REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI TIVOLI

Il Tribunale, nella persona del Giudice Dott.ssa Giulia Costantino

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. **R.G. 3511/2016**

tra

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), assistito e difeso dall'avv. [redacted]

Parte_2 (*C.F._2*), *Parte_3* (*C.F._3*), assistiti e difesi dall'avv. [redacted]

ATTORI

e

Controparte_1 assistito e difeso dall'Avv. [redacted]

Controparte_2 assistito e difeso dal prof. avv. [redacted] dall'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted]

Controparte_3

[...] assistito e difeso dall'avv. [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

CONVENUTI

CP_4 (C.F. *C.F._4*), assistito e difeso dall'Avv. [redacted] e dall'avv. [redacted]

Controparte_5 assistito e difeso dall'avv. [redacted]

Controparte_6 assistito e difeso dall'avv. [redacted]

CONCLUSIONI: come rassegnate dalle parti all'udienza in trattazione scritta del 6 febbraio 2026.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Parte_1, *Parte_2* e *CP_7* hanno convenuto in giudizio – con separati giudizi poi riuniti - le strutture sanitarie *Controparte_1*, *Controparte_2* e *[...]* *Controparte_8*, chiedendo di accertarne la responsabilità per la morte del sig. *Persona_1*, padre di *Parte_1* e *CP_7* e marito di *Parte_2*, nonché al fine di ottenere la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti *iure proprio* e *iure hereditatis*.

Si sono costituite in giudizio le tre strutture sanitarie convenute chiedendo il rigetto delle domande attoree, negando ciascuna il nesso causale tra il proprio operato e il decesso di *Persona_1* e contestando altresì il *quantum* delle richieste.

Controparte_2 ha inoltre chiamato in causa il dott. *CP_4*, medico della struttura che ha effettuato le prestazioni medico chirurgiche fornite al sig. *Persona_1* in occasione del ricovero del novembre 2012 ed effettuato la valutazione preoperatoria del paziente ai fini dell'esecuzione dell'intervento di asportazione di ernia discale, al fine di essere da costui tenuta indenne rispetto a quanto eventualmente condannata a corrispondere agli attori.

Il dott. *CP_4* ha a sua volta chiamato in causa *Controparte_5* e *Controparte_6* *[...]* per essere dalle stesse manlevato in ragione del rapporto assicurativo in essere.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Previa concessione dei termini di cui all'art. 183, comma 6, c.p.c., la causa è stata istruita mediante c.t.u. medico legale, al cui esito la causa è stata rinviata per la precisazione delle conclusioni. La causa è stata poi trattenuta in decisione, sulle conclusioni rassegnate dalle parti, con concessione dei termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica e successivamente rimessa sul ruolo, per essere nuovamente trattenuta in decisione dall'odierno Giudice.

MOTIVI DELLA DECISIONE

La presente motivazione viene redatta in conformità al criterio di sinteticità cui devono ispirarsi gli atti e i provvedimenti del giudice depositati telematicamente.

In punto di diritto, giova evidenziare che la Corte di Cassazione, con orientamento consolidatosi sin dagli ultimi anni dello scorso millennio, ha chiarito che, nell'ipotesi in cui il paziente alleghi di aver subìto danni in conseguenza di una attività ssanitaria, la responsabilità deve essere qualificata in termini di responsabilità contrattuale, in quanto conseguente alla violazione di un obbligo di comportamento fondato sulla buona fede e funzionale a tutelare l'affidamento sorto in capo al paziente in seguito al contatto sociale avuto con il la struttura sanitaria, che diviene quindi direttamente responsabile, ex art. 1218 cod. civ.., della violazione di siffatto obbligo (Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 5922 del 2024).

"*Il criterio di riparto dell'onere della prova in siffatte fattispecie non è pertanto quello che governa la responsabilità aquiliana (nell'ambito della quale il danneggiato è onerato della dimostrazione di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito ascritto al danneggiante) ma quello che governa la responsabilità contrattuale, in base al quale il creditore che abbia provato la fonte del suo credito ed abbia allegato che esso sia rimasto totalmente o parzialmente insoddisfatto, non è altresì onerato di dimostrare l'inadempimento o l'inesatto adempimento del debitore, spettando a quest'ultimo la prova dell'esatto adempimento*" (Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 5922 del 2024; Sez. U, Sentenza n. 13533 del 30/10/2001 (Rv. 549956 - 01).

Ciò detto, in caso di accertamento di responsabilità sanitaria, il paziente che intende ottenere un risarcimento per i danni subiti deve dimostrare il nesso causale tra la condotta del sanitario ed il danno subito. Grava, invece, sulla struttura sanitaria o sul professionista dimostrare la correttezza della prestazione o che l'inadempimento sia dovuto a cause a loro non imputabili.

La Suprema Corte di Cassazione ha dunque confermato i principi fondamentali in materia di responsabilità sanitaria, sottolineando l'importanza della corretta ripartizione dell'onere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

della prova, ribadendo che il paziente non è tenuto a dimostrare l'inadempimento del sanitario, ma solo il nesso causale tra la condotta e il danno subito. Questo implica che il paziente deve fornire prove sufficienti per dimostrare che il danno è una conseguenza diretta della condotta sanitaria. Una volta dimostrato il nesso causale, l'onere di provare l'esatto adempimento ricade sul sanitario, che deve dimostrare che la prestazione è stata eseguita correttamente e in conformità con le *leges artis*, ovvero le regole della buona pratica medica.

Occorre ulteriormente evidenziare che, in ambito civilistico, al fine di stabilire l'esistenza del rapporto di causalità, si utilizza il criterio della preponderanza dell'evidenza ("del più probabile che non"), distinto dalla prova "oltre ogni ragionevole dubbio" richiesta nel giudizio penale.

Passando ai fatti di causa, occorre preliminarmente effettuare la ricostruzione storica degli eventi che hanno preceduto il decesso di *Persona_1* .

