

N. 2033/2024 R.G.

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

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

Dott.ssa Dania Mori – Presidente

Dott.ssa Maria Teresa Paternostro – Consigliere Relatore

Dott.ssa Paola Caporali – Consigliere

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. 2033/2024 promossa da:

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA (C.F. e P. IVA [OMISSIS]), in persona del legale rappresentante pro tempore, con il patrocinio degli Avv.ti Carla Fiaschi, Anna Gabriella Todisco e Gloria Lazzeri;

APPELLANTE

contro

[OMISSIS] (C.F. [OMISSIS]), con il patrocinio dell'Avv. Nicola Forti;

[OMISSIS] (C.F. [OMISSIS]), con il patrocinio dell'Avv. Nicola Forti, come da procura in atti;

APPELLATI

avverso

la sentenza n. 1084/2024 del Tribunale di Pisa, emessa il 7.9.2024 e pubblicata il 9.9.2024;

con ordinanza del Consigliere istruttore emessa ex art. 352 c.p.c. in data 07.05.2026, all'esito dell'udienza a trattazione scritta del 07.04.2026 ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c., la causa veniva trattenuta in decisione e riservata al Collegio sulle seguenti:

CONCLUSIONI

Per la parte appellante: “Voglia la Corte di Appello di Firenze, respinta ogni contraria domanda, istanza, eccezione e deduzione, previe le opportune declaratorie di legge, in riforma della sentenza del Tribunale Civile di Pisa, Giudice Dr.ssa Golia, n. 1084/2024 del 09/09/2024, nelle parti impugnate, per le motivazioni tutte esposte nel presente atto di appello e, per l'effetto: in tesi: con riferimento alla domanda di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale: - accertata e dichiarata la natura extracontrattuale della domanda di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale avanzata dai sig.ri [OMISSIS] e [OMISSIS] rigettare la stessa perché infondata in fatto ed in diritto; con riferimento alla domanda di risarcimento del danno iure hereditatis: - accertato il difetto di prova in ordine alla sussistenza del danno catastrofale, rigettare la relativa domanda formulata dagli appellati e, per l'effetto, rideterminare l'entità del danno riconosciuto iure hereditatis. Per l'effetto, stante l'intervenuto pagamento da parte di [OMISSIS] in esecuzione della sentenza impugnata, di euro 463.203,90 a favore

di [OMISSIS], euro 411.541,27 a favore di [OMISSIS] ed euro 29.941,68 a titolo di spese legali, voglia condannare gli appellati a restituire quanto indebitamente riscosso, oltre interessi e rivalutazione; In denegata ipotesi: - applicati i criteri di liquidazione previsti dalle tabelle adottate dal Tribunale di Milano, rideterminare l'entità del risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale in favore del coniuge, [OMISSIS] e del figlio [OMISSIS] nella minor somma che sarà accertata in corso di causa, in considerazione delle circostanze che saranno ritenute provate e per l'effetto, stante l'intervenuto pagamento da parte di [OMISSIS] della somma di euro 411.541,27 in esecuzione della sentenza di primo grado, condannare l'appellato a restituire ad [OMISSIS] le somme eccedenti dallo stesso indebitamente riscosse, oltre interessi e rivalutazione; - accertata la carenza di prova in ordine alla sussistenza del danno da lucro cessante per perdita del contributo economico apportato dal de cuius in favore del coniuge, rigettare la relativa domanda risarcitoria e per l'effetto, stante l'intervenuto pagamento, da parte di [OMISSIS] della complessiva somma di euro 463.203,90 a favore della sig.ra [OMISSIS] condannare questa a restituire le somme in eccedenza riscosse indebitamente, oltre interessi e rivalutazione; In ogni caso, con vittoria delle spese sostenute, delle spese generali e del compenso ex D.M. n.55/2014 del presente giudizio compresi oneri previdenziali e assistenziali pari al 23,8%, oneri a carico dell'avvocato dipendente dell'Ente pubblico, come le sottoscritte, ritenuti corrispondenti alle voci degli oneri accessori proprie dei legali liberi professionisti (cfr. Corte d'Appello Firenze n.1030/2021; Tribunale di Pisa sent. n. 1039/2020; Giudice di Pace di Pisa sent. n. 271/2020; Giudice di Pace di Pisa sent. n. 558/2020; Corte d'Appello di Firenze sent. n. 1556/2018; Tar Piemonte sent. n.1104/2017, Tar Emilia-Romagna sent. n.151/2016, Tar Emilia Romagna sent. n.3/2016)";

Per la parte appellata: “Voglia l'Ill.ma Corte di Appello adita, contrariis reiectis: **In via principale:** Rigettare l'appello avversario poiché infondato in fatto ed in diritto e, conseguentemente, confermare l'impugnata sentenza. Con vittoria di spese e compensi professionali, comprensive del procedimento di inibitoria, da distrarsi in favore dello scrivente difensore che si dichiara antistatario. **In via subordinata:** nel caso di parziale accoglimento dell'appello che comporti la rideterminazione del quantum riconosciuto dal Tribunale, si chiede la compensazione delle spese di lite, trattandosi di una liquidazione del danno frutto dell'utilizzo del potere discrezionale del Giudice e non conseguente ad un'errata o imprecisa allegazione dei fatti da parte dei ricorrenti. Ferma restando, in ogni caso, la vittoria delle spese e dei compensi previsti per il procedimento di inibitoria, da distrarsi in favore dello scrivente difensore che si dichiara antistatario”.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. I fatti di causa e le domande proposte.

Con atto di citazione ritualmente notificato, l'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA (d'ora in avanti per brevità anche solo “Azienda”) conveniva in giudizio, dinanzi a questa Corte di Appello, [OMISSIS] e [OMISSIS] proponendo gravame avverso la sentenza n. 1084/2024, emessa il 07.09.2024 e pubblicata il 09.09.2024, con cui il Tribunale di Pisa, in accoglimento della domanda proposta da [OMISSIS] e [OMISSIS] l'aveva condannata al risarcimento dei danni patiti da costoro per il decesso del loro congiunto, [OMISSIS] avvenuto il 23.12.2010, a causa delle gravi complicazioni insorte in seguito all'infezione nosocomiale contratta presso l'Ospedale Universitario di Pisa, ove il [OMISSIS] era stato ricoverato in data 11.07.2010 per sottoporsi ad un intervento chirurgico di bypass gastrico eseguito in data 13.07.2010.

A sostegno della domanda proposta, i ricorrenti avevano esposto quanto segue:

- in data 11.07.2010, [OMISSIS] veniva ricoverato presso l'Unità Operativa Chirurgica IV dell'Ospedale Universitario di Pisa per essere sottoposto ad un intervento chirurgico di bypass gastrico,

che veniva eseguito il 13.07.2010;

- successivamente all'intervento chirurgico, durante il ricovero ospedaliero, il paziente subiva una grave contaminazione batterica del tratto gastro-intestinale, a cui seguiva uno stato di shock settico e gravi complicazioni susseguenti sino al decesso avvenuto per insufficienza respiratoria refrattaria in stato di shock settico in data 23.12.2010;

- l'insorgenza della sepsi era da ricondurre allo sviluppo di infezioni nosocomiali, ossia di processi infettivi insorti durante il ricovero in ambiente ospedaliero, non presenti al momento dell'ingresso del paziente in ospedale;

- all'esito del procedimento di ATP ante causam promosso ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c. nei confronti di [OMISSIS] il CTU incaricato di accertare le cause del decesso del [OMISSIS] aveva affermato che, mentre gli interventi chirurgici cui era stato sottoposto il paziente durante il periodo di ricovero erano stati eseguiti in modo adeguato, *“Invece, il decorso post-operatorio risultava complicato da una severa infezione polimicrobica le cui caratteristiche d'insorgenza indicavano chiaramente la provenienza nosocomiale e la responsabilità della Struttura Sanitaria nel non aver garantito un'adeguata prevenzione del rischio infettivo. La grave infezione accorso e il conseguente shock settico determinavano il decesso del [OMISSIS] nonostante la corretta somministrazione di una poliantibiototerapia impostata in base al parere dell'infettivologo e alle dimostranze dell'antibiogramma”*.

Fallito il tentativo di mediazione, [OMISSIS] e [OMISSIS] in qualità rispettivamente di figlio e moglie, nonché eredi per la quota del 50 % ciascuno di [OMISSIS] avevano quindi adito, con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., il Tribunale di Pisa chiedendo che l'Azienda fosse dichiarata responsabile della morte del loro congiunto e fosse condannata al risarcimento del danno sofferto, che veniva così declinato: iure proprio, in qualità di moglie e figlio del de cuius, per la perdita del rapporto parentale; iure successionis di entrambi essi eredi per danno biologico terminale, danno catastrofale e danno tanatologico; iure proprio della sola [OMISSIS] per la perdita patrimoniale subita a titolo di lucro cessante, non svolgendo ella alcuna attività lavorativa e facendo esclusivo affidamento per il proprio sostentamento sul reddito del marito.

Nella resistenza della AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA, la causa, mutato nel frattempo il rito da sommario in ordinario, veniva istruita mediante l'acquisizione del fascicolo per ATP R.G. n. 6404/2014 e l'escussione dei testi ammessi.

