



REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

Tribunale di Pisa

Sezione Civile

In composizione monocratica, in persona della Dott.ssa Stefana Curadi, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa R.G. n. 4874/2019 promossa da

Parte_1 (C.F. *C.F._1*)

Parte_2 (C.F. *C.F._2*)

Parte_3 (C.F. *C.F._3*)

Parte_4 (C.F. *C.F._4*)

Parte_5 (C.F. *C.F._5*)

Parte_6 (C.F. *C.F._6*),

tutti rappresentati e difesi, giusta procura in atti, dall'Avv. [redacted] [redacted] del Foro di Firenze, elettivamente domiciliate presso il suo studio a Firenze in Via de Pandolfini 28

Attori

Controparte_1 in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'avv.to [redacted] [redacted] del Foro di Pisa e dagli avv.ti [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] e [redacted] [redacted] del Foro di Livorno

Convenuta

Precisazione delle conclusioni: all'udienza del 13.11.2025, tenuta in modalità cartolare, le parti hanno precisato le conclusioni come da note scritte ritualmente depositate.

In fatto e in diritto

Hanno agito in giudizio i sig.ri *Parte_1* *Parte_2* *Pt_3*

[...] *Parte_4* *Parte_5* e *Parte_6*

al fine di accertare l'erroneità dei trattamenti sanitari posti in essere dall' *CP_2* di Cecina sulla sig.ra *Persona_1* – deceduta in Cecina il 13.05.2013 - e per gli effetti

per vedere condannare *Controparte_1* al risarcimento dei danni patiti. In particolare, gli attori hanno dedotto che:

1. verso la fine di ottobre 2011 la sig.ra *Persona_1* – affetta alla nascita da una tetraparesi spastica poi superata con la crescita - aveva un episodio di vomito e le veniva diagnosticata dal medico di base una forma influenzale,
2. dopo tre o quattro giorni la sig.ra *Pt_2* cominciava a lamentare dolore cervicale.
3. Il giorno 04.11.2011 la stessa accusava un mal di testa e verso le 00;30 del 05.11.2011 veniva chiamata la guardia medica,
4. La dott.ssa *CP_3* riscontrava segni di miosi a entrambe le pupille e, di conseguenza, la sig.ra *Pt_2* veniva trasportata in Pronto Soccorso,
5. presso il nosocomio di Cecina veniva effettuata una rachicentesi di cui dai referti non risulta indicata né l'ora né la quantità di *liquor* prelevato,
6. dalla documentazione risulta inoltre l'esecuzione di un esame TC diretta di cui compare l'ora di esecuzione alle ore 4;03 sulle immagini, ma collocata, nel referto sottoscritto dal Dr. *Per_2* alle ore 3;18.
7. le condizioni della *Pt_2* nella notte peggioravano con l'insorgere di convulsioni e veniva allora trasportata in ambulanza presso l'ospedale di Livorno,
8. Inspiegabilmente però la sig.ra *Pt_2* veniva formalmente dimessa alle ore 5;38 dal nosocomio di Cecina con il codice verde,
9. la paziente giungeva all'Ospedale di Livorno alle ore 6;17 con un quadro neurologico gravissimo caratterizzato da stato di coma, midriasi bilaterale e convulsioni tonicocloniche a tipo decerebrazione,
10. Veniva eseguita una RMN dell'encefalo con mezzo di contrasto che confermava, oltre alla presenza di un idrocefalo triventricolare con tutti i segni di ipertensione endocranica associati, e già evidenti nella TC diretta eseguita a Cecina, la presenza di una lesione espansiva in sede pineale responsabile della ostruzione delle vie liquorali,
11. alle ore 9;00 del 05.11.2011 la paziente veniva sottoposta a un'operazione urgente volta al posizionamento in urgenza di una derivazione liquorale esterna,

12. la paziente nei giorni successivi non recuperava e veniva trasferita in data 07.01.2012, in stato vegetativo, presso la struttura Auxilium Vitae di Volterra,
13. che in data 12.05.2013 la sig.ra **Pt_2** veniva nuovamente ricoverata d'urgenza presso l'ospedale di Cecina per una pancreatite acuta e ivi si verificava il decesso in data 13.05.2013,
14. Il dott. **CP_4** medico responsabile che ha curato la paziente nel novembre 2011, veniva rinviato a giudizio per il reato di cui al 589 c.p. ma lo stesso, nelle more, decedeva per un incidente stradale occorsogli.

Si è regolarmente costituita parte convenuta chiedendo il rigetto delle domande attoree e in subordine la riduzione delle somme richiesto a titolo di risarcimento; in replica alle avverse deduzioni ha allegato che:

15. sul piano fattuale, il riferimento alle ore 4;03 era dovuto al fatto che il dott. **Per_2** si trovava in pronta disponibilità presso il suo domicilio mentre in ospedale era presente il tecnico radiologo. In particolare, solo per quell'ora, il dott. **Per_2** riusciva a raggiungere l'ospedale e a redigere il referto
16. la rachicentesi era stata correttamente effettuata in conseguenza della sintomatologia accusata dalla paziente con storia di risentimento meningeo, lieve rigidità nucale, storia di febbricola e presenza di una significativa leucocitosi.
17. per l'esecuzione della rachicentesi il dott. **CP_4** si era avvalso, tra l'altro, della collaborazione dell'anestesista dott. **Per_3** il quale procedeva all'infusione di qualche cc. di liquido fisiologico, mantenendo la paziente in decubito laterale, onde evitare un brusco decremento della pressione,
18. non risultava, comunque, che l'esecuzione della rachicentesi avesse provocato conseguenze alle tonsille cerebellari e alle strutture caudali del tronco encefalico,
19. il caso in oggetto deve, in ogni caso, considerarsi di difficile soluzione per il medico di Pronto Soccorso e che il sospetto di meningite si basava anche sul fatto che in quel periodo vi era un aumento dei casi di meningite in **CP_1** (a fine 2011 sono stati diagnosticati 12 casi di meningite),
20. il decesso della **Pt_2** come sostenuto dai consulenti tecnici del P.M. nell'ambito del procedimento penale, è in realtà imputabile a un tumore della serie pineale, che

ha causato una condizione di idrocefalo triventricolare e di ipertensione endocranica che, in considerazione delle modalità subdole di esordio, inevitabilmente avrebbe avuto, in ogni caso, prognosi infausta,

21. non è risarcibile il danno biologico terminale in quanto è intercorso tra l'evento dannoso e la morte un periodo di tempo assai lungo e in quanto la sig.ra **Pt_2** dopo il trasporto al nosocomio di Livorno, non è mai stata più cosciente
22. non sono provati i presupposti per il risarcimento del danno parentale.

