REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Venezia

Seconda

N. R.G. 21798/2024

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Massimo Marasca ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. **21798/2024** del Ruolo Generale degli Affari Civili Contenziosi, promossa da:

CP_1 , [redacted] (VE) [redacted] (C.F. *C.F._1*), [redacted] (VE), [redacted] *CP_2* , [redacted] (VE) [redacted] (C.F. *C.F._2* , [redacted] (VE), [redacted] *CP_3* *[...]* , [redacted] (VE) [redacted] (C.F. *C.F._3*), [redacted] (VE), [redacted]

tutti rappresentati e difesi dall'**Avv.** [redacted] (C.F. *C.F._4*) del Foro di Venezia, ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in [redacted] (VE), [redacted] che dichiara di voler ricevere le comunicazioni all'indirizzo PEC *Email_1* giusta procura alle liti in atti;

- RICORRENTI -

CONTRO

Controparte_4 in persona del Presidente del C.d.A. e Legale Rappresentante *pro tempore* Dott. *Controparte_5* , con sede legale in [redacted] (VE), [redacted] (P.IVA e C.F. *P.IVA_1* ; rappresentata e difesa dagli **Avv.ti** [redacted] (C.F. *C.F._5*) e [redacted] (C.F. *C.F._6*) del Foro di Venezia, ed elettivamente domiciliata presso il loro studio in [redacted] (VE), [redacted] 4, che dichiarano di voler ricevere le comunicazioni all'indirizzo PEC *Email_2* giusta procura alle liti in atti;

- RESISTENTE -

E CON LA CHIAMATA IN CAUSA DI

Controparte_6 in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in [redacted] (TV), [redacted] (C.F. *P.IVA_2* –

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

P.IVA P.IVA_3 ; rappresentata e difesa dall'**Avv.** [redacted] (C.F. C.F._7 del Foro di Venezia, ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Mestre (VE), [redacted] che dichiara di voler ricevere le comunicazioni all'indirizzo PEC Email_3 giusta procura alle liti in atti;

- TERZA CHIAMATA -

OGGETTO: Risarcimento danni da responsabilità professionale medica (infezione nosocomiale).

****

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Per i ricorrenti CP_1 **,** CP_3 **ed** CP_2 (come da note conclusionali depositate il 13.01.2026, richiamando il ricorso introduttivo): <<Nel merito:

1. accertare e dichiarare, per i motivi di cui in narrativa, che il decesso del signor CP_7 è avvenuto per responsabilità e colpa della Controparte_4 [...] e per le causali analiticamente indicate in narrativa;

2. accertare che la convenuta struttura sanitaria è obbligata all'integrale risarcimento di tutti i danni cagionati agli attori in conseguente del decesso sotteso all'odierna lite e domandati con il presente ricorso;

3. per l'effetto, condannare la resistente a corrispondere al signor CP_3 la somma di € 156.440,00, alla signora CP_1 la somma di € 156.440,00 e alla signora CP_2 la somma di € 203.372,00 o la diversa somma maggiore o minore che sarà accertata in corso di causa o ritenuta di giustizia;

4. con vittoria di spese, compensi professionali e accessori di legge, anche della fase di accertamento tecnico preventivo, comprese quelle di ctu e ctp. In via istruttoria: [...] Si chiede l'ammissione della prova per testi sui capitoli [indicati in ricorso]"* (cfr. Ricorso, pp. 15-17; Note Conclusionali, p. 10).

Per la resistente Controparte_4 (come da note di trattazione scritta del 29.01.2026): *"Nel merito. In via principale:

• accertato e dichiarato, per tutti i motivi dedotti in narrativa, l'assoluta estraneità della convenuta Controparte_4 in persona del Presidente del C.D.A. e rappresentante legale dott. Controparte_5 , in ordine alle responsabilità inerenti a quanto ex adverso lamentato;

• per l'effetto, rigettare il ricorso in quanto infondato in fatto ed in diritto;

• condannare, inoltre, i ricorrenti, ai sensi dell'art. 96 c.p.c., per tutti i motivi dedotti, al risarcimento dei danni da "lite temeraria" da liquidarsi d'ufficio in via equitativa;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

• Spese e competenze di avvocato, comprese imposte I.V.A. e C.P.A., spese generali pari al 15% ex art. 15 T.P., rimborso forfetario ed eventuali anticipazioni al CTU e al CTP giuste note, tasse di registrazione di sentenza interamente rifusi. In via subordinata e riconvenzionale nei confronti di Controparte_6 - Azione di Manleva:

• nella denegata e non creduta ipotesi di condanna di Controparte_4 [...] e in accoglimento della qui proposta azione di manleva, condannare Controparte_6 in persona del legale rappresentante pro tempore, a tenere indenne e/o manlevare Controparte_4 , di quanto quest'ultima dovesse essere condannata a pagare a favore dei ricorrenti, come conseguenza dei fatti di causa, detratta la S.I.R. pari ad € 250.000,00;

• Spese e competenze di avvocato interamente rifusi. In via istruttoria: Ci si oppone all'ammissione delle istanze istruttorie formulate nel ricorso in quanto influenti e inconferenti. [...] eventualmente, essendo inefficace, incompleta e complessivamente errata la CTU depositata, disporsi una nuova consulenza d'ufficio, con altri e diversi CCTTUU"* (cfr. Note trattazione scritta 29.01.2026, pp. 2-3).

Per la terza chiamata Controparte_6 (come da memoria conclusionale del 14.01.2026): *"Nel merito: rigettare qualsiasi domanda formulata nei confronti di Controparte_4 , perché infondata e non provata, e per gli effetti rigettare la domanda di garanzia formulata nei confronti di Controparte_6 [...].Nel merito in via subordinata:A) In denegato caso di accoglimento della domanda formulata dai ricorrenti, previo accertamento che Controparte_4 [...] ha osservato i protocolli ed i programmi emergenziali predisposti per fronteggiare l'emergenza sanitaria vigente all'epoca dei fatto, accertato che la polizza n. [redacted] azionata da Controparte_4 prevede una S.I.R. a carico dell'assicurata pari ad € 250.000,00, respingere la domanda di garanzia per tutte le somme che rientrano in tale importo, che dovranno essere liquidate direttamente ed esclusivamente dall'assicurata Controparte_4 [...] , accertando l'obbligo di garanzia in capo a Controparte_6 per somme superiori, in ogni caso entro il limite del massimale di polizza pari ad € 1.000.000,000.B) Liquidare il danno non patrimoniale per la perdita del congiunto riducendolo alla luce delle circostanze del caso concreto ed in particolare delle limitate aspettative di sopravvivenza del signor CP_7 e della mancanza di convivenza con i due figli.In ogni caso: con vittoria di compensi, anticipazioni esenti, spese imponibili, spese generali 15%, CPA e IVA.In via istruttoria: [...] Si insiste nella richiesta di rinnovazione della CTU medico legale espletata nel procedimento ex art. 696 bis cpc R.G. 2652/2024"* (cfr. Memoria Conclusionale CP_6 pp. 9-11).

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

Con ricorso depositato il 23 ottobre 2024 e ritualmente notificato, i signori CP_1 [...] CP_3 (figli) e CP_2 (moglie), eredi del defunto CP_7 convenivano in giudizio, ai sensi dell'Art. 281 *undecies* C.P.C., la [...] Controparte_8), domandando l'accertamento e la dichiarazione dell'esclusiva responsabilità e colpa della struttura sanitaria per il decesso del loro congiunto. In conseguenza di tale accertamento, gli attori chiedevano la condanna della convenuta al risarcimento dei danni *iure proprio* per la perdita del rapporto parentale, quantificati complessivamente in **€516.252,00**, di cui €203.372,00 per la moglie CP_2 e €156.440,00 ciascuno per i figli CP_1 e CP_3 o la diversa somma ritenuta di giustizia, con vittoria di spese e compensi di lite.

