione è un tipico batterio nosocomiale, deve ritenersi per presunzioni che lo stesso sia stato contratto in ospedale. Inoltre, nel corso del primo intervento non sarebbe stata corretta la molecola lincocin utilizzata, dovendosi preferire il ceftriaxone; nel secondo ricovero, invece, si è utilizzato lo Zinforo che, tuttavia, non sarebbe stato in grado di agire a livello diffuso come il sito di infezione avrebbe suggerito, trattandosi di organo spaziale.

L'aver contratto il batterio in ospedale, orbene, sta a significare il mancato rispetto delle linee guida più sopra richiamate volte a delineare le procedure di prevenzione con un parametro probabilistico del 51 %. L'increscenza dell'infezione e gli errori nella scelta degli antibiotici, a cui si è unita la morbidità pregressa del paziente hanno aumentato il rischio dell'evento fatale.

Tenendo conto, pertanto, del dato temporale, dato dal breve lasso di tempo in cui il paziente è passato da un'assenza di infezione (al primo ingresso al nosocomio), alla permanenza in ospedale fino al 11.5.2019 e alla positività all'infezione il 28.5.2019, allorquando la ferita era già purulenta, nonché del dato topografico dato dall'aver trascorso un rilevante periodo di tempo in reparti di neurochirurgia e terapia intensiva a contatto, pertanto, con fattori veicolanti delle infezioni, come più sopra indicato nonché dal sito in cui è risultata l'origine dell'infezione (la ferita chirurgica), e considerando altresì i dati clinici emersi in punto di trattamento di dette infezioni, può ritenersi provata l'imputabilità all'imperizia della struttura dell'infezione poi evoluta fino al tragico epilogo.

Va osservato, nondimeno che la struttura sanitaria, nel difendersi, non ha provato, e neanche dedotto, nello specifico i protocolli adottati o ha giustificato la scelta di determinati farmaci sicché può affermarsi la

ricorrenza di una condotta colposa dei sanitari consistente nel non aver attuato le buone prassi in tema di prevenzione batterica.

Quanto al nesso di causalità, dunque, i consulenti hanno ritenuto che, seppur con il concorso di causa, rimuovendo dalla serie causale le condotte di mancata prevenzione, l'evento non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato con una minore probabilità.

La sufficienza di ritenere integrato il nesso causale con il mero aumento del rischio dell'evento determinato dalla condotta dei medici, risiede nella circostanza che si sia trattato di una condotta omissiva, dal momento che non sono stati seguiti i protocolli preventivi e i trattamenti successivi delle infezioni nosocomiali e, pertanto, le quali sono regole cautelari che, per loro definizione, hanno lo scopo di ridurre il rischio di attività comunque pericolose, ma autorizzate in quanto socialmente utili. Non avrebbe quindi senso pretendere che l'osservanza della regola cautelare elimini ogni rischio (c.d. "causalità della colpa").

Né, ai sensi dell'art. 1227 c.c. I comma, può assumere rilievo la condotta dei familiari che in data [REDACTED] seppur contro il parere dei medici, chiedono le dimissioni del *Per_1* atteso che lo stesso morirà il medesimo giorno e, quindi, la situazione generale era già definitivamente compromessa.

Deve ritenersi, tuttavia, che il rischio specifico sia stato comunque condizionato dalla grave comorbidità del paziente, al quale, invero, erano stati fatti più esami dai quali era emersa la forte resistenza agli antibiotici che avrebbero potuto impedire l'insorgere dell'infezione. Del resto, gli stessi consulenti, hanno specificato che il batterio contratto si caratterizza per una forte aggressività in soggetti affetti da diabete mellito di tipo II come nel caso di specie.

Occorre fare, pertanto, applicazione delle regole somministrate dagli artt. 40 e 41 c.p., secondo cui il concorso di cause naturali possono escludere il rapporto di causalità solo quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento, ma quando nella serie causale la condotta imputata si inserisce comunque come uno dei fattori senza il quale l'evento non si sarebbe verificato, la causalità sussiste comunque.