In punto di fatto, emerge dalla documentazione medica depositata in atti che:

- in data 17 giugno 2012, il sig. *Persona_1* veniva ricoverato presso la struttura [redacted] di Bologna per eseguire intervento di discectomia L5-S1 con recalibraggio articolare ma, poiché gli esami di routine pre-operatori rivelavano valori non ottimali (i globuli bianchi e le transaminasi risultavano elevati) l'intervento chirurgico veniva rimandato ed il paziente veniva dimesso;
- in data 28 luglio 2012, *Persona_1* eseguiva visita ematologica durante la quale emergeva "*spiccata leucocitosi in soggetto splenectonizzato e portatore di epatite C*";
- in data 22 novembre 2012 il sig. *Persona_1* veniva ricoverato presso il reparto di Neurochirurgia [redacted] di [redacted] (RA), con diagnosi "*ernia discale L5-S1*" e il giorno successivo, 23 novembre 2012, il paziente veniva sottoposto presso detta struttura ad "*intervento chirurgico di Asportazione di disco intervertebrale*";
- in data 27 novembre 2012 il sig. *Persona_1* veniva dimesso dall'ospedale *[...]* *Controparte_2* con diagnosi di "*Lombosciatalgia destra da ernia discale L5-S1*" con prescrizione di terapia medica, F.K.T in regime di ricovero e richiamo a controllo ambulatoriale con espressa prognosi di giorni 30 (trenta);

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

- In data 30 novembre 2012 il paziente veniva ricoverato presso la *Controparte_1* *[...]* per riabilitazione motoria con diagnosi "*disabilità motoria e deficit deambulatorio in paziente con esiti di intervento di discectomia L5-S1*";
- durante la degenza il paziente continuava ad accusare forti dolori agli arti inferiori, in particolare sul lato destro, per cui veniva somministrata terapia medica ed effettuati esami strumentali;
- in data 28 dicembre 2012, *Persona_1* veniva dimesso dalla *Controparte_1* *[...]* contro il parere dei medici, con diagnosi di "*disabilità motoria e deficit deambulatorio in paziente con esiti di intervento discectomia L5-S1*" ed una situazione sostanzialmente invariata rispetto al momento del ricovero, ovvero impossibilità di deambulazione;
- in data 28 dicembre 2012 *Persona_1* faceva accesso presso il [redacted] dell'*Controparte_8* di Roma con diagnosi "*Leucocitosi di n.d.d. in pazinete con edema e flogosi arto inferiore destro post discectomia L5-S1*" e veniva disposto il ricovero presso il reparto di Medicina;
- il 31 dicembre 2012, a seguito di controllo medico, il paziente presentava infezione del sito chirurgico di erniectomia discale con deiscenza della ferita e tumefazione del lato interno della coscia destra e veniva effettuato tampone per esame colturale e nei giorni seguenti veniva sottoposto a vari esami dai quali emergeva la presenza di infezione del sito operatorio con insorgenza di ascessi purulenti plurimi e setticemia;
- in data [redacted] il paziente decedeva presso [redacted] di Roma.

In tale quadro, gli attori hanno ascritto ai sanitari [redacted] di [redacted] (RA) profili di responsabilità sanitaria consistenti in asserite violazioni delle basilari norme igienico sanitarie (segnatamente: carente sterilizzazione delle apparecchiature, della strumentazione e del campo operatorio) durante l'intervento effettuato il 23 novembre 2012, nonché imperizia e negligenza consistente nell'omessa prescrizione di una profilassi antibiotica perioperatoria, anche tenuto conto delle condizioni di salute del paziente (assenza di milza, epatopatia cronica virale, leucocitosi). Ancora, hanno dedotto profili di imperizia, imprudenza e negligenza nell'avere sottoposto il paziente ad intervento chirurgico nonostante i valori ematici fossero significativamente alterati.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Le parti attrici hanno altresì dedotto la responsabilità delle due strutture sanitarie che hanno accolto *Persona_1* a seguito dell'intervento chirurgico del 23 novembre 2012, ovvero la *Controparte_1* e [redacted] di Roma, per avere tardato nel riconoscere la complicanza infettiva da cui era affetto il paziente e non averla tempestivamente fronteggiata, così non impedendo la sepsi diffusa che ne ha causato la morte.

A fronte di tali accuse, *Controparte_2* ha negato che l'infezione - i cui sintomi si manifestarono soltanto tra il 28 e il 31 dicembre 2012, dunque molti giorni dopo l'intervento e le dimissioni - avesse avuto origine in sede operatoria, deducendo altresì di avere sempre osservato con scrupolo gli *standard* di sicurezza stabiliti dal *Controparte_9*, mediante l'adozione di specifici protocolli interni volti a garantire l'asepsi delle sale operatorie e dei reparti di degenza, nonché dando attuazione a rigorose procedure di pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei blocchi operatori e dei reparti di degenza e sterilizzando la strumentazione adoperata mediante autoclave, con rispetto del prescritto periodo di sterilità, nonché osservando le regole di igiene del personale medico e paramedico.

Al fine di smentire la tesi dell'insorgenza dell'infezione in sede operatoria o post operatoria, la convenuta ha altresì osservato come la discite (ovvero l'infiammazione o infezione dello spazio discale e dei corpi vertebrali adiacenti) comporti normalmente un innalzamento della temperatura corporea ed un aumento dei globuli bianchi, condizioni che, nel caso del sig. *Per_1*, non si erano verificate: il paziente era infatti apiretico al momento delle dimissioni (la temperatura corporea il 26/11/12 alle ore 10,11 era di 36,4 C e alle ore 17,44 di 35,8 C) e il valore dei globuli bianchi era sceso da 29.000 a 27.000.

La convenuta ha poi respinto ogni rilievo relativo alla dedotta erronea decisione di sottoporre il paziente ad intervento chirurgico, rilevando come il quadro clinico dello stesso fosse compatibile con tale intervento, in presenza di esami ematici nella norma e alla luce degli esiti della consulenza infettivologica esterna presentata dai familiari del paziente. Inoltre, l'approccio chirurgico si era reso necessario e urgente in ragione del progressivo peggioramento del quadro clinico algico e deficitario, tale da poter essere risolto solo tramite l'approccio chirurgico programmato: in particolare *Persona_1* manifestava una sintomatologia dolorosa forte e uno stato generale di sofferenza, con un netto peggioramento del dolore all'arto inferiore destro, l'impossibilità di deambulare e una sofferenza radicolare L5-S1 a sinistra, con deficit della flessione dorsale e plantare.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Secondo la convenuta, l'intervento chirurgico (consistito nella asportazione di una voluminosa ernia e nell'eliminazione della parte artrosica formatasi sul recesso laterale L5-S1, compressiva sulla radice S1) era stato eseguito correttamente, concludendosi con esito positivo e con un decorso postoperatorio del tutto regolare e privo di complicanze, tanto che il paziente fu mobilizzato in prima giornata postoperatoria, riferendo un netto miglioramento della sintomatologia algica agli arti inferiori.

Alla luce di quanto sopra, la convenuta *Controparte_2* ha escluso qualsiasi nesso causale tra eventuali responsabilità dei sanitari e il decesso del sig. [redacted] peraltro avvenuto dopo ben 70 giorni dall'intervento.

Anche la convenuta *Controparte_1* ha chiesto il rigetto delle pretese attoree, deducendo l'insussistenza di qualsivoglia collegamento causale fra il decesso del paziente ed il breve periodo di ricovero - effettuato a soli fini di riabilitazione motoria - presso la *[...]* *Controparte_1* , anche tenuto conto dell'assenza di specifici rilievi di colpa formulati dagli attori nei suoi riguardi.