All'esito, con la sentenza qui gravata, il giudice di prime cure respingeva in via preliminare l'eccezione sollevata dall'Azienda relativa al difetto di ius postulandi in capo al difensore della controparte nonché quella relativa al preteso difetto di legittimazione ad litem dei ricorrenti, e, nel merito - inquadrata l'intera fattispecie nell'ambito della responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. - rilevava che la CTU medico-legale, se, da un lato, aveva ravvisato la correttezza dell'operato dei sanitari dell'Azienda per quanto riguardava la scelta, la gestione e l'esecuzione del primo intervento chirurgico di bypass gastrico “long bimb” e del successivo intervento di re-laparotomia mediana resosi necessario a seguito dell'insorta occlusione intestinale, dall'altro lato, aveva rilevato *“criticità evidenti in ordine alle attività di contenimento del rischio infettivo che avrebbe condotto il {O} a contrarre la prima infezione da Candida Glabrata, rilevata in data 05.08.2010, e successivamente la Klebsiella Pneumoniae e Acinetobaccter Baumannii, rilevate in data 03.09.2010”*, convenendo con il CTU *“sulla sicura provenienza nosocomiale dei fenomenici settici, nonché sulla loro rilevanza eziologica nella causazione del progressivo peggioramento delle condizioni del paziente, che lo condussero poi all'exitus”* e sul fatto, avvalorato dagli esiti dell'istruttoria orale, che l'azienda convenuta non avesse *“posto in essere nel*

caso specifico dei protocolli di contenimento del rischio idonei a fronteggiare i rischi di contagio settico a cui il {O} poteva essere, più di altri pazienti, maggiormente sottoposto, in quanto affetto dalla classe più grave di obesità, condizione che rappresenta ex sé “un terreno estremamente favorevole per l’insorgenza di insidiose complicanze postoperatorie”.

Il Tribunale adito accertava, pertanto, la responsabilità dell’azienda ospedaliera convenuta nella causazione del decesso del paziente stante il mancato raggiungimento della prova liberatoria, su di essa gravante, di aver adottato le “*misure cautelative adeguate contro prevedibili rischi settici richieste dallo specifico caso clinico*”.

Ciò premesso, in punto di danni subiti dal paziente e dai ricorrenti, il giudice di prime cure, previa esclusione del danno tanatologico o da perdita del bene vita quale voce non suscettibile di risarcimento, accertava essersi determinato: in capo al de cuius, e quindi iure hereditatis in favore dei ricorrenti, un danno biologico terminale stimato in € 22.490,00 (pari a 130 giorni di inabilità temporanea assoluta totale), incrementato in via equitativa del 25 % per la componente morale/catastrofica, per un totale di € 28.112,50; in capo a ciascuno dei ricorrenti, un danno iure proprio da perdita del rapporto parentale, liquidato, in base alle tabelle del Tribunale di Roma, nella somma di € 335.006,43, in favore del figlio, e nella somma di € 363.396,80, in favore della moglie; infine, in favore della sola [OMISSIS] un danno patrimoniale iure proprio da lucro cessante, equitativamente determinato nella somma di € 18.000,00. Infine, sulle somme liquidate a titolo di danno iure hereditatis e di danno non patrimoniale iure proprio il Tribunale riconosceva gli interessi sulle somme devalutate all’epoca del fatto e di anno in anno rivalutate sino alla data della decisione e per tutti i suddetti importi disponeva la condanna al pagamento da parte dell’azienda sanitaria convenuta, unitamente alle spese di lite, comprensive di ATP e di CTU.

Avverso la suddetta sentenza, interponeva tempestiva impugnazione l’Azienda sulla base di quattro motivi di gravame.

Con il primo motivo di gravame (“*ERRONEA QUALIFICAZIONE GIURIDICA DELLA DOMANDA DI RISARCIMENTO DEL DANNO DA PERDITA DEL RAPPORTO PARENTALE. VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL’ART. 2697 C.C.*”), l’appellante censurava la sentenza impugnata nella parte in cui il giudice di prime cure aveva qualificato unitariamente le domande proposte dai ricorrenti nonostante la diversità ontologica delle richieste risarcitorie oggetto di causa, senza cogliere la specificità del rapporto sottostante alle due domande (paziente-struttura per la domanda iure hereditatis / congiunti-struttura per quella svolta iure proprio) ed estendendo la natura contrattuale del rapporto struttura-paziente anche alle pretese risarcitorie avanzate, iure proprio, dai prossimi congiunti, così applicando erroneamente, a tale fattispecie, le regole sul riparto dell’onere probatorio, e di giudizio, valevoli per la responsabilità contrattuale. Ciò - a detta dell’appellante - determinava inevitabili ricadute sull’accertamento da compiersi ai fini dell’accoglimento della domanda per i danni iure proprio dal momento che si sarebbe dovuta raggiungere la prova, oltre che del danno e del nesso causale, anche dello specifico comportamento colposo posto in essere dalla struttura sanitaria, prova che per contro nel caso di specie non poteva ritenersi fornita, come ammesso dallo stesso Tribunale.

Con il secondo motivo di gravame (“*ERRONEA QUALIFICAZIONE GIURIDICA DELLA DOMANDA DI RISARCIMENTO DEL DANNO DA PERDITA DEL RAPPORTO PARENTALE. VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL’ART. 2697 C.C.*”), l’azienda sanitaria deduceva, in via di mero subordinate, l’erronea quantificazione del danno da perdita del rapporto parentale, sotto due distinti profili. In primo luogo, lamentava che il giudice di prime cure avesse considerato [OMISSIS] convivente con il padre sulla base del dato risultante dal certificato di stato di famiglia laddove, per contro, i testi escussi avevano smentito tale circostanza comprovando come tale condizione di convivenza rappresentasse un dato meramente formale. In secondo luogo, rilevava l’indebito utilizzo da

parte del primo giudice delle tabelle del Tribunale di Roma anziché di quelle, più recenti, adottate dal Tribunale di Milano, alle quali la giurisprudenza di legittimità attribuiva valenza di parametro su cui determinare la quantificazione equitativa del risarcimento del danno non patrimoniale, potendosene il giudice distaccare solo in presenza di specifiche e rappresentate circostanze concrete, e alla stregua delle quali gli importi risarcitori sarebbero stati notevolmente più contenuti di quelli liquidati in sentenza.

Con il terzo motivo (*“VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL’ART. 2697 C.C. CON RIFERIMENTO AL RICONOSCIMENTO DEL DANNO CATASTROFALE. DIFETTO DI PROVA”*), l’appellante censurava la sentenza di primo grado in relazione al capo con cui era stata condannata al risarcimento del danno iure hereditatis. Nello specifico, osservava come non fossero emersi dall’istruttoria espletata gli elementi costitutivi del danno c.d. catastrofe, riconosciuto dal primo giudice, rappresentati dallo stato di coscienza dell’imminenza della morte in capo al paziente e dalla condizione di sofferenza perciò provata.

Infine, con il quarto e ultimo motivo di gravame (*“VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL’ART. 2697 C.C. CON RIFERIMENTO AL RICONOSCIMENTO DEL DANNO DA LUCRO CESSANTE PER PERDITA DEL CONTRIBUTO ECONOMICO PRESTATO DAL CONIUGE, IN FAVORE DELLA SIGNORA [OMISSIS]. DIFETTO DI PROVA”*), l’appellante contestava la sentenza di primo grado anche nella parte in cui aveva riconosciuto in favore della [OMISSIS] il danno da lucro cessante derivante dalla perdita del contributo economico ricevuto dal marito, rilevando a tal fine come il giudice di prime cure fosse giunto a riconoscere la pretesa economica avanzata a tale titolo senza che la ricorrente avesse fornito la ben che minima prova al riguardo. In particolare, evidenziava come la ricorrente non avesse dimostrato l’utilità economica di cui beneficiava ed il relativo quantum essendosi limitata a produrre un’unica dichiarazione dei redditi, da cui risultava il carico familiare della moglie. Inoltre, lamentava l’omessa verifica da parte del Tribunale, da compiere con apposito ordine di esibizione, della sussistenza di eventuali contributi previdenziali percepiti dall’attrice da parte dell’I.N.P.S. in conseguenza della morte del marito.

Con ordinanza in data 6/7.6.2025, il Collegio confermava il decreto presidenziale del 30.03.2025 con cui era stata respinta, inaudita altera parte, l’istanza dell’appellante di sospensione della provvisoria esecuzione della sentenza impugnata.

Ritualmente radicatosi il contraddittorio, si costituivano in giudizio, con un’unica comparsa, gli appellati, i quali contestavano, sì come infondate, le censure mosse da parte appellante nei confronti della sentenza impugnata della quale chiedevano per contro l’integrale conferma, con vittoria di spese di lite.

Esaurita la trattazione ed acquisito il fascicolo d’ufficio del procedimento di primo grado, la causa veniva trattenuta in decisione e riservata al Collegio con ordinanza del 7.5.2026 sulle conclusioni delle parti come sopra precisate dinanzi al Consigliere istruttore.

2. Il perimetro della decisione

Non è contestato, e comunque emerge pacificamente dalla documentazione medica acquisita al processo e dagli accertamenti esperiti in sede di consulenza medico-legale, disposta nel procedimento di ATP, che [OMISSIS] paziente affetto da una grave obesità pluricomPLICATA (BMI 71.9), in data 11/07/2010 veniva ricoverato presso l’U.O. Chirurgia Generale IV dell’Ospedale Universitario di Pisa per eseguire un trattamento chirurgico finalizzato ad ottenere un calo ponderale, e che il 13/07/2010 veniva sottoposto ad intervento di bypass gastrico laparotomico long limb., per essere trasferito, al termine dell’operazione, presso l’[OMISSIS] ove rimaneva fino al 14/07/2010. Risulta inoltre che il [OMISSIS] veniva sottoposto in data 18.7.2010 ad intervento di re-laparotomia mediana, con successivo