I consulenti, sul punto, hanno specificato che la condotta omissiva della Struttura abbia aumentato il rischio dell'evento al punto da poter ritenere che rimuovendola lo stesso non si sarebbe verificato o, tenuto comunque conto dello stato di comorbidità del soggetto, si sarebbe verificato con minore probabilità.

Tuttavia, tale circostanza non può in alcun modo venire in rilievo nella determinazione del nesso causale proprio in ragione della regola di cui all'art. 41 c.p. testé richiamata. Né è stato dimostrato che la comorbidità fosse dovuta a colpa del paziente, tale da integrare i presupposti per la riduzione del danno ai sensi dell'art. 1227 cc.

Avendo, pertanto, così ricostruito il fatto illecito materiale, può procedersi all'esame delle domande risarcitorie proposte dai ricorrenti.

Gli stessi hanno chiesto, quando ai danni patrimoniali, le spese funebri, senza allegare, tuttavia, alcuna documentazione, sicché per mancanza di prova le stesse non potranno essere liquidate.

Hanno poi chiesto le spese per la CTU redatta nel giudizio di ATP, all'uopo allegando il decreto di liquidazione n. 24152/2024 dispositivo del pagamento di euro 2861,64 a titolo di onorario, detratto l'acconto se versato, oltre gli accessori di legge se dovuti. Tale spesa, in considerazione della soccombenza di parte resistente, dovrà essere riconosciuta.

Quanto ai danni non patrimoniali, hanno chiesto "il danno biologico, determinato dalla grave compromissione del loro quadro psichico, a causa della improvvisa scomparsa del loro caro congiunto" chiedendo l'eventuale determinazione in via equitativa o a mezzo apposita CTU. Tuttavia, parte ricorrente non ha allegato alcun principio di prova a sostegno di tale voce di danno, e anche in punto di deduzione la descrizione della voce è assolutamente generica, sicché anche tale richiesta dovrà essere rigettata.

Dovrà, invece, trovare accoglimento la richiesta di danno morale *sub specie* da perdita del rapporto parentale richiesta per ciascuno dei singoli ricorrenti.

Giova rammentare, in via generale, che il fatto illecito, costituito dalla morte 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.

Il danno da perdita del rapporto parentale si identifica, cioè, nel vuoto lasciato dalla morte, nel non poter più godere della presenza e del rapporto con il proprio caro, ciò che comporta la irrimediabile distruzione dei legami affettivi, della quotidianità e della reciproca condivisione di momenti con la persona defunta (Cass. Sent. 12717/2015).

Tale danno non patrimoniale include, a titolo meramente descrittivo, sia il cosiddetto *danno morale in senso stretto*, derivante dalla sofferenza per la perdita del congiunto, sia il cosiddetto *danno esistenziale*, derivante dalla lesione del rapporto parentale e dall'incidenza che tale lesione assume sulla vita futura del congiunto superstite (secondo l'accezione di cui alle note pronunce della Suprema Corte di Cassazione del 31 maggio 2003, n. 8827 e n. 8828).

Tali articolazioni del pregiudizio non patrimoniale assumono valenza meramente descrittiva atteso che, com'è noto, per la costante giurisprudenza di legittimità la liquidazione del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. assume valenza unitaria e preclude la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche fattispecie di sofferenza patite dalla persona (danno alla vita di relazione, danno esistenziale, ecc.), che costituirebbero vere e proprie duplicazioni risarcitorie.

La legittimazione a far valere tale pregiudizio di natura non patrimoniale è attribuita *iure proprio* ai prossimi congiunti proprio in ragione della sussistenza, in capo agli stessi, di sofferenze e patemi d'animo conseguenti allo sconvolgimento delle abitudini e delle aspettative di vita (come danno morale o danno esistenziale, Cass., n. 19402/13), cagionati dalla perdita della persona cara e immediatamente ricollegabili all'illecito: tale ristoro, cioè, spetta ai prossimi congiunti indipendentemente dalla loro qualità di eredi, quando il rapporto di stretta parentela con la vittima, le condizioni personali ed ogni altra circostanza del caso concreto evidenzino un grave perturbamento del loro animo e della loro vita familiare, per la perdita di un valido sostegno morale.