Con ordinanza del 25.03.2021 è stato nominato CTU il dott. **Persona_4**, con la nomina dell'ausiliario dott. **Per_5** i quali hanno depositato il proprio elaborato peritale in data 20.12.2021, a cui poi sono seguite richieste di chiarimenti depositati in data 15.10.2022 e 26.06.2023.

La causa è stata poi istruita con i documenti depositati agli atti e l'assunzione delle prove orali.

La causa era assegnata alla scrivente all'esito di una variazione tabellare del 24.07.2023. All'udienza del 04.04.2024 – tenuta in modalità cartolare – le parti hanno precisato le conclusioni come da note scritte ritualmente depositate e, concessi i termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e repliche, la causa è stata trattenuta in decisione.

Con ordinanza del 04.09.2024 la causa veniva rimessa in istruttoria, essendo stato ritenuto necessario un rinnovo della CTU che prendesse espressa posizione, laddove contraria, rispetto a quanto dedotto dai periti della **Pt_7** affidando l'incarico al dott. **Persona_6** e al dott. **Persona_7**

A seguito del deposito della consulenza tecnica, all'udienza del 13.11.2025 – tenuta in modalità cartolare – le parti hanno precisato le conclusioni come da note scritte ritualmente depositate e, concessi i termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e repliche, la causa è stata trattenuta in decisione.

Sulla causalità materiale

In via preliminare appare opportuno precisare come la giurisprudenza, di legittimità e di merito, nell'ambito della responsabilità medica tende a scomporre l'accertamento del

nesso causale in due diversi momenti. Il paziente, infatti, è chiamato a dare prova che il danno sofferto risulti eziologicamente riconducibile alla condotta della struttura sanitaria (c.d. causalità materiale) e solo laddove il paziente abbia dato tale prova il debitore è chiamato a dare prova che l'evento si è verificato per causa a lui non imputabile (c.d. causalità liberatoria).

Sul punto la Suprema Corte ha affermato che *“Va, pertanto, data continuità al principio di diritto in base al quale “ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è onere del danneggiato provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre è onere della parte debitrice provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione; l'onere per la struttura sanitaria di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile sorge solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità fra la patologia e la condotta dei sanitari (Cassazione Civile sentenza n. 27151 del 2023)”*.

Sempre in questa chiave è stata affermato e ribadito che *“In tema di risarcimento del danno da responsabilità contrattuale, la previsione dell'art. 1218 c.c. esonera il creditore dell'obbligazione asseritamente non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non da quello di dimostrare il nesso di causa tra la condotta del debitore e l'inadempimento, fonte del danno di cui si chiede il risarcimento, atteso che il cosiddetto "assorbimento" del nesso eziologico nell'inadempimento non deve essere inteso come sua irrilevanza tanto sul piano sostanziale quanto in punto di ricadute di carattere processuale e di distribuzione dell'onere probatorio, bensì come prova "evidenziale" della sua esistenza, giustificata dal fatto che quel nesso, di norma, non è funzionalmente scindibile dall'inadempimento, in quanto quest'ultimo si sostanzia nella lesione dell'interesse del creditore che a sua volta identifica l'evento di danno (Cassazione Civile sentenza n. 12760 del 2024)”*.

Nel caso di specie risulta corretto in via preliminare, allora, procedere prima di tutto all'accertamento della causalità materiale tra la condotta del medico riconducibile all'Azienda ospedaliera e il danno, costituito dall'evento morte della sig.ra **Pt_2**

Sul piano metodologico è opportuno precisare che, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità in ambito civilistico, appare opportuno fare applicazione delle generali regole concernenti l'accertamento del nesso di causalità nel diritto penale; in particolare, ai sensi

dell'art. 40 c.p., una determinata condotta può essere considerata causa di un certo evento solo se essa rappresenta una *conditio sine qua non* dello stesso; una volta precisato che la condotta rappresenta antecedente logico necessario rispetto all'evento (nel caso di specie la morte) nessuna rilevanza – ai fini dell'accertamento del nesso di causalità - possono avere eventuali concause preesistenti, come di disposto dall'art. 41 c.1 c.p., ai sensi del quale *“Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento”*.

Nel caso concreto si deve, pertanto, effettuare un giudizio controfattuale volto a verificare come si sarebbero sviluppati gli accadimenti in assenza del fattore concretamente intervenuto (la condotta del medico) e se il tumore, da solo, avrebbe comunque portato alla morte della sig.ra **Pt_2** nelle modalità e nei tempi in cui si è verificata.

In via preliminare si rileva come la consulenza considerata rilevante ai fini della decisione del giudizio sia quella depositata dai Dott. **Per_6** e **Per_7** chiamati ad esprimersi espressamente sulla relazione dei periti della procura, i cui esiti si contrapponevano a quelli dei CCTTUU già nominati nel presente giudizio.

Ora se è vero che i consulenti hanno concluso nel senso dell'impossibilità di definire la natura della lesione tumorale da cui era già affetta la sig.ra **Pt_2** ciò nondimeno la valutazione che in questa sede appare opportuno fare, secondo criteri di probabilità logica, è se alla stregua del criterio del *“più probabile che non”* si possa affermare che la sig.ra **Pt_2** non sarebbe deceduta *hic et nunc* secondo le modalità in cui il decesso è avvenuto e, comunque, se la condotta del medico abbia causato la riduzione di un'apprezzabile lasso di tempo della vita della sig.ra **Pt_2** si deve pertanto valutare se l'evento sarebbe avvenuto in circostanze analoghe e simili e se avrebbe determinato comunque quella sofferenza subita dagli stretti congiunti (danno in questa sede richiesto) in conseguenza della perdita di uno stretto legame affettivo, conseguente alla precoce morte di una ragazza di 27 anni.

