REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI SIRACUSA

SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Siracusa, in persona del Giudice dott.ssa Giulia Pesce, ha emesso la seguente

SENTENZA

nel giudizio iscritto al n. 737/2025 R.G.

promosso da

Parte_1 , [redacted] *Parte_2* , [redacted] e *Parte_3* , [redacted] tutti rappresentati e difesi dall'avvocato [redacted] ed elettivamente domiciliati all'indirizzo PEC *Email_1* giusta procura in atti;

ricorrenti

contro

Controparte_1 , in persona del legale rappresentante *pro tempore*, partita iva *P.IVA_1* con sede in *CP_1* [redacted] rappresentata e difesa dall'avvocato [redacted] ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Mazzarino, [redacted] giusta procura in atti.

resistente

CONCLUSIONI

Con note di trattazione scritta depositate *ex* art. 127 *ter* c.p.c. le parti hanno precisato le proprie conclusioni e, con provvedimento del 16/4/2026, la causa è stata posta in decisione ai sensi dell'art. 281 *sexies* comma terzo c.p.c.

CONCISA ESPOSIZIONE DELLE RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

(ART. 132 C.P.C.)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

1. Con ricorso depositato *ex* art. 281 *decies* c.p.c. *Parte_1* *Parte_2* e *Parte_3* hanno convenuto in giudizio innanzi all'intestato Tribunale l' *[...]* *Controparte_1*, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, chiedendo di accertare la responsabilità dei sanitari dell'ospedale [redacted] di *CP_1* nella causazione delle lesioni e del successivo [redacted] *Persona_1* [redacted] con condanna della stessa al risarcimento dei danni patiti sia *iure proprio* sia *iure hereditatis*.

Hanno, infatti, evidenziato che nel corso della degenza si sono verificati – oltre alla incompleta compilazione della "scheda di valutazione del rischio di caduta" – due episodi di cadute e la contrazione di infezioni nosocomiali.

A sostegno delle proposte domande hanno rilevato che la responsabilità dei sanitari è stata accertata in seno al giudizio incoato *ex* artt. 696 *bis* c.p.c. e 8 l. 24/2017 innanzi a questo Tribunale ed iscritto al n. 1723/2023 R.G.

Ed infatti con relazione medico – legale depositata il 4/12/2024 il collegio peritale – constatata l'impossibilità di definire in via conciliativa la lite – ha riscontrato delle negligenze professionali consumate ai danni del *de cuius*.

Hanno, quindi, chiesto condannarsi l' *Controparte_2* al risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale – da liquidarsi in € 351.990,00 in favore di *[...]* *Parte_1* € 375.456,00 ciascuno in favore dei figli *Parte_2* e *Pt_3* *[...]* – nonché *iure hereditatis* al risarcimento del danno biologico per le sofferenze patite dal *de cuius* nel periodo di 22 giorni decorrenti dal ricovero nel reparto di Rianimazione fino all'intervenuto decesso e il relativo danno catastrofale.

Con comparsa di costituzione e risposta depositata l'8/9/2025 si è costituita in giudizio la resistente, contestando la domanda attorea. Ed in particolare ha eccepito la violazione del termine *ex* art. 8 comma 3 l. 24/2017, non essendo stato depositato il ricorso nel termine di novanta giorni dal deposito della relazione o dal termine perentorio di sei mesi per la chiusura della procedura; nonché la prescrizione del diritto al risarcimento del danno richiesto *iure proprio* – ossia quello parentale –, stante la mancata conservazione dell'effetto interruttivo del procedimento per ATP. Nel merito ha chiesto dichiararsi l'insussistenza di alcuna responsabilità in capo ai sanitari del Presidio Ospedaliero [redacted] di *CP_1* e il rigetto della domanda in quanto infondata; in subordine la riduzione del *quantum* risarcibile relativamente alle voci di danno indicate da parte dei ricorrenti.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

All'udienza del 17/9/2025 la causa – ritenuta matura per la decisione – è stata rinviata per discussione orale e decisione all'udienza dell'15/4/2026 da svolgersi mediante deposito di note di trattazione scritta *ex* art. 127 *ter* c.p.c.

Con ordinanza del 16/4/2026 la causa è stata posta in decisione ai sensi dell'art. 281 *sexies* comma 3 c.p.c.

2. Esposti i fatti, occorre esaminare in via preliminare le eccezioni formulate da parte dell' *[...] CP_2* .

2.1. In primo luogo, la struttura sanitaria convenuta ha eccepito l'estinzione del procedimento di accertamento tecnico preventivo per violazione del termine di cui all'art. 8 comma 3 l. 24/2017.

Secondo la ricostruzione offerta da parte resistente, essendo stato depositato il ricorso per ATP nell'aprile 2023, i ricorrenti avrebbero dovuto manifestare il proprio interesse alla prosecuzione del giudizio – depositando il ricorso per l'introduzione del giudizio di merito – entro gennaio 2024, ancor prima del completamento dell'anzidetto procedimento; ed invece il ricorso è stato depositato a febbraio 2025, a seguito del deposito della c.t.u., determinando in tal modo il venir meno degli effetti retroattivi sostanziali e processuali della domanda e la conseguente estinzione del procedimento.

La predetta norma statuisce che "*Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 281-undecies del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e procede con le forme del rito semplificato di cognizione a norma degli articoli 281-decies e seguenti del codice di procedura civile*".

La condizione di procedibilità deve ritenersi, quindi, assolta con la conclusione del procedimento per ATP o con il decorso del termine di sei mesi.

Ritiene questo Giudice che la norma vada interpretata nel senso che all'inutile decorso del termine di 90 giorni consegua solo il venir meno della salvezza degli effetti della domanda, ossia ad esempio la sospensione-interruzione della prescrizione durante il procedimento di accertamento tecnico preventivo. Quindi, quando la norma afferma che la domanda "diviene procedibile" si riferisce alla parte della disposizione che la precede, nel senso che la domanda diviene procedibile dopo l'esito negativo della conciliazione o dopo il decorso del termine

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

semestrale; quando invece afferma “e sono fatti salvi gli effetti della domanda” fa riferimento al rispetto del termine di 90 giorni.

L’osservanza del termine di 90 giorni rileva, dunque, solo ai fini della salvezza degli effetti della domanda, divenuta procedibile definitivamente con l’esito negativo della conciliazione o con l’inutile decorso semestrale per il deposito della relazione.

