

N. R.G. 1403/2021



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE DI APPELLO DI FIRENZE
QUARTA SEZIONE CIVILE

La Corte di Appello di Firenze, Sezione Quarta Civile, in composizione collegiale, in persona dei magistrati:

Dott. ssa Dania Mori	Presidente
Dott.ssa Giulia Conte	Consigliere Estensore
Dott.ssa Paola Caporali	Consigliere

Ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. 1403/2021 promossa da:

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA (c.f. 01310860505), con il patrocinio dell'avv. ELISA FRANCESCHI, elettivamente domiciliata come da procura in atti

APPELLANTE

contro

C. L. (c.f. [redacted]) S. M. (c.f. [redacted])

[redacted] F. K. (c.f. [redacted]) F. J. (c.f. [redacted])

[redacted] F. D. (c.f. [redacted]) e F.

M. (c.f. [redacted]) con il patrocinio dell'avv. SIMONA BALDI e dell'avv. NICOLA FAVATI, elettivamente domiciliati come da procura in atti

APPELLATI

CONCLUSIONI

Per l'appellante:

"Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello di Firenze, respinta ogni contraria domanda, istanza, eccezione e deduzione, previe le opportune declaratorie di legge:



- nel merito, in via principale riformare la sentenza n. 677/2021 nelle parti impugnate per le motivazioni tutte esposte nel presente atto di appello e, per l'effetto, rigettare tutte le domande risarcitorie formulate in primo grado da M. S. - in proprio e quale genitore esercente la potestà sul figlio minore K. F. -, J. F., D. F., L. C. e M. F.;

- in via subordinata, nella denegata ipotesi di ritenuta sussistenza della responsabilità dell'odierna appellante, rideterminare e diminuire in accoglimento dei motivi proposti nel presente atto l'ammontare della condanna al risarcimento dei danni disposta in primo grado, anche in accoglimento della qualificazione del danno come "perdita di chance";
- con vittoria di spese di entrambi i gradi del giudizio, ovvero con compensazione integrale delle stesse".

In via istruttoria, disporre la rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio medico legale per i motivi sopra esposti o, in subordine, la convocazione a chiarimenti dei CCTTUU."

Per gli appellati: "Voglia la Corte Ecc.ma, *contrariis reiectis*, respingere siccome inammissibile, improcedibile e comunque infondato, l'appello proposto dall'Azienda Ospedaliero Universitario Pisana AOUP, confermando la sentenza di primo grado del Tribunale di Pisa n. 677/2021 pubblicata in data 11/5/2021, in ogni sua parte; con rigetto di tutte le richieste istruttorie e vittoria di spese e compensi del presente giudizio, oltre IVA e CPA come per legge."

OGGETTO: appello avverso la sentenza n. 677/2021 del Tribunale di Pisa, in materia di responsabilità sanitaria.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. I fatti di causa e le domande proposte.

M. S. in proprio e quale genitore esercente la potestà sul figlio minore K. F., J. F., D. F., L. C. e M. F., rispettivamente moglie, figli, madre e fratello di S. F., deceduto in Pisa in data 5.1.2013, premesso che il loro congiunto era morto in conseguenza della ritardata diagnosi e del conseguente mancato tempestivo trattamento di uno stato di sepsi, aggravatosi fino allo shock settico irreversibile, avevano citato innanzi al Tribunale di Pisa l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, chiedendone la condanna al risarcimento di tutti i danni patiti, patrimoniali e non, *iure successionis* e *iure proprio* (in ipotesi subordinata anche a titolo di perdita di *chances* di sopravvivenza).

Il Tribunale di Pisa, con sentenza n. 677/2021, ravvisata la *malpractice* e ritenuto che il decesso del congiunto degli attori fosse imputabile ai sanitari, esclusa la ravvisabilità di un danno biologico temporaneo (essendo la morte sopraggiunta in un arco temporale



inferiore alle 24 ore) e di un danno morale temporaneo (non essendovi la prova che il *de cuius* fosse "consapevole e lucido" dell'avvicinarsi dell'evento morte), ha condannato l'azienda convenuta a corrispondere agli attori il risarcimento *iure proprio* per la perdita del congiunto, nonché il danno patrimoniale per spese funerarie e di accettazione dell'eredità.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) ha impugnato tale sentenza, facendo valere i seguenti motivi:

I. Primo motivo di appello: erroneità tanto delle risultanze peritali quanto della valutazione delle stesse da parte del tribunale, e vizio di motivazione della sentenza in ordine all'accertamento della responsabilità dell'AOUP.

Secondo l'appellante, la *ctu* sarebbe illogica, lacunosa e contraddittoria, laddove ha ritenuto inadeguata tanto l'attribuzione del codice triage al Pronto Soccorso, quanto la terapia antibiotica, non sulla base delle Linee Guida (che non ha citato), ma sulla base del successivo decorso clinico del paziente, e dunque *ex post*, anziché *ex ante*; la sentenza, a sua volta, sarebbe erronea sia per aver recepito le errate affermazioni del *ctu*, sia per aver offerto una lettura parziale dell'elaborato peritale, sia per aver stigmatizzato l'assenza del controllo dei valori glicemici del paziente attraverso un trattamento insulinico senza tuttavia spiegare perché essa fosse correlabile al decesso, laddove in effetti non lo era; infine, tale provvedimento non avrebbe sciolto in modo convincente il nodo cruciale dell'individuazione del momento in cui poteva porsi la diagnosi di sepsi.

II. Secondo motivo d'appello: erronea motivazione della sentenza impugnata nella parte in cui, fondandosi sulle risultanze della *ctu*, ha ritenuto provato il nesso di causa tra l'operato dei sanitari della Aoup ed il decesso del congiunto degli attori, omettendo di valorizzare le comorbilità' del paziente in termini di perdita di *chance* di sopravvivenza.

Secondo l'appellante, proprio perché ^{F.} era soggetto affetto da gravi comorbilità causalmente incidenti in misura rilevante sulle prospettive prognostiche in caso di sepsi (diabete mellito, cirrosi epatica, tossicodipendenza, etilismo), le sue possibilità di sopravvivenza erano già irrimediabilmente compromesse allorquando il processo infettivo si era diffuso determinando la formazione del flemmone e compromettendo la funzionalità renale, per cui il verificarsi del decesso a breve termine, indipendentemente da ogni considerazione circa la correttezza dei trattamenti sanitari prestati al paziente, rappresentava, sin dall'esordio, un accadimento altamente probabile.