Nel caso del danno da perdita del rapporto parentale, infatti, l'interesse fatto valere è quello all'intangibilità della sfera degli affetti, alla reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2, 29 e 30 cost.; si tratta, dunque, di un interesse di rilievo costituzionale, non avente natura economica, la cui lesione richiede una riparazione ai sensi dell'art. 2059 c.c., vertendosi in materia di danno che non si presta ad una valutazione monetaria.

Naturalmente, dovendosi escludere l'ipotesi di un danno in *re ipsa*, occorre che i danneggiati forniscano la prova del pregiudizio subito, la quale può essere invero data anche a mezzo di presunzioni (v. Cass., 31/05/2003, n. 8827; Cass., 31/05/2003, n. 8828; Cass., 19/08/2003, n. 12124; Cass., 15/07/2005, n. 15022; Cass., 12/6/2006, n. 13546; in particolare, le presunzioni servono a facilitare l'assolvimento dell'onere della prova da parte di chi ne è onerato, trasferendo sulla controparte l'onere della prova contraria: v. Cass., 12 giugno 2006, n. 13546).

Tale presunzione è viepiù supportata dalla certificazione dello stato di famiglia da cui risulta la stretta parentela tra i ricorrenti e la vittima nonché dalla circostanza che gli stessi fossero tutti [REDACTED] in [REDACTED]

La prova del danno morale, dunque, è desunta dalle indubbie sofferenze patite dai parenti sulla base dello stretto vincolo familiare e della coabitazione.

Venendo alla quantificazione di tale pretesa, da liquidarsi in via necessariamente equitativa, si riporta il più recente orientamento della Corte di legittimità, per cui “*Il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre all'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, indefettibilmente, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi*” (in questo senso, Cass. 5948 del 2023). Per la quantificazione si ritiene preferibile, pertanto, fare riferimento al criterio delle Tabelle integrate a punti del Tribunale di Milano del 2024 per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del

rapporto parentale, che prevedono la liquidazione del valore base (“*valore punto*”, diverso a seconda che venga in rilievo il rapporto genitori/figli/coniuge/assimilati ovvero il rapporto fratelli/nipoti), proponendo una distribuzione dei punti che tenga conto dell’età della vittima primaria e della vittima secondaria, della convivenza tra le due, della sopravvivenza di altri congiunti, della qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta.

Partendo da tali tabelle può pertanto pervenirsi alla seguente liquidazione.

Per la coniuge **Parte_1**, possono riconoscersi: A) 16 punti in ragione dell’età della vittima primaria; B) 12 punti in ragione dell’età della vittima secondaria; C) 16 punti in ragione della convivenza; D) 12 punti in virtù della sopravvivenza di almeno altri due superstiti del nucleo familiare; non potranno essere riconosciuti, invece, i punti previsti dalle su richiamate Tabelle, al paragrafo E), per l’intensità della relazione affettiva, atteso che nella fattispecie, non sono emersi elementi a supporto di una specifica caratterizzazione in tal senso.

Pertanto, in favore della **Pt_1** possono riconoscersi euro 219.016,00 pari alla somma dei punti indicati (56) per il valore punto base nel rapporto coniuge/coniuge (euro 3.911,00).

Venendo al danno richiesto dal figlio **Parte_2**, possono riconoscersi A) 16 punti in ragione dell’età della vittima primaria; B) 22 punti in ragione dell’età della vittima secondaria; C) 16 punti in ragione della convivenza; D) 12 punti in virtù della sopravvivenza di almeno altri due superstiti del nucleo familiare; anche in questo caso non andranno riconosciuti punti per il paragrafo E) in ragione di quanto già argomentato per la coniuge.

Pertanto, potrà riconoscersi la somma di euro 258.126,00 moltiplicando i punti (66) per il valore di punto base.