In primo luogo si deve rilevare come la catena causale che ha portato alla morte della sig.ra **Pt_2** è rappresentata da una serie di eventi ciascuno dei quali causalmente efficiente: in primo luogo la preesistenza di una patologia come un tumore pineale che ha portato a un'ipertensione endocranica, in secondo luogo l'esecuzione di una rachicentesi

che ha aggravato irreversibilmente l'idrocefalo, dai cui è derivato lo stato di coma irreversibile il quale è stato certamente concausa della morte, dipesa dalla particolare fragilità ed esposizione di un soggetto in stato comatoso a infezioni quale quella verificatasi.

A tal proposito si deve rilevare come i consulenti tecnici hanno affermato *“Dato che, con un complessivo adeguato management, sarebbe stato esplicabile una derivazione liquorale esterna entro le ore 05.45 e visto che alle ore 06.17, all'arrivo al Pronto Soccorso di Livorno fu riportato un Codice Giallo ed alle ore 06.28 un codice Rosso, per la comparsa di crisi tonico-cloniche di tipo decerebrazione con assenza di coscienza, appare molto probabile che sarebbe stato evitato lo stato di coma, condividendosi pertanto sul punto quanto già espresso dai C.T. in ambito penalistico e dai precedenti C.T.U. in ambito civilistico. Ad ogni modo, se da un lato sarebbe stato evitato lo stato di coma di Persona_1, non è possibile affermare che anche a fronte di un complessivo adeguato management non vi sarebbero state ripercussioni di carattere funzionale come conseguenza dell'idrocefalo instauratosi”* (p. 73).

In altre parole, alla stregua del criterio del più probabile che non, i consulenti arrivano alla conclusione che, con ogni probabilità lo stato di coma della Pt_2 sarebbe stato evitato, e proprio il coma della sig.ra Pt_2 è stato l'antecedente necessario della morte della stessa *hic et nunc* per come si è determinata.

Ciò emerge in modo chiaro dalla seconda consulenza tecnica depositata nel presente procedimento dove si legge che *“Possono invece essere pienamente condivise le conclusioni cui sono pervenuti i Controparte_5 e CP_6 in ambito penalistico alla luce delle precedenti considerazioni tecniche, mentre non può essere condiviso pienamente quanto sostenuto in ambito civilistico dai precedenti C.T.U., ritenendosi che non vi è stata un'interruzione del nesso causale per una sopravvenuta infezione nosocomiale, sia perché gli eventi infettivi risultano inevitabilmente sempre essere la causa di morte dei pazienti in stato comatoso persistente, sia perché il quadro cerebrale presentato dalla P. nella TC del 05 febbraio 2013 rilevava una gravissima condizione encefalica”*(p. 78).

Ciò risulta, a ben vedere, anche dalla prima consulenza laddove si specifica: *“Discorso diverso per quanto concerne la causa di morte; nell'unico documento a nostra disposizione, la morte, peraltro avvenuta a diciassette mesi di distanza dal primitivo ricovero, è dovuta a pancreatite acuta e successivo shock pancreatico. Risulta evidente che il dubbio, in questo caso, viste le numerose manovre eseguite sulla persona della Pt_2 faccia pensare alla presenza di uno stato settico dovuto probabilmente*

ed infezione nosocomiale. Il problema è, che dagli atti, non è possibile raggiungere un criterio di certezza. I CCTTU sono dell'opinione che, le due situazioni abbiano agito in modo concorde al prodursi dell'evento morte. (si può ipotizzare che lo stato vegetativo sia il responsabile per il 60%, rammentando che questo non è un criterio scientificamente valido)"(p.11). Secondo i consulenti tecnici della prima perizia lo stato vegetativo della paziente rappresenta comunque una concausa dell'evento e quindi, argomentando ex art. 40 c.p. e 41 c.p., una condizione necessaria dell'evento morte.

Ciò, a ben vedere, è condiviso anche dagli stessi consulenti tecnici di parte, come da verbale del 24.10.2024 nel corso della seconda consulenza tecnica.

Ne consegue, in sintesi, che la condotta del medico che ha effettuato erroneamente la rachicentesi ha causato l'aggravamento dell'idrocefalo che ha condotto al coma la sig.ra

Pt_2 (stato che secondo i periti non si sarebbe verificato) che è stato concausa dell'evento morte (a pag. 60 della relazione dei CCTTUU si legge *"Pertanto, alla luce di quanto fin qui espresso, appare verosimile che sia stata eseguita prima la rachicentesi e poi l'esame TC encefalo, di cui le immagini fornite. Orbene a questo punto si ritiene che, alla luce del quadro anamnastico-clinico registrato che indirizzavano verso una patologia cerebrale di natura da determinare, non si dovesse espletare la puntura lombare prima dell'esecuzione della TC cerebrale."* (...)) *Per completezza si segnala che qualora si volesse invece avvallare l'ipotesi dell'espletamento della puntura lombare successivamente all'esecuzione della TC (prendendo per buona la documentazione cartacea in atti attestante l'espletamento della TC alle ore 03.18 e la rachicentesi alle ore 04.04 e come risulterebbe anche dall'anamnesi raccolta presso l'ospedale di Livorno: "...Portata al PS dell'OC di Cecina intorno alle ore 2 di questa mattina viene effettuata TAC cerebrale e puntura lombare (liquor neg). Comparsa di crisi convulsiva, anisocoria..."), tale comportamento risulterebbe gravemente censurabile viste le risultanze della TC encefalo."*). La negligenza delle prestazioni svolte dai sanitari è evidenziata anche in altri aspetti, come dedotto dai consulenti nella parte in cui hanno riferito che (pag. 64)*"Dovendosi quindi considerare i tempi diagnostici, di trasferimento e di trattamento, a seguito di un complessivo adeguato management, Persona_1 sarebbe potuta (meglio dovuta) giungere all'Ospedale di Livorno entro le ore 05.00 ed essere sottoposta al drenaggio entro le ore 05.45 (accesso al P.S. di Cecina alle ore 02.40; esecuzione della TC entro le ore 03.25; organizzazione per il trasporto in ambulanza e partenza dall' CP_2 di Cecina entro le ore 04.25; tempo del trasporto in ambulanza circa 35 minuti),*