Di converso, al mancato rispetto del termine di novanta giorni consegue esclusivamente il venir meno degli effetti della domanda in quella sede proposta, con la conseguenza che, in caso di mancato rispetto del termine di novanta giorni, la domanda, pur procedibile, produce *ex novo* i propri effetti sostanziali e processuali dalla data di introduzione del giudizio di cognizione. Va altresì escluso che il termine di novanta giorni abbia natura perentoria, essendo ciò previsto dal legislatore con esclusivo riferimento al termine di sei mesi fissato per la conclusione del procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c. (vedi Tribunale Bologna n.1474/2025 secondo cui *“Il rispetto del termine di cui all'art. 8, comma 3, della L. 24/2017 non condiziona la procedibilità del ricorso ex art. 702-bis c.p.c.. L'osservanza del termine previsto ha la sola finalità di mantenere inalterata la continuità degli effetti giuridici già prodotti dalla domanda proposta in sede di accertamento tecnico preventivo, assicurandone la proiezione nel giudizio di merito senza alcuna soluzione di continuità*”).

In altri termini, se il ricorrente ha introdotto il procedimento di merito oltre i novanta giorni, semplicemente non si avrà quell'ancoraggio alla domanda originaria e la domanda produrrà i propri effetti soltanto dal momento dell'introduzione del giudizio di merito e non da quello precedente del deposito del ricorso per a.t.p., non potendosi applicare sanzioni processuali più gravi, quale quella di onerare l’interessato di instaurare un altro processo, in evidente contrasto con il principio di conservazione degli atti giudiziari, di efficienza della macchina giudiziaria e di ragionevole durata del processo.

Peraltro, ad avviso di questo giudice le esigenze di celerità sottese al termine di novanta giorni non possono elidere in radice il diritto ad agire di chi si afferma danneggiato, avendo il legislatore previsto una sanzione per la violazione in questione, rappresentata, come osservato, dalla mera perdita degli effetti della domanda.

Parimenti infondata è l’eccezione subordinata secondo cui la ricorrente non potrebbe “ancorare il presente giudizio a quello di accertamento tecnico preventivo e valersi, quindi, dei suoi risultati, compreso l’elaborato peritale a cui si richiama”, nel senso voluto dalla convenuta, in

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

quanto l'inammissibilità e/o inutilizzabilità della relazione pur depositata a conclusione del procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c. è sanzione non prevista dall'art. 8, L. n. 24/2017.

Deve, quindi, ritenersi superata la questione inerente alla ammissibilità del presente ricorso, potendo l'eventuale deposito dello stesso oltre il termine previsto dalla legge determinare al più la perdita degli effetti della domanda.

2.2. Parte resistente ha, altresì, fatto derivare da tale conclusione anche l'ulteriore conseguenza della prescrizione del diritto al risarcimento dei danni *iure proprio*, richiesti da parte degli attori non potendosi all'uopo applicare il termine più lungo previsto dall'art. 2497 comma 3 c.c. o comunque – anche applicando lo stesso – essendo spirato al momento del deposito del ricorso per l'instaurazione del rito semplificato, stante il venir meno degli effetti ricollegati alla proposizione della domanda di accertamento tecnico preventivo.

Orbene, sul punto giova evidenziare quanto segue.

A fronte di tale eccezione, parte ricorrente ha tempestivamente contestato la tardività della costituzione di parte resistente evidenziando che la stessa sia avvenuta oltre il termine di dieci giorni prima della udienza fissata per la comparizione delle parti, con ciò escludendo la possibilità di sollevare eccezioni in senso stretto e potendosi conseguentemente limitare solo a spiegare mere difese.

Tale conclusione merita di essere condivisa.

Con decreto emesso in data 7/3/2025 il Giudice istruttore ha, infatti, fissato la comparizione delle parti all'udienza del 17/9/2025, assegnando alla resistente termine fino a dieci giorni – conformemente a quello previsto dalla legge – prima della predetta udienza per costituirsi.

Considerando che la convenuta si è costituita in data 8/9/2025 – ossia oltre il termine imposto – tale costituzione deve ritenersi tardiva e con essa anche l'eccezione di prescrizione, in quanto non rilevabile d'ufficio dal Giudice ma sottoposta al regime delle eccezioni in senso stretto.

Né può condividersi quanto affermato da parte convenuta in seno alla memoria conclusiva autorizzata secondo cui "*l'eccezione di prescrizione non si esaurirebbe in una mera eccezione in senso stretto, ma si configura come una difesa complessa fondata sull'applicazione di norme imperative e su dati cronologici oggetti ed incontestati, essendo evidente la natura di eccezione in senso stretto*".

È vero che la costituzione del resistente oltre il termine non impedisce di spiegare difese – le quali pertanto vanno considerate ammissibili – ma comporta quale conseguenza la decadenza dalla possibilità di sollevare eccezioni in senso stretto, tra le quali rientra certamente la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

prescrizione (cfr. Cass. "*l'eccezione di prescrizione, in quanto eccezione in senso stretto, deve fondarsi su fatti allegati dalla parte, quand'anche suscettibili di diversa qualificazione da parte del giudice. Ne consegue che il debitore, ove eccepisca la prescrizione del credito, ha l'onere di allegare e provare il fatto che, permettendo l'esercizio del diritto, determina l'inizio della decorrenza del termine ai sensi dell'art. 2935 c.c., restando escluso che il giudice possa accogliere l'eccezione sulla base di un fatto diverso, conosciuto attraverso un documento prodotto ad altri fini da diversa parte in causa*" (cfr. Cass. n. 16326 del 2019; n.5413/2021), la quale va pertanto dichiarata inammissibile in quanto tardivamente proposta da parte del resistente.

3. Procedendo, dunque, ad esaminare il merito della controversia oggetto del presente procedimento, deve ritenersi che la domanda formulata dai ricorrenti sia fondata per quanto si dirà.

Nel caso di specie i ricorrenti hanno denunciato il comportamento colposo dei sanitari dell'ospedale [redacted] di *CP_1*, consistito – secondo la loro ricostruzione – in un'errata gestione del paziente *Persona_1*, a partire dal suo ricovero in data 9/2/2017 presso l'U.O. chirurgia vascolare della predetta struttura sanitaria e da cui è poi scaturito il decesso del paziente.

È noto che in materia di responsabilità sanitaria, con riguardo al rapporto che si instaura tra il paziente e la struttura, è stata la giurisprudenza della Suprema Corte ad aver sempre ravvisato la sua fonte nel contratto atipico c.d. di spedalità, concluso tra le parti anche per *facta concludentia*, ossia mediante la mera accettazione del malato presso la struttura. Si tratta di un contratto atipico a prestazioni corrispettive da cui insorgono a carico della casa di cura o dell'ente, accanto a quelli di tipo "*lato sensu*" alberghieri, obblighi delle cure mediche e di quelle chirurgiche, 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.