posizionamento endoscopico di Stent Polyflex 15 cm. Nei giorni successivi il paziente proseguiva il trattamento antibiotico, giungendo ad una stabilizzazione delle condizioni cliniche. In data 05/08/2010 l'esame del liquido di drenaggio rilevava la presenza di *Pseudomonas Aeruginosae* e si palesava una positività emocolturale alla *Candida Glabrata*. Veniva, quindi, modificata la terapia antibiotica ad ampio spettro (Tygacil 100, Ciproxin 400 mg, Diflucan 800 mg) e in data 24/08/2010, il [OMISSIS] era trasferito nuovamente presso l'[OMISSIS]. Durante la degenza, il quadro clinico permaneva stazionario e, il 03/09/2010, il paziente veniva posto in isolamento a causa della positività emocolturale alla *Klebsiella Pneumoniae* ed *Acinetobacter Baumannii*, ragion per cui, in base alla consulenza infettivologica, la terapia antibiotica veniva modificata. Il quadro clinico era, altresì, complicato dalla comparsa di acidosi metabolica e in data 20/09/10, il paziente era nuovamente trasferito presso l'[OMISSIS] Rianimazione dello stesso nosocomio con diagnosi di insufficienza respiratoria. Il 22/09/2010, la consulenza infettivologica confermava lo stato settico da *Acinetobacter Baumannii* e *Klebsiella Pneumoniae*, ragion per cui veniva nuovamente adeguata l'antibioticoterapia. Tuttavia, non si assisteva ad alcun miglioramento clinico e, a causa dell'aggravamento del quadro respiratorio, il [OMISSIS] veniva sottoposto ad intubazione. Durante i successivi giorni permaneva un quadro clinico particolarmente critico e, il 14/10/2010, la consulenza infettivologica confermava uno stato setticemico da *Klebsiella Pneumoniae*. Successivamente si assisteva ad un ulteriore peggioramento degli scambi respiratori, motivo per il quale, il 22/10/2010, il paziente era sottoposto ad intervento di tracheotomia. In data 27/10/2010, la consulenza dermatologica poneva in evidenza un'ulcera sacrale al IV, ragione per cui, l'8 novembre 2010, veniva eseguito intervento di colestomia terminale, onde evitare una contaminazione dei tessuti perilesionali. Altresì, il paziente era sottoposto, in data 27/11/2010, ad intervento chirurgico di plastica della parete addominale a causa della deiscenza della ferita chirurgica addominale. Orbene, lo stato di shock settico e la conseguente insufficienza cardiorespiratoria, quest'ultima trattata con ventilazione meccanica e infusione continua di farmaci simpatico-mimetici, persistevano inalterati nonostante la poliantibioticoterapia e, a causa del progressivo aggravamento delle condizioni cliniche, veniva constatato il decesso del [OMISSIS] il 23 dicembre 2010.

Tanto premesso, il giudice di prime cure, ravvisando responsabilità della struttura sanitaria per l'infezione contratta dal [OMISSIS] in ambiente ospedaliero, ha ricondotto nell'alveo dell'art. 1218 c.c. l'intera fattispecie risarcitoria dedotta dai ricorrenti per il decesso del proprio congiunto, declinata in termini di: danno biologico, morale e tanatologico cristallizzatosi in capo al de cuius e reclamato a titolo ereditario; danno non patrimoniale, da perdita del rapporto parentale dedotto come danno proprio; danno patrimoniale da lucro cessante invocato iure proprio dalla moglie del [OMISSIS].

In questa sede è in discussione, in primo luogo, tale qualificazione limitatamente ai danni, sia patrimoniali che non patrimoniali, dedotti "iure proprio", nonché la corretta applicazione del regime probatorio e la conseguente valutazione relativa alla responsabilità della struttura ospedaliera (primo motivo).

Inoltre, il giudice di prime cure, ha riconosciuto e liquidato in favore di ciascuno dei ricorrenti il danno da perdita del rapporto parentale, facendo applicazione delle tabelle del Tribunale di Roma; ciò premesso, si controverte in questa sede della quantificazione di tale danno, essendo in discussione sia la congruità dell'importo liquidato in favore del figlio, non convivente con la vittima primaria, sia il corretto utilizzo nel caso di specie del criterio di liquidazione previsto dalle tabelle del Tribunale di Roma. (secondo motivo).

Per quanto concerne il danno iure hereditatis, il Tribunale ha riconosciuto, oltre al danno biologico da inabilità temporanea assoluta, anche il c.d. danno catastrofale, mentre ha escluso, con statuizione non attinta da censura, il danno tanatologico; ciò premesso, si controverte in questa sede dell'an e del

quantum del danno catastrofale (terzo motivo), non essendo per contro attinto da censura, né nell'an né nel quantum, il danno biologico da inabilità temporanea assoluta

Infine, il giudice di prime cure ha liquidato in favore della sola moglie della vittima primaria, [OMISSIS] il danno patrimoniale da lucro cessante e si discute, in questa sede, dell'an e del quantum di tale pretesa risarcitoria (quarto motivo).

3. La qualificazione della domanda di risarcimento dei danni da perdita del rapporto parentale e la prova della fattispecie risarcitoria.

Viene in rilievo il primo motivo di gravame, con cui l'appellante lamenta che il primo giudice abbia erroneamente inquadrato la domanda risarcitoria proposta iure proprio dai congiunti della vittima primaria nell'alveo della responsabilità contrattuale, anziché in quello della responsabilità extracontrattuale, con conseguente violazione ed erronea applicazione delle regole di riparto dell'onere probatorio e di giudizio.

Nello specifico, si deduce che *“ai fini dell'accoglimento della domanda, si sarebbe dovuta raggiungere la prova, oltre che del danno e del nesso causale, anche dello specifico comportamento colposo posto in essere dalla struttura sanitaria. In altre parole, sarebbe stato onere degli attori dimostrare la mancata adozione di quella specifica misura di prevenzione la cui violazione ha consentito la contrazione dell'infezione da parte del [OMISSIS] Prova, questa, che lo stesso Tribunale riconosce, in sentenza, non essere stata raggiunta tanto da affermarlo chiaramente a pag. 10, dove è proprio questa l'ipotesi presa a riferimento dal Giudice (...). Così, confermando il mancato accertamento, ed addirittura l'impossibilità di accertamento della genesi dell'infezione nosocomiale riscontrata sul paziente e, quindi, del profilo di colpa imputabile all'Azienda sanitaria. Con ogni ricaduta sotto il profilo delle regole di giudizio di cui all'art. 2697 c.c. È evidente, infatti, come non essendo il danneggiato riuscito a provare la condotta colposa ascrivibile all'Azienda la relativa domanda non possa trovare accoglimento”* (cfr. pag. 16 e 17 dell'atto di appello).

Tanto premesso, il Collegio rileva che in effetti, come ribadito anche di recente dalla giurisprudenza di legittimità, la responsabilità della struttura sanitaria per i danni da perdita del rapporto parentale, invocati "iure proprio" dai congiunti di un paziente deceduto, è qualificabile in termini di responsabilità extracontrattuale. Invero, in base al condivisibile insegnamento della Suprema Corte *“(…) il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, comma 2, c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (da ultimo, Cass. n. 11320 del 2022; v. anche Cass. n. 21404 del 2021). Ne consegue che, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della obbligazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione dei terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di ospitalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art.1372, secondo comma, c.c.); pertanto, per un verso, non è predicabile un "effetto protettivo" del contratto nei confronti di terzi, per altro verso, non è identificabile una categoria di terzi (quand'anche legati da vincoli rilevanti, di parentela o di coniugio, con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto". Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subito in proprio delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria (impropriamente definiti "danni mediati o riflessi"), non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro di tali pregiudizi. Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi*

saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova” (così in motivazione, Cass. Sentenza n. 6386 del 03/03/2023).

Ciò chiarito, deve osservarsi come la natura extracontrattuale dell'illecito non sia tuttavia idonea a sovvertire il giudizio di responsabilità che, con le opportune integrazioni, deve essere confermato nei confronti dell'azienda sanitaria.

Mette conto evidenziare, anzitutto, che non è stato neppure oggetto di specifica contestazione l'accertamento dell'eziologia nosocomiale dell'infezione che condusse il [OMISSIS] al decesso compiuto dal giudice di prime cure, il quale, in piena adesione alle conclusioni formulate dal consulente tecnico d'ufficio, ha evidenziato come, se non vi era stata responsabilità dei sanitari nella gestione e programmazione dei due interventi chirurgici a cui fu sottoposto il paziente, al contrario erano emerse *“criticità evidenti in ordine alle attività di contenimento del rischio infettivo che avrebbe condotto il [OMISSIS] a contrarre la prima infezione da Candida Glabrata, rilevata in data 05.08.2010, e successivamente la Klebsiella Pneumoniae e Acinetobacter Baumannii rilevate in data 03.09.2010”*, al punto che la CTU era lapalissiana *“nell'affermare la provenienza nosocomiale degli eventi infettivi che condussero il paziente al decesso: “in relazione alla progressiva evoluzione dell'infezione da un punto di vista cronologico, si può affermare che la contaminazione polimicrobica dell'organismo sia avvenuta durante il ricovero del paziente presso l'Ospedale Universitario di Pisa. La comparsa di un'infezione nosocomiale indica un mancato contenimento del rischio infettivo durante l'assistenza prestata nel corso del ricovero, con particolare riferimento alla perfetta sterilizzazione degli ambienti, dei materiali e delle mani del personale, le quali costituiscono le principali fonti di contagio”*.