Ha inoltre evidenziato come, di fronte al grave quadro patologico presentato dal sig. *Per_1* *[...]* , non fosse data alcuna alternativa terapeutica idonea ad evitare il decesso, ritenendo che, se anche fosse stata tempestivamente rilevata la presenza della leucocitosi, ciò non avrebbe comunque modificato l'evoluzione clinica della malattia.

Quanto alla convenuta Ospedale [redacted] la stessa ha respinto ogni addebito di responsabilità mosso dagli attori, evidenziando come *Persona_1* fosse giunto presso tale struttura ospedaliera il 28 dicembre 2012, in condizioni gravissime, presentando una infezione del sito chirurgico di erniectomia discale con deiscenza della ferita. Tale condizione era stata approfondita mediante tampone per esame colturale e fronteggiata con terapia medica ed erano stati effettuati tutti gli esami strumentali di accertamento (ecografici e radiografici), a seguito dei quali si era proceduto all'intervento di drenaggio del flemmone dell'arto inferiore destro, intervento resosi necessario a seguito del parere del chirurgo e del radiologo dell'Ospedale. Nonostante l'esito positivo dell'intervento e nonostante il monitoraggio del paziente e il trattamento antibiotico somministrato, la compromissione immunologica e fisica del paziente causata dalla grave infezione in atto e dalla presenza di epatite cronica HCV non avevano potuto evitare al sig. *Persona_1* l'esito infausto.

Pertanto, l'Ospedale [redacted] ha sostenuto che la causa unica del decesso del Sig. [redacted] fosse da attribuirsi agli errori dei sanitari del " *Controparte_2* , non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

già alle cure e ai trattamenti ricevuti successivamente, valorizzando in tal senso le conclusioni del perito degli stessi attori.

Il dott. *CP_4* , chiamato in causa dalla struttura *Controparte_2* presso cui operava, ha negato la propria responsabilità in ordine al decesso del paziente *Persona_1* , richiamando integralmente gli argomenti spesi dalla convenuta *Controparte_2* e rivendicando la necessità e la correttezz dell'intervento chirurgico da lui effettuato. Ha dunque negato l'esistenza di un ragionevole nesso casuale tra il proprio operato e l'affezione clinica che mesi dopo ha condotto alla morte del paziente.

In merito alla compatibilità delle condizioni generali del paziente con l'intervento chirurgico in questione, il dott. *CP_4* ha evidenziato come fosse la stessa consulenza infettivologa esterna portata dai familiari del sig. *Per_1* ad evidenziare la compatibilità del quadro clinico del Sig. *Per_1* con un intervento chirurgico. Inoltre, l'ulteriore controllo ematico effettuato il 23 novembre 2012 aveva evidenziato la riduzione dei globuli bianchi dai 40.000 del giorno precedente a 29.000. Ha altresì rammentato come l'intervento fosse pienamente riuscito ed il paziente fosse stato dimesso apiretico e con numero di globuli bianchi ulteriormente diminuito (da 29.000 a 27.000) ed infatti i primi sintomi di insorgenza si manifestarono più di un mese dopo presso [redacted] di Roma.

In merito alla domanda della struttura sanitaria nei suoi confronti, il medico, fermo restando quanto sopra dedotto in merito alla correttezza del suo operato, ha richiamato l'art. 25 CCNL della Sanità Privata – cui ha aderito anche *Controparte_2* a norma del quale il medico ha diritto di essere garantito dalla struttura presso cui opera in relazione alla responsabilità civile derivante da azioni giudiziarie promosse da terzi e senza che sussista in capo all'azienda datrice un eventuale diritto di rivalsa nei confronti del sanitario. Ha pertanto chiesto di avvalersi della copertura sanitaria di cui la struttura obbligatoriamente dispone.

Ha infine chiamato in garanzia la Compagnia Assicurativa *Controparte_5* , con la quale aveva sottoscritto la polizza per la responsabilità professionale.

Non si ritiene utile esaminare le ragioni addotte dalle due Compagnie Assicurative, chiamate in garanzia dal dott. *CP_4* , stante il rigetto della domanda degli attori nei confronti del medico.

Ebbene, risulta decisiva ai fini del decidere la relazione depositata dal CTU *Persona_2* in quanto connotata ad chiarezza, precisione e completezza e alle cui conclusioni si ritiene

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

di dover in gran parte aderire (nei limiti di cui si dirà), stante la correttezza logico motivazionale delle argomentazioni tecniche.

In merito alla dedotta incompatibilità tra le condizioni fisiche del sig. *Persona_1* e l'intervento chirurgico effettuato dal dott. *CP_4* il 23 novembre 2012, si evidenzia quanto segue.

La dott.ssa *Per_2* dopo avere scrupolosamente esaminato tutta la documentazione medica relativa al paziente *Persona_1*, ha preliminarmente posto in evidenza come il paziente fosse un soggetto obeso, affetto da circa 20 anni da epatopatia HCV correlata e facesse uso di sostanze stupefacenti.

Dagli esami ematici emergeva una leucocitosi neutrofila, a causa della quale l'intervento in questione, nel mese di giugno dello stesso anno, era stato rimandato. In seguito, gli specialisti ematologi consultati dai familiari del sig. *Per_1* avevano ritenuto che la leucocitosi con formula inversa e l'ipertransaminasemia fossero riconducibili, rispettivamente, al pregresso intervento subito di splenectomia e alla sofferta epatite virale di tipo C e, alla luce di tale consulenza specialistica, l'intervento era stato effettuato presso il "*Controparte_2*. La CTU, comunque, non ha concluso nel senso di una incompatibilità delle condizioni del paziente con l'intervento, ma ha rilevato la necessità di particolari cautele. Infatti, gli accertamenti ematici effettuati prima dell'intervento chirurgico del 23.11.12 avevano rivelato che le difese immunitarie erano "*moderatamente compromesse*" e inoltre il sig. *Per_1* aveva in atto un'infezione micotica diffusa che interessava anche la mucosa orale (come riscontrato successivamente durante il ricovero effettuato presso la casa di cura "*CP_1*"), ulteriormente sintomatica di una condizione di ridotta difesa immunitaria ("*Al riguardo, giova rammentare come responsabile della infezione in questione, la "candidosi", sia un micete, la Candida* *CP_10* *abitualmente saprofita ed ubiquitario che assume carattere patogeno solo quando le difese dell'ospite appaiono ridotte per una qualunque causa scatenante o debilitante.*"). Alla luce di ciò, la dott.ssa *Per_2* a rinvenuto un profilo di responsabilità della struttura nell'avere omesso di sottoporre il paziente a profilassi antibiotica perioperatoria (ovvero nei giorni precedenti l'intervento, durante l'induzione dell'anestesia e comunque prima dell'incisione cutanea, o dopo l'intervento chirurgico) al fine di garantire la riduzione della carica microbica nel sito di intervento.