III. Terzo motivo d'appello: erronea determinazione del *quantum*. Erronea applicazione dell'onere della prova in tema di danno da perdita del rapporto parentale. Omessa valutazione delle peculiarità del caso concreto.



Secondo l'appellante, nella liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale il tribunale aveva omesso di tener conto, sia in termini di *an* che di *quantum*, del fatto che il congiunto degli attori avesse importanti comorbidità ed una condizione non del tutto risolta di tossicodipendenza e alcolodipendenza.

Gli appellati si sono costituiti, contestando tutto quanto dedotto dall'azienda e chiedendo il rigetto dell'impugnazione.

La Corte, trattenuta la causa in decisione una prima volta, l'ha poi rimessa sul ruolo ritenendo necessario chiedere alla Ctu del primo grado, dott.ssa Mazzone, ed al suo ausiliario, dott. Dodi (che in questa fase è stato anch'egli nominato ctu, con la costituzione di un collegio peritale) chiarimenti sulle seguenti questioni:

a) se tenuto conto delle comorbidità del paziente, fosse corretto assegnargli un codice verde o, invece, avrebbe dovuto essergli assegnato un codice giallo, indicando in tal caso di quanto verosimilmente sarebbe stata anticipata la prima visita medica, delle ore 19,00;

b) per quale ragione la scelta dell'antibiotico ceftriaxone non fosse corretta, secondo un giudizio *ex ante*, evidenziando se l'errore sia stato non affiancare il metronidazolo – e perché, evidenziando se con l'affiancamento la cura sarebbe stata corretta – o se invece andasse somministrato un diverso antibiotico e/o una diversa terapia fin dal momento in cui fu somministrato il ceftriaxone, anche alla luce della comorbidità; il tutto, riportando le Linee Guida applicabili o comunque indicando la letteratura scientifica pertinente;

c) se già alla visita delle ore 19,00 fosse possibile diagnosticare il flemmone, sulla base dei sintomi manifestati e dei parametri rilevati, o se per la diagnosi fosse necessario disporre dei risultati degli esami del sangue (disponibili alle ore 20,59);

d) se praticando diverse terapie il paziente sarebbe sopravvissuto secondo una percentuale superiore al 50% - tenendo conto delle sue condizioni di polimorbidità – distinguendo tra: • l'orario dell'accesso in Pronto Soccorso il 3/1/2013; • quello delle ore 19,00; • quello delle ore 20,59; • quello delle ore successive, ma precedenti alla visita medica delle ore 04.00 circa del 4/1/2013. Il tutto, correlando la risposta allo stato della sepsi nei vari momenti, sulla base dei dati acquisiti agli atti (sintomi, anche dei giorni precedenti il ricovero, parametri vitali, esami del sangue).

All'esito del supplemento peritale, la causa è stata trattenuta in decisione con ordinanza in data 11.5..2023, a seguito di trattazione scritta dell'udienza di precisazione delle conclusioni del 9.5.2023, ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c.

2. Il decorso clinico e l'exitus.

s. F., affetto da diabete mellito in terapia insulinica, cirrotico ed in trattamento con metadone, secondo un programma terapeutico di mantenimento (40 mg due volte al dì) per un passato di tossicodipendenza, a partire dal primo gennaio 2013 accusa in



corrispondenza della coscia sinistra un ematoma dolente e dolorabile alla palpazione, che il 3 gennaio lo spinge a recarsi dal medico curante, il quale gli consiglia l'immediato accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cisanello dell'AOUP di Pisa mediante autoambulanza del servizio 118.

Alle 14.15 del 3 gennaio i sanitari del Pronto Soccorso gli assegnano un codice verde (soggetto in condizioni di urgenza differibile; affetto da forma morbosa di grado lieve).

Nonostante le rimostranze dei familiari, il F. rimane su una barella, digiuno, nel corridoio del Pronto Soccorso, fino alle 19.11, quando per la prima volta viene visitato.

Gli esiti della visita sono riportati nel verbale di Pronto Soccorso (doc. 3) dove si legge *"Esame obiettivo: vigile, disforico, pallido, marcato ematoma di coscia sinistra di diametro di circa 10 cm., azione cardiaca ritmica tachifrequente, RRN ridotto alle basi dove sono presenti crepitazioni, soprattutto a sinistra. Addome: ematoma in regione paraombelicale sinistra (sede di insulina) non dolente né dolorabile, polsi periferici normosfigmici."*

Al termine di tale visita, viene effettuata una consulenza chirurgica con i seguenti esiti: *"presenza di flemmone non fluttuante in regione glutea sinistra. Si consiglia ricovero, idratazione e terapia antibiotica e studio TC"* (Dr. G. P.).

Alle 19.35 circa vengono effettuati esami ematochimici - i cui risultati sono disponibili alle h. 20.59 - che evidenziano: *"significativa iperglicemia (387 mg/dl), significativo aumento della creatinina (2,46 mg/dl) e della pro calcitonina (8,57 mg/ml con valore normale < 0,5), incremento della PCR (13,12 mg/dl con valore normale < 0,5), aumento del potassio sierico (5,27 mEq/L) e riduzione del sodio e del cloro (124 mEq/L; 85 mEq/L), un incremento lieve/moderato delle ALT (95 U/L) ma soprattutto un importante e severo aumento dei leucociti (41980/uL con valori normali < 10000/uL) prevalentemente neutrofili (80.6%, con valore assoluto 33820/uL), con 6% di granulociti immaturi"*.

Tutti questi elementi sono indicativi di una grave sepsi in atto.

Alle ore 21 viene somministrata una terapia antibiotica, nello specifico ceftriaxone

Nonostante le condizioni di salute del F. peggiorino a vista d'occhio, il paziente viene rivalutato clinicamente solo alle 4.11 del mattino seguente (4 gennaio), sempre in degenza al Pronto Soccorso, quando ormai il quadro clinico è drammaticamente grave, essendovi shock settico.

A questo punto nel Verbale di P.S. è annotato: *"paziente freddo, agitato, azione cardiaca ritmica tachifrequente. Rumore respiratorio ridotto con crepitii bilaterali, diuresi 100 cc nonostante l'infusione di liquidi. Si porta in Shock room e si contattano i colleghi della Rianimazione"*.