Nella medesima direzione convergono le ulteriori considerazioni svolte nell'elaborato peritale, proprio in relazione all'aspetto dell'eziologia dell'exitus, laddove si afferma *“Stante l'analisi della documentazione sanitaria, il decesso del Sig. [OMISSIS] è da porsi in collegamento causale con l'infezione nosocomiale polimicrobica contratta durante la degenza ed esitata in un grave shock settico, tale da determinare l'exitus del paziente, nonostante la somministrazione di un'adeguata poliantibiototerapia. Il rischio infettivo è insito nell'ordinario ricovero di un paziente presso un nosocomio ospedaliero, specialmente nei reparti di Terapia Intensiva e prevenibile solo con adeguate misure di prevenzione (...). Nel caso de quo, si assisteva ad una positività emocolturale alla Klebsiella Pneumoniae e Acinetobacter Baumannii, i quali sono batteri gram negativi, presenti in ambiente ospedaliero e responsabili di infezioni nosocomiali in pazienti allettati o immunodepressi, sottoposti a protratte terapie antibiotiche e a procedure invasive. Tenendo conto della progressiva evoluzione dell'infezione da un punto di vista cronologico è possibile affermare che essa sia stata contratta presso l'Ospedale Universitario Pisano. D'altronde la multiresistenza dei ceppi patogeni individuati con gli esami colturali identifica chiaramente la provenienza nosocomiale ed è quindi sostenibile la responsabilità della Struttura nel non aver garantito un'adeguata sterilità. (...). Nella fattispecie, il rischio di contrarre un'infezione nosocomiale, considerato i diversi interventi a cui il paziente è stato sottoposto e in ragione dei ripetuti ricoveri in terapia intensiva, era estremamente tangibile. La susseguente batteriemia da ceppi multiresistenti (Klebsiella Pneumoniae e Acinetobacter Baumannii) causava una setticemia difficilmente controllabile ed eradicabile attraverso il trattamento antibiotico. D'altronde la contaminazione da Acinetobacter Baumannii e soprattutto da Klebsiella Pneumoniae è associata ad uno severo stato settico ed una elevata mortalità. (...). Nella fattispecie, si può affermare che il rigido contenimento del rischio infettivo presso l'Ospedale Universitario Pisano, avrebbe ridotto notevolmente il rischio di contaminazione del Sig. [OMISSIS] e verosimilmente sarebbe stato evitato l'exitus dello stesso”* (cfr. pag. 11-13 della relazione in atti). Ed ancora, *“Dall'analisi della cartella*

clinica emerge un chiara correlazione causale tra il l'exitus del paziente e il ricovero dello stesso presso l'Ospedale Universitario Pisano” (cfr. pag. 16 della relazione in atti).

Tanto premesso in fatto, in diritto, si osserva che, di recente, la giurisprudenza di legittimità ha delineato le caratteristiche della pretesa risarcitoria per danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, a seguito di decesso per contagio infettivo nosocomiale, ribadendo che detta pretesa ha riguardo ad una responsabilità di tipo aquiliano, spettando, quindi, agli attori l'onere di fornire la prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità extra contrattuale della struttura, ovvero condotta del danneggiante, evento dannoso, nesso causale tra condotta ed evento, e, infine, colpa o dolo dello stesso danneggiante (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024).

Questo stesso orientamento ha tuttavia precisato che *“In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di un'infezione contratta in ambiente ospedaliero, la prova della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi (compreso quello soggettivo) della responsabilità - nella specie di natura extracontrattuale - della struttura sanitaria, che grava sul soggetto danneggiato, può essere fornita, in ossequio al principio della vicinanza della prova, anche con il ricorso alle presunzioni semplici, in difetto di predisposizione (o anche solo di produzione in giudizio), da parte della struttura sanitaria, della documentazione relativa all'adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio”* e ciò in quanto: *“Tale prova può essere diretta e, dunque, tale da fornire la dimostrazione positiva dell'insorgenza dell'infezione in ambiente ospedaliero, del decesso del paziente a causa del contagio e della mancata predisposizione da parte della struttura di misure precauzionali atte ad evitare il contagio medesimo ovvero della negligenza/imprudenza dei sanitari che abbiano essi stessi, a motivo della prestazione resa, determinato l'insorgenza dell'infezione. Tuttavia, una siffatta prova diretta non è agevole da fornire, soprattutto in relazione all'elemento soggettivo della fattispecie ex art. 2043 c.c., giacché è la struttura sanitaria a dover assolvere all'obbligo di predisporre tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni nosocomiali e sono nella disponibilità esclusiva della struttura sanitaria i relativi dati che ne documentano l'adempimento. Di qui, in difetto della disponibilità di quei dati da parte del danneggiato, il consentito ricorso al principio della vicinanza della prova, che permette al danneggiato di fornire la prova della responsabilità della struttura sanitaria in base alle presunzioni semplici, che potranno operare alla luce degli anzidetti criteri: temporale, topografico e clinico.”* Ha quindi aggiunto: *“Nel caso delle infezioni nosocomiali, che qui specificamente interessa, l'addossare alla struttura sanitaria la prova 'liberatoria' sulla adozione delle misure atte a prevenire il contagio non comporta, dunque, un'inversione dell'onere di prova, in violazione del disposto dagli artt. 2697 e 2043 c.c. (o, per altro verso, una impropria applicazione dell'art. 1218 c.c.), ma deve essere inteso come onere di prova 'contraria' volto a contrastare la valenza e l'efficacia probatoria delle anzidette presunzioni che già operano in favore dell'attore in punto di dimostrazione degli elementi costitutivi della fattispecie di responsabilità aquiliana e, dunque, anche di quello soggettivo”* (così in motivazione Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024).

Tornando al caso in esame, basta ripercorrere i passaggi motivazionali della consulenza tecnica d'ufficio svolta in sede di ATP, avvalorati peraltro dalle risultanze della prova testimoniale espletata nel giudizio di primo grado, per comprendere come si sia in presenza di un quadro di elementi assolutamente univoci e concordanti nella direzione della responsabilità della struttura sanitaria per il contagio nosocomiale che ha condotto il [OMISSIS] al decesso, elementi che non risultano in alcun modo superati da prova contraria.

Il CTU, dopo aver affermato che la contaminazione polimicrobica dell'organismo era avvenuta durante il ricovero del paziente presso l'Ospedale Universitario di Pisa, ha evidenziato che: *“La comparsa di un'infezione nosocomiale indica un mancato contenimento del rischio infettivo durante l'assistenza*

*prestata nel corso del ricovero, con particolare riferimento alla perfetta sterilizzazione degli ambienti, dei materiali e delle mani del personale, le quali costituiscono le principali fonti di contagio” (cfr. pag. 9 della relazione in atti) e che, nella fattispecie, “il decorso post-operatorio risultava complicato da una severa infezione polimicrobica le cui caratteristiche d’insorgenza indicavano chiaramente la provenienza nosocomiale e la responsabilità della Struttura Sanitaria nel non aver garantito un’adeguata prevenzione del rischio infettivo. (...) Pertanto, la prevenzione dell’infezione, attraverso misure di contenimento del rischio infettivo, costituisce il più importante strumento atto a contenere la diffusione dei patogeni ed evitare complicanze severe e spesso letali” (cfr. pag. 10 della relazione in atti), aggiungendo che “Il rischio infettivo è insito nell’ordinario ricovero di un paziente presso un nosocomio ospedaliero, specialmente nei reparti di Terapia Intensiva e prevenibile solo con adeguate misure di prevenzione. In tal senso, si può affermare che il trattamento complessivo ricevuto, correttamente prestato ed aderente alla cd *leges artis*, non sia connesso causalmente con l’evento morte ma abbia meramente aumentato il rischio di contrarre l’infezione, la cui insorgenza è dipesa dal mancato contenimento delle infezioni correlate all’assistenza” (cfr. pag. 11 della relazione in atti) e che “la multiresistenza dei ceppi patogeni individuati con gli esami colturali identifica chiaramente la provenienza nosocomiale ed è quindi sostenibile la responsabilità della Struttura nel non aver garantito un’adeguata sterilità” (cfr. pag. 12 della relazione in atti).*

Inoltre, con specifico riferimento alla prevedibilità e prevenibilità del contagio e, dunque, all’osservanza delle regole di prudenza, di diligenza e di perizia cui la struttura sanitaria avrebbe dovuto attenersi in un caso quale quello in esame in cui “il rischio di contrarre un’infezione nosocomiale, considerato i diversi interventi a cui il paziente è stato sottoposto e in ragione dei ripetuti ricoveri in terapia intensiva, era estremamente tangibile (...)” ha rilevato come “lo stato settico e il conseguente decesso del paziente non possono essere considerati fenomeni imprevedibili od imprevisi, stante l’elevato rischio infettivo correlato i ripetuti ricoveri in Terapia Intensiva e le numerose “manipolazioni” a cui il paziente veniva sottoposto. Invero, l’infezione nosocomiale insorta ai danni del Sig. [OMISSIS] poteva essere prevenuta attraverso la realizzazione misure di carattere generale volte alla prevenzione della diffusione delle infezioni nosocomiali. Tali accorgimenti, relativi alla decontaminazione delle mani, del vestiario e degli strumenti di lavoro in ambito sanitario, permettono la riduzione della trasmissione da persona a persona tramite contatto con il personale sanitario. Nella fattispecie, si può affermare che il rigido contenimento del rischio infettivo presso l’Ospedale Universitario Pisano, avrebbe ridotto notevolmente il rischio di contaminazione del Sig. [OMISSIS] e verosimilmente sarebbe stato evitato l’*exitus dello stesso*” (cfr. pag. 12 e 13 della relazione in atti).

Quanto alle misure di contenimento adottate dal presidio ospedaliero, è altrettanto significativo quanto evidenziato dal CTU nel prosieguo: “Piuttosto si ravvisa, a carico della Struttura Sanitaria una responsabilità relativa al mancato contenimento e prevenzione del rischio infettivo. La prevenzione delle infezioni nosocomiali richiede un programma integrato, monitorizzato che include una riduzione della trasmissione dei microrganismi fra pazienti nei reparti durante l’assistenza diretta avvalendosi di adeguato lavaggio delle mani, uso di guanti, e pratica asettica appropriata, strategie di isolamento, pratiche di sterilizzazione, disinfezione, e lavanderia. Altresì, il controllo delle infezioni nosocomiali necessita di un costante miglioramento nelle pratiche di assistenza, ed una educazione continua dei sanitari” (cfr. pag. 14 della relazione in atti) e che “si rileva una carenza della Struttura sanitaria [OMISSIS], relativa alla prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali” anche perché “la cartella clinica non presenta le informazioni e i dati relativi alle procedure di prevenzione del rischio infettivo, ragion per cui, attraverso l’analisi della documentazione sanitaria, risulta arduo capire se la Struttura Sanitaria rispettasse le raccomandazioni fornite dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale (...) Tuttavia, si ribadisce che, l’insorgenza ai danni del Sig. [OMISSIS] dell’infezione nosocomiale, rende

palese una gestione non ottimale del contenimento del rischio infettivo all'interno dell'Ospedale Universitario Pisano". (cfr. pag. 15 e 16 della relazione in atti).