La dott.ssa *Per_2* a dunque ritenuto che l'infezione da Pseudomonas Aeruginosa che, unitamente ad altre infezioni contratte nei successivi ricoveri, aveva successivamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

condotto alla morte del paziente fosse stata contratta nel sito chirurgico, sia a causa della mancata osservanza delle norme igienico sanitarie, sia in ragione della mancata profilassi antibiotica.

Ha dunque ritenuto sussistere un duplice profilo di colpa a carico del "CP_2 [...] , per non avere osservato le prassi igienico sanitarie atte ad evitare infezioni in sede chirurgica e per non avere sottoposto il paziente ad adeguata terapia antibiotica, nonostante presentasse un quadro di difese immunitarie compromesse: "*Nel caso in discussione, in particolare, risultava una importante leucocitosi neutrofila, una pregressa epatite di tipo C , un abuso di sostanze psicotrope e una infezione generalizzata da Candida Albicans che poteva far sospettare una condizione di immunodepressione, che richiedeva una particolare attenzione rispetto ad un individuo sano. Appare, inoltre, incontrovertibile che l'infezione sofferta dal Sig. Pt_3 abbia avuto la sua origine dall'ingresso chirurgico praticato in occasione dell'intervento di asportazione dell'ernia discale lombare e che da questo sito si sia poi propagata ai tessuti vicini coinvolgendo successivamente tessuti molli, muscolari ed ossei anche a distanza e determinando uno stato settico diffuso (sepsi) che portera' il soggetto a morte. In definitiva, si ravvisa nella condotta professionale dei Sanitari del " Controparte_2 un comportamento imprudente nonché negligente in quanto non sono state correttamente ed attentamente poste in essere tutte le misure necessarie a prevenire l'infezione nel sito chirurgico.*".

Il CTU, anche sottoposto ai rilievi dei consulenti di parte dei dott. CP_4 e della struttura sanitaria, ha ribadito la convinzione che dell'infezione sia insorta in sede chirurgica, pur essendosi i sintomi manifestati successivamente, in ragione del calcolo del periodo di incubazione: "*Che l'infezione della ferita chirurgica sia occorsa durante l'intervento è pacifico tenuto conto del periodo di incubazione, prima della chiara manifestazione dell'infezione, locale e generalizzata. Dunque, si e' verificata per mancata osservanza di quelle norme igienico-sanitarie che se rispettate garantiscono una assoluta asepsi del sito chirurgico, del personale sanitario e della sala operatoria.*"

In replica ai rilievi del consulente di parte della struttura ospedaliera, il CTU ha altresì chiarito che l'infezione contratta in sede chirurgica ha avuto un ruolo determinante nel decesso del paziente: sebbene infatti negli ultimi giorni di vita egli risultasse positivo anche ad altri patogeni verosimilmente contratti nel corso dei successivi ricoveri, tuttavia al momento dell'ingresso presso l' Controparte_8 di Roma "*l'agente patogeno*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

in questione aveva già compromesso in maniera grave le condizioni generali del paziente" in modo da non consentirgli di fronteggiare nuove infezioni.

Passando ad esaminare le condizioni del paziente durante il ricovero presso la Casa di cura *CP_1*, la CTU ha rilevato come in quel periodo la temperatura corporea, monitorata costantemente, presentasse un andamento intermittente, con punte anche molto alte (38,8 – 39,40 C°), normalizzandosi solo a seguito di assunzione di Tachipirina 1000, che veniva "regolarmente" somministrata dai sanitari assieme agli antidolorifici. Il paziente si presentava dolorante a livello della zona mediale della coscia destra e questa appariva "*iperemica e calda al termotatto, dolente alla digitopressione, edematosa e di consistenza dura*" e presentava "*una tumefazione e un arrossamento, mostrava pervieta' bilaterale del circolo venoso superficiale e profondo, con osti valvolari continenti, in presenza tuttavia di un edema declive, prevalentemente a dx*". In presenza di tale quadro clinico, i sanitari della struttura avevano in un primo momento ipotizzato una flebite e somministrato Clexane 4000 e successivamente avevano escluso tale ipotesi diagnostica.

Secondo la dott.ssa *Per_2* i sanitari della struttura *CP_1* sono incorsi in una condotta negligente in quanto, in presenza di un rialzo febbrile che regrediva solo con terapia antipiretica, avrebbero dovuto attivarsi per ricercarne l'etiopatogenesi e identificare l'agente patogeno, avvalendosi del parere di uno specialista infettivologo ed effettuando una emocoltura con antibiogramma, che avrebbe consentito di somministrare una terapia antibiotica mirata, modulata sulla base della resistenza del batterio responsabile. Gli stessi avrebbero inoltre dovuto effettuare un accertamento strumentale volto ad approfondire la natura e la causa della sintomatologia localmente presentata nella regione mediale della coscia destra. Infine, la dott.ssa *Per_2* ha osservato che la ferita non era stata più medicata dal 2 al 12 dicembre 2012 e solo in occasione di questa seconda medicazione i sanitari della struttura si erano accorti che la ferita secerneva materiale siero-purulento commisto a sangue e coaguli ed era in avanzato stato di suppurazione. Solo il 12 dicembre 2012 i punti di sutura erano stati rimossi e il materiale infetto era stato drenato. Anche in tale frangente, i sanitari avevano errato nell'omettere di chiedere una consulenza specialistica e di eseguire un tampone della ferita chirurgica o un'emocoltura al fine di individuare l'agente patogeno da contrastare con terapia antibiotica mirata.

La dott.ssa *Per_2* ha chiaramente illustrato come le gravi negligenze ascrivibili alla struttura, in termini di non corretta medicazione della ferita e di omessa ricerca dell'agente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

patogeno, abbiano inciso, in termini di nesso di causalità, sul propagarsi dell'infezione anche agli altri organi e sulla successiva sepsi che ha determinato il decesso del paziente.