Ne consegue che la responsabilità della casa di cura o dell'ente nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale (Cass. n.13953/2007; Cass n. 10616/2012; Cass n. 18610/2015).

L'inquadramento del rapporto in ambito contrattuale, anziché in quello extracontrattuale, comporta che si seguano i criteri generali per il riparto dell'onere probatorio, e conseguentemente il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, il risarcimento del danno ovvero l'adempimento deve dare prova della fonte negoziale o legale del suo diritto e può limitarsi alla mera allegazione dell'inadempimento della controparte, oltre a dimostrarne la sua efficacia causale, ossia il nesso causale tra l'inadempimento, o meglio tra la condotta del professionista, ed il pregiudizio lamentato (Cass. 12760/ 2024; Cass. 2114/ 2024; Cass. 10050/ 2022); il debitore invece è gravato dall'onere di provare il fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.

Nell'ambito della responsabilità per attività sanitaria, dunque, il danneggiato è tenuto a provare il nesso causale tra l'inadempimento dei sanitari e l'evento dannoso, mentre incombe sulla struttura convenuta, ove tale prova sia fornita, l'onere di dimostrare l'assenza del suddetto legame eziologico, per essersi verificato l'evento per cause ad essa non imputabili (cfr. Cass. ord. 21511/2024). Ricade viceversa sulla struttura, che intenda liberarsi dall'obbligazione risarcitoria, l'onere di provare di aver correttamente adempiuto o che quegli esiti siano derivati da un evento imprevisto o imprevedibile, non imputabile o non riconducibile alla condotta sanitaria.

Ed in particolare l'accertamento del nesso causale è improntato al criterio giuridico del "più probabile che non", il quale impone al giudice di dare prevalenza alla spiegazione causale che si presenta come più probabile, tenuto conto della comparazione tra le diverse spiegazioni alternative, attenendosi nella valutazione ad un concetto di probabilità non necessariamente statistico, ma altresì logico, tale per cui, nella comparazione tra due o più possibili spiegazioni di un evento, una di esse prevale sulle altre in ragione dei suoi riscontri probatori o della sua coerenza intrinseca o di altro criterio di giudizio valido a sorreggere la decisione (Cass. sent. 25805/2024).

L'indagine del giudice deve tenere distinta la dimensione della causalità da quella dell'evento di danno e deve altresì adeguatamente valutare il grado di incertezza dell'una e dell'altra, muovendo dalla previa e necessaria indagine sul nesso causale tra la condotta e l'evento, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", e procedendo, poi, all'identificazione dell'evento di danno, la cui riconducibilità al concetto di chance postula una incertezza del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

risultato sperato, e non già il mancato risultato stesso, in presenza del quale non è lecito discorrere di una chance perduta, ma di un altro e diverso danno; ne consegue che, provato il nesso causale rispetto ad un evento di danno accertato nella sua esistenza e nelle sue conseguenze dannose risarcibili, il risarcimento di quel danno sarà dovuto integralmente (Cass. sent. n.5641/2018).

Con specifico riguardo all'onere della prova del nesso di causalità, deve osservarsi che, secondo uniforme e recente giurisprudenza di legittimità, "*in tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione"* (cass. sez. III. Sent. 28991/2019).

Ed ancor più di recente è stato chiarito che "*Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il nesso di causalità materiale che il creditore della prestazione professionale deve provare è quello fra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218)*" (Cass. sez. III ord. 27142/2024).

Coniugati così i principi di diritto può adesso procedersi ad un esame nel merito della questione.

È, dunque, opportuno distinguere le pretese azionate dai ricorrenti *iure hereditatis*, da quelle dagli stessi azionate *iure proprio*.

Ebbene, l'azione di responsabilità per i danni subiti dagli odierni ricorrenti *iure hereditatis* deve essere correttamente qualificata come azione di responsabilità contrattuale, in quanto gli stessi,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

agendo in qualità di eredi di *Persona_1*, fanno valere pretese che si erano già consolidate nella sfera giuridica della loro cd. dante causa quali crediti frutto dell'asserito inadempimento, da parte della struttura sanitaria, del contratto cd. di spedalità con la stessa concluso.

Viceversa, l'azione di responsabilità dagli stessi spiegata *iure proprio* - per ottenere il risarcimento delle conseguenze pregiudizievoli subite nella propria sfera giuridica quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria nei confronti del *de cuius* - non è quella di responsabilità contrattuale, spettante unicamente al paziente che ha concluso il contratto, bensì quella di responsabilità extracontrattuale (v., in tal senso, da ultimo Cass. civ., n. 11320/2022).

Ciò provoca importanti ricadute sul piano del riparto probatorio.

I ricorrenti, infatti, agendo ai sensi dell'art. 1218 c.c., non sono onerati di provare l'inadempimento o l'inesatto adempimento della struttura, gravando su quest'ultima l'onere di provare il proprio esatto adempimento.

La previsione dell'art. 1218 c.c., però, solleva il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) unicamente dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causalità tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento.

Secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, infatti, in tema di responsabilità medica "è onere del creditore-attore dimostrare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del professionista è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno lamentato" (v., in tal senso: Cass. civ., Sez. III, n. 10050/2022).

Ne deriva che i ricorrenti, per i danni subiti *iure hereditatis*, sono chiamati a provare esclusivamente la sussistenza del nesso causale.

Viceversa, l'azione di responsabilità spiegata per il risarcimento del danno da perdita parentale comporta un onere più stringente per i ricorrenti che agiscono in proprio, i quali devono provare, infatti, la sussistenza di tutti gli elementi costitutivi della fattispecie di cui all'art. 2043 c.c., compresa la colpa dei sanitari.

L'odierno processo trae origine dall'accesso di *CP_3* presso l'U.O. chirurgia vascolare dell'ospedale [redacted] di *CP_1* per sottoporsi ad una visita specialistica a seguito della quale riscontrata la "*gangrena diabetica secondo dito piede sn*" ne veniva immediatamente disposto il ricovero urgente presso la medesima struttura sanitaria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

Nei giorni successivi il paziente ha subito due cadute, la prima senza riportare danni apparenti e la seconda invece che causava delle lesioni consistite in "*Frattura basicervicale scomposta del femore sinistro Frattura composta branca ischio-pubica sinistra Frattura composta parete anteriore dell'acetabolo sinistro. Frattura quarta e quinta costa sinistra*".

A seguito di una subentrata insufficienza respiratoria, in data 15/2/2017 il paziente è stato trasferito nell' *Controparte_4* dello stesso nosocomio e subito sottoposto ad intubazione oro-tracheale.