Alle ore 4.43 viene effettuata la Consulenza Rianimatoria: *"paziente dispnoico, anurico, tachicardico, ipoteso. Si procede ad intubazione oro-tracheale (IOT), si posiziona CVC in*



giugulare interna destra sotto guida ecografica. Si infondono cristalloidi, mannitolo, bicarbonato e si accompagna il malato in Rianimazione. Contattato infettivologo."

Alle 5.28 il medico delle Malattie Infettive, contattato telefonicamente, per la terapia antibiotica consiglia: "Tazocin 4.5x3, Zivoxid 600x2 o Vancomicina 1 grx2 da ridurre poi per la funzionalità renale + Clindamicina" (dunque l'utilizzo di principi attivi differenti da quelli somministrati alle 21.00).

S. F. viene quindi dimesso dal Pronto Soccorso con codice rosso e diagnosi di "Shock settico in paziente con flemmone coscia sinistra, diabetico" e alle ore 6.40 del 4 gennaio 2013 ricoverato nel Reparto di Terapia Intensiva (come risulta dalla Cartella Infermieristica, agli atti).

Alle ore 8 del 4 gennaio i medici rilevano come le condizioni cliniche del F. siano molto compromesse.

Ore 17.50 il paziente viene portato in sala operatoria per essere sottoposto a revisione di sospetto flemmone coscia sin., su indicazione degli ortopedici.

Alle ore 2.15 del 5 gennaio S. F. cessa di vivere.

Non è in contestazione che il paziente sia deceduto a causa di uno shock settico, conseguente uno stato di sepsi.

La **sepsi** è una infezione grave che può avere manifestazioni diverse, sovrapposte o sovrapponibili a quelle di altre malattie. E' una sindrome clinica definita dalla presenza sia di infezione che di una risposta infiammatoria sistemica. La sepsi grave è la sepsi complicata da disfunzione d'organo. Nella prima fase della sepsi, l'infezione da localizzata diventa generalizzata, superando i meccanismi di difesa dell'organismo. I microrganismi patogeni, entrando nel circolo sanguigno, scatenano una intensa risposta infiammatoria sistemica dell'organismo che può deteriorare le funzioni degli organi ed apparati. Quando questi sono compromessi nella loro funzione, si scatena lo shock settico che può diventare irreversibile e portare alla morte.

Lo **shock settico** è uno stato di insufficienza acuta circolatoria caratterizzato da ipotensione arteriosa persistente inspiegata da altre cause, con insufficiente flusso di sangue agli organi vitali. La mortalità oscilla tra il 25% e il 90%; l'ampia forbice si spiega attraverso la classificazione clinica dei diversi stati di gravità della sepsi, dalla presenza di comorbidità, dall'età anagrafica e da fattori individuali.

Oggetto del contendere è se i sanitari pisani abbiano diligentemente e prudentemente agito nella gestione del paziente e, soprattutto, se il decesso del F. avrebbe potuto essere verosimilmente evitato ove i medesimi avessero diagnosticato lo stato di sepsi più precocemente e avessero adottato una tempestiva e più adeguata terapia.

3. Il primo motivo ed il secondo d'appello.



Con il primo e col secondo motivo d'appello - che appare opportuno analizzare congiuntamente, per la loro stretta connessione logica - l'azienda ospedaliera, da un canto, ha lamentato l'erroneità, contraddittorietà e lacunosità della ctu e, dall'altro, ha censurato la sentenza che aveva condiviso le risultanze peritali, contestando la ravvisabilità sia di una *malpractice* sia di un nesso causale tra l'operato dei sanitari ed il decesso del paziente, sostanzialmente affermando che lo stato di comorbidità che caratterizzava il^{F.} rendeva comunque improbabile la sua sopravvivenza.

La sentenza appellata ha riconosciuto la responsabilità dei sanitari così argomentando: *"La diagnosi anatomo-patologica confermava la diagnosi clinica di morte riconducibile a shock settico in paziente con flemmone coscia sinistra, affetto da diabete mellito ed epatopatia HCV correlata.*

Ebbene, vista la chiara ed inequivoca ricostruzione dei fatti salienti, il profilo della causalità materiale rilevante nel presente giudizio è confermato come dedotto da parte attrice ed integrato dalla correlazione tra lo stato di sepsi e lo shock settico irreversibile.

Sussiste altresì un profilo di colpevolezza sia sub specie di deficit organizzativo clinico del Pronto Soccorso sia sub specie di deficit così definibile intuitivo.

La relazione peritale, infatti, ha rilevato tra le criticità, innanzitutto, la valutazione del codice di gravità clinica all'accesso in Pronto soccorso, quale codice verde.

Sul punto, infatti, se è vero che il codice verde non corrisponde ad un codice di emergenza o urgenza ed è compatibile con un'attesa rispetto a quelli esprimenti maggiore gravità, altrettanto vero è che la situazione clinica del paziente venga frequentemente monitorata e riaggiornata.

Tanto non è accaduto nel caso di specie: "il colore del codice e quindi il giudizio rappresentativo della sua gravità clinica è stato aggiornato solo in occasione della seconda visita medica in Pronto soccorso, quindi dopo moltissime ore rispetto a quella dell'accesso", diventando codice rosso.

Dunque, essendo inspiegabile che un paziente con un codice che identifica l'assenza di criticità clinica e l'assenza di rischi evolutivi possa precipitare così drasticamente, appare ipotizzabile che^{S.} ^{F.,} *tenuto conto delle sue comorbidità, fosse da inquadrare da subito in un codice giallo o quanto meno che nel periodo successivo all'attribuzione del codice verde vi fosse un'attività di monitoraggio tale da consentire un aggiornamento della gravità della situazione.*

Il CTU, infatti, ricorda che il paziente era affetto da patologie che in base alle casistiche epidemiologiche e cliniche costituiscono fattori predisponenti uno stato infettivo.

In secondo luogo, non risulta mai eseguito il controllo dei valori glicemici del paziente attraverso il trattamento insulinico, nonostante i suoi valori glicemici siano sempre stati rilevati molto elevati e, ancora, non è apparsa sufficiente ed adeguata la scelta



dell'antibiotico ceftriaxone, non risultando corrispondente alle necessità di ^{S.} ^{F.}
in data 3.1.2013, non essendo indicato per un'infezione della cute e dei tessuti molli
(flemmone) ed uno stato settico ad essa correlato.