Alla luce di quanto testè rilevato, la CTU ha così concluso in ordine all'operato del personale della Controparte_1 : "*Sulla base di quanto esposto, a nostro parere si ravvisa, nella condotta dei Sanitari della* Controparte_1 *un comportamento caratterizzato da negligenza per l'inosservanza di doverose regole in relazione al particolare stato morboso presentato dal paziente. Emergono, infatti, condotte non corrispondenti ad una attenta e appropriata assistenza del paziente nel suo post-operatorio, atte a cogliere i primi sintomi di una eventuale complicanza, in particolare l'infezione della ferita chirurgica lombare che, se accertata in tempo con opportune indagini, poteva essere contenuta e controllata con idonee terapie, mediche e chirurgiche, che ne avrebbero impedito il propagarsi e diffondersi a tessuti anche distanti dal sito di insorgenza, tanto da determinare una raccolta flogistica in regione mediale di coscia e coinvolgere i tessuti molli, muscolari ed ossei, anche a distanza dall'origine, determinando poi uno stato settico diffuso. […] Riteniamo che, a fronte di un quadro clinico tipico di un'infezione in atto che non mostrava segni di miglioramento nonostante la terapia antibiotica somministrata, i sanitari abbiano omesso di ricercarne la causa e l'agente patogeno disponendo opportuni accertamenti diagnostici che avrebbero indirizzato verso trattamenti terapeutici idonei a contrastare la malattia. A nostro parere, andava richiesta una consulenza infettivologica ed una emocoltura, per quel che riguarda le condizioni generali del paziente ed andavano effettuati accertamenti strumentali (ecografia, TC, RM) per approfondire la natura e la causa dello stato flogistico evidenziato a carico della regione mediale della coscia destra. Altro comportamento negligente e' quello che emerge dalla lettura della cartella clinica dalla quale "sembrerebbe" che la ferita chirurgica lombare, dal giorno 02.12.12, non sia stata piu' medicata sino al giorno 13.12 quando, per la rimozione dei punti di sutura, veniva effettuato un videat chirurgico che, solo allora, faceva rilevare una ferita chirurgica infetta, secernente abbondante materiale siero-purulento, commisto a sangue e coaguli, che parzialmente drenato, lasciava posto ad ampie soluzioni di continuo nei tessuti. Detta condotta contravviene quelle che sono le comuni norme igienicosanitarie volte al controllo meticoloso delle infezioni del sito chirurgico. Nonostante la gravita' del quadro clinico che si presentava ai Sanitari dopo questa evidenza, non viene ritenuto utile sentire il parere di uno specialista infettivologo; non viene eseguita alcuna emocoltura ne' un tampone della ferita chirurgica al fine di isolare l'agente patogeno causa del processo infettivo e di individuare la terapia antibiotica efficace.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Tenuto conto di quanto evidenziato, riteniamo di dover ravvisare nella condotta dei Sanitari che ebbero in cura il Sig. Pt_3 *durante la sua degenza presso* [redacted] - [redacted] *comportamenti quantomeno negligenti, caratterizzati da una non corretta assistenza e noncuranza del quadro patologico presentato dal paziente che mostrava tutte le caratteristiche di un processo infettivo in evoluzione."*

Quanto al successivo ricovero presso [redacted] di Roma, la CTU rileva come le condizioni generali di salute del Sig. Pt_3 al momento del ricovero presso tale struttura, fossero decisamente gravi per via dell'estensione dell'infezione e per le vaste dimensioni assunte dalle raccolte purulente che si erano propagate nei tessuti perivertebrali, muscolari e molli del bacino e degli arti inferiori. Si legge nella relazione come il paziente fosse stato sottoposto a consulenza infettivologica, emocultura, tampone cutaneo, risonanza magnetica lombosacrale, ecografia della gamba destra, TC lombosacrale e dell'arto inferiore e, sulla base degli esiti di tali esami, fosse stato sottoposto a interventi chirurgici e terapia antibiotica specifica. Tali interventi, tuttavia, sebbene corretti, non erano stati in grado di contrastare il grave stato settico sostenuto da patogeni tipici delle infezioni intraospedaliere, notoriamente resistenti alle terapie antibiotiche.

Nessun profilo di colpa è stato ravvisato dalla dott.ssa Per_2 n relazione all'operato dei sanitari di tale struttura, atteso che al momento dell'ingresso del paziente la situazione era già irrimediabilmente compromessa e l'esito mortale inevitabile. In particolare, si legge nella relazione: "*Per quanto concerne il comportamento dei Sanitari dell'* Controparte_8 [...] *di Roma e' possibile affermare che, di fatto, all'ingresso del paziente venivano posti in essere tutti quei comportamenti sanitari volti a definire l'etiopatogenesi dell'infezione locale e sistemica sofferta e, allo stesso momento, veniva iniziata una terapia antibiotica a largo spettro sino all'esito degli esami colturali (emocoltura, tamponi e BAL) che consentivano di iniziare una terapia antibiotica mirata, che veniva, peraltro, modulata sulla base delle condizioni cliniche del paziente, in particolare dell'insufficienza renale acuta che insorgeva nel corso della Degenza. Il paziente decedeva, dopo circa 40 giorni dal ricovero ospedaliero per un'insufficienza multiorgano imputabile in parte alle compromesse condizioni cliniche con le quali lo stesso giungeva* [redacted] *romano, in parte alle infezioni sistemiche che si aggiungevano al precedente stato infettivo e che non trovavano una rispondente terapia per la tossicità del trattamento antibiotico di salvataggio.*

In sintesi, e' possibile affermare che il paziente, durante il ricovero presso il P.S ed il Reparto di Terapia Sub-intensiva e Intensiva dell' Controparte_8 *di Roma sia stato, nel*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

complesso, assistito e gestito in modo corretto, avendo i Sanitari messo in atto gli strumenti diagnostici, terapeutici e profilattici adeguati al contesto clinico in essere."

Ebbene, alla luce di quanto rilevato dal CTU nei termini innanzi riassunti, reputa questo Giudice di dover escludere in primo luogo qualsiasi profilo di responsabilità legato alla scelta di effettuare l'intervento chirurgico. Invero, nonostante il difficile quadro generale del paziente e le pregresse patologie, non sono emersi elementi certi che possano condurre ad affermare che, in un giudizio comparativo tra benefici e rischi dell'approccio chirurgico, la decisione di operare fosse errata. E' infatti emerso chiaramente come l'intervento si fosse reso necessario in presenza di una condizione di sofferenza del paziente non altrimenti eliminabile, sicchè un differimento eccessivo dello stesso avrebbe comportato un prolungamento di tali sofferenze non rispondente all'interesse del paziente. Inoltre, la consulenza ematologica esterna effettuata dai familiari del sig. *Per_1* deponeva nel senso della compatibilità del pregresso quadro clinico con l'intervento chirurgico e i valori ematici del paziente (riduzione globuli bianchi da 40.000 a 29.000) il 23 novembre 2012 non erano ostativi.

In secondo luogo, deve escludersi che vi siano stati errori nell'esecuzione dell'intervento, conclusosi con esito positivo e con effetti migliorativi, nell'immediatezza, delle condizioni generali del paziente (sintomatologia dolorosa e deficit motori erano infatti decisamente attenuati al momento delle dimissioni dal " *Controparte_2*).

Esclusi dunque tali profili di colpa, deve invece ravvisarsi la responsabilità della struttura sanitaria " *Controparte_2* per non avere posto in essere misure necessarie a prevenire l'infezione nel sito chirurgico, evidentemente omettendo di osservare le norme igienico sanitarie volte a garantire una assoluta asepsi del sito chirurgico e/o del personale sanitario e/o della sala operatoria.