A fondamento della domanda, i ricorrenti esponevano che il signor CP_7 , [redacted] era stato trasportato il 21/03/2022 presso il Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale di [redacted] per scompenso cardiaco e polmonite non COVID-19 correlata. Dopo una sosta in astanteria fino alla mattina del 23/03/2022 (circa 36 ore), veniva trasferito presso la Contr CP_4 . I ricorrenti lamentavano che, durante la degenza presso la CDC CP_4 , il compagno di stanza del *de cuius* era solito muoversi nei reparti senza dispositivi di protezione, nonostante vi fossero già 14 pazienti positivi al COVID-19 nella struttura, e che tale situazione di rischio fosse stata segnalata invano al personale. Nella notte tra il 28 e il [redacted] il signor CP_7 subiva un episodio sincopale con contrazioni toniche cloniche, e un tampone rapido eseguito d'urgenza risultava positivo al COVID-19. Trasferito nuovamente in PS e poi al reparto COVID-19 del PO di [redacted] il paziente [redacted] A sostegno della loro posizione, i ricorrenti allegavano la relazione del loro CTP (Dott. Per_1 , secondo cui l'infezione da Polmonite COVID-19, contratta in modo nosocomiale presso la CDC CP_4 tra il 23 e il [redacted] aveva agito da elemento destabilizzante e determinante nel decesso del paziente (pur in presenza di gravi patologie preesistenti), dato che le indagini diagnostiche escludevano problematiche neurologiche acute o cardiache primitive come causa diretta dell'aggravamento. Gli attori evidenziavano che la condizione di procedibilità era stata soddisfatta tramite il precedente procedimento di Accertamento Tecnico Preventivo (ATP) *ex* Art. 696 *bis* C.P.C. (R.G. N. 2652/2024), di cui chiedevano l'acquisizione del fascicolo e della CTU.

La CP_8 si costituiva in giudizio chiedendo, in via preliminare, l'autorizzazione a chiamare in causa la compagnia assicurativa Controparte_6 [...] per esserne manlevata. Autorizzata la chiamata dal Giudice con ordinanza del 27 gennaio 2025, e differita l'udienza al 20/03/2025, la Contr CP_4 citava Controparte_6 Nel merito, la CP_8 chiedeva il **rigetto integrale** del ricorso. A sostegno della propria difesa, la convenuta eccepiva, in via principale, la temerarietà dell'azione (Art. 96 C.P.C.), contestando il nesso causale e l'assenza di colpa. Affermava che l'azione avversaria, avendo natura extracontrattuale (*ex* Art. 2043 C.C.), imponeva agli attori l'onere di provare la condotta colposa della struttura e il nesso eziologico, onere non assolto. Contestava la conclusione del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

contagio nosocomiale presso la struttura, sostenendo che la negatività dei tamponi di 3ª generazione eseguiti in [redacted] a San [redacted] non escludeva un contagio avvenuto altrove (presso il PS, dove il paziente stazionò per 36 ore, o al domicilio), in quanto i tamponi di 3ª generazione avevano scarsa sensibilità. Subordinatamente, eccepiva che, data la gravità delle preesistenti patologie del signor CP_7 (età avanzata, decadimento cognitivo, mielodisplasia, diabete scompensato, valvulopatia aortica), la sua aspettativa di vita residua era prossima allo zero e l'infezione COVID-19 non poteva essere considerata la causa esclusiva del decesso (sostenendo che il paziente morì *con* il COVID e non *per* il COVID). Lamentava inoltre che il Collegio Peritale si era fondato su documentazione bibliografica anziché su dati clinici specifici per il signor CP_7 La convenuta concludeva chiedendo il rigetto della domanda attorea e, in subordine, la manleva da parte dell'assicurazione nei limiti del massimale contrattuale di **€1.000.000,00** per sinistro COVID, detratta la **SIR di €250.000,00** a suo carico. Chiedeva la rinnovazione della CTU per vizi di incompletezza.

Controparte_6 Contr si costituiva nella fase di merito, riportandosi in gran parte alle difese della CP_4 e chiedendo il rigetto delle domande attoree e della domanda di manleva. CP_6 insisteva sulla natura extracontrattuale dell'azione (Art. 2043 C.C.) e sul mancato assolvimento dell'onere probatorio da parte dei ricorrenti riguardo la colpa della struttura. Affermava l'incertezza sul luogo del contagio, potendo questo essere avvenuto anche prima del ricovero presso la CDC CP_4 . In via subordinata, CP_6 invocava l'applicazione dell'Art. 2236 C.C. (prestazioni che implicano la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà), per limitare la responsabilità della CP_8 solo al dolo o colpa grave, data l'eccezionalità del contesto pandemico. In caso di condanna, CP_6 ribadiva che il proprio obbligo di garanzia operava nei limiti di **€1.000.000,00** per sinistro COVID, detratta la **SIR di €250.000,00**, a condizione che la CDC CP_4 avesse osservato i protocolli di emergenza.

Con l'ordinanza del 4 aprile 2025, il Giudice concedeva i termini per il deposito delle memorie *ex* Art. 281 *duodecies* C.P.C.. I ricorrenti depositavano la loro memoria, insistendo sulla validità della CTU che stabiliva la responsabilità della CDC CP_4 e formulando istanze di prova orale (su capitoli relativi alla negligenza nell'applicazione dei protocolli) e richieste di ordine di esibizione *ex* Art. 210 C.P.C. (documentazione sui pazienti positivi e la sanificazione). Le parti convenute si opponevano alle richieste istruttorie e CP_6 ribadiva l'eccezione di tardività delle istanze dei ricorrenti.

All'udienza del 29 maggio 2025, il Giudice si riservava sulla rinnovazione della CTU e sulla ammissibilità delle prove orali, disponendo la convocazione dei Consulenti Tecnici d'Ufficio (Dott. Per_2 e Dott. Per_3 per chiarimenti. All'udienza del 3 luglio 2025, i Consulenti Tecnici d'Ufficio, dott. Per_2 e dott. Per_3 hanno fornito chiarimenti chiesti. In risposta alle contestazioni della difesa della struttura sanitaria e della compagnia assicuratrice, che ipotizzavano