Un quadro, quello fin qui descritto, che appare ancora più perspicuo ed eloquente se rapportato alle condizioni cliniche del [OMISSIS] tanto da indurre il CTU ad affermare: *“proprio perché il sig. [OMISSIS] era un soggetto più a rischio di altri, era ancor più doveroso porre la massima attenzione nel rispettare le norme igienico-sanitarie nell'ambito del ricovero ospedaliero, situazione che nel caso in esame non è possibile dimostrare (...) Appare irrilevante il fatto che quello del sig. [OMISSIS] sia stato uno dei primi casi di infezione da Klebsiella nel nosocomio pisano. L'evento infettivo era comunque in parte prevenibile adottando tutte le misure di prevenzione previste dai protocolli operativi, purché correttamente applicati e rispettati, condizione che, nell'ambito di una responsabilità contrattuale, non è provata nel caso in esame per i motivi sopra ricordati”* (cfr. pag. 17 della relazione in atti).

Ne deriva, che risultano ampiamente soddisfatti i criteri – temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione all'insorgenza della dell'infezione patologia), topografico (correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. probabilità prevalente) e clinico (in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria) - alla stregua dei quali, la Suprema Corte (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6386 del 03/03/2023) indica che debba essere effettuato l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024)

Ed invero, quanto al criterio temporale, è pacificamente emerso nella fattispecie, la presenza di *Pseudomonas Aeruginosae* e la positività emoculturale alla *Candida Glabrata* in data 5.8.2010, dopo 24 giorni dal ricovero del [OMISSIS] nonché, in data 3.9.2010, nella permanenza della condizione di ricovero del paziente, la positività emoculturale alla *Klebsiella Pneumoniae* ed *Acinetobacter Baumannii*, batteri, quest'ultimi, gram negativi, presenti in ambiente ospedaliero e responsabili di infezioni nosocomiali in pazienti allettati o immunodepressi, sottoposti a protratte terapie antibiotiche e a procedure invasive, come il [OMISSIS] (cfr. pag. 11 della relazione di CTU in atti); il tutto, con una progressiva evoluzione tale da poter affermare che *“la contaminazione polimicrobica dell'organismo sia avvenuta durante il ricovero del paziente presso l'Ospedale Universitario di Pisa”* (cfr. pag. 9 e 11 della relazione di CTU in atti).

Con riferimento al criterio topografico, è risultato che *“La complessità del paziente affetto da obesità severa complicata, altresì, da gravi co-morbidità, rappresenta un terreno estremamente favorevole per l'insorgenza di insidiose complicanze postoperatorie”* (cfr. pag. 6 della relazione di CTU in atti). Nel caso di specie, il decorso clinico del paziente presso l'Ospedale di Pisa fino all'insorgenza della prima infezione indica: che il 13/07/2010 egli veniva sottoposto ad intervento di bypass gastrico laparotomico long limb, all'esito del quale veniva trasferito presso l'U.O. [OMISSIS] ove rimaneva fino al 14/07/2010; in data 15/07/2010, presso l'[OMISSIS] il paziente manifestava un leggero affaticamento respiratorio, trattato con somministrazione di ossigeno in maschera oro-nasale; il 16/07/2010 veniva sottoposto ad esame radiografico delle vie digerenti, il quale risultava ostacolato dalla costituzione del paziente e veniva interrotto a causa di dispnea; 17/07/2010, a seguito di scadimento delle condizioni generali del paziente, il quale manifestava una severa dispnea ed oliguria, veniva nuovamente trasferito presso il reparto di Anestesia e Rianimazione; in data 18/07/2010, per il netto peggioramento dello stato clinico e alla luce della leucocitosi neutrofila e del rialzo della procalcitonina, veniva eseguito un Rx Torace ed esofagogatroduodenoscopia e, stante l'ulteriore aggravamento dello stato di salute, era

sottoposto ad intervento di re-laparotomia mediana, la quale permetteva di rilevare una dilatazione del remnant gastrico e dell'ansa alimentare con perdita di liquido-aerea a livello dell'anastomosi gastro-digiunale e raccolta retroanastomotica; la causa dell'occlusione era attribuita ad inginocchiamento di ansa a valle della entero-entero anastomosi sulla parete peritoneale in fossa iliaca sinistra, risolta con apposizione di punti transfissi su tutta la parete posteriore e rinforzata con sutura sierosa-sierosa; in data 29/07/2010, al fine correggere una fistola anastomotica gastro-digiunale, si eseguiva il posizionamento endoscopico di Stent Polyflex 15 cm. che, a causa di una dislocazione veniva riposizionato correttamente il 31/07/2010. Sicché: *“i ripetuti interventi seppur necessari ed ineluttabili, e i reiterati ricoveri in terapia intensiva, hanno, senz'alcun dubbio, incrementato il rischio di insorgenza di un'infezione nosocomiale. Invero, nel caso de quo, si riscontrava in prima istanza una contaminazione del cavo peritoneale [n.d.r. in prossimità del sito chirurgico interessato dall'intervento] da parte di Pseudomonas Aeurigonosa con contestuale positività emocolturale a Candida Glabrata e successivamente, si realizzava una sepsi severa da Acinetorbaacter Baumanii e Klebsiella Pneumoniae. (...)”* (cfr. pag. 8 della relazione di CTU in atti); evidenziandosi da parte del CTU: *“l'elevato rischio infettivo correlato i ripetuti ricoveri in Terapia Intensiva e le numerose “manipolazioni” a cui il paziente veniva sottoposto”* (cfr. pag. 12 della relazione di CTU in atti).

Lo stesso dicasi per il criterio clinico, in relazione al quale è emerso che *“La prevenzione delle infezioni nosocomiali richiede un programma integrato, monitorizzato che include una riduzione della trasmissione dei microrganismi fra pazienti nei reparti durante l'assistenza diretta avvalendosi di adeguato lavaggio delle mani, uso di guanti, e pratica asettica appropriata, strategie di isolamento, pratiche di sterilizzazione, disinfezione, e lavanderia. Altresì, il controllo delle infezioni nosocomiali necessita di un costante miglioramento nelle pratiche di assistenza, ed una educazione continua dei sanitari.”* (cfr. pag. 12 della relazione di CTU in atti) e che, nel caso di specie, alla luce del decorso clinico del paziente, appaia senz'altro ipotizzabile che la struttura sanitaria non abbia garantito un'adeguata sterilità: *“La comparsa di un'infezione nosocomiale indica un mancato contenimento del rischio infettivo durante l'assistenza prestata nel corso del ricovero, con particolare riferimento alla perfetta sterilizzazione degli ambienti, dei materiali e delle mani del personale, le quali costituiscono le principali fonti di contagio”* (cfr. pag. 9 della relazione di CTU in atti); ed ancora: *“(...) l'infezione nosocomiale insorta ai danni del Sig. [OMISSIS] poteva essere prevenuta attraverso la realizzazione misure di carattere generale volte alla prevenzione della diffusione delle infezioni nosocomiali. Tali accorgimenti, relativi alla decontaminazione delle mani, del vestiario e degli strumenti di lavoro in ambito sanitario, permettono la riduzione della trasmissione da persona a persona tramite contatto con il personale sanitario”* (cfr. pag. 12 e ss. della relazione di CTU in atti); ed infine: *“proprio perché il sig. [OMISSIS] era un soggetto più a rischio di altri, era ancor più doveroso porre la massima attenzione nel rispettare le norme igienico-sanitarie nell'ambito del ricovero ospedaliero, situazione che nel caso in esame non è possibile dimostrare”* (cfr. pag. 17 della relazione di CTU in atti).

Orbene, a fronte di tale quadro di plurimi elementi convergenti tutti verso la responsabilità della struttura sanitaria, quest'ultima non ha offerto la prova contraria volta a contrastare la valenza e l'efficacia probatoria delle anzidette presunzioni che già operano in favore dell'attore in punto di dimostrazione degli elementi costitutivi della fattispecie di responsabilità aquiliana e, dunque, anche di quello soggettivo.

Invero, l'Azienda si è limitata a produrre alcune pubblicazioni inerenti alla gestione del rischio clinico (cfr. doc. 6) o non meglio precisati estratti relativi a corsi di formazione per i dipendenti (doc. 7) o relazioni relative ad annualità diverse (2008) concernenti le attività svolte per la sicurezza dei pazienti (cfr. doc. 8) o istruzioni o procedure aziendali per l'igiene o per la sterilizzazione o relazioni su caratteristiche tecniche di impianti o su servizi logistici, peraltro di oscura o assai dubbia inerenza

temporale con il caso che occupa (doc. 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21) o linee guida relative ad annualità diverse dal 2010 (doc. 15, 16, 17), senza tuttavia fornire adeguata dimostrazione delle modalità attuative delle suddette indicazioni nonché di quali procedure in concreto, nel periodo di riferimento, sarebbero state messe in atto per prevenire il rischio infettivo, tra cui, ad esempio, la predisposizione di task force finalizzati a far rispettare al personale sanitario la corretta e rigorosa applicazione di tali protocolli (cfr. pag. 13 della relazione di CTU in atti).

Del resto, il CTU è stato chiaro nell'affermare *“che, sovente, la cartella clinica non presenta le informazioni e i dati relativi alle procedure di prevenzione del rischio infettivo, ragion per cui, attraverso l'analisi della documentazione sanitaria, risulta arduo capire se la Struttura Sanitaria rispettasse le raccomandazioni fornite dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale”* (...) (cfr. pag. 15 della relazione in atti) e nel ritenere, in risposta alle osservazioni critiche del CT di parte dell'Azienda come non riscontrata nel caso di specie l'adozione da parte della struttura sanitaria di tutte le misure di prevenzione previste dai protocolli operativi (cfr. pag. 17 della relazione in atti).