Successivamente gli esami colturali hanno evidenziato la contaminazione da " *Controparte_5* " e " *Persona_2* e *Persona_3* *[...]* con progressivo peggioramento che ha portato al [redacted]

Gli attori hanno asserito con certezza la derivazione del suddetto esito dal negligente comportamento professionale posto in essere dai sanitari, tenuto conto della caduta del paziente all'interno dell'ospedale e delle infezioni ivi contratte, che ne hanno causato il decesso; hanno a tal fine allegato la perizia resa nel procedimento di ATP.

Ai fini dell'accoglimento della richiesta risarcitoria formulata nel presente giudizio è necessario, quindi, valutare anzitutto se il decesso del paziente possa essere ricondotto alla negligente condotta tenuta dai sanitari che hanno trattato *Parte_4* presso la struttura sanitaria convenuta ovvero se lo stesso sia dipeso da fattori non imputabili.

Costituisce, questo, il punto dirimente della controversia considerato che parte convenuta, nella memoria di costituzione in giudizio, - confutando le conclusioni raggiunte in sede di accertamento tecnico preventivo – ha dedotto l'assenza di un nesso causale tra la condotta tenuta dai sanitari e il decesso del paziente, considerando le particolari condizioni in cui versava il paziente già al momento dell'ingresso presso la struttura sanitaria, la sua non collaborazione durante i giorni del ricovero e il difetto di prova in ordine alla origine nosocomiale delle infezioni rilevate

Occorre, quindi, riferirsi alla consulenza medico-legale disposta nel corso giudizio di accertamento tecnico preventivo, che si è occupata precipuamente di analizzare la documentazione prodotta dalle parti e di accertare la sussistenza di elementi di responsabilità in capo ai sanitari e del dedotto nesso di causalità.

In primo luogo il collegio nominato ha ricostruito il decorso di eventi verificatisi dall'atto del ricovero del paziente nella struttura sanitaria fino all'intervenuto decesso, affermando che "*Al momento del primo contatto con la struttura sanitaria resistente dai dati anamnestici il paziente*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

era affetto da diabete mellito tipo 2 ID, cardiopatia ipertensiva, ipoacusia bilaterale, recente ictus cerebrale emilato sinistro, successivamente recuperato, non deficit, dislipidemia, aritmia da fibrillazione atriale parossistica. Dall' esame obiettivo generale le condizioni mediocri, condotto in sedia a rotelle, vigile orientato nel tempo e nello spazio, completamente autonomo, eupnoico, si alza, lo stato della cute era integro". Ed hanno ulteriormente osservato che "*L'intervento chirurgico non è stato eseguito per sopraggiunta una prima caduta intorno alle ore 6 del mattino ed una seconda caduta alle ore 10,14 dello stesso giorno (10.02.2017); dalla TC si evidenziava: Frattura basicervicale scomposta femore sinistro, frattura composta branca ischio-pubica, frattura composta parete anteriore dell'acetabolo, frattura 4^ e 5^ arco costale di sinistra. Il 14.02.2017 per le condizioni scadenti e lo stato soporoso veniva trasferito c\o* CP_6 *i Anestesia e Rianimazione dello stesso nosocomio*".

Successivamente "*Il 15.02.2017 trasferimento presso U.O.C. di Anestesia e Rianimazione con diagnosi presunta di stato di coma, (all'ingresso del 9/2/17 "all'esame obiettivo generale le condizioni mediocri, condotto in sedia a rotelle, vigile orientato nel tempo e nello spazio, completamente autonomo, eupnoico, si alza, lo stato della cute era integro) insufficienza respiratoria. Lo stesso giorno si esegue il lavaggio broncoalveolare (BAL) positivo per Pseudomonas aeruginosa tampone nasale e tampone rettale negativi. Si incannula cvc in giugulare dx eco-guidata: il 23.02.2017 lavaggio BAL positivo al Pseudomonas aeruginosa sensibile solo alla colistina e gentamicina e viene eseguita medicazione ulcera da decubito sacrale stadio 2b. Rx torace: al controllo odiern , a confronto con il precedente del 20.02.2017, si apprezza accentuazione della trama bronco-vasale, più marcata in sede parailare-basale, ili ampi addensati, paziente febbrile. Il 01.03.2017 emocoltura positiva a Klebsiella pneumoniae resistente a tutti gli antibiotici testati con antibiogramma, esame colturale BAL positivo a Cryptococcus laurenti e Klebsiella pneumoniae ceppo produttore di betalattamasi a spettro esteso, sensibile solo a Tygacil e Fosfomicina. Rx torace: Aree di addensamento parenchimale in regione basale destra di tipo flogistico. Il 06.03.2017 quadro grave ventilato in PC scambi polmonari scadenti. Il 08.03.2017 paziente in gravi condizioni generali con insufficienza renale acuta oligo anurica multifattoriale, acidosi metabolica ed iperpotassiemia. Il* [redacted] *marcata bradicardia seguita da arresto cardiaco. Si praticano manovre rianimatorie secondo protocollo ACLS ma non si ha ripresa di attività cardiaca valida; si constata l'exitus*".

I cc.tt.uu. nominati hanno poi delineato alcune note cliniche di tale complicanza chiarendo che "*Per "infezione" si intende l'invasione e la moltiplicazione di microrganismi con eventuale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

invasione dei tessuti e reazione infiammatoria, con distrettuale presenza di linfangiti o adenopatie e con presenza dell'agente patogeno nel sangue. L'infezione va distinta dalla «colonizzazione» definita come la moltiplicazione a livello locale di microrganismi senza apparenti reazioni tessutali o sintomi clinici. Tali infezioni rappresentano l'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie di natura invasiva (es. cateteri) che, se da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. Un altro elemento cruciale da considerare l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico. Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono età (neonati, anziani), altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale), malnutrizione; traumi, ustioni; alterazioni dello stato di coscienza; trapianti d''organo"; ed in particolare evidenziando che "*Nel caso che ci occupa, l'infezione correlata all'assistenza è sostenuta inizialmente da K. pneumoniae un patogeno opportunista che, normalmente, colonizza l''apparato gastrointestinale umano, la cute e il tratto respiratorio superiore. La maggior parte delle infezioni causate da K. Pneumoniae sono ospedaliere ed includono, principalmente, infezioni dell'apparato respiratorio e batteriemie associate a un'alta mortalità. Nel tempo pneumoniae ha sviluppato resistenza a diverse classi di antibiotici, limitando cos le opzioni terapeutiche disponibili. La produzione di beta-lattamasi di classe A rende il batterio intrinsecamente resistente alle penicilline e alle cefalosporine a spettro ristretto. Negli ultimi anni la produzione di ESBL capaci di rendere inefficaci i beta- lattamici ad ampio spettro, incluse le cefalosporine di terza generazione, ha aumentato il ricorso ai carbapenemi e, quindi, favorito la rapida diffusione delle resistenze a quest'ultima*".