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

una preesistenza del virus al momento del ricovero o l'inevitabilità del contagio data l'alta diffusività della variante Omicron, i periti hanno ribadito con fermezza l'origine nosocomiale dell'infezione, fondando tale conclusione non solo su un calcolo probabilistico astratto, ma su dati clinici e diagnostici specifici. Hanno infatti chiarito che l'ipotesi di un "falso negativo" al momento dell'ingresso in struttura (21 marzo 2022) è da ritenersi estremamente improbabile, in quanto nel 2022 la sensibilità dei test molecolari e antigenici di terza generazione era ormai elevatissima, prossima al 100%, e soprattutto perché l'andamento clinico del paziente nei primi giorni di ricovero smentiva la presenza di un'infezione virale in atto,,. I CTU hanno evidenziato che il signor *CP_7* trattato per una polmonite batterica, stava rispondendo positivamente alla terapia antibiotica, con una discesa dei globuli bianchi e un miglioramento generale che non si sarebbe verificato se fosse stato già affetto da Covid-19, malattia che non risponde agli antibiotici e che avrebbe invece mostrato una progressione diversa. Sotto il profilo del nesso causale tra l'infezione e il decesso, i chiarimenti hanno dissolto i dubbi circa l'incidenza delle gravi patologie pregresse (scompenso cardiaco, diabete, mielodisplasia). I consulenti hanno precisato che, sebbene il paziente fosse un soggetto "fragile" e pluripatologico, il quadro clinico *ante* contagio era stabile e non tale da far presagire un *exitus* imminente; l'infezione da SARS-CoV-2 è stata definita l'"elemento esiziale" e destabilizzante che ha rotto tale equilibrio precario, agendo come causa efficiente che ha precipitato la situazione verso l'insufficienza respiratoria e l'arresto cardiaco. In termini controfattuali, i CTU hanno affermato che senza l'infezione il paziente "non sarebbe morto nella data e con le modalità note", respingendo la tesi difensiva secondo cui il decesso sarebbe avvenuto comunque nello stesso arco temporale per cause naturali. Infine, sono stati chiesti chiarimenti sulla quantificazione delle possibilità di sopravvivenza in assenza dell'illecito, elemento fondamentale per la liquidazione del danno. I periti hanno stimato che, se non avesse contratto il virus, il signor *CP_7* avrebbe avuto una "apprezzabile chance", quantificata intorno al 50%, di guarire dalla patologia batterica per cui era stato ricoverato e di essere dimesso per tornare a casa, smentendo così l'ipotesi di una prognosi infausta a breve termine a prescindere dal Covid. Tuttavia, con onestà scientifica e fornendo il parametro per la riduzione equitativa del risarcimento, hanno anche chiarito che l'aspettativa di vita residua del paziente, pur superando la fase acuta del ricovero, sarebbe stata comunque limitata dalle comorbilità croniche, stimando che egli non avrebbe verosimilmente superato l'età di 84 anni (rispetto agli 82 che aveva), configurando quindi il danno come un'anticipazione della morte di circa due anni e non come la perdita di un'aspettativa di vita statistica piena. Infine, in merito alla condotta della struttura, i CTU hanno confermato che nel 2022 le conoscenze scientifiche e i mezzi di protezione erano tali da rendere il contagio un evento prevenibile e non un rischio ineluttabile come nella prima fase pandemica del 2020, ribadendo che la positivizzazione del paziente implica una "falla" nelle procedure di isolamento o nell'uso dei dispositivi di protezione, non avendo la struttura fornito la prova di aver fatto "veramente tutto" per impedire l'evento.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

A scioglimento della riserva, il Giudice, con ordinanza del 21 luglio 2025, dichiarava l'inammissibilità di tutte le prove orali avanzate dai ricorrenti (giudicate superflue o valutative) e delle istanze *ex* Art. 210 C.P.C. (giudicate esplorative), ritenendo la causa matura per la decisione sulla base degli atti e dell'ATP.

La causa era assegnata all'odierno giudicante ai sensi dell'art.3 DL 117-25 il quale fissava udienza di discussione cartolare ai sensi dell'art. 281 sexies cpc, assegnando termine alle parti per conclusionali e repliche.

Nelle note conclusionali depositate nel gennaio 2026, la difesa dei ricorrenti ha articolato una ferma opposizione alle eccezioni avversarie, introducendo una specifica distinzione temporale volta a paralizzare i richiami giurisprudenziali operati dalle controparti. Gli attori hanno infatti sostenuto che i precedenti di merito invocati dalla difesa della struttura sanitaria, segnatamente le sentenze dei Tribunali di Alessandria e Vicenza, riguardavano decessi avvenuti nell'anno 2020, ovvero in una fase pandemica embrionale caratterizzata da incertezze scientifiche e carenza di dispositivi, contesto fattuale ritenuto non assimilabile a quello del marzo 2022 in cui è maturato il decesso del signor CP_{-} epoca in cui i protocolli di prevenzione erano ormai consolidati e le forniture di dispositivi di protezione individuale garantite. Sulla scorta di tale argomentazione, i ricorrenti hanno ribadito che la responsabilità della struttura emerge non solo dal dato probabilistico del contagio nosocomiale accertato in sede di CTU, ma anche da specifiche omissioni diagnostiche, quali la mancata esecuzione di un nuovo tampone e di una TAC toracica al momento dell'aggravamento dei sintomi, nonostante la disponibilità della strumentazione in loco, contestando altresì la tesi secondo cui le patologie pregresse avrebbero comunque condotto all'exitus a breve termine, evidenziando che il quadro polmonare acuto riscontrato alla morte era assente nei ricoveri precedenti.

La Casa di Cura convenuta, attraverso le note depositate il 14 e il 29 gennaio 2026, ha cristallizzato la propria strategia difensiva focalizzandosi su una critica metodologica radicale all'elaborato peritale d'ufficio, definito inefficace e affetto da vizio logico per aver fondato le proprie conclusioni su dati bibliografici generali dell'Istituto Superiore di Sanità piuttosto che sull'analisi concreta della documentazione clinica del paziente CP_7 La difesa della struttura ha introdotto, quale elemento di novità rispetto agli atti precedenti, la richiesta subordinata formale di rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio, da affidarsi a un nuovo collegio di specialisti, sostenendo che l'attuale perizia non avrebbe tenuto in debito conto l'incidenza causale esclusiva delle gravissime comorbilità del paziente (demenza, diabete, mielodisplasia) che ne azzeravano l'aspettativa di vita indipendentemente dall'infezione. Inoltre, la convenuta ha ribadito l'assenza di prova in ordine all'elemento soggettivo della colpa, argomentando che i ricorrenti non hanno soddisfatto l'onere probatorio a loro carico tipico della responsabilità aquiliana, non avendo dimostrato alcuna specifica violazione dei protocolli di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

sanificazione e prevenzione, che la struttura assume di aver puntualmente rispettato.

Parallelamente, la terza chiamata *Controparte_6* nelle proprie note conclusive, ha ulteriormente sviluppato l'eccezione relativa all'incertezza scientifica sul momento del contagio, introducendo argomentazioni tecniche specifiche relative ai tempi di incubazione delle varianti del virus (Delta e Omicron) per sostenere la plausibilità che l'infezione fosse stata contratta dal paziente durante le 48 ore di stazionamento presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di [redacted] prima dell'ingresso nella Casa di Cura. La compagnia assicuratrice ha corroborato le proprie difese producendo nuova giurisprudenza, tra cui una sentenza del Tribunale di Venezia del 2025, per sostenere l'applicabilità dell'art. 2236 c.c. e la limitazione della responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave, stante la difficoltà tecnica della prestazione in contesto pandemico, concludendo per l'infondatezza della domanda attorea data l'assenza di prova certa del nesso eziologico tra una condotta negligente della struttura e il decesso, avvenuto in un quadro clinico già irrimediabilmente compromesso,.

In diritto

Il Tribunale reputa, ai sensi dell'art. 115 cpc, di porre a fondamento della decisione I seguenti fatti pacifici e non contestati:

1. Il signor *CP_7*, nato nel 1940, è [redacted] presso il reparto COVID del PO di [redacted]

2. I ricorrenti *CP_1* [redacted], *CP_3* [redacted] e *CP_2* [redacted] sono rispettivamente figlia, figlio e moglie del defunto *CP_7* e agiscono in qualità di eredi.

3. Il signor *CP_7*, all'epoca dei fatti (marzo 2022), aveva 82 anni ed era affetto da un quadro clinico gravemente compromesso e afflitto da numerose gravi comorbilità preesistenti, tra cui demenza senile/decadimento cognitivo, diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa e dislipidemia, fibrillazione atriale in TAO (terapia anticoagulante orale), steno-insufficienza aortica, mielodisplasia (politrasfuso) e ipotiroidismo, ed era portatore di pacemaker.

4. Il signor *CP_7* aveva completato il ciclo vaccinale anti-COVID-19 con la terza dose (booster) in data 21 gennaio 2022.

5. In data 21/03/2022, *CP_7* veniva trasportato in ambulanza presso il Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale di [redacted] per sintomi compatibili con scompenso cardiaco e polmonite. All'ingresso presentava sintomatologia caratterizzata da febbre e dispnea; in tale sede veniva sottoposto a tampone antigenico e molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

6. Al momento dell'accesso in PS il 21/03/2022, gli esami di laboratorio evidenziavano leucocitosi (14.100), PCR 227 mg/L, e scompenso diabetico (glucosio 259).

