



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 Carla Santese	Presidente rel.,
Dott.ssa Giulia Conte	Consigliere,
Dott.ssa Ada Raffaella Mazzarelli	Consigliere

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile di II Grado iscritta a ruolo al n. r.g. 307/2025 promossa da:

Parte_1 (p.iva *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Firenze, rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] come da procura in atti

- **appellante** -

contro

Controparte_1 (c.f. *C.F._1*), *Controparte_2* (c.f. *C.F._2*), *Controparte_3* (c.f. *C.F._3*), *CP_4* [...] (c.f. *C.F._4*), in proprio ed in qualità di prossimi congiunti dell'Arch. *Persona_1* deceduto il 25.11.2016, rappresentati e difesi, anche disgiuntamente tra loro, dagli avv.ti [REDACTED] e [REDACTED] come da procura in atti

- **appellati** -

avverso

la sentenza n. 37/2025 del Tribunale di Firenze, pubblicata in data 8.1.2025

trattenuta in decisione all'esito dell'udienza cartolare del 5.5.2026, con ordinanza collegiale ex art. 127 ter c.p.c. del 4.6.2026, sulle seguenti

CONCLUSIONI

Per la parte appellante: “*CONCLUDE: - nel merito ed in via istruttoria come in atto di citazione in appello (<<..... - nel merito: 1. in accoglimento dell'appello proposto, riformare in toto la sentenza del Tribunale di Firenze n. 37/25 e per l'effetto respingere la domanda di risarcimento del danno cd. parentale formulata dai sigg.ri Controparte_1 , Controparte_4 Controparte_3 e CP_2 [...] in quanto infondata in fatto ed in diritto; 2. condannare gli appellati alla refusione delle spese e competenze di causa di entrambi i gradi di giudizio, nonché alla refusione delle spese di CTU e CTP e, conseguentemente, qualora la società appellante abbia corrisposto agli appellati le somme a titolo di refusione delle spese legali di primo grado, nonché quelle di CTU e CTP, condannare gli appellati alla restituzione di tali somme. - in via istruttoria: la parte appellante per i motivi esposti in premessa chiede convocarsi il CTU medico legale Prof. Per_2 affinché chiarisca: a. le ragioni per le quali non viene condivisa la tesi del Prof. Per_3 di CP_5, nominato dal PM, che riteneva di non ravvisare alcun difetto di sorveglianza dei sanitari (cfr. doc. 5); in particolare, poi, si chiede che il CTU contestualizzi il quadro clinico del CP_2 l giorno dell'evento, ossia il 25 novembre 2016, precisando se questo quadro clinico, dalla documentazione in atti, fosse da ritenersi diverso rispetto alla data del ricovero (18 novembre 2016) e se la tipologia di sorveglianza individuata dal CTU a pag. 138 e 170 dell'elaborato peritale fosse necessaria in relazione a tale quadro clinico, richiamando le istruzioni di lavoro, le procedure o i protocolli aziendali, ovvero regionali ovvero nazionali che la prevedono. b. se sussistono ragionevoli ipotesi per le quali il CP_2 cadendo (in due tempi) dalle scale, non abbia attivato delle manovre di difesa, ossia l'istintiva anteposizione degli arti superiori (vedi esame autoptico della Dott.ssa Per_4 in sede penale – doc. 10), tenuto conto anche che l'ischemia acuta del miocardio per essere evidenziata, sia macro che microscopicamente, prevede dei tempi di sopravvivenza dai 30 minuti alle 4 ore, mentre nel caso di specie il decesso è stato subitaneo.).*

- poiché l' CP_6 ha già corrisposto agli appellanti, vittoriosi in primo grado, le somme, per risarcimento del danno e per refusione delle spese e competenze legali, nonché quelle di CTU e CTP, come da mandati che si allegano (doc. A e B), per un importo totale € 934.353,65=, per la restituzione, in caso di accoglimento dell'appello, di detta somma, oltre interessi di legge.”

Per parte appellata: “*Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze, per tutti i motivi di cui alla narrativa del presente atto, rigettare integralmente l'appello in quanto infondato in fatto e in diritto*

e, conseguentemente, confermare integralmente la sentenza emessa dal Tribunale di Firenze n. 37/2025. Con vittoria di spese e onorari di causa.”

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato, Controparte_1 Controparte_2 [...] CP_3 e Controparte_4 avevano convenuto in giudizio, dinanzi al Tribunale di Firenze, l' Controparte_7 (di seguito CP_6 , al fine di ottenere la condanna della stessa al risarcimento dei danni non patrimoniali da loro subiti *iure proprio* e *iure hereditatis* a causa del decesso del proprio congiunto Persona_1 (rispettivamente loro marito e padre), avvenuta presso l'Ospedale Careggi in data 25.11.2016.