Come emerge dall'indagine peritale, quindi, lo stato di sepsi è stato diagnosticato con
molto ritardo, e pur essendo corretto l'intervento del rianimatore alle ore 5:00 del giorno
4.1.2013 il quadro clinico era ormai irreversibile: una diagnosi tempestiva avrebbe in
termini significativi accresciuto con preponderante probabilità le possibilità di
sopravvivenza del ^{F.?}

I profili d'imperizia addebitati ai sanitari dal primo giudice, sulla base della ctu, erano
dunque sostanzialmente riconducibili:

- a) All'assegnazione del codice verde;
- b) Al tempo trascorso tra il *triage* e la prima visita;
- c) Alla terapia antibiotica, sia per la scelta del farmaco che per il momento di inizio
della somministrazione.

Fin dal primo grado, la ctu dott.ssa Mazzone aveva infatti evidenziato come già il fatto
che il paziente fosse stato inviato al Pronto Soccorso dal proprio medico curante per
edema della coscia sinistra e sospetta trombosi venosa profonda fosse sintomatico di una
situazione non gestibile a livello domiciliare; il trasporto al Pronto Soccorso attraverso
l'ambulanza del Servizio 118 faceva poi pensare che, comunque, in quel momento, il
paziente fosse in scadenti condizioni cliniche. Quanto all'assegnazione del codice verde,
se da un canto aveva rilevato come tale scelta potesse in prima battuta giustificarsi,
dall'altro aveva però anche osservato che le comorbilità avrebbero invece potuto
indirizzare verso un codice giallo (e nel supplemento di perizia espletato in questo grado,
come si vedrà *infra*, ha propeso per questa tesi); la ctu aveva inoltre censurato la
"povertà" di notizie cliniche raccolte, anche nel corso delle successive ore d'attesa al P.S.
Soprattutto, aveva stigmatizzato che il paziente fosse rimasto abbandonato a se stesso,
senza venire visitato da un medico, fino alle 19.11, dunque per quasi cinque ore, nonché
la circostanza che solo dopo due ore dall'accesso fosse stata effettuata una glicemia
capillare in un pz. insulinodipendente.

Essa aveva inoltre rilevato come tanto il diabete mellito quanto la cirrosi epatica, che
affliggevano il ^{F.} fossero fattori predisponenti per lo shock settico e come il
controllo metabolico glicemico rappresentasse un importante cardine del trattamento
delle complicanze della sepsi e dello shock settico (di talché appare infondata la
deduzione dell'appellante, secondo cui il primo giudice aveva censurato la scarsa
attenzione prestata dai sanitari alla patologia diabetica mentre essa non avrebbe avuto
alcun rilievo nel caso concreto).



La dott.ssa Mazzone aveva quindi sottolineato come la comprensione clinica del caso fosse clamorosamente sfuggita ai sanitari che, a dispetto delle condizioni specifiche del F., e delle comorbilità - definite "fattori grilletto per determinarne una maggiore gravità ed una maggiore tendenza alle complicanze sfavorevoli" - lo avevano rivalutato (dopo la prima visita delle 19 circa) solo dopo ulteriori nove ore, quando ormai si era verificato un viraggio evolutivo verso uno stato di malattia irreversibile, condizione supportata anche dai referti degli esami ematologici ed ematochimici chiaramente esplicativi di un'evoluzione avvenuta verso la malattia multiorganica.

La Consulente aveva altresì puntualizzato che alla visita delle 19 già ben avrebbe potuto essere diagnosticata la sepsi, considerando la presenza della tachicardia, della dispnea, della disforia, della oligoanuria e dell'infiltrato infettivo della coscia, nonché il quadro clinico dismetabolico in un paziente con serie patologie di base; la stessa assenza di febbre non smentiva di per sé tale diagnosi, posto che la temperatura corporea febbrile può rappresentare un dato clinico assente nella sepsi, soprattutto quando i malati di sepsi sono immunocompromessi, come può esserlo un diabetico, cirrotico epatico, alcolista - ma di ciò non si ritrovava appunto nessuna valutazione medica. Anche la presenza di crepitazioni, rilevata nel corso della prima visita, avrebbe dovuto allertare, posto che tale sensazione tattile, talvolta udibile, è la prova di un'infiltrazione di gas.

La dott.ssa Mazzone aveva dunque giudicato inadeguato il regime, pur empirico, di terapia antibiotica somministrata alle ore 21,00, definendo il ceftriaxone, scelto per il caso di specie, inadeguato per un'infezione della cute e dei tessuti molli (flemmone) ed uno stato settico ad essa correlato (tanto che il consulente infettivologo, contattato telefonicamente solo sette ore dopo, aveva prescritto, seppur anch'egli empiricamente, ovvero in mancanza d'individuazione dei microorganismi patogeni eziologici, una terapia antibiotica d'associazione più adeguata e corretta).

Ancora, la dott.ssa Mazzone aveva rilevato che il paziente, se avesse ricevuto una corretta valutazione clinico-medica nelle prime ore, avrebbe potuto vedere affrontati i suoi problemi con ben sedici ore di anticipo rispetto a quanto era, in realtà, avvenuto. Aveva inoltre sottolineato la grave carenza della documentazione redatta dai sanitari, da cui non s'evinceva a che orario fossero stati letti i risultati degli esami ematici, pervenuti alle 21.00, chi avesse prescritto il ceftriaxone e con quali motivazioni (in particolare, se tale somministrazione fosse giustificata da un ulteriore aggravamento della situazione clinica - che era ben ipotizzabile - e dalla visione dei referti degli esami urgenti ematologici ed ematochimici eseguiti alle ore 19.30 del 3/1/2013 - di cui però era annotata ufficialmente la presa in considerazione solo alle ore 04.11 del giorno successivo, od anche da una sola di queste condizioni).



Il tutto, accompagnato dal fatto, sconcertante a fronte di tale quadro, che fino alle ore 4.11 del giorno successivo alcun medico aveva rivalutato il paziente, che a quel punto era in uno stato di shock settico, fuori controllo.

La Ctù aveva quindi concluso che nel caso del Sig. F. S. aveva giocato un ruolo fondamentale un deficit tanto organizzativo clinico al Pronto Soccorso che "intuitivo", e che una tempestiva diagnosi di sepsi, già possibile alle ore 19.11, avrebbe verosimilmente consentito di salvare la vita del paziente.