7. I test per la ricerca di SARS-CoV-2 (tampone antigenico rapido e tampone molecolare) eseguiti presso il PS di [redacted] in data 21/03/2022 e 22/03/2022 risultavano negativi.

8. CP_7 rimaneva in astanteria presso il PS dell'Ospedale di [redacted] per circa 36 ore (comparsa di costituzione e risposta ATP; perizia, p. 58).

9. In data 23/03/2022 (alle ore 10:24), il paziente veniva trasferito e ricoverato presso il reparto di Medicina della CP_4 Controparte_4 (CDC CP_4), con diagnosi di "polmonite a sinistra, versamento pleurico dx".

10. Durante i primi giorni di degenza presso la CDC CP_4 , si registrava un miglioramento clinico e laboratoristico, inclusa la riduzione della leucocitosi, e il paziente era vigile e si alimentava in autonomia.

11. La sera del 28/03/2022 (ore 23:50), il quadro clinico del paziente precipitava con la manifestazione di un grave episodio acuto (episodio sincopale con contrazioni tonico-cloniche, stato soporoso e ipotensione).

12. A seguito dell'aggravamento, il 28/03/2022 veniva eseguito (presso la CDC CP_4) un tampone rapido per COVID-19, il cui esito risultava positivo.

13. La notte del [redacted] (alle ore 01:02) il signor CP_ veniva trasportato d'urgenza (in codice rosso) al PS dell'Ospedale di [redacted]

14. Presso il PS, la TAC cerebrale risultava negativa per lesioni acute (ictus).

15. Durante la degenza presso la Casa di Cura convenuta, e precisamente nella serata del 28 marzo 2022, le condizioni cliniche del paziente subivano un improvviso aggravamento caratterizzato da crisi sincopale, dispnea e desaturazione, che rendeva necessaria l'esecuzione di un tampone rapido, il quale dava esito positivo al Covid-19; a seguito di tale riscontro, veniva disposto ed eseguito il trasferimento d'urgenza del paziente presso l'Ospedale di [redacted] (v. ricorso, p. 2; [redacted] in ATP, pp. 5 e 12; v. comparsa di costituzione CP_4 , p. 2; v. all. 1 – relazione clinica dott.ssa Per_4).

16. La consulenza cardiologica del [redacted] escludeva problematiche cardiache primitive come causa diretta dell'aggravamento clinico, e si riferiva a "Polmonite COVID con insufficienza pluriorgano e shock SETTICO; incremento Trop. I SECONDARIO"-

17. CP_7 è, quindi, [redacted] (alle 18:35), presso il reparto COVID del [redacted] di [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

18. la CP_8 è coperta da polizza assicurativa (N. [redacted] con [...] CP_6 che prevede un limite risarcitorio di €1.000.000,00 per sinistro da pandemia e una Self Insurance Retention (SIR) di €250.000,00 a carico della struttura. Il contratto prevede anche una SIR (Self Insurance Retention) o franchigia a carico della struttura assicurata pari a euro 250.000,00 per sinistro; la sussistenza del rapporto assicurativo e l'operatività della franchigia sono circostanze pacifiche e documentalmente provate. (v. comparsa di costituzione CP_4 , pp. 21-22; v. comparsa di costituzione Controparte_6 , p. 5; v. all. 2 e 6 CP_4 – contratto e appendice).

19. Prima dell'introduzione del presente giudizio di merito, tra le medesime parti si è svolto un procedimento per Accertamento Tecnico Preventivo ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c. dinanzi al Tribunale di Venezia (R.G. 2652/2024), nel corso del quale è stata espletata una Consulenza Tecnica d'Ufficio affidata al collegio peritale composto dal Dott. Persona_5 (medico legale) e dal Dott. [...] Per_6 infettivologo); la relazione peritale definitiva è stata depositata in data 5 agosto 2024.

20. Il tentativo di conciliazione esperito dai Consulenti Tecnici d'Ufficio nel corso del procedimento di ATP ha avuto esito negativo, a causa dell'indisponibilità manifestata dalle parti convenute e dalla terza chiamata a formulare proposte transattive, circostanza che ha determinato il deposito della relazione definitiva e l'avvio della fase di merito. (v. ricorso, p. 8; [redacted] in ATP, p. 21; v. mail allegate alla CTU del 30/07/2024).

Il Tribunale reputa, al contrario, contestati e bisognosi di decisione i seguenti profili controversi: 1) Qualificazione della responsabilità della convenuta, valutazione del nesso causale e della colpa; 2) Danni risarcibili e loro quantificazione; 3) spese di lite.

1) Qualificazione responsabilità della struttura.

Rileva preliminarmente questo Giudicante che la fattispecie oggetto di giudizio deve essere incardinata nell'alveo della responsabilità contrattuale sanitaria. Il rapporto intercorrente tra il paziente e la struttura (pubblica o privata) trae origine dal contatto sociale qualificato che si perfeziona con l'accettazione del degente, dando luogo a un atipico contratto di spedalità (o di assistenza sanitaria). In virtù di tale vincolo, e in ossequio ai principi generali di cui agli artt. 1218 e 1228 c.c., l'ente ospedaliero non è tenuto alla sola prestazione di cura medica stricto sensu, bensì assume a proprio carico una complessa obbligazione di protezione (Schutzpflicht) volta a garantire l'incolumità fisica e patrimoniale del paziente rispetto a rischi prevedibili ed evitabili connessi all'ambiente nosocomiale. Tra questi rischi, la giurisprudenza di legittimità ha inequivocabilmente ricompreso il rischio infettivo, statuendo che il contagio da SARS-CoV-2 contratto durante la degenza deve essere equiparato, sul piano giuridico, alle Infezioni Correlate

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

all’Assistenza (ICA). Tale principio è stato recentemente cristallizzato dalla giurisprudenza (Suprema Corte di Cassazione, Sezione III Civile, con la sentenza n. 6386 del 3 marzo 2023), la quale ha ribadito che la struttura risponde dei danni derivanti da infezioni nosocomiali qualora non dimostri di aver predisposto un apparato organizzativo idoneo a sterilizzare il rischio, secondo lo standard della diligenza qualificata. La natura contrattuale della responsabilità della struttura è confermata anche dall’art. 3 della legge 24/17 (legge Gelli Bianco).

Orbene, la qualificazione dell’evento in termini contrattuali governa il regime dell’onere della prova, che non può prescindere dall’applicazione del criterio della "probabilità prevalente" . Al paziente danneggiato (o ai suoi eredi, in caso di azione iure hereditatis) compete l’onere di allegare l’inadempimento qualificato della struttura e di provare, anche attraverso presunzioni gravi, precise e concordanti, il nesso di causalità materiale tra l’ingresso in ospedale e l’insorgenza dell’infezione.

In tal senso, questo Giudice ritiene di dover aderire al rigoroso percorso logico-inferenziale tracciato dalla citata giurisprudenza di legittimità e da recente giurisprudenza di merito (TRIBUNALE di Vercelli - Sezione I – sentenza 3 agosto 2022; Tribunale civile Alessandria sentenza n. 755 del 16 ottobre 2024), secondo cui la prova del nesso causale presuppone la dimostrazione positiva di tre elementi fattuali concorrenti: il criterio temporale, cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall’ospedale; il criterio topografico, ovverosia l’insorgenza dell’infezione nel sito chirurgico interessato dall’intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della “probabilità prevalente”; nonché il criterio clinico, finalizzato a verificare quali misure di prevenzione era necessario adottare, in ragione della specificità dell’infezione. Competerà, poi, al CTU medico-legale accertare la causalità, tanto generale quanto specifica, da un lato, escludendo, se del caso, la sufficienza delle indicazioni di carattere generale in ordine alla prevenzione del rischio clinico; dall’altro, esaminando la storia clinica del paziente, la natura e la qualità dei protocolli, le caratteristiche del microrganismo e la mappatura della flora batterica presente nei singoli reparti.