In replica agli argomenti dei convenuti sul punto, va detto che la circostanza che il paziente non presentasse alcun sintomo di infezione al momento delle dimissioni dal " *CP_2 [...]* non smentisce la tesi dell'insorgenza dell'infezione durante l'intervento, posto che, come ben evidenziato dalla dott.ssa *Per_2* nella replica alle osservazioni del consulente di parte, deve tenersi conto del periodo di incubazione.

Né la responsabilità del " *Controparte_2* può essere esclusa per il fatto che il sig. [redacted] sia deceduto, come chiarito nella CTU, "*per grave stato settico per sopraggiunta infezione sostenuta da patogeni tipici delle infezioni intraospedaliere, notoriamente resistenti alle terapie*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

antibiotiche (Klebsiella Pneumonie e Acinetobacter Baumannii complex)". Invero, come chiarito dalla dott.ssa *Per_2* se è vero che le infezioni contratte in ambiente ospedaliero durante i successivi ricoveri (Acinetobacter Baumanni e Klebsiella pneumoniae KPC) hanno probabilmente contribuito ad anticipare il decesso del paziente, avendo determinato un'infezione generalizzata che lo ha condotto alla morte, è però altresì vero che se il sig. *Per_1* non si fosse trovato già in gravissime condizioni dovute all'infezione contratta durante l'intervento, causata dal patogeno Pseudomonas Aeruginosa, il suo organismo sarebbe stato in grado di porre in atto le adeguate reazioni immunologiche.

Quanto alla omessa terapia antibiotica perioperatoria, riconosciuta dalla dott.ssa *Per_2* quale ulteriore elemento di responsabilità in capo alla struttura *Controparte_2* deve osservarsi come residui sul punto una forte incertezza. Invero, sebbene la CTU abbia concluso nel senso dell'omessa somministrazione di antibiotici prima, durante e dopo l'intervento, deve darsi conto del fatto che il consulente tecnico del dott. *CP_4* ha invece affermato il contrario, asserendo che al sig. *Per_1* fosse stato somministrato l'antibiotico Macladin 500 in uno con l'anestesia. Il dato è stato ricavato dalla cartella anestesiologica, ove, a pag. 6 (pagina 38 della cartella clinica del ricovero presso il *Controparte_2* del 22 novembre 2012), si legge una parola che, anche attraverso il supporto dell'anestesista e compilatore della stessa (Dott. *Persona_3*), è stata interpretata come "*Macladin 5 fl*", ovvero una fiala di Macladin 500, antibiotico indicato per i pazienti allergici agli antibiotici, quale era il sig. [redacted] (si veda il riferimento ad una dichiarata allergia ad un antibiotico non specificato presente nella cartella clinica). A tale rilievo, peraltro, la dott.ssa *Per_2* ha omesso di replicare, ritenendo di non essere in grado di interpretare la dicitura contenuta nella cartella anestesiologica.

Ebbene, reputa questo Giudice che la dicitura presente sulla cartella anestesiologica, in assenza di diverse interpretazioni, possa in effetti essere letta secondo l'interpretazione del consulente di parte del dott. *CP_4* , coerente peraltro con il fatto che si tratta di antibiotico che non presenta reattività allergica con penicilline e cefalosporine, e smentisca dunque l'accusa di negligenza in relazione all'omessa somministrazione di terapia antibiotica. Ancora, non può sottacersi il fatto che il consulente di parte di " *Controparte_2* abbia rilevato, in ciò non smentito dalla dott.ssa *Per_2* come il Pseudomonas Aeruginosa sia un batterio resistente agli antibiotici, ciò che non consente di affermare, in termini di causalità (quanto meno in termini di maggiore probabilità statistica) che la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

somministrazione di terapia antibiotica perioperatoria avesse la capacità di impedire nel caso di specie lo sviluppo dell'infezione dovuta a tale patogeno.

Quanto appena detto assume rilievo dirimente in relazione alla domanda di rivalsa formulata dalla struttura sanitaria nei confronti del dott. *CP_4* . Invero, da un lato, appare assai probabile che la terapia antibiotica con Macladin sia stata somministrata insieme all'anestetico, dall'altro gli attori non hanno provato con sufficiente grado di certezza che la dedotta omissione della terapia antibiotica abbia avuto una incidenza causale rispetto all'insorgenza dell'infezione (in ragione della resistenza agli antibiotici del patogeno in questione), sicchè deve ritenersi che residui quale unico profilo di responsabilità di sicura incidenza causale sul decesso del paziente quello della mancata osservanza delle norme igienico-sanitarie volte a garantire un ambiente asettico in sede chirurgica. Tale responsabilità, certamente ascrivibile alla struttura in quanto responsabile della condotta di tutti gli operatori (sanitari e non) che in essa operano, non può invece essere attribuita al singolo medico in mancanza di alcun elemento di prova che dimostri l'inosservanza da parte sua di una specifica regola igienico-sanitaria, ben potendo la condotta imprudente/negligente essere stata posta in essere da chiunque sia entrato in contatto con il paziente, con gli strumenti o con la sala operatoria prima o durante l'intervento.

La domanda di rivalsa di " *Controparte_2* deve dunque essere rigettata.

Passando alla posizione della casa di cura " *CP_1* ", non può che condividersi quanto rilevato dalla dott.ssa *Per_2* n merito alla grave negligenza che ha connotato l'operato della struttura durante il ricovero del sig. *Per_1* . La sintomatologia presente (rialzi febbrili anche elevati, il dolore localizzato nella sede dell'intervento, l'aspetto della zona corporea interessata che si presentava "*iperemica e calda al termotatto, dolente alla digitopressione, edematosa e di consistenza dura*" e presentava "*una tumefazione e un arrossamento, mostrava pervieta' bilaterale del circolo venoso superficiale e profondo, con osti valvolari continenti, in presenza tuttavia di un edema declive, prevalentemente a dx*") dovevano certamente suggerire un approfondimento diagnostico, mediante consulenza infettivologica ed esami strumentali. Particolarmente grave risulta inoltre la circostanza che, nel descritto quadro di febbre e dolore, la ferita non sia stata medicata per ben undici giorni giungendo in avanzato stato di suppurazione. Tali negligenze hanno certamente avuto rilievo causale sulla successiva degenerazione dell'infezione che, non essendo stata riconosciuta e trattata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

tempestivamente, ha avuto modo di diffondersi in tutti i siti corporei, giungendo a determinare uno stato di sepsi irreversibile.

Da ultimo, non possono che essere condivise le conclusioni della dott.ssa *Per_2* in merito all'assenza di rilievi colposi nei confronti dell'Ospedale [redacted] tenuto conto che le condizioni del sig. *Per_1* erano già irrimediabilmente compromesse e l'infezione presentava un grado di diffusività e gravità tali da non poter essere più utilmente fronteggiata in quella sede.