Nel ricostruire la vicenda sottesa al presente giudizio hanno chiarito che "*Si deve ritenere che l'infezione da Klebsiella pneumoniae e Pseudomonas aeruginosa, ha condotto all' insufficienza polmonare acuta, c\o U.O.C. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale* [redacted] *. Con elevate probabilità logiche e scientifiche, in un'ottica quindi del "più probabile che non" l'infezione può essere ascritta a mancata vigilanza e caduta con poli trauma ad una falla nell'attuazione di eventuali protocolli antisepsi ed alla contrazione di germi allert resistenti, presenti in ambiente ospedaliero, che ha favorito l'attecchimento di più microrganismi, che hanno causato l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria acuta. Nel corso del periodo di osservazione il paziente andava incontro ad una prima caduta intorno alle ore 6 del mattino ed*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

una seconda caduta alle ore 10,14 dello stesso giorno (10.02.2017); dalla TC si evidenziava: Frattura basicervicale scomposta femore sinistro, frattura composta branca ischio-pubica, frattura composta parete anteriore dell'acetabolo, frattura 4^ e 5^ arco costale di sinistra. Le suddette lesioni allungavano il periodo di ricovero. Tale evento traumatico ha influito sul decesso congiuntamente alle infezioni nosocomiali, di questo sono responsabili tutte le figure sanitarie che in quel momento avevano in cura, a vario titolo, il Sig. Persona_1 *presso l'ospedale* [redacted] *Reparto Chirurgia Vascolare di* CP_1 *ed il loro inidoneo comportamento va comunque censurato; la scheda di valutazione del rischio caduta di paziente ospedalizzato risultava compilata solo nella prima parte, non datata e non firmata. Le turbe circolatorie periferiche e la lesione del bacino e dell'anca sinistra predisponevano il paziente ad alcune complicanze dell'allettamento (piaghe da decubito) e a sepsi*".

Il collegio nominato ha, dunque, individuato profili di responsabilità in capo al personale in servizio ed ha così concluso "*Sussiste nesso causale tra il decesso di* Persona_1 *e le condotte tenute (o le condotte doverose non tenute) dai sanitari che l'ebbero in cura in quanto non vi fu un controllo corretto delle infezioni nosocomiali che portarono al decesso il ricorrente per insufficienza multi organo (MOF) da sepsi e colpa in vigilando per aver omesso attenta vigilanza causando due cadute con "* Parte_5 *[...] ,* Parte_6 *, [...]* Parte_7 *" ; sospetta frattura 4° e 5° arco costale di sinistra e doveroso ricovero in rianimazione. l t Va sottolineato che il deceduto era affetto al momento del ricovero da Esiti di tus sx" ed all''ecocolordoppler "At r "st s ult pl t b l s us r t " (oltre a sx") e* Parte_8 *" .Patologie stabilizzate e passibili di trattamento medico chirurgico*".

Nel caso in esame, dunque, è stato ravvisato in capo ai sanitari un comportamento colposo consistito nella omissione dell'attività di controllo delle infezioni nosocomiali, poi contratte dal paziente e che ne hanno portato al decesso.

A tal fine non colgono nel segno le obiezioni sollevate dai consulenti tecnici di parte convenuta i quali – contestando le conclusioni raggiunte dai consulenti d'ufficio – hanno rilevato le condizioni particolarmente gravi cui si trovava il paziente al momento del ricovero, tale da essere definito quale paziente fragile con elevato indice di rischio di mortalità.

Sul punto il collegio nominato ha evidenziato che invero proprio la condizione "fragile" del paziente avrebbe dovuto comportare una maggiore attenzione nella sua gestione nonché nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

tenere l'ambiente quanto più possibile sterile; ed altresì che "*Va sottolineato che il deceduto era affetto al momento del ricovero da Esiti di tus sx" ed all"ecocolordoppler "At r "st s ult pl t b l s us r t " (oltre a sx") e GANGRENA* Parte_8 *SECONDO DITO PIEDE N" .Patologie stabilizzate e passibili di trattamento medico chirurgico*".

Rispetto al nesso di causalità derivante dalle cadute del paziente, i c.t.p. di parte convenuta hanno osservato che il paziente aveva già riportato in precedenza delle cadute di natura accidentale e pertanto la incompletezza nella compilazione della scheda sul rischio caduta non avrebbe potuto avere alcuna incidenza. Parimenti hanno rilevato che a seguito della insorgenza delle infezioni è stata iniziata terapia antibiotica efficace.

Alla luce delle osservazioni dei consulenti tecnici di parte il collegio peritale ha così concluso "*L'evento traumatico non abbia in alcun modo influito sul decesso, di questo sono responsabili tutte le figure sanitarie che in quel momento avevano in cura, a vario titolo, il Sig.* Per_1 *[...] presso l'ospedale* [redacted] *Reparto Chirurgia Vascolare di* CP_1 *ed il loro inidoneo comportamento va comunque censurato; Il decesso del Sig.* Per_1 *è scaturito, secondo il criterio civilistico "del più probabile che non" alla contrazione dell'infezione in ambiente ospedaliero*".

In tal modo, dunque, è stato escluso – sebbene la scheda tecnica del rischio caduta sia stata compilata solo parzialmente e siano intervenute due cadute del paziente – il nesso eziologico tra gli eventi traumatici riportati e il decesso del paziente, pur ravvisando un comportamento non idoneo tenuto da parte dei sanitari; il decesso è stato, in ultima analisi, ricondotto alle infezioni contratte.

Ebbene, alla luce dei dati oggettivi ed inconfutabili forniti dai cc.tt.uu. non può che affermarsi la sussistenza del nesso causale tra le infezioni nosocomiali contratte da parte del paziente e il decesso dello stesso.

In particolare, una falla nell'attuazione di eventuali protocolli antisepsi ed alla contrazione di germi allert resistenti, presenti in ambiente ospedaliero, che ha favorito l'attecchimento di più microrganismi, che hanno causato l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria acuta.