Solo ove il ricorrente abbia soddisfatto tale onere probatorio, sorge in capo alla struttura sanitaria l’onere della prova liberatoria, il cui contenuto non può limitarsi alla mera allegazione formale di protocolli di sicurezza. L’ente convenuto deve, al contrario, fornire la prova positiva di aver adottato in concreto tutte le misure precauzionali imposte dalla normativa emergenziale ratione temporis vigente – quali il D.P.C.M. 8 marzo 2020 e la Circolare del Ministero della Salute n. 1965 del 22 marzo 2020 – e dalle leges artis mediche. Tale prova deve estendersi alla dimostrazione dell'effettiva fornitura di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) adeguati (mascherine FFP2/FFP3) al personale sanitario, della corretta esecuzione del triage in ingresso, dell’isolamento tempestivo dei casi sospetti e della sanificazione periodica degli ambienti. La carenza di tali riscontri fattuali integra gli estremi della colpa organizzativa.

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

Tuttavia, il nesso di causalità può essere interrotto qualora la struttura sanitaria fornisca elementi tecnico-scientifici idonei a escludere l'origine nosocomiale del contagio, dimostrando che l'evento dannoso è derivato da causa esterna non imputabile.

Ne consegue che, nel giudizio di responsabilità medica da Covid-19, la conformità della condotta della struttura deve essere valutata in relazione alle conoscenze scientifiche disponibili al momento del fatto e alla concreta possibilità di governare il rischio biologico, escludendo la responsabilità solo ove l'ente provi che il contagio è avvenuto nonostante l'osservanza scrupolosa di tutte le cautele esigibili, configurando così l'ipotesi del caso fortuito o della forza maggiore.

1.1) Nesso causale.

Il Tribunale ritiene che l'accertamento del nesso di causalità materiale debba essere svolto secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza, accertando, in un'unica traiettoria logico-giuridica, tanto il rapporto eziologico tra la condotta (attiva e/o omissiva) della struttura e l'evento contagio, quanto il rapporto tra contagio e decesso, nonché chiarendo, in via subordinata e distintiva, se e in che misura l'infezione abbia inciso sulle chances di sopravvivenza, figura giuridica autonoma che presuppone, però, un diverso grado di incertezza sul nesso causale. La questione centrale attiene, infatti, alla riconducibilità dell'infezione da SARS-CoV-2 contratta dal Sig. *CP_7* alla *Controparte_4* *[...]* e al ruolo causale dell'infezione nel determinismo dell'exitus, pur in presenza di gravi comorbilità preesistenti. In tale quadro, si osserva che la parte attrice ha assolto l'onere probatorio su ciò che, secondo i criteri ordinari, le competeva dimostrare, avendo provato l'inserimento del paziente nella filiera assistenziale della convenuta a decorrere dal 23 marzo 2022 e, soprattutto, l'insorgenza di una patologia infettiva che, con certezza documentale, non era presente al momento dell'ingresso, essendo il paziente risultato negativo sia al test antigenico sia al test molecolare in data 21 marzo 2022 presso il Pronto Soccorso di [redacted] negatività che costituisce fatto clinico oggettivo ad elevato valore diagnostico. Sul piano giuridico, tale dato interrompe la continuità eziologica con l'ipotesi del contagio pregresso e funge da fatto noto idoneo a fondare una presunzione grave, precisa e concordante circa l'acquisizione dell'infezione in epoca successiva, collocandola nella sfera di controllo della struttura che aveva in custodia il paziente. L'analisi cronologica e fenomenica conferma tale conclusione: l'andamento clinico dei primi giorni di ricovero (23–27 marzo), caratterizzato da un miglioramento laboratoristico, segnatamente con riduzione della leucocitosi, e dall'assenza di segni compatibili con una sindrome virale già attiva, risulta logicamente incoerente con l'ipotesi che l'infezione da SARS-CoV-2 fosse già in atto all'ingresso. Se il contagio fosse stato preesistente e già biologicamente efficace, non si spiegherebbe la sequenza "negatività molecolare + miglioramento clinico" seguita da una positivizzazione improvvisa e da un crollo rapido: la ricostruzione alternativa impone troppe eccezioni simultanee e perde forza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

esplicativa rispetto alla spiegazione lineare del contagio in degenza. A ciò si aggiunge che, secondo le acquisizioni scientifiche recepite in CTU, nel periodo considerato l'incubazione delle varianti circolanti (Delta/Omicron) era tendenzialmente più breve, con frequente comparsa dei segni clinici entro pochi giorni, sicché la positivizzazione del 28 marzo, a distanza di circa cinque giorni dalla permanenza in struttura, si colloca in un intervallo temporalmente compatibile con un contagio avvenuto durante la degenza, mentre l'ipotesi del falso negativo iniziale, oltre a non essere supportata da evidenze specifiche nel caso concreto, confligge con il miglioramento clinico osservato dopo il trasferimento, atteso che una patologia virale non batterica non è, di regola, suscettibile di regressione "spontanea" in risposta a terapia antibiotica. Nel giudizio civile non è sufficiente evocare la possibilità astratta del falso negativo o dell'ubiquità del virus: per ribaltare una probabilità prevalente occorre un'alternativa fattuale di pari coerenza, qui mancante. Ne consegue che l'origine nosocomiale dell'infezione deve ritenersi provata secondo lo standard richiesto, anche in base alle conclusioni dei consulenti, i quali hanno inquadrato il contagio come riconducibile alla degenza e, soprattutto, hanno rilevato una disfunzione nella catena di prevenzione. In termini di riparto dell'onere probatorio, una volta dimostrati dal danneggiato l'ingresso "negativo" e l'insorgenza dell'infezione durante il ricovero, incombe sulla struttura l'onere di dimostrare l'inevitabilità dell'evento e l'adozione di tutte le misure esigibili secondo diligenza qualificata, non potendo la responsabilità sanitaria essere neutralizzata dalla sola affermazione di un rischio pandemico generalizzato. La convenuta ha prodotto protocolli generali e procedure interne, ma la mera predisposizione astratta di linee operative non integra la prova liberatoria, che richiede dimostrazione rigorosa della concreta attuazione, mediante evidenze documentali idonee a rendere verificabile il rispetto delle regole (registri di sanificazione, tracciabilità della consegna e sostituzione dei DPI, attestazioni di formazione specifica, audit, verbali di controllo), elementi che non risultano prodotti. La stessa CTU, nel rilevare che l'effettiva osservanza delle norme anti-Covid "sfugge alle possibilità di accertamento del Collegio peritale", evidenzia indirettamente che l'accertamento non è impedito da un limite intrinseco della scienza, ma dalla carenza di tracciabilità documentale della struttura: quando l'unico soggetto che può documentare "come" le misure siano state concretamente applicate non produce alcuna prova verificabile, l'incertezza non può essere riversata sul paziente, perché coincide con l'assenza stessa della prova dovuta dalla parte onerata. Accertato il contagio, il Tribunale deve poi stabilire se l'infezione abbia contribuito all'evento morte oppure solo a una perdita di possibilità di sopravvivenza. Sul punto, la CTU consente una risposta netta, poiché l'infezione non si è limitata a ridurre statisticamente le probabilità di esito favorevole, ma ha innescato la sequenza patogenetica letale: i consulenti hanno indicato la causa di morte nell'"infarto del miocardio unitamente alla grave polmonite Covid-19 relata e conseguente insufficienza respiratoria acuta", qualificando l'infezione come "elemento esiziale nel determinismo della morte" e "destabilizzante lo status quo ante". Tale qualificazione esclude che la fattispecie