Analoga determinazione potrà svolgersi per il risarcimento in favore della figlia **Parte_3**

I ricorrenti hanno altresì chiesto, quali eredi di **Persona_1**, il risarcimento per il danno da costui subito per la perdita della vita e per le sofferenze patite durante l’agonia, nonché, deve ritenersi, sebbene la formulazione della voce di danno sia ambigua, anche il danno biologico terminale, rimettendone a un’apposita CTU o alla valutazione equitativa del giudice, la quantificazione.

Partendo da tale ultima voce di danno, orbene, lo stesso costituisce i postumi invalidanti che hanno caratterizzato la durata concreta del periodo di vita del danneggiato dalla lesione alla morte, purché tra i due eventi vi sia un apprezzabile lasso temporale (*ex multis*, Cass. civ., sez. III, 30 gennaio 2006 n. 1877).

Considerato che l’infezione letale deve ritenersi verificata durante il primo ricovero, terminato l’11.5.2019, mentre il [REDACTED] tale lasso temporale, dunque, deve ritenersi insussistente e, pertanto, non andrà riconosciuta la voce di danno.

Il danno morale soggettivo derivante dalla sofferenza spirituale patita dalla vittima nell’avvicinarsi al fine vita (c.d. danno catastrofale) anche non può ritenersi provato atteso che dalle cartelle cliniche emerge come, dal momento dello shock settico, il paziente non abbia avuto una “*lucida e cosciente percezione dell’ineluttabilità della propria fine*” (*ex multis*, Cass. civ., sez. III, 13 giugno 2014 n. 13537).

Quanto al danno c.d. tanatologico, e cioè da perdita della vita, questo giudice non può che aderire alla ormai consolidata giurisprudenza che lo esclude. Il riferimento è, in particolare, alla nota pronuncia a Sezioni Unite n. 15350 del 2015, in cui è chiarito che - costituendo la vita bene autonomo e diverso dal bene salute, fruibile unicamente dal titolare ed insuscettibile di risarcimento per equivalente - ove il decesso si verifichi immediatamente o dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali, deve escludersi la risarcibilità *iure hereditatis* di tale pregiudizio, in ragione - nel primo caso - dell’assenza del soggetto al quale sia collegabile la perdita del bene e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio, ovvero - nel secondo - della mancanza di utilità di uno spazio di vita brevissimo.

Devono, in definitiva riconoscersi i seguenti importi: euro 219.016,00 in favore di **Parte_1**
euro 258.126,00 in favore di **Parte_2** e altrettanti in favore di **Parte_3**

Venendo alla quantificazione degli interessi saranno dovuti quelli al saggio legale sulle somme indicate, previa devalutazione al momento del decesso e progressiva rivalutazione anno per anno sino alla data di pubblicazione della presente sentenza, che converte il debito di valore in debito di valuta.

Dal dì di comunicazione della presente sentenza, sugli importi predetti saranno inoltre dovuti interessi al saggio legale sino al soddisfo.

Quanto alle spese di lite, le stesse seguono la soccombenza e tengono conto del valore in concreto della causa. I parametri da applicare sono quelli previsti dal d.m. 147/2022 nello scaglione di valore da 520.001 a 1.000.000 ma senza applicazione della fase istruttoria per la quale non è stata posta in essere alcuna attività.

PQM

Il Tribunale, definitivamente pronunciandosi, ogni altra istanza, domanda ed eccezione disattesa, così ha deciso:

- Accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna parte resistente al pagamento in favore di [...] *Parte_1* della somma di euro 258.126,00 e in favore di *Parte_2* e *Parte_3* di euro 219.016,00 ciascuno, oltre interessi nella misura indicata in parte motiva oltre al pagamento in favore dei ricorrenti in solido della somma di euro 2861,64 oltre accessori se dovuti come liquidati nel corso del procedimento di istruzione preventiva;
- Condanna parte resistente al pagamento delle spese di lite in favore del procuratore antistatario che si liquidano in euro 15.659,00 oltre accessori di legge se previsti.

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso, in Salerno, il 31.1.2026

IL GIUDICE
MICHELE PALAGANO