Alla luce di quanto sopra esposto, si condividono le conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu. in ordine alla sussistenza del nesso di causalità tra la condotta colposa dei sanitari e il decesso del paziente, atteso che il decesso va considerato eziologicamente collegato alla contrazione di una infezione nosocomiale; non si ravvisano ragioni per discostarsi dalle conclusioni dei CTU, essendo le stesse frutto di un articolato ed approfondito esame di natura tecnica, condotto in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

continua aderenza alla documentazione sanitaria agli atti di causa, esaustivamente motivate, anche nelle repliche ai CTP, scevre da vizi di natura logica ed esplicite nei parametri scientifici adottati.

A seguito delle osservazioni sollevate dai c.t.p., il collegio peritale ha chiarito che le cadute subite dal paziente non hanno determinato il verificarsi del decesso il quale è dipeso – secondo il criterio del più probabile che non – solo dalla contrazione dell'infezione in ambiente ospedaliero, ravvisando comunque un comportamento "inidoneo" tenuto da parte dei sanitari in ordine alla gestione del paziente.

Relativamente alle censure relative alla prova dell'origine nosocomiale dell'infezione giova osservare che sul punto la giurisprudenza di legittimità è chiara nell'affermare 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*" (cfr. Cass. n.5490/2023) ed ancora "*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 della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

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" (cfr. Cass. n. 1690072023, Cass. n.6386/2023).

Nel caso di specie l'azienda sanitaria convenuta ha evidenziato la riconducibilità dell'esito del decesso e il suo peggioramento alle condizioni cliniche, particolarmente gravi, che presentava il paziente già al momento dell'ingresso presso la struttura sanitaria.

Tuttavia, sul punto il collegio peritale ha condivisibilmente affermato che se non fosse sopraggiunta l'infezione nosocomiale il decorso clinico sarebbe stato secondo il criterio del "più probabile che non" favorevole.

Parimenti non è condivisibile l'assunto per cui "*Le infezioni nosocomiali, purtroppo non infrequenti in pazienti in Rianimazione, non possono automaticamente attribuirsi a colpa della struttura, in assenza di prova della violazione di protocolli specifici. Nessuna evidenza, in tal senso, è stata prodotta. Si ritiene, pertanto, che non è dimostrata l'origine nosocomiale delle infezioni rilevate, potendo trattarsi di colonizzazioni endogene tipiche di soggetti immunocompromessi e diabetici. In ogni caso, l'* CP_1 *aveva adottato protocolli di prevenzione ICA conformi alle linee guida ministeriali e non è onere della resistente dimostrare la sterilità assoluta dell'ambiente, bensì dei ricorrenti provare il nesso eziologico tra infezione e carenze organizzative*" (vedi pag. 8 comparsa di costituzione e risposta).

Ed infatti il collegio peritale ha evidenziato che "*in un'ottica quindi del "più probabile che non" l'infezione può essere ascritta ad una falla nell'attuazione di eventuali protocolli antisepsi ed alla contrazione di germi allert resistenti, presenti in ambiente ospedaliero, alla caduta che ha determinato: Frattura basicervicale scomposta femore sinistro, frattura composta branca ischio-pubica, frattura composta parete anteriore dell'acetabolo, frattura 4^ e 5^ arco costale di sn che ha favorito l'attecchimento di più microrganismi, che hanno causato l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria acuta in MOF*".

Deve ritenersi, dunque, che gli attori hanno provato che il *de cuius* è stato ricoverato presso l'ospedale [redacted] di CP_1 , che al momento del ricovero versava in condizioni cliniche complesse, che all'interno dell'ospedale si verificavano due cadute, che emergeva la contrazione di una infezione nosocomiale e che la terapia antibiotica somministrata non scongiurava la morte.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

A fronte della prova della contrazione in ambito ospedaliero della infezione, parte convenuta non ha offerto la prova liberatoria che era a suo carico, ovvero provare la riconducibilità ad una causa di impossibilità della prestazione imprevedibile e inevitabile intesa non come astratta predisposizione dei presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente.

Ne consegue, dunque, il riconoscimento della responsabilità in capo ai sanitari dell'ospedale [redacted] di *CP_1* .

4. Una volta accertata la responsabilità della convenuta per il procurato decesso del paziente, occorre esaminare la questione immediatamente conseguente che attiene alla quantificazione del danno non patrimoniale

Danno non patrimoniale

a) Danno parentale

Parte_1 *Parte_2* e *Parte_3* hanno avanzato domanda risarcitoria per il danno – patito *iure proprio* – da perdita del rapporto parentale essendo rispettivamente la prima coniuge del *de cuius* e gli altre due i figli.

Il danno parentale "*va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono, concretandosi esso nel vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra prossimi congiunti, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti* " (cfr. Cass. sent. n. 10107/2011).

Per quel che riguarda la quantificazione di tale pregiudizio, giova evidenziare il recente e consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, per il quale, "*in tema di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi, 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, con*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella" (Cass. Sent. n. 10579/2021; Cass. Ord. n. 26300/2021). Ed ancora Cass. ord. n.37009/2022 secondo cui "*Le tabelle di Milano pubblicate nel giugno del 2022 costituiscono idoneo criterio per la liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale, in quanto fondate su un sistema "a punto variabile" (il cui valore base è stato ricavato muovendo da quelli previsti dalla precedente formulazione "a forbice") che prevede l'attribuzione dei punti in funzione dei cinque parametri corrispondenti all'età della vittima primaria e secondaria, alla convivenza tra le stesse, alla sopravvivenza di altri congiunti e alla qualità e intensità della specifica relazione affettiva perduta, ferma restando la possibilità, per il giudice di merito, di discostarsene procedendo a una valutazione equitativa "pura", purché sorretta da adeguata motivazione*".

In tema di riconoscimento del danno non patrimoniale la morte di una persona fa presumere da sola, *ex* art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del "quantum debeatur"). Nei casi suddetti è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra foro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo (Cass. ord. 3767/2018). Naturalmente, nulla esclude che possano essere allegati elementi presuntivi, tali da far venir meno la presunzione di fatto derivante dall'esistenza del mero legame coniugale o parentale e dimostrare l'assenza di un legame affettivo tra la vittima e il superstite (cfr. Cass. sent. n.25541/2022).

Nel caso di specie, è pacifico che gli attori fossero rispettivamente il coniuge e i figli del *de cuius* e conseguentemente rispetto alla componente interiore del danno, costituita dalla sofferenza morale, opera la presunzione *iuris tantum* trattandosi di prossimi congiunti della vittima, che la resistente non ha superato, non avendo allegato né tantomeno provato alcuna circostanza da cui desumere l'assenza di un legame affettivo.