conseguendone quindi un anticipo terapeutico di oltre 3 ore. Sebbene appaia indubbio che il quadro clinico-patologico sarebbe stato più favorevole in caso di trattamento col drenaggio liquorale ventricolare oltre 3 ore prima, non è possibile comunque stabilire le condizioni della Pt_8 alle ore 05.45 perché, e questo è un altro elemento carente, fino all'arrivo presso l'ospedale di Livorno vi è la completa mancanza di informazioni relative all'evoluzione del quadro clinico, dato che presso l'ospedale di Cecina risulta riportato solo l'esame obiettivo di ingresso (ore 02.51). Le successive informazioni cliniche si apprendono solo dall'anamnesi raccolta all'accesso al P.S. di Livorno, verosimilmente riportate dal medico che accompagnò la P. durante il trasporto ("Portata al P.S. dell'OC di Cecina intorno alle ore 2 di questa mattina viene effettuata TAC cerebrale e puntura lombare (liquor neg). Comparsa di crisi convulsiva, anisocoria. Trasportata al P.S. di Livorno"). La documentazione in atti non consente pertanto di stabilire il timing dell'evoluzione clinica e quindi fin quando vi sarebbero stati i margini di un miglior risultato con un intervento chirurgico di derivazione liquorale."

I CCTTUU in conclusione, nel rispondere ai quesiti formulati hanno chiarito che "I disturbi lamentati dalla Paziente al momento del contatto Sanitario nelle prime ore del 05.11.2011 erano attribuibili ad un idrocefalo da neoplasia della regione pineale, con conseguente alterazione della dinamica liquorale. Il decesso di Persona_1 è conseguenza dello stato di coma prolungato in cui la stessa versava da oltre un anno, come condiviso da tutti i C.T.P. (cfr. verbale del 24.10.2024), e riconducibile ad una condotta sanitaria non adeguata del convenuto che ha comportato un aggravamento del quadro fisiopatologico con anche importante ritardo terapeutico" e che "con un complessivo adeguato management, sarebbe stato esplicabile una derivazione liquorale esterna entro le ore 05.45 e visto che alle ore 06.17, all'arrivo al Pronto Soccorso di Livorno fu riportato un Codice Giallo ed alle ore 06.28 un codice Rosso, per la comparsa di crisi tonico-cloniche di tipo decerebrazione con assenza di coscienza, appare molto probabile che sarebbe stato evitato lo stato di coma, condividendosi pertanto sul punto quanto già espresso dai C.T. in ambito penalistico e dai precedenti C.T.U. in ambito civilistico."

Ciò detto, è necessario valutare l'eventuale incidenza del tumore pineale, che sicuramente rappresenta una grave patologia e che avrebbe potuto avere ripercussioni sulla sig.ra Pt_2 è altrettanto indubbio che un adeguato intervento medico "salvavita" avrebbe permesso, una volta effettuata una biopsia e individuato il tipo di tumore, di esaminare le possibilità terapeutiche e formulare le conseguenti prognosi.

I consulenti medici così concludono in ordine alla tipologia da cui risultava affetta la sig.ra

Pt_2 *“A questo punto si ritiene doveroso un breve richiamo di carattere generale sui tumori della regione pineale per meglio comprendere l'impossibilità di stabilire quale sarebbe stata la storia clinica della paziente per la neoplasia cui era affetta, in caso di complessivo adeguato management sanitario. Tali neoplasie si distinguono in quattro gruppi istologici:*

- *tumori del parenchima pineale (TPP) (25-30%), che raggruppano il pinealocitoma, il pinealoblastoma e i TPP di differenziazione intermedia (grado II e III);*
- *tumori germinali (30%), che comprendono il germinoma e i tumori germinali non germinomatosi,*
- *tumori gliali (astrocitomi pilocitici, ependimomi, tumori papillari);*
- *tumori miscelanei (metastasi; meningiomi; linfomi; emangioblastomi, papillomi del plesso corioideo; chemodectomi; adenocarcinomi).*

Ciascun gruppo comprende differenti sottotipi cellulari che li rendono tali da poterli considerare: benigni; di grado intermedio; altamente maligni. Sebbene nel caso in esame si ritiene di poter escludere alcune delle lesioni indicate sulla scorta della documentazione a disposizione, quali ad esempio le metastasi dato che si trattò verosimilmente di un tumore primitivo della regione pineale, ulteriori dati possono aiutare a propendere (o meno) per una forma tumorale verso un'altra. A titolo di esempio l'aumento, nel sangue e nel liquido cerebrospinale, di marcatori tumorali (betaormone corionico gonadotropico [β -hCG], alfafetoproteina), propende per un tumore germinale secernente; ma anche tali accertamenti non risultano essere stati eseguiti. La localizzazione anatomica della neoplasia, in sede profonda cerebrale, rende il loro trattamento particolarmente complesso. Il tipo di trattamento è in funzione comunque della diagnosi istologica, da ottenere mediante biopsia stereotassica o durante l'excresisi chirurgica della neoplasia, attraverso una craniotomia. L'attività chirurgica deve essere talvolta completata da una radioterapia (TPP intermedi, tumori papillari, ependimomi) o da una radiochemioterapia (pinealoblastoma). Nei tumori germinali si effettua solitamente chemio/radioterapia con, eventualmente, un intervento chirurgico tra le due sequenze terapeutiche. I risultati chirurgici sono in rapporto con l'esperienza dell'Operatore: in mano di chirurghi esperti in questo tipo di patologia particolarmente rara, è riportata una mortalità del 0-8% e una morbidità permanente del 0-12%. La prognosi è naturalmente in rapporto alla natura istologica della neoplasia (benigno; intermedio; maligno) ed alle difficoltà tecniche per il suo trattamento. Vi è comune accordo che, vista la rarità di questi tumori e la grande varietà istologica, la gestione diagnostico-terapeutica deve essere pluridisciplinare (neurochirurgia, neuro-oncologia, radioterapia, ecc.)