Quanto alla percentuale di responsabilità, si ritiene di attribuire pari incidenza causale nella determinazione dell'esito mortale alle due strutture ritenute responsabili: determinante è stata infatti l'insorgenza dell'infezione in sede operatoria presso il *Controparte_2* , ma tale infezione ha portato alla morte del paziente perché non tempestivamente riconosciuta e fronteggiata durante il successivo ricovero presso la casa di cura " *CP_1* *[...]* .

Passando alle richieste risarcitorie avanzate dagli attori, costoro hanno chiesto di essere risarciti per i danni patiti *iure proprio* e *iure hereditatis*.

In merito al danno morale *iure proprio*, si evidenzia che il danno da perdita del prossimo congiunto rappresenta una voce di danno non patrimoniale definibile quale sofferenza interiore per la perdita del rapporto con il parente, la cui prova è sempre presunta in presenza della certezza del grado di parentela, salvo prova contraria che deve essere fornita dalla controparte.

Sul punto si richiama infatti la prevalente giurisprudenza di legittimità secondo cui "*In tema di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, la presunzione iuris tantum di esistenza del pregiudizio - configurabile per i membri della famiglia nucleare "successiva" (coniuge e figli) - si estende ai membri della famiglia "originaria" (genitori e fratelli), senza che assuma ex se rilievo il fatto che la vittima ed il superstite non convivessero o che fossero distanti; tale presunzione impone al terzo danneggiante l'onere di dimostrare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, con conseguente insussistenza in concreto dell'aspetto interiore del danno risarcibile (c.d. sofferenza morale) derivante dalla perdita, ma non riguarda, invece, l'aspetto esteriore (c.d. danno dinamico-relazionale), sulla cui liquidazione incide la dimostrazione, da parte del danneggiato, dell'effettività, della consistenza e dell'intensità della relazione affettiva (desunta dalla coabitazione o da altre allegazioni fornite di prova).*" (Sez. 3 - , Ordinanza n. 5769 del 04/03/2024 - Rv. 670338 - 01).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Nel caso di specie, gli attori hanno allegato - mediante stato di famiglia, certificato di matrimonio e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di figli nati in costanza di matrimonio - il grado di parentela con il defunto (moglie e figli), peraltro non contestato dai convenuti, sicchè su questi ultimi incombeva l'onere di superare la presunzione di effettività dell'*affectio* parentale tra le parti attrici e *Persona_1* . Tale onere probatorio non è stato assolto dai convenuti, sicchè il risarcimento spetta certamente agli attori.

In merito al *quantum*, ritiene questo Giudice opportuno applicare, nella liquidazione della menzionata voce di danno, le tabelle elaborate dal Tribunale di Roma (da ritenersi adeguate nel parametrare il danno, poiché si basano su un sistema a punti che tiene conto di tutte le circostanze di fatto rilevanti, tra le quali l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela, la convivenza, la presenza di altri familiari superstiti) sulla base dalle allegazioni degli attori circa gli elementi di fatto che condizionano la voce del danno e segnatamente: 1) l'età di *Persona_1* al momento del decesso (46 anni); 2) l'età dei superstiti alla data del sinistro (43 anni *Parte_2* , 14 anni *Parte_4* 19 anni *Parte_1*); 3) il grado di parentela e la convivenza con il resto del nucleo familiare, in difetto di coniugio e di prole propria (nel caso di specie, solo *Parte_2* e *Parte_4* erano conviventi con la vittima, come risulta dallo stato di famiglia e di residenza).

Quanto al valore tabellare da applicare per il calcolo, giova richiamare la sentenza con la quale la Corte di Cassazione ha chiarito che "*la stima e la determinazione del pregiudizio da ristorare vanno operate alla stregua dei criteri praticati al momento della liquidazione*"

Alla stregua dei criteri testè illustrati, spettano a titolo di risarcimento per il danno morale *iure proprio* le seguenti somme:

- *Parte_2* : 346.476,00 euro;
- *Parte_4* 340.701,40 euro;
- *Parte_1* : 294.504,60 euro.

Passando alle voci di danno *iure hereditatis*, gli attori hanno chiesto il risarcimento del danno biologico terminale e morale catastrofale.

Come noto, il danno catastrofale e quello terminale (danno morale il primo e biologico il secondo) sono voci di danno entrambe trasmissibili agli eredi: il primo consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata per la consapevolezza dell'approssimarsi della propria fine (c.d. danno da lucida agonia) e non richiede un significativo lasso di tempo prima del decesso, ma è necessaria quanto meno la prova di una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

lucida percezione, anche se breve, dell'imminenza della morte e va quindi escluso nell'ipotesi di morte istantanea o avvenuta a seguito di istantanea perdita di conoscenza; il secondo è costituito dal pregiudizio temporaneo alla salute prima della morte ed è risarcibile in base a criteri medico legali a prescindere dalla cosciente percezione per la vittima dell'appropinquarsi del fine vita, ma richiede quale necessaria condizione che tra le lesioni e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo, di solito almeno 24 ore (si veda Cass. n. 7923/2024).

Ebbene, venendo al caso di specie tra l'infezione avvenuta in sede operatoria (23 novembre 2012) e il [redacted] sono intercorsi 80 giorni, nel corso dei quali egli è stato, fino agli ultimi momenti, pienamente lucido.

La liquidazione del danno morale catastrofale è necessariamente equitativa e dipende sia dalla durata della "lucida agonia", sia dalle condizioni psicologiche del paziente in tale lasso di tempo. Tenuto conto che nulla è emerso circa tale secondo aspetto, la liquidazione dovrà essere effettuata essenzialmente sulla base dalla durata di tale intervallo temporale.

Giova sul punto evidenziare che l'Osservatorio sulla Giustizia del Tribunale di Milano ha elaborato dei criteri liquidativi decrescenti per ogni giorno (sul presupposto per il quale la sofferenza maggiore si ha nei primi giorni, determinandosi nei giorni successivi una sorta di adattamento alla condizione o, eventualmente di speranza di sopravvivenza) sino ad un massimo di 100 giorni. Secondo tali criteri, i primi 3 giorni di sofferenza possono essere liquidati entro un massimo di euro 30.000,00 non ulteriormente personalizzabili. Il valore del quarto giorno è stato individuato in 1.000,00 euro, mentre la progressiva diminuzione giornaliera è stata calcolata, con i necessari arrotondamenti, in modo tale da giungere, alla fine del periodo, ad un valore finale di 98,00 euro pressoché pari a quanto *pro die* stabilito dalla Tabella per il danno biologico temporaneo standard 96 euro, con personalizzazione massima del 50%.