Questa Corte, a fronte delle doglianze dell'appellante, ha disposto un supplemento di ctù che ha dato meglio conto di taluni passaggi fondamentali e della letteratura di riferimento, e che consente di ribadire il giudizio del tribunale tanto in punto di malpractice quanto in punto di nesso causale tra la stessa ed il decesso del congiunto degli attori.

In particolare, il collegio peritale composto dal medico-legale dott.ssa Mazzone e dall'infettivologo dott. Dodi, con motivazione ampia, coerente e fondata su dati obiettivi, anche in puntuale replica alle osservazioni dell'appellante, ha consentito di più compiutamente definire la vicenda, nei seguenti termini.

"Riguardo l'attribuzione di un codice di gravità al triage, esso non comporta la definizione di una diagnosi medica, ancorché di sospetto. Rappresenta la valutazione delle condizioni cliniche di un paziente dedotte dai risultati della ricerca di alcuni parametri vitali e dalla valutazione infermieristica soggettiva ed obiettiva del paziente, esprimendo in sostanza la differibilità di accesso alla sala di Pronto Soccorso per la visita e le cure mediche, rispetto alla priorità di altri pazienti con codici più gravi; esso non ha valore assoluto perché può risultare variabile nel tempo. Nel caso specifico non è dato sapere in quali reali condizioni cliniche il paziente versasse al momento dell'accesso in Pronto Soccorso, il 3/1/2013 alle ore 14.15, il che ha precluso una precisa valutazione.

Di fatto vi è stata una incompleta e inadeguata acquisizione di notizie cliniche che ha portato all'assegnazione di un codice verde alle ore 14.15 del 3/1/2013, fuorviato dalla non valutazione del complesso patologico del paziente.

Purtroppo, se è vero che il paziente, sempre in attesa di visita medica al Pronto Soccorso, sia stato seguito e controllato nelle ore successive alle 14,15 del 3/1/2013, occorre far notare che si è sempre trattato di rilevazioni dei parametri vitali (a tal proposito si segnala dopo due ore una glicemia capillare di 392mg% in pz.insulino dipendente), non di rivalutazione infermieristica completa, soggettiva ed obiettiva, tantomeno di una valutazione medica. Si deve ribadire che nel corso di questi controlli siano sfuggiti quei già discussi dati clinici importanti per formulare quella che poteva essere realmente la diagnosi di giusto sospetto, ossia l'edema della coscia sinistra e la sospetta trombosi profonda, che avevano indotto il trasferimento in ambiente ospedaliero, certamente più



tutelativo per il paziente, e che potevano essere spia di un evento infiammatorio/infettivo in soggetto fragile con polipatologie importanti come fattori di rischio per complicanze cliniche anche infettive.

Comunque giova ricordare che il colore verde del codice del triage indica scarsa criticità clinica e assenza di rischi evolutivi, con una differibilità non superiore a 120 minuti, mentre il codice giallo indica criticità clinica media, rischio evolutivo, potenziale pericolo di vita, differibilità non oltre i 60 minuti.. non sono stati assolutamente rispettati i tempi di attesa di visita di un codice di colore verde di triage (120 minuti);

-vi è stato un deficit di valutazione iniziale, infatti si deve constatare che i molti aspetti clinici non rilevati alla valutazione del triage ma presenti in quel momento avrebbero potuto alzare di un livello il grado di gravità d'accettazione consentendo sicuramente un percorso assistenziale più adeguato".

Dunque, intanto, si deve affermare **la condotta gravemente carente della struttura, che finanche qualora l'attribuzione del codice verde fosse stata corretta (e di ciò v'è da dubitare) comunque avrebbe dovuto garantire la visita da parte del medico entro due ore, mentre il F. di ore ne dovette attendere quasi cinque, subendo un gravissimo ritardo.**

Non solo: anche in occasione della prima visita, delle ore 19,11, i sanitari non posero rimedio (e ancora, per quanto si andrà a dire, avrebbero potuto) a tale ritardo, **fallendo nella diagnosi della sepsi che, invece, avevano gli elementi per diagnosticare;** solo il consulto col chirurgo, al termine della visita, consentì di giungere alla diagnosi di flemmone (processo infiammatorio dei tessuti molli, causato da batteri piogeni, a carattere diffuso; il f. propriamente detto consiste nell'infezione, per lo più da streptococco, del connettivo cellulare che circonda i muscoli, i vasi sanguigni, gli organi profondi, ecc.), cui però **non conseguì la corretta terapia.**

Proseguono infatti i ccttuu: "A questo proposito si tenga presente l'incertezza nella interpretazione diagnostica della lesione della coscia sinistra, poi definitivamente chiarita con la diagnosi di flemmone nel corso della consulenza chirurgica, dopo tre visite di sanitari clinici e circa sei ore d'intervallo tra la visita del medico curante e quelle successive nel corso della degenza in Pronto Soccorso; a quel punto il consulente chirurgo consigliò un protocollo terapeutico improntato verso una patologia infettiva grave e l'esecuzione di TAC, che fu inspiegabilmente rinviata e poi non eseguita a causa della veemenza degli eventi". Ebbene, la tac (non invasiva e di celere esecuzione) se effettuata ben avrebbe sciolto ogni dubbio sulla gravità della patologia.

In replica alle deduzioni dell'azienda, i ccttuu hanno inoltre chiarito che l'assenza di un segno di inoculo non significava alcunché, posto che l'origine dell'infezione non doveva essere obbligatoriamente causata da autoinoculazione (pur se il fatto che il paziente



fosse un ex- tossicodipendente, in trattamento cronico continuativo con metadone, potrebbe suggerire tale origine).

Hanno dunque ribadito e meglio spiegato che **già alla visita delle 19,00, pur in assenza dei risultati degli esami ematologici, la diagnosi era ben possibile**: "A parere degli scriventi appare evidente che alle ore 19,00 del 3/1/2013, potesse essere posta una corretta diagnosi di flemmone, con tutte le doverose valutazioni del caso, tenendo nella dovuta considerazione il continuum lesionale evolutivo che correlava, con rapporto di contiguità e continuità, la coscia, il gluteo e la sede paraombelicale dello stesso lato sinistro associati a sospetta trombosi profonda.