all'interno di centri di riferimento. Da quanto fin qui espresso, sulla scorta della documentazione esaminata, appare quindi chiara l'impossibilità di definire, anche con il criterio del "più probabile che non", la natura della lesione tumorale di cui era affetta la Sig.ra Persona_1 e il più probabile outcome a seguito di un complessivo adeguato management sanitario. Per tali validi motivi non appare condivisibile quanto indicato dal Prof. Per_8 che in data 10.12.2018 segnalò che si trattava di un germinoma, parere espresso sulla base della valutazione delle immagini e del quadro clinico essendo fondamentale ulteriori accertamenti per la definizione diagnostica."

Si può, in sintesi affermare, all'esito delle consulenze tecniche, che non sia stata raggiunta la prova in ordine alla sussistenza di una causa da sola efficiente, ulteriore e a prescindere dalla condotta del medico, a determinare l'evento morte.

Peraltro, a fronte dell'impossibilità di stabilire quale sarebbe stato l'*outcome* a seguito di un'adeguata gestione della paziente, si possono evidenziare alcuni dati dai quali, a fronte di un'incertezza ineliminabile, possono fare propendere per una prognosi favorevole come l'esclusione di metastasi, trattandosi di tumore primitivo (p. 75), la possibilità che si trattasse di un germinoma come emerge dalla relazione del prof. Per_8, la possibilità di effettuare un intervento con ampie possibilità di successo con probabilità di mortalità e morbilità permanenti molto basse.

Non sembra, quindi, che l'impossibilità di determinare il più probabile *outcome* a seguito di un adeguato management sanitario (per non essere stati effettuati accertamenti quali biopsie sulla natura del tumore) possa recidere di per sé il nesso causale tra la condotta negligente della struttura sanitaria e la morte del paziente né da sola può portare a degradare la pretesa attorea a un mero danno, da risarcirsi *iure successionis*, da perdita della possibilità di una più lunga sopravvivenza.

In conclusione, si deve ritenere, alla stregua del criterio causale del più probabile che non, provata l'efficienza causale della condotta colposa della struttura sanitaria rispetto alla causazione dell'evento morte, sia alla luce degli errori commessi sia in quanto non è emerso dall'istruttoria la sussistenza di causa alternativa e autonoma, da sola sufficiente ad aver determinato l'evento morte in tempi analoghi o inferiori a quelli in cui effettivamente si è determinata.

È poi necessario, peraltro, precisare come il nostro ordinamento pacificamente accolga la teoria della *thin skull rule* ai sensi della quale il danneggiante risponde di tutti i danni derivanti dalla propria condotta a prescindere dalla preesistenza di altre cause che hanno concorso a determinare l'evento o dalla sussistenza di preesistenti patologie. Da questo punto di vista la Suprema Corte, in coerenza con il disposto dell'art. 41 c.p., ha precisato che *“la giurisprudenza di questa Corte ha da tempo recepito il principio noto come “thin skull rule”, secondo cui il danneggiante è responsabile per tutte le conseguenze del proprio comportamento, anche se aggravate da condizioni preesistenti del danneggiato (tra le altre, Cass., Sez. 3, Sentenza n. 28990 del 11 novembre 2019, ha ribadito che “In tema di responsabilità civile, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della particolare condizione del soggetto danneggiato (cd. thin skull rule)”;* Cass., Sez. 3, Sentenza n. 15991 del 21 luglio 2011, ha statuito che *“Il concorso di una causa naturale non esclude la responsabilità del danneggiante, se la sua condotta ha avuto un'efficacia causale rilevante nella produzione dell'evento, secondo il criterio del “più probabile che non” (Cass. Civ. 17179/2025)”*.

Non è condivisibile, pertanto, quanto sostenuto da parte convenuta, ovvero che la preesistenza del tumore pineale dovrebbe portare alla riduzione del danno. Delle due l'una: o il tumore è causa da sola efficiente a determinare la morte (circostanza non dimostrata nel caso di specie) e allora manca il nesso di causalità tra la condotta della struttura e l'evento morte o la condotta dei medici è causa efficiente del danno e, dunque, il danneggiato risponderà per intero dei danni causati..

2. Sulla causalità liberatoria

Accertata la sussistenza del nesso causale tra la condotta dell' **Controparte_7** e il decesso di **Persona_1** per andare esente da responsabilità, la convenuta avrebbe dovuto provare che l'evento si sarebbe verificato per causa a lei non imputabile ovvero che una causa imprevedibile e inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione richiesta ossia l'adeguato *management* sanitario della paziente.

Nel caso di specie pressoché tutte le consulenze tecniche acquisite nel procedimento hanno evidenziato come l'esecuzione di una rachicentesi da parte del dott. **CP_4** sia stata

tecnicamente errata sia che essa sia avvenuta prima dell'esecuzione della TAC sia, in modo ancor più inescusabile, che essa sia avvenuta dopo.

Così infatti, hanno concluso dott. **Per_6** e il dott. **Per_7** : *“In un caso come quello di specie, non esistono Linee Guida o Protocolli terapeutici, ma solo buone pratiche cliniche. Sulla base di queste ultime è possibile che il management professionale adottato dalla parte convenuta non fu adeguato dato che:*

- i segni clinici (cefalea, vomito, confusione mentale) indirizzavano verso una patologia endocranica acuta per cui il primo esame da eseguire era sicuramente una TC cerebrale, accertamento strumentale in grado di rilevare con precisione il quadro encefalico responsabile del quadro clinico; incomprensibile la segnalazione del medico del P.S. “...il medico radiologo non riesce a dare una risposta alla TAC eseguita”, dato che un referto è presente in atti. La segnalazione di idrocefalo, unitamente ai dati anamnestici e clinici, avrebbe necessitato del trasferimento della Paziente nel più breve tempo possibile in un centro provvisto di neurochirurgia, previa anche comunicazione con la struttura destinataria.