Per il danno biologico terminale, trattandosi di danno da invalidità temporanea totale (sempre presente e che si protrae dalla data dell'evento lesivo fino a quella del decesso) la liquidazione va effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea e deve essere effettuata in relazione alla menomazione dell'integrità fisica patita dal danneggiato sino al decesso (si veda Cass. 36841/2022).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Tuttavia, deve tenersi in debito conto il fatto che *Parte_1* non era un soggetto sano, ma affetto da numerose e gravi patologie, come innanzi già evidenziato, sicchè nè il danno morale catastrofale, né il danno biologico terminale potranno essere riconosciuti nella massima estensione.

Sulla base dei criteri pocanzi esposti e tenuto conto delle pregresse condizioni di salute della vittima, si ritiene equo liquidare a titolo di danno morale catastrofale la somma di euro 50.000,00 e a titolo di danno biologico terminale la somma di euro 50.000,00.

Compete dunque agli attori, a titolo di risarcimento *iure hereditatis*, la complessiva somma di euro 100.000,00, da ripartire secondo le rispettive quote ereditarie.

Sulle somme riconosciute agli attori a titolo di risarcimento (*iure proprio* e *iure hereditatis*), liquidate all'attualità, devono essere altresì riconosciuti gli interessi compensativi del danno derivante dal mancato godimento tempestivo dell'equivalente pecuniario del bene perduto.

Gli interessi compensativi, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite (Cass. civ., SS.UU., n. 1712 del 17.02.95), decorrono dalla produzione dell'evento di danno sino al tempo della liquidazione e si calcolano non sulla somma già rivalutata ma, di anno in anno, sulle somme iniziali, ossia devalutate alla data del sinistro, a mano a mano incrementate nominalmente secondo la variazione dell'indice Istat.

Recependo i principi di cui alla sentenza n. 1712 del 17 febbraio 1995 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, appare congruo adottare, anche in applicazione del principio equitativo ex artt. 1226 e 2056 c.c., come criterio di risarcimento del pregiudizio del ritardato conseguimento della somma dovuta, tenuto conto della natura del danno, dell'arco temporale considerato e di tutte le circostanze accertate, quello degli interessi legali, calcolati con le seguenti modalità: sulla somma complessiva devalutata all'epoca del fatto [redacted] e poi progressivamente rivalutata, di anno in anno, secondo gli indici I.S.T.A.T. fino alla presente sentenza; sull'importo come determinato all'attualità sono successivamente dovuti gli interessi legali, ex art. 1282 c.c., dalla presente pronuncia e fino al saldo effettivo.

In ragione di quanto detto le convenute *CP_2* *Controparte_2* e casa di cura "*CP_1*" devono essere condannate a pagare, al 50% ciascuna, le somme calcolate come sopra agli attori.

Le considerazioni sin qui svolte sono tali da assorbire ogni ulteriore contestazione o domanda proposta, anche in via subordinata o alternativa, rilevandosi che i profili non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

espressamente esaminati sono stati ritenuti non rilevanti ai fini della decisione e comunque inidonei a supportare una conclusione di tipo diverso.

Le spese di lite del procedimento seguono la soccombenza e sono liquidate secondo i parametri di cui al D.M. 10 marzo 2014, n. 55 (come modificato, da ultimo, dal D.M. 147/2022), tenuto conto del valore del *decisum* (ottenuto dalla somma dei risarcimenti liquidati a tutte le parti difese dal medesimo difensore) e dell'attività difensiva espletata, nonché della media complessità della controversia e tenuto conto per *Parte_2* e *Pt_4* *[...]* ella difesa di più parti.

In ragione dei criteri poc'anzi indicati, le parti soccombenti " *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* " devono essere condannate alla refusione (al 50% ciascuna) delle spese di lite delle parti attrici, che si liquidano per *Parte_1* in **14.596,50 euro** (tenuto conto della riduzione del 50% per l'ammissione al patrocinio a spese dello Stato), da distrarsi in favore dello Stato, stante l'ammissione al patrocinio a spese dello Stato e in **37.950,90 euro** a favore di *Parte_4* e *Parte_2* , tenuto conto dell'aumento per la difesa di due parti, oltre accessori di legge.

" *Controparte_2* deve inoltre essere condannata a pagare le spese di lite al terzo chiamato dott. *CP_4* , nella misura di **euro 29.193,00,** e alle Compagnie assicuratrici *CP_5* *CP_5* e *Controparte_6* , nella misura di **euro 29.193,00** ciascuna, essendo la chiamata in causa delle stesse da parte del dott. *CP_4* conseguenza della chiamata in causa di quest'ultimo da parte di " *Controparte_2* .

Gli attori devono invece rifondere l' *Controparte_8* delle spese di lite sostenute da tale parte convenuta, che si liquidano in **euro 29.193,00,** nei cui confronti sono risultati soccombenti.

Le spese di c.t.u., come liquidate provvisoriamente in corso di causa, sono poste in via definitiva a carico delle parti soccombenti " *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* *[...]* al 50%.

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione disattesa o assorbita:

a) Dichiara la responsabilità di " *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* ", al 50% ciascuno, per il decesso di *Parte_1* ;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

b) Condanna " *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* ", al 50% ciascuno, al pagamento:

- in favore di *Parte_2* della somma di euro 346.476,00;
- in favore di *Parte_4* della somma di euro 340.701,40;
- in favore di *Parte_1* della somma di euro 294.504,60.

a titolo di danno non patrimoniale *iure proprio* da perdita del rapporto parentale, oltre interessi e rivalutazione monetaria come dettagliatamente disposto in parte motiva;

c) Condanna " *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* ", al 50% ciascuno, al pagamento della somma di euro **100.000,00**, oltre interessi e rivalutazione come dettagliatamente disposto in parte motiva, a titolo di danno *iure hereditatis*, a favore degli attori da suddividersi in base alle rispettive quote ereditarie.

d) Condanna " *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* ", al 50% ciascuno, alla refusione delle spese di lite a favore degli attori, che liquida in **14.596,50 euro** per *Parte_1* , somma da distrarsi in favore dello Stato e in euro **37.950,90 euro** a favore della difesa di *Parte_4* e *Parte_2* , oltre spese generali, IVA e CPA;

e) Condanna casa di cura " *CP_1* " alla refusione delle spese di lite a favore di *CP_4* , che liquida in **euro 29.193,00,** alla refusione delle spese di lite a favore di *Controparte_5* , che liquida in **euro 29.193,00,** alla refusione delle spese di lite a favore di *CP_6* *Controparte_6* , che liquida in **euro 29.193,00;**

f) Condanna gli attori, in solido tra loro, alla refusione delle spese di lite a favore di *Controparte_8* , che liquida in **euro 29.193,00;**

g) Pone le spese di c.t.u., come liquidate provvisoriamente in corso di causa, in via definitiva a carico di *Controparte_2* e casa di cura " *CP_1* ", al 50% ciascuno.

Così deciso in Tivoli, il 20 aprile 2026

Il Giudice

Dott.ssa Giulia Costantino

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-374