La lettura precoce dei referti degli esami di laboratorio, con prelievo alle ore 19,35 del 3/1/2013, avrebbe certamente contribuito ad avvallare la diagnosi infettiva, ma la diagnosi di flemmone o quantomeno il fondato sospetto si avvalgono prima di tutto dell'esame obiettivo e poi della conferma da parte di referti di esami di laboratorio. Si può affermare, quindi, che alle ore 19,00 del 3/1/2013 la diagnosi della malattia del Sig.

S. F. fosse chiara e certa, **stato di sepsi da lesione della cute e dei tessuti molli**. I referti degli esami di laboratorio, semmai, hanno contribuito incontestabilmente a definire lo stato settico del paziente come sepsi grave, definendo una condizione di malattia multiorganica. Ne sarebbe stata auspicabile una lettura più sollecita per dare inizio, con precocità, alle raccomandazioni cliniche e terapeutiche della sepsi grave. [...] Peraltro si deve rilevare come la sospetta trombosi profonda, indicata dal medico curante tra i motivi della richiesta di ricovero ospedaliero, non sia mai stata tenuta nella dovuta considerazione e mai stata studiata in Pronto Soccorso sfuggendo completamente all'attenzione dei sanitari. Inoltre, non aver compreso né la presenza né il possibile ruolo patogenetico di un possibile danno vascolare profondo ha sicuramente contribuito a sottovalutare lo stato clinico del Sig. S.F. e l'eziopatogenesi della sua malattia."

Soprattutto, il collegio peritale ha ben evidenziato - con ampio richiamo ad accreditata letteratura scientifica ed alle Linee Guida - che **i sanitari errarono nel somministrare il ceftriaxone**: "Ceftriaxone è una cefalosporina di terza generazione. La sua attività è generalmente maggiore contro i batteri Gram-negativi, ma inferiore a quella delle precedenti generazioni di cefalosporine contro molti batteri Gram-positivi. In generale, questo agente ha mostrato attività contro la maggior parte dei membri delle Enterobacteriaceae spp. E' più attivo contro *Proteus mirabilis* rispetto ad altri composti. Risulta meno attivo contro *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* rispetto a cefalosporine di prima generazione come cefalotina e cefazolina, ma sempre in tema d'infezioni da ceppi sensibili alla meticillina (MSSA e MSSE). E' attivo contro streptococchi di gruppo A, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria* spp. Ceftriaxone è risultato efficace nelle infezioni del tratto urinario complicate e non complicate, nelle infezioni del tratto



respiratorio inferiore, delle ossa e delle articolazioni, nella batteriemia/setticemia e nella meningite dovuta a microrganismi sensibili.

In D.L. Stevens, et al. 2005, nelle linee guida di diagnosi ed infezione della cute e dei tessuti molli ceftriaxone non viene indicato tra gli antibiotici empirici (bensì i precedenti citati) e, tra le cefalosporine, le molecole di prima generazione, il trattamento con ceftriaxone viene altresì indicato nelle infezioni di ferita chirurgica (ma non è il caso del paziente).

Il suo utilizzo empirico nelle infezioni della cute e tessuti molli è contemplato solo nelle cosiddette lesioni della cute e dei tessuti molli non purulente (necrotizzanti, celluliti, erisipela). [...]

Per le infezioni di cute e tessuti molli, in linea generale, le raccomandazioni IDSA, per la terapia antibiotica empirica di *Staphylococcus aureus* resistente a meticillina di origine comunitaria (CA-MRSA) in ambiente ambulatoriale, includevano (opzioni antibiotiche orali): clindamicina, trimetoprim-sulfametossazolo, una tetraciclina (doxiciclina o minociclina), linezolid nella sua formulazione orale.

Nei pazienti ospedalizzati, IDSA suggeriva antibiotici empirici ad ampio spettro con agenti attivi su *Staphylococcus aureus* resistente a meticillina (MRSA), tra cui vancomicina, linezolid, daptomicina, telavancina e clindamicina in attesa della rivalutazione terapeutica con i risultati delle colture microbiologiche. A causa della probabilità di sviluppo di resistenza, la rifampicina non è raccomandata in monoterapia nel trattamento delle infezioni da *Staphylococcus aureus* resistente a meticillina (MRSA).

Le linee guida della Surgical Infection Society (SIS) del 2011 per infezioni di cute e tessuti molli suggeriscono di considerare l'ipotesi eziologica di *Staphylococcus aureus* resistente a meticillina di origine comunitaria (CA-MRSA) nella maggior parte dei contesti di infezioni complicate non necrotizzanti poiché l'incidenza di questi isolati può superare quella dei ceppi di *Staphylococcus aureus* sensibili alla meticillina (MSSA). [...] Nel caso sospetto di *Staphylococcus aureus*, si dovrebbe presumere la resistenza antibiotica, a causa dell'elevata prevalenza di ceppi di *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina di origine comunitaria (CA-MRSA), e dovrebbero essere utilizzati antibiotici efficaci contro MRSA (vale a dire vancomicina, linezolid o daptomicina).

Per i soggetti la cui cellulite è associata all'iniezione di farmaci (come potrebbe essere per un paziente con somministrazione sottocutanea di insulina, n.d.r.), si raccomanda l'utilizzo di vancomicina o di un altro antibiotico efficace contro *Staphylococcus aureus* resistente a meticillina (MRSA) e contro *Streptococcus*. Nei pazienti compromessi con lesioni gravi ma non purulente può essere considerata una copertura antimicrobica ad ampio spettro. L'associazione di vancomicina con piperacillina-tazobactam od



imipenem/meropenem è raccomandata come ragionevole regime empirico per le infezioni gravi.

Fattori di rischio per l'eziologia da Staphylococcus aureus resistente alla meticillina(MRSA), nel caso del signor F., erano la tossicodipendenza, anche se il paziente era dichiarato ex-tossicodipendente, il diabete mellito, la cirrosi epatica e l'immunodepressione correlata."

A fronte di tali chiare indicazioni, l'appellante s'è limitata ad invocare letteratura che indicava l'idoneità di ceftriaxone per infezioni gravi anche dei tessuti molli, senza tuttavia confrontarsi con la specificità del caso, e comunque senza sconfessare che le infezioni della cute e tessuti molli sono principalmente causate da patogeni Gram-positivi, tra cui Staphylococcus aureus, resistente al ceftriaxone.