- fu eseguita una puntura lombare che non trovava giustificazione né prima, né dopo la TC encefalo. L'espletamento di tale manovra, oltre a ritardare il trasferimento all'Ospedale di Livorno, potrebbe aver accelerato lo scompenso dell'ipertensione endocranica già in atto; la mancanza di dati inerenti all'evoluzione del quadro clinico, oltre che sulla tecnica con cui fu eseguita e la quantità di liquor estratto, non permettono alcuna valutazione tecnica sul punto. Sta di fatto comunque che non è rilevabile un franco incuneamento delle tonsille alla RM cerebrale eseguita la stessa mattina all'ospedale di Livorno. - non furono somministrati farmaci diuretici ed osmotici, indispensabili in presenza di un'ipertensione endocranica in fase di scompenso per “tamponare” la situazione; - il trasferimento all'Ospedale di Livorno fu effettuato in tempi eccessivamente lunghi e non emerge che furono avvisati i Sanitari di Livorno dell'arrivo di una Paziente in condizioni estremamente critiche, né che furono inviate, insieme alla Paziente, anche le immagini della TC Cranio.” (p. 71-73).

Si deve, peraltro, precisare che i consulenti tecnici unanimemente concordano sulla circostanza che sia stato un errore l'esecuzione di una rachicentesi in quelle specifiche circostanze in cui era presente un'alterazione dello stato di coscienza e a fronte di una sintomatologia subdola.

I consulenti di parte dell' **Controparte_7** hanno invece ritenuto che la puntura lombare, giusta o errata che fosse, non ha portato alcun danno. In particolare,

l'effettuazione della rachicentesi avrebbe come controindicazione quella di poter causare erniazioni che, nel caso di specie, non risultano essere presenti.

In questa prospettiva si deve richiamare quanto più precisamente argomentato nella perizia del dott. CP_5 e dott. CP_6 (quest'ultimo specialista in neurochirurgia) in ordine al rapporto causale tra la rachicentesi e l'aggravamento dell'idrocefalo nel caso di specie, anche con riferimento all'ulteriore perdita di liquor negli spazi peridurali attraverso il foro nella dura e nell'aracnoide (p. 86 e s.s. relazione CP_5 e CP_6 ; inoltre i consulenti tecnici della seconda perizia del presente procedimento hanno affermato in maniera certa che *“la mancanza di notizie cliniche al momento della puntura lombare ed il fatto che non fu riportata la tecnica con cui fu eseguita la puntura lombare (seduta o di lato) e la quantità di liquor estratto, non consente di stabilire se tale manovra accelerò lo scompenso dell'ipertensione endocranica e quindi ad un peggioramento clinico. Visto comunque quanto indicato dai C.T.P., è bene precisare che “l'aspetto dei vasi del circolo intracranico, morfologicamente regolare e senza segni di compressione”* (p. 65).

È necessario ribadire che la giurisprudenza di legittimità, e di merito, è costante nel ritenere l'incompletezza della cartella clinica un elemento valorizzabile dal giudice, in senso negativo, anche al fine di accertare il nesso tra l'operato del medico e il danno patito, quando da tale incompletezza derivi l'impossibilità di accertare il relativo legame eziologico (*“l'incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente solo quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo legame eziologico, e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno* (Cassazione Civile sentenza n. 26428 del 2020 e Cassazione Civile sentenza n. 16737 del 2024)”).

Alla stregua, quindi, delle convincenti argomentazioni della CCTTUU depositata e di quanto sopra motivato, deve ritenersi provata, quantomeno secondo il criterio del più probabile che non, la sussistenza nel caso concreto del nesso causale tra la rachicentesi e l'aggravamento dell'idrocefalo, ed esclusa la presenza di eventi imprevedibili ed inevitabili, tali da escludere la responsabilità della parte qui convenuta.

Infine, si osserva che i consulenti dell' *Controparte_7* ritengono che, se anche si volesse ammettere che le tempistiche di trasferimento presso l'Ospedale di Livorno avrebbero potute essere inferiori, un intervento di derivazione liquorale più precoce avrebbe potuto solo alleviare la gravità di un quadro clinico già compromesso; anche in replica a ciò si condividono le argomentazioni spese dai CCTTUU nel richiamare le incongruenze e l'incompletezza della cartella clinica. Inoltre, in modo convincente, i consulenti hanno risposto alle osservazioni affermando che *“Pertanto è possibile confermare, sulla scorta della documentazione in atti, che una complessiva corretta gestione della Paziente le avrebbe consentito un più precoce arrivo all'Ospedale di Livorno con un'anticipazione del trattamento dell'idrocefalo, attraverso una craniotomia ed inserimento di un catetere ventricolare, di oltre 3 ore, pertanto prima del gravissimo peggioramento clinico. È bene sottolineare che è del tutto condivisibile il diagramma relativo alla fisiopatologia della pressione intracranica e delle modalità con cui cresce con conseguente peggioramento clinico ma, proprio per questo, nel caso di specie, è triste dover constatare che una gestione della Signora Pt_2 del tutto corretta per tempi e modalità avrebbe consentito di intervenire prima del netto incremento della pressione endocranica e del gravissimo peggioramento clinico, incidendo così nel miglioramento della prognosi”* (p. 93).

Per tutti gli elementi di cui sopra appare, allora, evidente che la condotta posta in essere dai medici dell'Ospedale di Cecina è apparsa sotto plurimi profili censurabile e causalmente connessa rispetto al rapido peggioramento delle condizioni della sig.ra *Pt_2* e alla sua successiva morte.

3. Sulla quantificazione dei danni *iure proprio* (parentale e biologico)

Da quanto sopra, accertata la responsabilità della struttura convenuta, consegue che appaiono meritevoli di accoglimento le domande *iure proprio* formulate dagli attori.