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

debba essere confinata alla perdita di chance, istituto che opera quando permane incertezza sul fatto che la condotta doverosa avrebbe evitato l'evento; qui, invece, l'efficacia causale del virus nel precipitare il quadro respiratorio e sistemico è affermata come causalmente efficiente rispetto all'exitus hic et nunc. Il giudizio controfattuale, esplicitato dai periti, è dirimente: "senza l'infezione Sars Cov 2 il Sig. *CP_7* non sarebbe morto nella data e con le modalità note", il che qualifica l'evento come morte anticipata causalmente riconducibile all'infezione e non come mera perdita di un risultato utile incerto. Le comorbilità pregresse (mielodisplasia, diabete scompensato, valvulopatia e fragilità complessiva) non risultavano in fase terminale immediata e non descrivono un decorso "preordinato" alla morte in tempi brevi, essendo documentata una stabilità relativa iniziale e un miglioramento degli indici laboratoristici; la diagnosi finale di polmonite Covid con insufficienza pluriorgano e shock settico, l'incremento secondario dei marker cardiaci e l'assenza di lesioni encefaliche acute corroborano l'interpretazione per cui l'infezione abbia operato da fattore nuovo e aggressivo, capace di trasformare una condizione compromessa ma non irreversibilmente terminale in un collasso multiorgano. La causalità civile non richiede che il virus fosse "da solo sufficiente" in astratto a uccidere un soggetto sano, ma che sia stato sufficiente nel caso concreto a determinare l'evento in quel paziente e in quel tempo: qui il contagio è il fattore attivo scatenante che rende l'exitus inevitabile nel momento in cui si verifica. Resta ferma la distinzione tra "morte causata o anticipata" e "perdita di chance": anche qualora si consideri, in via concorrente, che il contagio abbia inciso sulle possibilità di sopravvivenza, tale profilo non sostituisce né assorbe l'evento morte quando il nesso eziologico materiale risulta accertato secondo probabilità prevalente; al più, la valutazione delle chances (ad esempio l'"apprezzabile chance" indicata dai periti, anche quantificata intorno al 50% di guarigione dalla patologia originaria e rientro a domicilio, con aspettativa residua fino agli 84 anni) rafforza la conclusione che l'infezione abbia interrotto un decorso non necessariamente immediatamente infausto, fungendo da causa efficiente dell'exitus e non da mero fattore di incertezza prognostica. In altre parole, la chance diviene qui elemento confermativo della non imminenza del decesso in assenza del contagio e, dunque, argomento di sostegno dell'an debeatur, restando eventuale la sua rilevanza in termini di modulazione equitativa del quantum. A ciò si aggiunge un ulteriore profilo di colpa rilevante, che non si esaurisce nella prevenzione del contagio ma riguarda anche la gestione diagnostica e il monitoraggio post-ricovero: la mancata esecuzione di un tampone molecolare ripetuto e di una TAC HR in ingresso o nei giorni immediatamente successivi, pur in un contesto pandemico e a fronte della fragilità del paziente, integra una criticità organizzativa e decisionale che ha inciso sulla tempestività dell'intercettazione del quadro virale e, conseguentemente, sull'accesso a trattamenti specifici o strategie di isolamento e contenimento più efficaci. Quando la stessa struttura assume di avere protocolli che impongono screening e sorveglianza e poi non documenta l'esecuzione degli accertamenti chiave, la lacuna non è neutra: diventa indice di scostamento dalla regola cautelare e rafforza la prevedibilità ed evitabilità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

dell'evento. La circostanza che il paziente fosse vaccinato con terza dose non elide l'obbligo di diligenza, poiché la vaccinazione riduce il rischio ma non lo annulla, e in un soggetto fragile permaneva l'elevata probabilità di forme severe, imponendosi un monitoraggio intensivo e una strategia prudenziale proporzionata. Parimenti, l'assenza di autopsia non pregiudica la ricostruzione causale, poiché la CTU ha fondato il proprio giudizio su dati oggettivi e convergenti (imaging toracico, markers infiammatori, parametri cardiologici, cronologia clinica), idonei a ricostruire la sequenza patogenetica in modo coerente; la causalità civile non richiede un mezzo di prova tipico esclusivo, ma una ricostruzione razionale e scientificamente fondata che superi la soglia del "più probabile che non", soglia qui raggiunta attraverso una pluralità di indicatori concordanti. Ne consegue, in conclusione, che il contagio è riconducibile alla struttura secondo probabilità prevalente e che esso ha contribuito direttamente all'evento morte come concausa efficiente e determinante, non riducendosi a una mera perdita di possibilità: le patologie pregresse integrano il substrato vulnerabile che incide eventualmente sulla misura del risarcimento, ma non interrompono né dissolvono il nesso causale materiale tra infezione e decesso, mentre l'assenza di prova concreta dell'effettiva attuazione delle misure preventive e di un monitoraggio diagnostico adeguato consolida il giudizio di responsabilità della convenuta.

1.2) La colpa.

L'Art. 2236 C.C. stabilisce che il prestatore d'opera risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave quando la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà. L'Art. 2236 C.C. non è stato espressamente abrogato né dalla L. n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco) e nemmeno dalle normative per far fronte all'emergenza pandemica (art. 3-bis D.L. 44/2021, che introduceva il cosiddetto scudo penale per medici e operatori sanitari limitando la punibilità penale per omicidio colposo o lesioni personali colpose è limitata ai soli casi di colpa grave).

L'emergenza sanitaria causata dal virus SARS-CoV-2, soprattutto nelle sue prime fasi, ha rappresentato un evento di carattere eccezionale e una situazione di emergenza. Tale contesto era caratterizzato dalla novità del patogeno, dalla rapidità della diffusione, dalla limitatezza delle conoscenze sulle modalità di trasmissione e sulle terapie efficaci (sebbene nel 2022 la situazione fosse migliorata rispetto al 2020). In tale scenario, la gestione clinica e l'organizzazione logistica volte al contenimento del contagio (screening, isolamento, uso dei DPI) implicavano senza dubbio la soluzione di problemi di "speciale difficoltà tecnica".

Si deve pertanto ritenere applicabile l'Art. 2236 C.C. alla valutazione della condotta della *CP_8* Di conseguenza, per accertare la responsabilità extracontrattuale della struttura, i ricorrenti devono dimostrare non la colpa lieve, ma l'esistenza di dolo o colpa grave nella gestione del paziente.

La colpa grave si configura quando il medico o la struttura abbiano disatteso regole elementari di cautela o diligenza, venendo meno al grado minimo di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

preparazione ed attenzione richiesto dal caso, anche in presenza di difficoltà tecniche.

Nel caso di specie, la CDC *CP_4* è chiamata a rispondere per omissioni diagnostiche e organizzative in un contesto di ricovero di un paziente ad altissimo rischio:

1. Omessa Esecuzione del Tampone: Il Signor *CP_* era ricoverato presso il reparto di Medicina/Geriatria proveniente dal Pronto Soccorso con diagnosi di polmonite. Sebbene i tamponi in PS fossero negativi, la CTU ha giudicato prudenzialmente opportuno ripetere il tampone COVID-19 nei giorni immediatamente successivi al trasferimento, data la fase pandemica e il forte rischio infettivo noto nel marzo 2022.

2. Omessa Esecuzione della TAC HR Torace: La CTU ha specificato che, in ragione delle plurime patologie del paziente (in particolare polmonite con versamento pleurico), l'esecuzione di una TAC HR torace sarebbe stata utile per individuare una fase iniziale di interstiziopatia polmonare COVID-19 relata, un accertamento di prassi già noto come utile, soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia in presenza di scarsa sensibilità dei tamponi.

La difesa sostiene che tali omissioni non siano colpa grave, in quanto il contagio non era evitabile e la struttura si è attenuta ai protocolli formalmente vigenti.

Tuttavia, il mero possesso formale dei protocolli non equivale alla prova della loro rigorosa e diligente applicazione. Soprattutto, la CTU è stata perentoria nell'affermare che "a prescindere dall'intera documentazione prodotta da parte resistente... non è escludibile, a priori, che qualcosa nella complessa catena della prevenzione dell'infezione da COVID 19 non abbia funzionato". Tale carenza di prova liberatoria, come già detto in punto di qualificazione e in precedenza, si traduce nella sussistenza della colpa gravante sull'ente.