I ccttuu hanno dunque concluso, al riguardo, **che la terapia antibiotica somministrata al paziente non solo è stata ritardata rispetto alle condizioni cliniche di sepsi delle ore 19,00 del 3/1/2013, ma è stata anche assolutamente insufficiente; non era accettabile affrontare terapeutamente una sepsi (sospettabile alle ore 19.00 per l'obiettività clinica ma sicuramente confermata alle ore 21.00 dagli esami di laboratorio) che presentava già danno d'organo con una monoterapia rappresentata solo da una cefalosporina di terza generazione, sarebbe stato necessario utilizzare una terapia d'associazione ad ampio spettro batterico, pur empirica ma ragionata, efficace anche su eziologie caratterizzate da un più difficile trattamento antibiotico.**

Del resto, l'infettivologo dell'AOU, consultato solo il giorno 4/1/2013 alle ore 5,28, telefonicamente, indicò come adeguata la terapia con piperacillina-tazobactam, vancomicina o linezolid, clindamicina.

Passando al punto cruciale del contendere, ovvero alla correlazione tra il momento in cui poteva (e dunque doveva) essere diagnosticata la sepsi e le probabilità che a tale momento il paziente aveva di sopravvivere, se correttamente trattato, **il collegio peritale ha chiarito che il F. sarebbe verosimilmente sopravvissuto, secondo la regola di giudizio del più probabile che non, se efficacemente curato, purché la diagnosi e la conseguente corretta cura fossero intervenute entro le ore 21.00.**

In particolare, richiesto di verificare tale probabilità di sopravvivenza al momento dell'arrivo al P.S., al momento della prima visita (19.11) ed al momento in cui sono disponibili finanche i referti degli esami ematici e viene somministrato il ceftriaxone (20.59), che indicano inequivocabilmente lo stato di sepsi, il collegio ha così risposto: "Si ritiene, con elevata preponderante probabilità superiore al 50%, che la sopravvivenza del paziente avrebbe potuto essere conservata se cure adeguate fossero state prestate al



momento dell'ingresso in Pronto Soccorso il 3/1/2013. Pur affetto da gravi comorbilità, la situazione infettivologica del Sig. F. nelle ore trascorse in Pronto Soccorso ha presentato oggettivamente un'evoluzione clinica peggiorativa in modo progressivo senza ricevere cure adeguate.

Infatti, alle ore 13,45 del giorno 3/1/2013, il paziente, pur grave per la concomitanza di più patologie, avrebbe ancora potuto usufruire delle chances di sopravvivenza in quanto, intuitivamente, la sua diagnosi corrispondeva allora a lesione della cute e dei tessuti molli. In questa fase di malattia, **il calcolo prognostico di sopravvivenza avrebbe potuto garantirgli più del 50% di chances, pur tenendo conto delle patologie concomitanti.**

E' garantito che, tra le ore 13,45 e le ore 19,00 del 3/1/2013, senza assistenza clinica adeguata e con l'evoluzione della patologia infettiva lasciata in atto, la stima della sopravvivenza abbia avuto delle progressive riduzioni percentuali correlate.

Tuttavia alle ore 19,00 del 3/1/2013, anche con i pochi dati clinici disponibili è stato possibile verificare che il calcolo di Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score fosse 4 e che tale dato, associato alla presenza di un'infezione documentata, fosse significativo di sepsi (infezione + SOFA score \geq 2), trattando il caso adeguatamente si stima che la sopravvivenza potesse ancora essere superiore al 50%.

Alle ore 20.59 del giorno 3/1/2013, pur non disponendo di un diario clinico meglio dettagliato, la comparsa della somministrazione di terapia antibiotica con ceftriaxone endovenoso e di terapia endovenosa a base di cristalloidi (soluzione fisiologica 1000 ml) fa ritenere che le condizioni cliniche si fossero ulteriormente aggravate e fossero interpretate come una fase critica di uno stato infettivo. In questo momento la valutazione della percentuale di sopravvivenza, sia pure scemata, poteva ancora essere superiore al 50%, pur aggravata dai rischi relativi alle malattie di base, anche in ragione del fatto che ancora non vi era uno stato conclamato di shock settico.

Nelle ore successive, come evidenziato dal quadro clinico evolutivo in modo dirimpente, le possibilità di sopravvivenza si sono consumate progressivamente ben al di sotto del 50%, in quanto il rischio morte dello shock settico conclamato era aumentato fino all'80-90%. E in questo caso l'associazione di shock settico, malattia multiorganica e comorbilità ha determinato il ruolo definitivamente fatale."

Dunque, alla luce di tutto quanto esposto, si deve confermare che, come già affermato dal primo giudice, la morte del F. è addebitabile all'AOU, essendo ravvisabili tanto la *malpractice* quanto il nesso causale tra gli errori medici ed il decesso.

Assunto infatti l'orario delle 19.11 come quello in cui già i sanitari avevano tutti gli elementi per diagnosticare lo stato di sepsi e somministrare la corretta terapia



antibiotica, si deve ulteriormente rilevare come finanche qualora avessero invece optato per attendere i risultati degli esami ematici ancora la terapia (intrapresa alle ore 21,00) sarebbe stata idonea a salvare verosimilmente la vita del paziente.

4. Il terzo motivo d'appello: il *quantum debeatur*.

In ordine al *quantum debeatur*, l'azienda non ha impugnato il riconoscimento del danno patrimoniale ed i danneggiati non hanno impugnato il disconoscimento del danno terminale, tanto biologico quanto morale, di talché su tali voci risarcitorie è sceso il giudicato.

Col terzo motivo d'appello, l'AOUP ha invece lamentato l'eccessiva liquidazione del danno da perdita del congiunto, rilevando come il tribunale non avesse tenuto adeguato conto né delle comorbilità del F., né della sua condizione di tossicodipendenza ed alcooldipendenza, non del tutto risolta

Anche tale motivo è totalmente infondato.

S. F. al momento della morte aveva soli 48 anni, sua moglie 45, i suoi figli rispettivamente 14, 23 e 27 anni, sua madre 68 anni e suo fratello 43.

Il tribunale ha riconosciuto la somma di euro 294.201,00 ciascuno alla moglie M.

S. ed al figlio minore K. F., di euro 284.394,30 ciascuno ai figli D. F.

e J. F., di euro 137.293,80 alla madre L. C. e di euro 120.000,00 al fratello M. F.