Al riguardo gli attori hanno allegato il certificato dello stato di famiglia di *Persona_1*, la dichiarazione di successione e il certificato di residenza aggiornato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

Effettivamente il certificato di famiglia prodotto in atti fa riferimento alla situazione del nucleo familiare alla data del 16/2/2017, dimostrando, dunque, la convivenza con riguardo al periodo concomitante e prossimo alla verificazione dell'evento dannoso.

Quanto alla liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, nel caso in esame, il Tribunale reputa di dover fare ricorso alla Tabella milanese per la liquidazione del danno non patrimoniale da morte di un congiunto.

La tabella individua il "valore punto" per il caso di perdita di genitori/figli/coniuge/assimilati rispettivamente di € 3.911,00 per il 2024.

Oltre ai dati di natura oggettiva è altresì prevista la possibilità di assegnare fino a un massimo di ulteriori 30 punti in relazione alla qualità e intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto, tenendo conto sia delle circostanze obiettive di cui ai parametri precedenti sia di ulteriori circostanze allegate e provate.

Nel caso di specie, invero non è stata articolata alcuna prova in ordine all'intensità della relazione dei ricorrenti con la vittima, essendo stata documentata solo la convivenza, con la conseguenza che, in difetto di specifiche allegazioni sul punto, appare corretto differenziare le posizioni dei ricorrenti, tenuto conto del diverso coinvolgimento del legame affettivo che può ritenersi presumibilmente esistente tra il *de cuius* e la moglie e tra il *de cuius* e i figli (cfr Corte d'Appello Catania n. 431/2025 "*non essendo stata nemmeno richiesta apposita istruttoria dagli appellati, e dovendosi soltanto ragionare in termini di presunzione della qualità ed intensità della relazione affettiva quale desumibile dagli altri parametri, va ad avviso della Corte distinta la posizione degli appartenenti al nucleo familiare primario della vittima (composto da 3 superstiti, n. 1 figlio minorenne e convivente, la moglie convivente ed una figlia maggiorenne, il cui rapporto, dal punto di vista quantitativo e qualitativo può presumersi tale da consentire il riconoscimento, per la sua perdita, rispettivamente di n. 15 punti, n. 15 punti e n. 10 punti)*").

Orbene, applicando le tabelle di Milano in relazione ai dati oggettivi sopra evidenziati età della vittima primaria al momento del decesso (66 anni) il risarcimento va riconosciuto secondo quanto segue.

Nel caso del coniuge del *de cuius* si ritiene che possano essere valorizzati, ai fini dell'attribuzione del predetto punteggio aggiuntivo, innanzitutto lo stato di convivenza e la durata del matrimonio (dal 1983), che consentono di presumere un'effettiva comunanza di vita e una particolare intensità della relazione affettiva. Si stima, pertanto, equo riconoscere sotto tale profilo ulteriori 10 punti.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

Pertanto, a *Parte_1* – sulla scorta di valore punto: € 3.911,00 X 16 punti (età della vittima primaria) + 16 punti (età della vittima secondaria) + 16 punti (convivenza) + 12 punti (due superstiti) + 15 punti -, si ritiene quindi di liquidare un danno non patrimoniale *iure proprio* pari a € 293.325,00 (€ 3.911,00 * 70 punti).

Rispetto alla posizione dei figli viene riconosciuto il punteggio aggiuntivo di 10, sulla scorta di quanto sopra richiamato.

Ne consegue, che con riferimento a *Parte_2* si deve tener conto del valore punto € 3.911,00 X 16 punti (età della vittima primaria) + 22 punti (età della vittima secondaria) + 16 (convivenza) + 12 punti (due superstiti) + 10 punti.

Alla luce di quanto precede si ritiene quindi di liquidare un danno non patrimoniale *iure proprio* pari a € 297.236,00 (€ 3.911,00 * 76 punti).

Con riferimento a *Parte_3* invece: valore punto € 3.911,00 X 16 punti (età della vittima primata) + 24 punti (età della vittima secondaria) + 16 (convivenza) + 12 punti (due superstiti) + 10 punti.

Alla luce di quanto precede si ritiene quindi di liquidare un danno non patrimoniale *iure proprio* pari a € 305.058,00 (€ 3.911,00 * 78 punti).

L'importo così liquidato con riferimento a ciascuno agli aventi diritto a titolo di danno parentale va maggiorato degli interessi compensativi da computarsi, in base alle modalità di calcolo stabilite dalle SS.UU. n. 1712 del 1995, sulla suddetta somma devalutata al momento del fatto dannoso (decesso di *Parte_3*) e via via annualmente rivalutata sino alla data della presente sentenza e dalla data della presente sentenza sono dovuti i soli interessi legali sino al soddisfo.

b) Danno *iure hereditatis*

Per ciò che attiene alla quantificazione del danno non patrimoniale di cui gli attori rivendicano il risarcimento *iure hereditatis* va richiamato l'indirizzo giurisprudenziale del Supremo Collegio secondo cui "*La persona ferita che non muoia immediatamente può acquistare e trasmettere agli eredi il diritto al risarcimento sia del danno biologico temporaneo - che di regola sussiste solo per sopravvivenze superiori alle 24 ore e deve essere accertato senza riguardo alla circostanza se la vittima sia rimasta o meno cosciente sia del danno non patrimoniale consistito nella formido mortis, che andrà verificato di caso in caso e che ricorrerà esclusivamente ove la vittima abbia avuto la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente*" (così Cass. n.34987/2022)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

Premesso ciò, occorre distinguere le due voci di danno richieste dai ricorrenti.

b1) Danno biologico temporaneo

I ricorrenti hanno formulato domanda di risarcimento del danno biologico temporaneo patito dal *de cuius*, stante il decorso di un apprezzabile lasso temporale tra i fatti generatori del danno, in particolare il ricovero in Rianimazione avvenuto in data 15/2/2017, e il [redacted]

La determinazione del risarcimento dovuto a titolo di danno biologico *iure hereditatis* nel caso in cui il danneggiato sia deceduto dopo un apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo va parametrata alla menomazione dell'integrità psicofisica patita dallo stesso per quel determinato periodo di tempo, con commisurazione all'inabilità temporanea da adeguare alle circostanze del caso concreto, tenuto conto del fatto che, detto danno, se pure temporaneo, ha raggiunto la massima entità ed intensità, senza possibilità di recupero, atteso l'esito mortale (Cass. n. 22228/2014; Cass. n. 15491/2014).

Nel caso in esame, tuttavia, le condizioni in cui versava il paziente già al momento dell'ingresso presso la struttura sanitaria, unitamente alla circostanza per cui il paziente sarebbe stato sottoposto ad un intervento chirurgico, fanno ritenere che comunque il soggetto si sarebbe trovato – per quel lasso di tempo – nella impossibilità di attendere alle ordinarie attività della vita quotidiana.