Si aggiunga, che i testi escussi, [OMISSIS] e [OMISSIS] che hanno riferito di aver fatto visita al [OMISSIS] mentre era ricoverato, nel mese di agosto 2010, hanno entrambi dichiarato che l'accesso al reparto di chirurgia non era controllato dal personale ospedaliero, che nessuno del personale del reparto aveva loro detto di lavarsi le mani o di limitare il contatto con il paziente e/o di fare uso di presidi preventivi, quali guanti, mascherine o camici protettivi (cfr. verbale udienza 9.9.2021).

Tali deposizioni, rese da testi indifferenti ed univoche nel rappresentare le evidenti falle nel sistema di prevenzione e di gestione del rischio infettivo attuato dal nosocomio pisano, esplicano una valenza probatoria ben più decisiva di quelle rese dal personale dipendente della struttura sanitaria. Ed invero, la teste [OMISSIS] all'epoca coordinatrice presso il reparto anestesia e rianimazione, ha riferito di una condizione di isolamento del [OMISSIS] attuata nella Sala 1 della U.O. di anestesia e rianimazione, laddove è emerso, tuttavia, che la degenza del paziente si sviluppò attraverso frequenti spostamenti da un'unità operativa all'altra, favorendo le condizioni di contagio. Sappiamo, ad esempio, che il paziente il 14.7.2010 fu trasferito dalla U.O. di Anestesia e [OMISSIS] presso l'[OMISSIS] dove rimase fino al 17.7.2010 per essere nuovamente trasferito nel reparto di Anestesia e Rianimazione. Inoltre, dalle deposizioni dei testi escussi, [OMISSIS] e [OMISSIS] risulta che, quando essi andarono a fargli visita nell'agosto 2010, il [OMISSIS] si trovava ricoverato nel reparto di chirurgia, dove – come emerge dalla CTU – risulta che lo stesso fu posto in isolamento soltanto dopo la riscontrata positività emocolturale alla *Klebsiella Pneumoniae* ed *Acinetobacter Baumannii* in data 3.9.2010. Quanto alla teste [OMISSIS], all'epoca caposala della Chirurgia Generale IV alla AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA le dichiarazioni rese dalla stessa circa il rispetto delle procedure di prevenzione del rischio infettivo (rigorosa asepsi delle mani, all'uso di camici monouso, mascherina e cambio guanti dopo ogni operazione effettuata sul paziente), oltre ad esplicitare una limitata rilevanza, circoscritta alla singola operatrice sanitaria, essendo del tutto generiche e non individualizzate quelle riferite anche agli altri colleghi (*“Posso riferire che tutti adoperavamo le misure idonee per la salvaguardia del paziente e per evitare la diffusione della malattia”*), non assurgono al preteso rango di prova a favore dell'azienda ospedaliera dal momento che da esse non si trae alcuna positiva indicazione circa il rispetto delle procedure di controllo nei confronti dei visitatori, che – stando alle dichiarazioni dei testi escussi, [OMISSIS] e [OMISSIS] – avevano libero accesso al reparto di chirurgia e potevano avvicinarsi al paziente senza alcun filtro e senza adottare alcun presidio protettivo, in tal modo vanificando, o comunque gravemente scemando, anche la funzione preventiva delle misure precauzionali nella diretta gestione del paziente, quand'anche le stesse fossero state concretamente adottate da parte di tutto il personale sanitario, cosa di cui non vi è prova certa in atti.

Non solo, ma a fronte della prova presuntiva offerta dai ricorrenti/odierni appellati della contrazione in ambito ospedaliero dell'infezione, ed ai fini della dimostrazione di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle IO - ed anche al fine di fornire al CTU la documentazione necessaria - gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria – secondo quanto affermato dalla giurisprudenza di legittimità - avrebbero dovuto indirizzarsi verso l'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6386 del 03/03/2023). Ricavandosene come non risulti affatto soddisfatto l'onere probatorio posto a carico dell'Azienda nella fattispecie.

Ne deriva, che appare del tutto irrilevante, una volta stabilita la provenienza nosocomiale dell'infezione e verificati tutti gli indici di accertamento della responsabilità dell'azienda sanitaria, stabilire quale sia stato l'esatto momento del contatto coi patogeni, non avendo la convenuta/odierna appellata fornito la prova liberatoria di aver predisposto ogni adeguata ed efficace misura preventivo-cautelativa contro il contagio.

Alla luce delle considerazioni svolte, il primo motivo di gravame deve essere, pertanto, nel suo complesso disatteso.

4. Il secondo motivo di gravame: la quantificazione del danno iure proprio.

Con il secondo motivo di gravame, l'appellante contesta, da un lato, la quantificazione del danno da perdita del rapporto parentale in favore di [OMISSIS] che sarebbe stata compiuta dal Tribunale valorizzando la condizione di convivenza tra [OMISSIS] ed il figlio, fondata sul mero dato formale risultante dal certificato di stato di famiglia prodotto, senza prendere in considerazione le dichiarazioni rese dai testi escussi, dall'altro, l'utilizzazione da parte del giudice di prime cure delle tabelle del Tribunale di Roma, in luogo di quelle del Tribunale di Milano, nella liquidazione di tale danno.

Entrambe le doglianze vanno disattese.

Con la prima di esse, l'appellante lamenta che *“con riferimento alla posizione del figlio, il Tribunale di Pisa, pur in presenza di prove di segno contrario, abbia ritenuto di poter valorizzare, ai fini risarcitori, la condizione di convivenza del Signor [OMISSIS] con il padre”*.

Nello specifico, si deduce che, *“sebbene agli atti fosse stato prodotto il certificato di stato di famiglia, dal quale, in effetti, il [OMISSIS] risulta residente insieme al padre ed alla madre, le prove testimoniali acquisite, (peraltro introdotte dagli stessi ricorrenti), hanno evidenziato come tale condizione di convivenza rappresentasse un dato meramente formale. Così, in merito, il teste [OMISSIS] “Posso confermare che [OMISSIS] ha vissuto in casa con i propri genitori sino al 2009, presso l'abitazione sita in [OMISSIS]. Sono a conoscenza in quanto frequentavo la casa” Ed ancora, il teste [OMISSIS] “Confermo. [OMISSIS] ha vissuto in casa con i propri genitori sino al 2009, presso l'abitazione sita in [OMISSIS]. 18) Dopo il trasferimento nell'anno 2009 di [OMISSIS] nell'abitazione sita in [OMISSIS]”*.

In sostanza - a detta dell'appellante - il Tribunale di Pisa non avrebbe potuto valorizzare la circostanza della convivenza ai fini della quantificazione del danno.

I rilievi dell'appellante sono destituiti di fondamento.

I testimoni escussi, [OMISSIS] e [OMISSIS] oltre ad aver riferito che [OMISSIS] aveva convissuto con i genitori sino al 2009, presso la comune abitazione, sita in [OMISSIS], per poi trasferirsi in [OMISSIS], hanno descritto il rapporto tra genitore e figlio come caratterizzato da costante frequentazione anche dopo il trasferimento di [OMISSIS] dalla casa dei genitori e contraddistinto da comuni interessi e passioni, che i due coltivavano attraverso regolari appuntamenti e/o procurando ricorrenti occasioni per piacevoli incontri e piccoli spostamenti insieme. Invero, i due testi hanno dichiarato: che [OMISSIS] anche dopo il trasferimento in [OMISSIS], aveva continuato a recarsi presso l'abitazione dei genitori e a frequentare la casa di famiglia; che [OMISSIS] ed [OMISSIS] condividevano la passione per lo sport, in particolare per il basket e per il calcio, tant'è che erano abbonati alle squadre della città e si recavano ogni domenica allo stadio e/o al palazzetto; che [OMISSIS] ed [OMISSIS] condividevano la passione per la buona cucina, tant'è che viaggiavano, da soli ed in compagnia della mamma, per cercare ristoranti che potessero offrire specialità gastronomiche in Emilia Romagna e nelle regioni limitrofe.

Ciò premesso in punto di fatto, in punto di diritto, si osserva che la giurisprudenza di legittimità ha affermato che, al fine di apprezzare la gravità o l'entità effettiva del danno, è possibile valorizzare, unitamente all'età della vittima, a quella dei congiunti, nonché al grado di parentela, anche le abitudini ed il grado rapporto di frequentazione (e, in particolare, le visite quotidiane e le vacanze trascorse insieme), i pranzi domenicali e festivi ed i momenti celebrativi passati insieme, il ruolo in concreto svolto dal de cuius nelle dinamiche della storia familiare dei parenti superstiti (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 26140 del 07/09/2023).

Tali considerazioni sono state sviluppate in armonia con l'emancipazione, in tema di liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, del concetto di "convivenza" da quello di "coabitazione", declinandolo, piuttosto come stabile legame, connotato da una duratura comunanza di vita e affetti (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7128 del 21/03/2013).

Inoltre, si è avuto modo di osservare da parte della Suprema Corte che *"sebbene la criteriologia tabellare preveda l'attribuzione di punteggi sulla base di parametri limitati rispetto a quelli che il giudice può valorizzare sotto il profilo dell'accertamento dell'an debeat, dunque del pregiudizio, non è irragionevole che questi ultimi possano rilevare anche ai fini della valutazione dell'intensità del pregiudizio, stante la matrice pur sempre equitativa di tale valutazione. In questa prospettiva, appare ragionevole che il parametro della "convivenza" non sia letto in termini rigidamente formalistici. (...) La liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, pur essendo ancorata all'adozione di tabelle "a punti" sulla base di parametri limitati, rimane fondata sull'equità, cosicché, al fine di apprezzare non solo l'esistenza ma anche l'entità del pregiudizio, il parametro della convivenza non va letto in termini formalistici, nel senso della necessaria coabitazione con la vittima, ma sostanzialistici, quale legame stabile connotato da duratura comunanza di vita ed affetti. Dunque, non è irragionevole che la valorizzazione non solo dell'esistenza del pregiudizio, ma anche della sua intensità passi attraverso la valorizzazione di un concetto sostanziale di convivenza e non formale, che non può ritenersi preclusa al giudice di merito, purché sia sorretta da adeguata motivazione, rispettosa del c.d. "minimo costituzionale"*" (cfr. in motivazione Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 27321 del 13/10/2025).