Inoltre, la negligenza della CDC *CP_4* non verte sull'efficacia di una cura innovativa (dove l'Art. 2236 C.C. troverebbe piena applicazione), ma sulla mancata adozione di misure diagnostiche basilari e prudenti (buone pratiche clinico-assistenziali), pienamente conosciute all'epoca dei fatti (marzo 2022), in un paziente che, per il suo quadro clinico (polipatologia e polmonite), richiedeva un livello di attenzione e monitoraggio eccezionalmente elevato.

L'omissione di un atto diagnostico cautelativo, la cui necessità era dettata dal principio di massima diligenza e cautela nei confronti di un soggetto ad alto rischio di *exitus*, e la conseguente perdita della *chance* di una diagnosi precoce (che avrebbe potuto portare a un trattamento antivirale tempestivo come Remdesivir, aumentando le probabilità di sopravvivenza), costituiscono una grave violazione del dovere di protezione sanitaria. Tale negligenza, in quanto palese e non scusabile (i mezzi erano disponibili e l'esigenza nota), si configura come colpa grave.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

Pertanto, nonostante l'Art. 2236 C.C. sia applicabile, si conclude che la soglia di accertamento della responsabilità è stata comunque superata. La responsabilità della CP_8 è quindi accertata per colpa grave.

2. Danni risarcibili e loro Quantifilazione del Danno.

La domanda di risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio proposta dai congiunti del defunto CP_7 merita accoglimento, previa una necessaria e rigorosa operazione di qualificazione giuridica del pregiudizio accertato, che — alla luce delle risultanze istruttorie complessivamente valutate e dei principi giurisprudenziali applicabili — non può essere ricondotto alla figura della c.d. "perdita di chance di sopravvivenza", bensì a quella, ontologicamente e funzionalmente distinta, del danno da anticipazione dell'evento morte causalmente riconducibile all'infezione nosocomiale da SARS-CoV-2.

In via preliminare, va osservato come la distinzione tra le due fattispecie non si esaurisca in una mera disquisizione teorico-classificatoria, ma incida direttamente e in modo decisivo sull'oggetto stesso del risarcimento. La qualificazione del danno costituisce, infatti, il presupposto logico-giuridico indefettibile per la corretta applicazione dei criteri di causalità, imputazione e quantificazione, giacché mentre la perdita di chance attiene a situazioni caratterizzate da incertezza eziologica — in cui non è possibile stabilire se la condotta doverosa avrebbe evitato l'evento lesivo — e legittima un ristoro limitato alla sola probabilità perduta, nel caso di specie l'istruttoria ha fornito prova, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", che l'infezione da SARS-CoV-2 ha agito quale concausa efficiente e determinante del decesso, innestandosi in un quadro clinico pregresso certamente fragile, ma sostanzialmente stazionario.

I Consulenti Tecnici d'Ufficio, nel loro elaborato definitivo e nei successivi chiarimenti resi all'udienza del 3 luglio 2025, hanno infatti concluso che la causa della morte è da identificarsi nell'«infarto del miocardio unitamente alla grave polmonite Covid-19 relata», precisando — in termini di giudizio controfattuale — che «senza l'infezione SARS-CoV-2 il Sig. CP_ non sarebbe morto nella data e con le modalità note». Tale giudizio tecnico, espresso in forma chiara e privo di ambiguità, consente di superare ogni residuo dubbio causale e di collocare l'evento morte nell'alveo della responsabilità piena, e non probabilistica, della struttura sanitaria.

Ne discende l'esclusione della configurabilità della perdita di chance, poiché l'illecito non si è limitato a ridurre astrattamente le probabilità di vita del paziente, ma ha concretamente e attualmente determinato la morte, recidendo hic et nunc il legame affettivo che univa la vittima ai propri congiunti. Dal punto di vista logico, non è configurabile una "chance" quando l'evento finale si è verificato con certezza ed è direttamente riconducibile alla condotta illecita accertata.

Tuttavia, l'accertamento del nesso di causalità materiale, pur sufficiente a fondare la responsabilità della struttura sanitaria per l'evento morte, non esaurisce

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

l'indagine richiesta ai fini risarcitori. Esso impone, piuttosto, di considerare la specifica condizione del paziente al momento del fatto, ai fini della corretta quantificazione del danno iure proprio subito dai congiunti, in ossequio al principio di integralità del risarcimento, che vieta tanto la sottostima quanto la duplicazione o l'arricchimento indebito.

È risultato pacifico e documentalmente provato che il Sig. *CP_7* ottantaduenne all'epoca dei fatti, fosse affetto da un quadro di severe e numerose comorbilità preesistenti, tra cui insufficienza mitro-aortica, mielodisplasia, diabete mellito scompensato e demenza senile. Tale condizione di estrema fragilità clinica ha indotto il Collegio peritale a formulare una prognosi infausta quoad vitam nel breve-medio periodo anche in assenza del contagio, stimando che l'aspettativa di vita residua non sarebbe stata comunque superiore agli 84 anni.

Questo dato temporale assume rilievo dirimente nella liquidazione del danno, poiché consente di calibrare il ristoro sulla reale estensione del pregiudizio subito dai congiunti, evitando automatismi risarcitori scollegati dalla concreta durata del rapporto parentale residuo. L'illecito commesso dalla struttura sanitaria non ha infatti privato i familiari di un rapporto destinato a protrarsi secondo l'ordinaria speranza di vita statistica — che per un soggetto di 82 anni sarebbe stata di circa ulteriori sette anni — bensì ha anticipato un evento luttuoso che, con elevata probabilità, si sarebbe comunque verificato entro un arco temporale significativamente più breve, stimabile in circa due anni. Peraltro, va considerato che le comorbilità da cui era affetto il paziente avrebbero inciso pesantemente anche sulla qualità del rapporto parentale.

In applicazione dei principi espressi dalla Suprema Corte (Cass. n. 35998/2023), quando la condotta illecita determina la morte anticipata di un soggetto affetto da patologie pregresse che ne avrebbero comunque cagionato il decesso nel breve termine, il risarcimento del danno iure proprio spettante ai congiunti deve essere equitativamente ridotto, poiché la durata presumibile della residua sopravvivenza della vittima primaria rileva quale parametro per la liquidazione equitativa. La funzione compensativa del risarcimento impone, infatti, una correlazione proporzionale tra bene giuridico perduto e intensità temporale della sua sottrazione.

Accogliere integralmente le pretese attoree — che quantificano il danno applicando i valori tabellari standard come se si trattasse della morte di un soggetto sano — comporterebbe una indebita sovrastima del pregiudizio, trasformando il risarcimento in una forma di locupletazione non corrispondente alla reale perdita affettiva temporalmente subita. Il risarcimento del danno non patrimoniale, pur non suscettibile di una misurazione aritmetica, non può prescindere da un ancoraggio razionale alla concreta esperienza di vita che il rapporto parentale avrebbe potuto ancora esprimere.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

Ciò posto, per la liquidazione del danno questo Giudice fa applicazione delle Tabelle di Milano (edizione 2024), quale parametro di riferimento nazionale per la valutazione equitativa ex art. 1226 c.c., in conformità all'orientamento di legittimità che valorizza l'adozione di un sistema a punti al fine di garantire uniformità, prevedibilità e controllabilità della decisione. Il sistema tabellare consente, infatti, di valorizzare le specificità del caso concreto attraverso l'attribuzione di punteggi relativi a cinque parametri: età della vittima primaria, età della vittima secondaria, convivenza, sopravvivenza di altri congiunti e qualità e intensità della relazione affettiva, quest'ultima desumibile anche in via presuntiva dalla natura del vincolo familiare.