Ai fini della liquidazione del danno parentale si devono considerare, applicando le Tabelle di Milano dell'anno 2024, per ciascuna delle domande, i seguenti criteri: età della vittima primaria, età della vittima secondaria, convivenza, sopravvivenza di altri congiunti del nucleo familiare primario del *de cuius*, qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto sia in termini di sofferenza interiore patita sia in termini di stravolgimento della vita della vittima secondaria. Si dovrà altresì tener conto di altre circostanze quali: frequentazioni/contatti, condivisione di vacanze,

condivisione di attività lavorativa/hobby/sport, attività di assistenza sanitaria/domestica, agonia/penosità/particolare durata della malattia della vittima primaria laddove determini una maggiore sofferenza nella vittima secondaria

Per quanto concerne **Parte_1** madre della sig.ra **Persona_1** si deve ritenere provata – anche per presunzione - la particolare intensità della relazione che la legava alla figlia; ciò è dimostrato, d'altronde, dalla grave patologia che ha afflitto la stessa successivamente alla perdita della figlia ed è confermato in modo indiscusso da tutti i testi. Il particolare legame affettivo risulta dalle frequentazioni che la **Pt_2** aveva con la madre che andava a trovare spesso nei weekend, anche compatibilmente con gli impegni di lavoro, dalla particolare storia clinica della **Pt_2** dalla dedizione profusa per la cura delle patologie da cui la stessa era affetta in conseguenza della crisi di apnea che le causarono appena nata una tetra paresi spastica agli arti superiori e inferiori. Si deve liquidare, pertanto, a titolo di danno parentale, a favore della madre la somma di € 340.701,40, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo

Quanto al danno non patrimoniale alla salute della sig.ra **Parte_1** dovuto a disturbo post-traumatico da stress e a disturbo da attacchi di panico secondari ad evento luttuoso, esso integra un danno biologico meritevole di liquidazione, in quanto voce di danno autonoma e separata rispetto (cfr *“Questa Corte ha precisato che là dove la sofferenza soggettiva arrecata da un determinato evento della vita, non contenendosi sul piano di un'abituale, normale o comprensibile, alterazione dell'equilibrio affettivo-emotivo del danneggiato, degeneri al punto tale da assumere una configurazione medicalmente accertabile alla stregua di una vera e propria lesione della propria integrità psicologica, non più di un danno morale avrà a discorrersi, bensì di un vero e proprio danno biologico, medicalmente accertabile come conseguenza di una lesione psicologica idonea ad spiegare un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato (Cassazione Civile sentenza n. 10787 del 24, n. 6443 del 2023, n. 18056 del 2019)”*).

Tale danno – di natura biologica – è diverso da quello parentale in quanto mira a risarcire non la sofferenza soggettiva derivante dalla perdita del congiunto ma il danno alla salute

derivante proprio dalla compromissione dello stato di salute come conseguenza della morte della figlia. La giurisprudenza sul punto ha precisato *“Va rammentato in via preliminare che la morte di un prossimo congiunto può causare nei familiari superstiti oltre al danno parentale, consistente nella perdita del rapporto e nella correlata sofferenza soggettiva, anche un danno biologico vero e proprio, in presenza di una effettiva compromissione dello stato di salute fisica o psichica di chi lo invoca, l'uno e l'altro dovendo essere oggetto di separata considerazione come elementi del danno non patrimoniale, ma nondimeno suscettibili - in virtù del principio della "onnicomprendività" della liquidazione - di liquidazione unitaria (Cass. Civ. 20292/2022; Cass. Civ. 28989/2019; Cass. Civ. 21084/2015)”*.

Ciò premesso il consulente tecnico dott. **Per_5** ha concluso affermando che *“Seguendo i criteri diagnostici per il PTSD e il DAP secondo l'edizione del DSM-5 del maggio 2013 circa le linee guida per la valutazione del danno biologico (“Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente” Giuffrè Editore; Tabelle di legge D.Lgs n° 38/2000 e D.M. del 12 luglio 2000) si può valutare il danno biologico subito temporaneo e permanente indipendente dalla capacità di reddito, in misura non inferiore 32% (trentadue)”*

Pertanto, in base alle nuove tabelle uniche il danno biologico patito dalla **Parte_1**, è così determinato, con esclusione dell'incremento per sofferenza soggettiva,

Età del danneggiato alla data del sinistro	46 anni
Percentuale di invalidità permanente	32%
Punto danno biologico	€ 5.246,57
Punto base I.T.T.	€ 115,00
Danno non patrimoniale risarcibile	€ 130.115,00

In ragione di quanto sopra parte convenuta è condannata a risarcire il danno biologico patito da **Parte_9**, pari ad € 130.115,00, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo.

Quanto alle spese ulteriori sostenute dalla sig.ra **Pt_2** devono essere risarcite quelle provate tramite ricevuta o fattura: 4 fatture per € 289,50 e una fattura per € 869,75 quali spese di mediazione, bonifico effettuato in favore del dott. **CP_8** € 1000,50, bonifico

effettuato in favore del dott. CP_8 per € 1000,00 (spese da ritenersi utile ai fini del presente procedimento), ricevuta di € 687,61 in favore della Controparte_9 ricevuta di € 1716,31 in favore della Controparte_9 fattura di € 702,00 in favore della dott.ssa CP_10 oltre alle spese per la difesa tecnica del procedimento penale per un totale di € 27.134,17 oltre la rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT e gli interessi al tasso legale sulla somma di anno in anno rivalutata dalla data del 13.05.2013 alla data della pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo.

Con riferimento alla posizione di Parte_2 – fratello gemello della *de cuius* – è emerso un legame particolarmente intenso considerando che i fratelli erano gemelli, hanno frequentato le stesse classi fino alle medie, condividevano la camera ed avevano anche frequentato insieme gli scout.

Per tutti questi elementi appare equo quantificare il danno parentale in favore del sig. Parte_2 in € 106.974,00 oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo

Con riferimento alla posizione dei nonni è emerso un rapporto altrettanto intenso in quanto la sig.ra Persona_1 spesso frequentava la casa dei nonni materni e vi soggiornava, vi passava spesso le domeniche e i giorni festivi, faceva diverse chiamate, portava dei sughi della nonna a Firenze, la chiamava per dei consigli su ricette e vi andava spesso a pranzo.