Peraltro, anche dalla c.t.u. depositata non è emerso chiaramente se il ricovero in rianimazione – e la conseguente degenza di 22 giorni– è derivato dalle cadute e conseguenti lesioni subite a seguito delle cadute – non eziologicamente collegate al decesso – ovvero alle infezioni nosocomiali poi riscontrate, che costituiscono la causa del decesso.

Ne consegue, dunque, che ad avviso di questo Giudice non può essere riconosciuto il risarcimento per tale voce di danno.

b2) Danno catastrofale

Va parimenti rigettata la richiesta di risarcimento del danno c.d. catastrofale.

Si ritiene in linea di principio che il danno subito dalla vittima, nell'ipotesi in cui la morte sopravvenga dopo apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo, sia configurabile e trasmissibile agli eredi nella duplice componente: di danno biologico "terminale", ossia di danno biologico da invalidità temporanea assoluta; e di danno morale, consistente nella sofferenza patita dal danneggiato che lucidamente e coscientemente assista allo spegnersi della propria vita, e quindi nella sofferenza psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

dell'*exitus*, se nel tempo che si dispiega tra la lesione e il decesso la persona si trovi in una condizione di "lucidità agonica", in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte.

Anche in ordine a tale voce di danno incombe quindi l'onere della prova in capo a chi lo richiede, ai sensi dell'art. 2697 cc. che può essere assolta anche mediante presunzioni, allegando una serie di elementi fattuali che, ove non contestati *ex adverso*, conducano a suffragare la invocata pretesa.

Ai fini della ricorrenza del danno catastrofale, che è pur sempre un danno conseguenza, è necessaria la dimostrazione dell'*an*, che presuppone la prova della "coerente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine" nello spatium temporis tra la lesione e la morte della vittima.

Tuttavia, nel caso in esame, manca qualsiasi prova della consapevolezza, in capo a *Pt_3 [...]* , della lucidità e coscienza sullo stato delle proprie condizioni e sull'approssimarsi della propria fine, considerato anche che al momento dell'ingresso nel reparto di Rianimazione il paziente si trovava già in stato di coma.

5. Quanto alle spese di lite, le stesse seguono il principio della soccombenza e vengono liquidate secondo i parametri del D.M. n. 55/2014, come modificato dal D.M. n.147/2022, sulla base del *decisum*– scaglione fino a 1.000.000,00 –, nella misura dei medi per le fasi di studio ed introduttiva e nella misura dei minimi per le fasi di trattazione e decisionale, considerando ridotta attività processuale svolta, anche in sede di discussione orale.

Relativamente alla difesa spiegata dal procuratore dei ricorrenti, il quale ha assistito congiuntamente tre soggetti aventi la medesima posizione processuale, per cui tuttavia non sono state esaminate specifiche e distinte questioni di fatto e di diritto, va richiamata la giurisprudenza di legittimità secondo cui "*a) l'avvocato che assiste più parti aventi la medesima posizione processuale ha diritto ad un solo compenso, ma maggiorato ex art. 4, comma 2, d.m. 55/14, anche quando le pretese dei suoi assistiti siano esattamente coincidenti; la difesa di più parti, infatti, anche nel caso di identità di pretese comporta pur sempre l'onere di raccogliere plurime procure, fornire plurime informazioni, compilare plurime anagrafiche, ecc.; b) la suddetta maggiorazione è obbligatoria per le prestazioni professionali concluse dopo il 23.10.2023, facoltativa per quelle concluse prima; c) quel che cambia tra l'ipotesi in cui vi sia identità, e quella in cui vi sia differenza tra le pretese dei vari assistiti, è la misura del compenso standard su cui applicare la maggiorazioni previste dall'art. 4, comma 2, d.m.*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

55/14; d) se le pretese dei vari assistiti sono diverse, a base del calcolo va posto il compenso che si sarebbe dovuto comunque liquidare per una sola parte, maggiorato del 30% per i primi dieci clienti, e del 10% dall'undicesimo al trentesimo; e) se le pretese dei vari assistiti sono identiche in fatto ed in diritto, a base del calcolo va posto il compenso che si sarebbe dovuto comunque liquidare per una sola parte, ridotto del 30%, e quindi maggiorato come indicato sopra, sub (c); tale ipotesi si identifica, come s'è detto, con la c.d. connessione impropria di cui all'art. 103, primo comma, inciso finale, c.p.c.; g) sia ai fini dell'applicazione del comma 2 che del comma 4, il valore della causa da porre a base del calcolo sarà dato non dalla sommatoria delle domande, ma dal valore della domanda più elevata" (Cass. n.10367/2024).

Applicando i principi affermati dalla Corte di Cassazione, sul compenso come sopra determinato va applicata la riduzione del 30% e la conseguente maggiorazione ai sensi dell'art. 4 comma 2 d.d. 55/2014.

Anche le spese sostenute per il procedimento di accertamento tecnico preventivo e il compenso dei c.t.u. nominati nello stesso devono porsi a carico di parte resistente.

P.Q.M.

Il Tribunale di Siracusa, in persona del Giudice dott.ssa Giulia Pesce, definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n. 737/2025 R.G., disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, così statuisce:

- condanna l' *Controparte_2* a pagare in favore di *Parte_1* l'importo di € 293.325,00 a titolo di danno non patrimoniale *iure proprio,* oltre interessi come indicati in parte motiva;
- condanna l' *Controparte_2* a pagare in favore di *Parte_2* l'importo di € 297.236,00 a titolo di danno non patrimoniale *iure proprio,* oltre interessi come indicati in parte motiva;
- condanna l' *Controparte_2* a pagare in favore di *Parte_3* l'importo di € 305.058,00,00 a titolo di danno non patrimoniale *iure proprio,* oltre interessi come indicati in parte motiva;
- rigetta ogni ulteriore domanda;
- condanna la resistente *Controparte_2* alla rifusione in favore dei ricorrenti delle spese di lite che si liquidano in € 545,00 per spese ed € 21.790,86 per compensi, oltre spese generali iva e c.p.a. come per legge, da distrarsi – *ex* art. 93 c.p.c. – in favore del difensore antistatario avvocato [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054

- pone le spese di c.t.u. già liquidate nel procedimento di accertamento tecnico preventivo definitivamente a carico della parte resistente.

Così deciso in Siracusa, 17 maggio 2026

Il Giudice

dott.ssa Giulia Pesce

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-054