Con riferimento alla posizione del coniuge superstite, sig.ra *CP_2* (anni 78, convivente), l'applicazione dei criteri tabellari conduce all'attribuzione dei punteggi relativi all'età della vittima (8 punti), all'età del superstite (12 punti), alla convivenza (16 punti) e alla presenza di figli superstiti (12 punti), cui va aggiunto il punteggio per la qualità della relazione affettiva, riconoscibile in assenza di elementi contrari. Analogamente, per i figli *CP_1* (anni 45) e *CP_3* (anni 41), non conviventi, il calcolo tabellare base tiene conto dell'età della vittima (8 punti), dell'età dei superstiti (20 punti) e della composizione del nucleo familiare (12 punti), pur in assenza del parametro della convivenza.

I valori monetari teorici così determinati — pari a euro 203.372,00 per il coniuge ed euro 156.440,00 per ciascun figlio — devono tuttavia essere sottoposti alla necessaria decurtazione equitativa conseguente all'accertata anticipazione della morte. Considerato che l'aspettativa di vita residua effettiva (circa due anni) rappresentava una frazione significativamente ridotta rispetto all'aspettativa di vita statistica media (circa sette anni) assunta a base dei valori tabellari, e tenuto conto che la qualità di tale vita residua sarebbe stata comunque compromessa dalle gravi patologie invalidanti (demenza, allettamento), che limitavano sensibilmente la piena fruibilità del rapporto affettivo, appare equo operare una riduzione del 60% sugli importi teorici.

Tale abbattimento percentuale realizza un equilibrio razionale tra l'esigenza di evitare una sottocompensazione simbolica e quella di scongiurare una sovrastima sganciata dalla concreta dimensione temporale e qualitativa del rapporto perduto, preservando una quota risarcitoria intangibile destinata a ristorare la sofferenza morale derivante dalla perdita improvvisa e traumatica del congiunto e dalla lesione del diritto all'autodeterminazione negli ultimi istanti di vita.

All'esito di tale operazione, il danno risarcibile viene liquidato nella somma onnicomprensiva di euro 81.348,80 in favore di *CP_2* e di euro 62.576,00 in favore di ciascuno dei figli *CP_1* e *CP_3* Trattandosi di debito di valore (Cass. civ., Sez. Un., n. 1712/1995), tali somme dovranno essere maggiorate della rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT e degli interessi legali sulla somma annualmente rivalutata, a decorrere dalla data del decesso (30

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

marzo 2022) sino alla data della presente sentenza, nonché dei soli interessi legali da oggi al saldo effettivo.

3. Azione di Manleva (Riconvenzionale Subordinata)

Venendo alla decisione sulla domanda di garanzia spiegata in via subordinata dalla convenuta *Controparte_4* e *Controparte_4* nei confronti della terza chiamata *Controparte_6* la pretesa di manleva merita accoglimento nei ristretti limiti delle pattuizioni contrattuali intercorse tra le parti e specificamente dedicate alla gestione del rischio pandemico. Dall'esame documentale del rapporto assicurativo, incardinato sulla Polizza n. [redacted] e rinnovato per il periodo di interesse tramite l'Appendice [redacted] emerge invero che la copertura per i danni derivanti, direttamente o indirettamente, dalla malattia COVID-19 o da infezione SARS-CoV-2 è stata espressamente subordinata a precise condizioni di operatività e a specifici limiti quantitativi che ne delimitano l'oggetto ai sensi dell'articolo 1904 c.c.. Orbene, il regolamento contrattuale prevede un sottolimite di indennizzo pari a euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo, soglia massima oltre la quale la Compagnia non può essere chiamata a rispondere, indipendentemente dall'entità della condanna inflitta all'assicurata. Elemento dirimente ai fini della statuizione è tuttavia la pattuizione relativa alla Self Insurance Retention (SIR), fissata in euro 250.000,00 per ogni sinistro relativo a danni alla persona da epidemia; tale clausola, configurandosi quale franchigia assoluta o forma di autoassicurazione per il primo rischio, impone che la gestione, l'istruzione e la liquidazione del danno restino a carico esclusivo della struttura sanitaria fino alla concorrenza del predetto importo. Ne consegue che l'obbligazione di manleva della Compagnia assicuratrice ha natura parziaria e sussidiaria, divenendo operativa esclusivamente per l'eventuale porzione del risarcimento che ecceda la somma di euro 250.000,00, restando invece l'intero onere risarcitorio in capo alla Casa di Cura qualora la liquidazione del danno si attesti al di sotto o in pari misura a tale soglia. Va peraltro rilevato che l'efficacia della garanzia è contrattualmente subordinata alla condizione che l'assicurata abbia osservato i protocolli e i programmi emergenziali predisposti per fronteggiare la situazione sanitaria, circostanza che, pur intersecandosi con il giudizio di merito sulla responsabilità colposa della struttura per le omissioni diagnostiche riscontrate, non elide l'operatività della polizza ma ne conferma la vigenza entro i limiti del rischio assunto. Alla luce di tali premesse ermeneutiche, e rigettata ogni contraria interpretazione volta a ottenere l'anticipazione dell'intero importo da parte dell'Assicuratore prima della detrazione della franchigia, *Controparte_6* è tenuta a manlevare e tenere indenne la *Controparte_4* limitatamente alla somma eccedente la franchigia SIR di euro 250.000,00 e fino alla concorrenza del massimale di euro 1.000.000,00.

Poiché il meccanismo SIR funziona come una sorta di franchigia assoluta, l'intero importo del risarcimento prima quantificato resta **esclusivamente a carico della** *Controparte_4*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

5. **Domanda ex art. 96 cpc e spese di lite.** La complessità delle questioni tecniche esclude sia la responsabilità aggravata che forme di abuso del processo. Relativamente alle spese queste vanno poste a carico della parte soccombente, *Controparte_4* e *Controparte_4*. Devono essere determinate tenendo conto della complessità delle questioni tecniche e giuridiche, dello svolgimento e della durata del processo, nonché dello svolgimento della CTU e del danno liquidato. Si ritiene che il compenso congruo ammonti a euro 10.000, a cui devono essere aggiunti gli accessori dovuti per legge. Ad analogo importo va condannata la *CP_4* per soccombenza scaturente dalla manleva. Le spese della CTU in fase di atp a carico della soccombente.

PQM

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa N. R.G. 21798/2024, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione disattesa, così dispone:

1. **Accerta e dichiara** la responsabilità della convenuta *Controparte_4* *[...]* in ordine al [redacted] *CP_7* [redacted]
2. **Condanna** la *Controparte_4* al pagamento, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale *iure proprio*, delle seguenti somme:
   - In favore di *CP_2*, la somma di **€81.348,80**;
   - In favore di *CP_1* la somma di **€62.576,00**;
   - In favore di *CP_3* la somma di **€62.576,00**;

   Oltre a rivalutazione monetaria secondo indici ISTAT e interessi legali sulla somma annualmente rivalutata dal [redacted] alla data della presente sentenza, e oltre ai soli interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo;
3. **Rigetta** la domanda di manleva formulata dalla *Controparte_4* *[...]* nei confronti della terza chiamata *Controparte_6*
4. **Condanna** la *Controparte_4* alla rifusione delle spese di lite in favore degli attori, che liquida in **€10.000,00** per compensi, oltre al rimborso delle spese forfettarie (15%), IVA e CPA come per legge;
5. **Condanna** la *Controparte_4* alla rifusione delle spese di lite in favore della terza chiamata *Controparte_6* che liquida in **€10.000,00** per compensi, oltre al rimborso delle spese forfettarie (15%), IVA e CPA come per legge;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591

6. **Pone** definitivamente a carico della convenuta *Controparte_4* *[...]* le spese per la Consulenza Tecnica d'Ufficio espletata nella fase di Accertamento Tecnico Preventivo (R.G. 2652/2024).

Venezia 30-1-26

Il Giudice

Massimo Marasca

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-591