Per tutti questi elementi appare equo quantificare il danno parentale in favore della sig.ra Parte_6 in € 89.994,00 e il danno parentale in favore del sig. Parte_5 in € 89.994,00 oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo.

Anche con riferimento alle zie il rapporto risulta piuttosto intenso in quanto spesso durante le festività la sig.ra Persona_1 mangiava con loro; risulta peraltro come, proprio grazie all'interessamento della sig.ra Parte_3 la sig.ra Pt_2 abbia intrapreso un percorso che le ha permesso di migliorare notevolmente la propria qualità di vita.

Appare equo liquidare in favore di **Parte_3** e **Parte_4** la somma richiesta di € 25.000,00 per ciascuna, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo

4. Sul danno terminale *iure successionis*

In primo luogo, si deve rilevare come la sig.ra **Pt_1** e **Parte_2**, *iure successionis*, hanno domandato il risarcimento del danno biologico terminale patito dalla **Per_1**

[...]

A livello sistematico pare corretto distinguere il danno terminale in un danno da invalidità temporanea totale patito prima dell'evento morte e in un danno catastrofale inteso quale sofferenza derivante da lucida agonia del prossimo decesso (si veda *ex multis* Cass. Civ. sez. lav. 12041/2020, Cass. Civ. sez. lav. 36841/2022).

Ora bisogna precisare come nel caso di specie sia effettivamente sussistente e liquidabile un danno biologico temporaneo consistente in un'invalidità totale dovuta allo stato di coma della sig.ra **Pt_2** rotrattosi ininterrottamente per 553 giorni.

Quanto al danno catastrofale esso non appare risarcibile in quanto manca il presupposto della c.d. lucida agonia essendo la sig.ra **Pt_2** stata in uno stato di coma a partire già dalla mattina del 05.11.2011, senza che vi sia stato un apprezzabile lasso di tempo in cui la paziente abbia percepito l'imminenza della fine della propria vita.

La Suprema Corte da questo punto di vista ha affermato *“Altrettanto correttamente ha escluso che i ricorrenti avessero diritto, iure hereditatis, alla liquidazione di altre componenti del danno non patrimoniale, ed in particolare anche alla liquidazione del danno morale puro spettante alla defunta, proprio perché esso presuppone, per entrare nel patrimonio del defunto, che questi percepisca la condizione in cui si trova, che la vittima sia cosciente, quel tanto che le basti per percepire la sua condizione di malattia ed i patimenti, psichici e fisici, ad essa associati, e, ancor più perché percepisca la sofferenza creata dalla paura della morte imminente. E' una sofferenza che, come ben spiegato già in precedenza da questa Corte (e il richiamo è sempre all'analisi accurata compiuta da Cass. n. 18056 del 2019) potrà essere multiforme, "secondo le purtroppo infinite combinazioni di dolore che il destino può riservare al genere umano", ma che presuppone, in ogni caso, che la vittima sia cosciente. Se la vittima non è*

consapevole della fine imminente, infatti, non è nemmeno concepibile che possa prefigurarsela, e addolorarsi per essa (Cass. Civ. 16272/2023)”.

Visto quanto sopra, nella liquidazione del danno terminale biologico ritiene equo liquidare tale voce di danno attraverso il criterio dell'invalidità temporanea totale, determinato in € 31.067,54 oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo, a favore **Parte_10** e **Parte_2**

[...] ciascuno nella propria quota ereditaria.

5. Spese processuali

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate, in base al *decisum*, nei valori medi dello scaglione di riferimento, con applicazione massima della fase di istruzione e trattazione, aumentato ai sensi dell'art. 4 c.2 D.M. 55/2014, del 50% considerando le posizioni affini degli attori, comprese anche le spese di mediazione.

Non sussistono invece i presupposti per liquidare come spese processuali le spese sostenute nel corso del procedimento penale, al più liquidabili a titolo risarcitorio secondo le ordinarie preclusioni istruttorie.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa R.G. 4874/2019, disattesa ogni contraria istanza

Accoglie le domande formulate dalle parti attrici e per l'effetto;

Condanna **Controparte_1** al risarcimento del danno parentale in favore di **Parte_1** per complessivi € 340.701,40, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo;

Condanna **Controparte_1** al risarcimento del danno biologico in favore di **Parte_1** per complessivi € 130.115,00, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo;

Condanna *Controparte_1* al risarcimento del danno parentale in favore di *Parte_2* per complessivi € € 106.974,00 oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo;

Condanna *Controparte_1* al risarcimento del danno parentale in favore di *Parte_6* per complessivi € in € 89.994,00 oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo;

Condanna *Controparte_1* al risarcimento del danno parentale favore di *Parte_5* per complessivi € in € 89.994,00 oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo;

Condanna *Controparte_1* al risarcimento del danno parentale in favore di *Parte_3* per complessivi € 25.000,00, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo

Condanna *Controparte_1* al risarcimento del danno parentale in favore di *Parte_4* per complessivi € 25.000,00, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo

Condanna *Controparte_1* al risarcimento del danno patrimoniale in favore di *Parte_1* per complessivi 27.134,17 oltre la rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT e gli interessi al tasso legale sulla somma di anno in anno rivalutata dalla data del 13.05.2013 alla data della pubblicazione della

sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo;

Condanna *Controparte_1* al risarcimento dei danni *iure successionis* in favore di *Parte_1* e *Parte_2* ciascuno nella propria quota ereditaria, per complessivi 31.067,54, oltre interessi al tasso legale sulla somma devalutata al 13.05.2013 e rivalutata anno per anno fino alla pubblicazione della sentenza e interessi al tasso legale dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo effettivo

Condanna *Controparte_1* al pagamento delle spese di lite a favore delle parti attrice, parti attici liquidate in € 70.000,00 per compensi, oltre a iva, cpa di legge e 15% di spese generali, ed € 6.645,00 per esborsi, comprese le spese di ctp;

Pone le spese di CTU a carico dell' *Controparte_1* come liquidate da separato decreto.

Pisa, 03.03.2026

Il Giudice
Dott.ssa Stefana Curadi