In definitiva, non è incorso in alcun errore il giudice di prime cure nel ritenere di assimilare alla convivenza la stabile frequentazione intrattenuta con il genitore, con cui il figlio, trentenne, aveva coabitato nello stesso appartamento fino a poco prima del suo ricovero e con cui intratteneva da sempre

uno stabile rapporto affettivo, fondato su comunanza di vita ed affetti.

L'appellante si duole inoltre dell'applicazione dei criteri di liquidazione dettati dalle Tabelle adottate dal Tribunale di Roma, a novembre 2023, deducendo che non sarebbe corretto il richiamo a siffatte tabelle, anziché a quelle recentemente approvate dal Tribunale di Milano.

Anche tale censura non coglie nel segno.

Va premesso che le tabelle milanesi, al pari di quelle romane, non vincolano, non rivestendo natura normativa (cfr., per es. Cass. 8884/2020; Cass. ord. 16924/2024), bensì costituiscono uno strumento di sostegno ai giudici di merito per l'esercizio dell'equità.

Orbene, secondo il consolidato indirizzo della giurisprudenza di legittimità, il giudice gode di discrezionalità nella selezione della Tabella (mai vincolante, naturalmente, non essendo di fonte normativa) da impiegare nella liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, purché la criteriologia adottata si basi sul sistema "a punti" - generalmente il più idoneo al fine di non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio in casi analoghi - il quale preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti (segnatamente, l'età della vittima, l'età del congiunto, il grado di parentela e la convivenza), con l'indicazione dei relativi punteggi, nonché la possibilità di apportare correttivi sull'importo finale in ragione della particolarità della situazione (cfr. ex multis, Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 10579 del 21/04/2021; Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 26300 del 29/09/2021; Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 5948 del 28/02/2023).

Come osservato dalla Suprema Corte sullo specifico tema, *"le tabelle che contemplino un meccanismo di liquidazione conforme a tali indicazioni, come quelle elaborate dal Tribunale di Roma e quelle del Tribunale di Milano, aggiornate nel 2022, sono tutte parimenti congrue - nei limiti della loro natura di suggerimento, non di imposizione normativa - ai fini della quantificazione del risarcimento del danno parentale. A tal proposito, giova richiamare Cass. n. 37009/2022, nella parte in cui ha affermato che "le nuove tabelle milanesi consentono - al pari di quelle romane - una liquidazione rispettosa dei criteri indicati da questa Corte con le citate pronunce 10579 e 26300 del 2021. Ciò posto in linea di principio, la scelta per l'impiego di una tabella (ritenuta adeguata al caso nei termini innanzi precisati), piuttosto che di un'altra, non deve essere sorretta da un'apposita motivazione (Cass. n. 17389/2025)." (Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 27321 del 13/10/2025).*

Ne consegue, che non hanno ragion d'essere i rilievi di parte appellante potendosi trarre dai principi di diritto fin qui esaminati la piena legittimità, nella liquidazione del danno da lesione del rapporto parentale, dell'utilizzazione delle Tabelle all'uopo predisposte dal Tribunale di Roma, in concreto applicate nel caso di specie.

Del resto, lungi dal potersi ravvisare un ingiustificato contrasto con le tabelle milanesi, può agevolmente verificarsi che, applicando i criteri previsti in quest'ultime tabelle per entrambi i danneggiati ([OMISSIS] punti 18 per età della vittima primaria, punti 24 per l'età della vittima secondaria, punti 14 per la presenza di un superstite, fino a 30 punti per la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale; [OMISSIS] punti 18 per età della vittima primaria, punti 16 per l'età della vittima secondaria, punti 16 per la convivenza, punti 14 per la presenza di un superstite, fino a 30 punti per la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale), e moltiplicando il punteggio con il valore punto di € 3.911,00, si giunge ad importi sostanzialmente corrispondenti a quelli liquidati nella sentenza impugnata.

5. Il terzo motivo di gravame: il danno catastrofale

Con il terzo motivo di gravame, l'appellante deduce che *“Per quanto riguarda la domanda relativa al risarcimento del danno patito dal paziente e, trasmesso agli eredi, non appare condivisibile il riconoscimento del danno catastrofale, non essendo stata fornita prova, in giudizio, che, effettivamente, il paziente abbia avuto coscienza del progressivo scadimento delle proprie condizioni fisiche, e dell'imminenza della morte. Né è stata provata la condizione di sofferenza in cui sarebbe caduto il [OMISSIS]”*.

Nello specifico, si sostiene che si presenterebbe apodittica al riguardo *“la motivazione addotta dal Tribunale di Pisa che, da ultimo, al fine di corroborare la propria affermazione, invoca una presunta non contestazione della circostanza de qua (vale a dire lo stato di coscienza del paziente) che, al contrario, non vi è mai stata in giudizio, non soltanto perché comunque, contestata dall'Azienda con riferimento alla non sussistenza del danno ma, ancor prima, perché mai, a riguardo, vi è stata alcuna allegazione puntuale da parte degli attori”*.

La doglianza va disattesa.

Il c.d. danno morale terminale o danno catastrofale, come noto, matura per la “cosciente percezione” dell'imminenza della morte se nel tempo che si dispiega tra la lesione ed il decesso la persona si trovi in una condizione di "lucidità agonica", in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte, essendo quindi irrilevante, a fini risarcitori, il lasso di tempo intercorso tra la lesione personale ed il decesso nel caso in cui la persona sia rimasta "manifestamente lucida" (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 26727 del 23/10/2018; cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 21060 del 19/10/2016; Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 23183 del 31/10/2014).

Nel caso di specie, dopo il 3.9.2010, quando il paziente fu posto in isolamento a causa della positività alla *Klebsiella Pneumoniae* ed *Acinetobacter Baumannii*, lo stesso *“si presentava soporoso ma risvegliabile agli stimoli verbali”* (cfr. pag. 5 della relazione di CTU in atti). Come emerge dal diario clinico in atti, il [OMISSIS] era vigile, collaborante e solo a fasi *“un po' confuso”*. Nel frattempo, le sue condizioni fisiche scadevano progressivamente. Il quadro clinico era complicato dalla comparsa di acidosi metabolica e il giorno 15.9.2010 è annotato: *“Paziente critico che tende a desaturare velocemente quando viene posizionato in posizione supina per essere cambiato”*. Il 16.9.2010, durante la notte, si registra un episodio di apnea. Il 20.09.10 il paziente fu ricoverato in reparto di rianimazione con diagnosi di insufficienza respiratoria. Dalla CTU emerge che il 22/09/2010, la consulenza infettivologica confermava lo stato settico da *Acinetobacter Baumannii* e *Klebsiella Pneumoniae*, ragion per cui veniva nuovamente adeguata l'antibioticoterapia. Tuttavia, non si assisteva ad alcun miglioramento clinico e, a causa dell'aggravamento del quadro respiratorio, il [OMISSIS] veniva sottoposto ad intubazione. Durante i successivi giorni permaneva un quadro clinico particolarmente critico e, il 14/10/2010, la consulenza infettivologica confermava uno stato setticemico da *Klebsiella Pneumoniae*. Successivamente si assisteva ad un ulteriore peggioramento degli scambi respiratori, motivo per il quale, il 22/10/2010, il paziente era sottoposto ad intervento di tracheotomia. In data 27/10/2010, la consulenza dermatologica poneva in evidenza un'ulcera sacrale al IV, ragione per cui, l'8 novembre 2010, veniva eseguito intervento di colestomia terminale, onde evitare una contaminazione dei tessuti perilesionali. Altresì, il paziente era sottoposto, in data 27/11/2010 ad intervento chirurgico di plastica della parete addominale a causa della deiscenza della ferita chirurgica addominale. Infine, lo stato di shock settico e la conseguente insufficienza cardiorespiratoria, quest'ultima trattata con ventilazione meccanica e infusione continua di farmaci simpatico-mimetici, persistevano inalterati nonostante la poliantibioticoterapia e, a causa del progressivo aggravamento delle condizioni cliniche, veniva constatato il decesso il 23 dicembre 2010.

Sulla base di tale excursus, caratterizzato da una progressiva ingravescenza del quadro clinico, dispiegatasi in un arco temporale durante il quale il [OMISSIS] assisté al lento e inesorabile declino delle proprie aspettative di recupero fisico, fino all'esito avvenuto il 23.12.2010, correttamente il giudice di prime cure ha ritenuto soddisfatto l'onere probatorio a carico dei ricorrenti in ordine all'esistenza del danno catastrofale in capo al loro de cuius.

Tale conclusione deve essere condivisa dal momento che sulla base dei dati a disposizione è possibile affermare che il paziente – le cui ingravescenti condizioni critiche risultano una vera e propria costante nelle annotazioni del diario clinico che seguirono alla riscontrata positività alla *Klebsiella* e del quale non risulta mai documentata una totale perdita di coscienza nei momenti che ne hanno preceduto il decesso in guisa da poter presumere il permanere in lui di uno stato di lucidità agonica - ebbe modo di percepire il progressivo scadimento delle proprie condizioni di salute, assistendo consapevolmente al lento peggioramento del proprio stato fisico divenuto alla fine così critico da far ragionevolmente presumere che egli, con il passare dei giorni, fosse ben conscio dell'irreversibilità della situazione e di una prognosi negativa del suo sopravvivere, con conseguente stato di prostrazione e di afflizione morale derivante dalla tragica consapevolezza dell'imminente ed ineluttabile fine.

Alla luce delle considerazioni svolte, il motivo deve essere respinto.

6. Il quarto motivo di gravame: il danno patrimoniale

Con il quarto motivo di gravame, viene censurata la statuizione relativa al riconoscimento del danno patrimoniale da lucro cessante in favore di [OMISSIS] moglie del [OMISSIS]

Nello specifico, l'azienda appellante formula due distinti rilievi.