Ciò ha fatto asseritamente applicando la tabella milanese, che all'epoca, diversamente da oggi, non prevedeva un sistema "a punti", ma una "forcella" che andava per il coniuge, i figli e la madre della vittima da un minimo di euro 168.250 ad un massimo di euro 336.500 e per il fratello da un minimo di euro 24.350 ad un massimo di euro 146.120.

In realtà, a ben vedere, il giudice di prime cure ha riconosciuto alla moglie ed ai figli esattamente quanto liquidabile sulla base della tabella romana, che anche all'epoca adottava il criterio dei punti, dichiarato preferibile dalla Suprema Corte (già a partire da Cass. 21/04/2021 n. 10579 e 29/09/2021 n. 26300) - ciò che è di per sé sintomatico della congruità di quanto liquidato (che, del resto, si poneva in linea anche con la tabella milanese, tenuto conto che l'età della vittima e dei superstiti induceva a collocare il *quantum* risarcitorio verso il limite superiore).

Semmai, il tribunale ha riconosciuto alla madre ed al fratello del F. una somma sensibilmente inferiore a quella che sulla base della tabella romana avrebbe invece dovuto essere riconosciuta (rispettivamente, circa 274.000 euro e circa 156.000 euro), ad eclatante dimostrazione di come le somme liquidate siano tutt'altro che eccessive.

D'altro canto, l'unica concreta e puntuale censura mossa alle complessive liquidazioni dall'appellante attiene alla circostanza che il F. fosse affetto da pregresse patologie,



da un canto, e avesse un passato non del tutto risolto di alcoldipendenza e tossicodipendenza, dall'altro, e si tratta per entrambi i profili di una censura infondata.

Quanto alle comorbilità, non si tratta affatto di malattie che ponevano in pericolo, in termini di attualità, la vita del F. né inducevano ad una prognosi di probabile premorienza rispetto agli indici istat: tanto il diabete quanto la cirrosi, se adeguatamente curate, non sono infatti malattie in sé letali; l'azienda appellante, del resto, non ha indicato puntuali e concreti argomenti a sostegno del contrario.

Quanto, invece, ai problemi di alcoldipendenza e tossicodipendenza, parimenti l'azienda non ha né allegato né tantomeno dimostrato che fossero ancora attuali e/o tali da porre in pericolo la vita del congiunto degli attori: l'assunzione di metadone, per quanto è dato sapere, era infatti giustificata dal passato, e non dal presente, del F. e del resto il fatto che il paziente fosse giunto a 48 anni pare di per sé sintomatico di un adeguato controllo del problema.

Se, poi, volesse desumersi, con un certo sforzo interpretativo, che la tesi dell'appellante sia quella per cui il rapporto con un congiunto tossicodipendente è meno intenso di quello che si sarebbe avuto con chi non fosse dedito a droghe o abusi alcolici se ne dovrebbe comunque escludere la fondatezza, non essendo ravvisabile alcuna regola d'esperienza in tal senso; tra l'altro, come premesso, non vi sarebbe neppure la prova di una dipendenza in atto. Non si può, infine, dimenticare che la famiglia del F. era tutt'altro che precaria, essendovi tre figli nati nell'arco di ben 13 anni.

Quanto, infine, alla deduzione dell'appellante secondo cui il tribunale si sarebbe limitato a desumere il danno dal legame parentale, senza indagare sull'effettività del vuoto lasciato, si deve rilevare come, in realtà, il primo giudice ha fatto corretta applicazione dei consolidati principi espressi in materia dalla S.C., secondo cui: *"L'uccisione di una persona fa presumere, da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli od ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del quantum debeatur). Nei casi suddetti è pertanto onere del convenuto provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo"* (cfr. Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. [3767](#) del 15/02/2018, conforme Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. [22397](#) del 15/07/2022); *"In tema di danno non patrimoniale, il pregiudizio patito dai prossimi congiunti della vittima va allegato, ma può essere provato anche a mezzo di presunzioni semplici e massime di comune esperienza, dato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare superstite, ferma restando la possibilità, per la controparte, di dedurre e dimostrare l'assenza di un*



legame affettivo, perché la sussistenza del predetto pregiudizio, in quanto solo presunto, può essere esclusa dalla prova contraria, a differenza del cd. "danno in re ipsa", che sorge per il solo verificarsi dei suoi presupposti senza che occorra alcuna allegazione o dimostrazione" (cfr. Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. [25541](#) del 30/08/2022).

Alla luce di quanto sopra esposto, non avendo parte convenuta dimostrato circostanze idonee a superare la predetta presunzione, si deve confermare integralmente la sentenza appellata.

5. Le spese di lite.

Le spese dell'appello devono seguire la soccombenza e pertanto essere rifuse agli appellati dall'appellante.

Dunque, sulla base del D.M. 55/14 come modificato dal D.M. 37/18, applicato lo scaglione da 26.001 a 52.000, in considerazione del *quantum appellatum* (premesso che le domande proposte da più parti contro il medesimo soggetto ex art. 10 c.p.c. non si cumulano, e dunque al fine di determinare il valore della controversia si deve avere riguardo al credito più elevato riconosciuto, nel caso di specie di euro 294.201), e stante la complessità media della controversia, l'assenza di attività istruttoria e la presenza di più danneggiati difesi dal medesimo legale, ex art. 4 secondo comma, dev'essere riconosciuta in favore degli appellati la somma di euro 17.086,80 (euro 14.239,00 maggiorati del 20%).

Parimenti, le spese di ctu debbono restare in via definitiva a carico dell'appellante.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA avverso la sentenza n. 677/2021 del Tribunale di Pisa, ogni altra domanda, istanza, eccezione, deduzione disattesa od assorbita, così provvede:

respinge l'appello;

condanna l'appellante a corrispondere agli appellati le spese di lite del presente grado, che liquida nella somma di euro 17.086,80, oltre rimborso spese generali, iva e cap come per legge.

Dà atto che, per effetto della odierna decisione, sussistono i presupposti di cui all'art. 13 comma 1-quater d.P.R. 115/2002 per il versamento, ove dovuto, da parte appellante dell'ulteriore contributo unificato previsto dall'articolo stesso.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 7.9.2023.

Il Consigliere estensore

dott.ssa Giulia Conte

Il Presidente

dott. ssa Dania Mori

Nota



La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy ex D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.