In primo luogo, si duole che il Tribunale sarebbe giunto a riconoscere la pretesa economica avanzata, a tale titolo, dalla [OMISSIS] senza che, tuttavia, la stessa avesse fornito prova del fatto che il coniuge contribuiva ai bisogni della famiglia e in che misura, essendosi limitata a produrre un'unica dichiarazione dei redditi da cui risultava il carico familiare della moglie. Inoltre – a detta dell'appellante - quand'anche tale elemento fosse desumibile, in via presuntiva, dalla circostanza che il coniuge risultava fiscalmente a carico del marito, dagli atti di causa non vi sarebbe prova del reddito prodotto dal [OMISSIS] e, soprattutto, della quota di destinazione ex se del patrimonio.

In secondo luogo, si lamenta che il giudice di prime cure non avrebbe tenuto conto del fatto che, da una parte, la [OMISSIS] non aveva provato l'assenza di contributi previdenziali corrisposti successivamente alla morte del [OMISSIS] dall'altra, non fosse stata dimostrata l'entità del patrimonio destinato dal [OMISSIS] ai bisogni della moglie.

Entrambi i rilievi sono destituiti di fondamento.

Con riferimento al primo, si osserva che nella sentenza impugnata, in ordine alla domanda formulata dalla [OMISSIS] avente ad oggetto il danno patrimoniale da lucro cessante, consistente nella perdita del sostegno economico elargitole dal defunto, risulta opportunamente richiamato l'orientamento della giurisprudenza di legittimità a tenore del quale "*i danni patrimoniali futuri risarcibili sofferti dal coniuge di persona deceduta a seguito di fatto illecito, ravvisabili nella perdita di quei contributi patrimoniali o di quelle utilità economiche che, sia in relazione ai precetti normativi (artt. 143, 433 cod. civ.) che per la pratica di vita improntata a regole etico - sociali di solidarietà e di costume, il defunto avrebbe presumibilmente apportato, assumono l'aspetto del lucro cessante, ed il relativo risarcimento è collegato ad un sistema presuntivo a più incognite, costituite dal futuro rapporto economico tra i coniugi e dal reddito presumibile del defunto, ed in particolare dalla parte di esso che*

sarebbe stata destinata al coniuge; la prova del danno è raggiunta quando, alla stregua di una valutazione compiuta sulla scorta dei dati ricavabili dal notorio e dalla comune esperienza, messi in relazione alle circostanze del caso concreto, risulti che il defunto avrebbe destinato una parte del proprio reddito alle necessità del coniuge o avrebbe apportato al medesimo utilità economiche anche senza che ne avesse bisogno" (cfr. ex multis Cass. 4205/2002, nonché Cass. 12124/2003; Cass. 16490/2006; Cass. 24802/2008; Cass. n. 31549/2018).

Ciò premesso, il Tribunale, a fondamento dell'accoglimento della domanda, ha evidenziato quanto segue: *“La coniuge superstite, la cui legittimazione appare pacifica stante lo stato di famiglia prodotto, ha versato in atto documentazione atta a provare l'attività professionale svolta dal [OMISSIS] deducendo altresì di non disporre di redditi propri da lavoro e rimettendo la quantificazione ad equità. Specificamente parte attrice ha prodotto la dichiarazione dei redditi relativa all'anno 2010 in cui l'odierna attrice viene menzionata quale familiare a carico e da cui risulta che il de cuius aveva percepito un reddito annuo di circa 12000,00 euro. Dunque, ipotizzato che l'esito infausto non si sarebbe verificato e che verosimilmente il [OMISSIS] avrebbe vissuto svolgendo attività lavorativa per almeno altri 10 anni, risulta verosimile ritenere che la vittima avrebbe percepito un reddito complessivo di circa 120.000,00 euro. La c.d. quota sibi in relazione all'incremento di spese che -anche in ragione dell'avanzare dell'età il defunto- avrebbe a se' destinato va valutata, anche con valutazione equitativa nel 50% e quindi pari ad euro 60.000,00. Il danno patito dalla coniuge superstite, va, quindi, complessivamente quantificato con valutazione equitativa circostanziata, in euro 18.000,00. Tale importo va infatti riconosciuto alla moglie nella misura del 30% dei residui 60000,00, essendo verosimile che il de cuius accantonasse quanto meno un 20% del reddito, non riservandolo a se né alla moglie”*.

Tale iter decisionale si sottrae alle censure mosse dall'appellante risultando del tutto conforme ai principi di diritto, sopra richiamati, enunciati dalla giurisprudenza di legittimità nella materia.

Ed invero, risulta che il defunto, [OMISSIS] marito di [OMISSIS] svolgesse un'attività lavorativa remunerata (cfr. doc. 10 e 11 allegati al fascicolo di primo grado parte appellata); parimenti, emerge che [OMISSIS] era familiare “a carico” del [OMISSIS] e che quest'ultimo nel 2009 avesse percepito un reddito annuo di circa 12.000,00 (cfr. modello unico 2010 sub doc. 12 allegato al fascicolo di primo grado parte appellata). Sulla base di tali premesse di fatto, può certamente presumersi non solo che la [OMISSIS] familiare a carico del coniuge e priva di un reddito proprio, godesse del contributo economico del marito, ma anche che il [OMISSIS] contribuisse ai bisogni familiari in una percentuale del proprio reddito lavorativo, risultante dalla documentazione fiscale prodotta in atti idonea a rappresentare un corretto parametro di riferimento ai fini della quantificazione equitativa del danno futuro.

In ordine poi alla quota determinata in favore della [OMISSIS] si osserva come la stessa risulti rispondere ad equità se si considera che il giudice di prime cure ha condivisibilmente ipotizzato un'attività lavorativa del [OMISSIS] 57enne, per altri 10 anni, fino all'età pensionabile, e preso a riferimento il reddito relativo all'anno 2009 risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi, come tale idoneo a consentire la proiezione dei redditi ragionevolmente producibili, in futuro, dal coniuge, detraendo dal complessivo importo di € 120.000,00 la metà che il defunto avrebbe verosimilmente destinato a sé e calcolando sulla residua somma di € 60.000, la quota del 30% in favore della [OMISSIS] che appare adeguata in relazione a quelle che presuntivamente possono ritenersi le erogazioni future provenienti dal reddito del coniuge per soddisfare le esigenze della moglie.

Infine, pure da disattendere è la prospettazione dell'appellante secondo cui la [OMISSIS] avrebbe dovuto dimostrare di non aver percepito contributi previdenziali dopo la morte del marito e ciò sia

perché il trattamento previdenziale non è erogato in funzione di risarcimento del pregiudizio subito dal danneggiato, ma risponde ad un diverso disegno attributivo causale e sia perché - come noto - le SS.UU. della Suprema Corte hanno affermato che *“Dal risarcimento del danno patrimoniale patito dal familiare di persona deceduta per colpa altrui non deve essere detratto il valore capitale della pensione di reversibilità accordata dall’I.N.P.S. al familiare superstite in conseguenza della morte del congiunto, trattandosi di una forma di tutela previdenziale connessa ad un peculiare fondamento solidaristico e non geneticamente connotata dalla finalità di rimuovere le conseguenze prodottesi nel patrimonio del danneggiato per effetto dell’illecito del terzo”* (cfr. Cass. SS.UU. 22/05/2018, n. 12564).

Ne deriva che non vi è spazio per l’ordine di esibizione nei confronti dell’I.N.P.S. sollecitato da parte appellante.

7. Le conclusioni

Logico corollario delle superiori premesse e che l’appello deve essere respinto, con assorbimento di ogni ulteriore questione e/o istanza.

8. Le spese di lite

In applicazione del principio di soccombenza, le spese processuali del presente grado di giudizio devono essere poste a carico dell’appellante.

La liquidazione deve avvenire sulla base del compenso per gli avvocati in ambito civile come stabilito dal D.M. 55/2014, e successive integrazioni, considerati il valore della controversia (ricompreso, ai sensi e agli effetti dell’art. 14 TU – DPR n. 115/02 nello scaglione di valore da € 260.001 a € 520.000), l’impegno difensivo (medio) prestato e considerata la fase di inibitoria nell’ambito della fase di trattazione, alla stregua del seguente computo: € 22.457,00 per compensi (di cui: € 3.544,00 per la fase di studio, € 2.338,00 per la fase introduttiva. € 10.411,00 per la fase di trattazione e € 6.164,00 per la fase decisoria), oltre rimborso forfetario del 15%, IVA e CAP, come per legge.

Va disposta la distrazione in favore del difensore degli appellati, avv. Nicola Forti, dichiaratosi antistatario.

Poiché il presente giudizio è iniziato successivamente al 30 gennaio 2013 e l’impugnazione è stata respinta, sussistono le condizioni per dare atto – ai sensi della L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, che ha aggiunto all’art. 13, comma 1 quater del Testo Unico di cui al D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115 – della sussistenza dell’obbligo di versamento da parte dell’appellante dell’ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per la stessa impugnazione integralmente rigettata.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando, disattesa e/o assorbita ogni contraria domanda, eccezione, istanza e deduzione, sull’appello proposto da AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA contro la sentenza n. 1084/2024 del Tribunale di Pisa, emessa il 7.9.2024 e pubblicata il 9.9.2024, così provvede:

a) respinge l’appello;

b) condanna l’appellante a rifondere agli appellati le spese di lite relative al presente grado di giudizio, che liquida in complessivi € 22.457,00 per compensi, in base al calcolo specificato in parte motiva, quale compenso tabellare per gli avvocati in ambito civile ex art. 4, secondo e quinto comma D.M. 55/2014, e successive integrazioni, oltre rimborso forfetario del 15%, CAP e IVA, come per legge, con

distrazione in favore del difensore antistatario, avv. Nicola Forti.

Si 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 da parte dell'appellante dell'ulteriore contributo unificato previsto dall'articolo stesso.

Così deciso in Firenze, il 26.6.2026 su relazione della dott.ssa Maria Teresa Paternostro.

Il Consigliere Estensore

Maria Teresa Paternostro

La Presidente

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.