A fondamento della propria pretesa, gli attori avevano esposto che: 1) il giorno 18.11.2016, Persona_1 era stato ricoverato presso il pronto soccorso dell'Ospedale Careggi per disfagia e rinolalia con diagnosi di *miastenia gravis* ed addensamento apicale destro; 2) era stato poi trasferito con detta diagnosi (in corso di accertamento) presso il reparto di neurologia situato al V piano del nosocomio, perché dovevano essere eseguiti alcuni esami specifici; 3) all'esito della valutazione effettuata tramite l'indice di Barthel e dalle valutazioni contenute nel diario infermieristico era emerso che il paziente necessitava di una supervisione e di un aiuto costante negli spostamenti in ambito ospedaliero e 4) in data 25.11.2016, verso le ore 6:00, il CP_2 era stato trovato, dal medico di guardia al reparto, al piano sottostante rispetto a quello in cui era ricoverato, sul pianerottolo della scala di emergenza, adagiato alla parete in posizione semi-seduta e con una profonda ferita lacero contusa sul lato destro della fronte, ormai privo di vita.

I medesimi, inoltre, deducevano che: a) i tecnici della prevenzione ^{Parte} chiamati sul posto dalle forze dell'ordine, avevano accertato l'assenza nel locale scale delle misure di salvaguardia prescritte dalla normativa (la scala di emergenza era priva di cartelli del tipo “attenzione utilizzare solo in caso di emergenza” e delle zigrinature 3 antiscivolo ed aveva un'altezza del parapetto pari ad 87 cm , inferiore rispetto a quella prescritta dalla normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro); b) il processo penale n. 20345/2016 R.G.N.R., celebrato, presso il Tribunale di Firenze, a carico dei dirigenti sanitari e del personale medico per il reato di cui all'art. 113 e 589 c.p. in danno del CP_2 si era concluso con una sentenza di non luogo a procedere con la quale era stata esclusa la responsabilità penale degli imputati e c) era ravvisabile una duplice responsabilità della convenuta per *culpa in vigilando*, da inadempimento dell'obbligazione di protezione accessoria derivante dal contratto atipico di spedalità e per violazione delle norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché la responsabilità ex art. 2051 cc.

Si era costituita la CP_6 che aveva chiesto il rigetto della domanda, evidenziando, quanto alla *culpa in vigilando*, che il consulente del PM aveva escluso che, nel caso in esame, vi fossero i

presupposti per delineare un difetto di sorveglianza, in quanto il paziente era stato controllato alle ore 4.20, alle ore 4.45 ed alle ore 5.00, per cui il lasso temporale “scoperto” sarebbe stato compreso tra le ore 5 alle ore 6.19, ovvero per il limitato periodo di un’ora e 20 minuti che non rappresentava un arco temporale così significativo se rapportato ad un reparto ospedaliero e, soprattutto, ad un paziente che non richiedeva attenzione continua e che dai test effettuati e dalla cartella clinica si evinceva che il paziente era autonomo nei movimenti e non necessitava di alcuna contenzione.

In relazione alla mancata osservanza della normativa in tema di sicurezza sul lavoro, aveva sostenuto che non sussisteva alcuna prova del fatto che l’altezza del parapetto avesse avuto un’incidenza causale nella caduta del CP_2 e che, con un parapetto più alto, questa caduta (avvenuta, peraltro, senza l’attivazione delle manovre di difesa finalizzate alla preservazione ovvero l’istintiva anteposizione degli arti superiori), si sarebbe potuta evitare.

La causa, istruita con produzione di documenti ed espletamento di c.t.u. medico-legale/ingegneristica (finalizzata a “ricostruire compiutamente la vicenda clinica del de cuius Persona_1 nonché la più probabile dinamica dell’incidente occorso il 25.11.2016, sia sulla scorta delle risultanze in atti sia alla luce degli accertamenti che sarà necessario compiere, eventualmente anche in loco; stabilire e dire se, nel caso di specie, nei giorni e nelle ore precedenti l’incidente, sia stata somministrata una terapia corretta, sia sotto il profilo della tempestività sia sotto il profilo della scelta terapeutica, avuto riguardo^ tra l’altro, all’annotazione delle ore 23:43 del 24.11.2016 (vd. diario clinico, docc. 3 e 4 della produzione attorea); stabilire e dire – in ipotesi di somministrazione terapeutica impropria, per tempi, dosaggi, scelte farmacologiche – se ed in che misura tale somministrazione abbia spiegato efficienza causale in relazione all’incidente ed all’exitus; stabilire e dire se il diario clinico (vd. docc. 3 e 4 di produzione attorea) risulti correttamente ed esaustivamente compilato, tenuto conto delle specificità del caso concreto nonché delle regole e dei criteri che presiedono alle annotazioni de quibus; stabilire e dire quale fosse il regime di sorveglianza dovuto in relazione al caso di specie; stabilire e dire se siffatto regime sia stato osservato, con riferimento, tra l’altro, al controllo dello stato dell’umore che più volte viene indicato come necessario nel diario clinico; stabilire e dire – in ipotesi di inosservanza del predetto regime di sorveglianza – se tale inosservanza abbia spiegato efficienza causale nella verifica dell’incidente e dell’exitus, passando attraverso il c.d. accertamento controfattuale (ovvero stabilendo se la rigorosa osservanza del regime di sorveglianza dovuto avrebbe potuto scongiurare o meno il verificarsi dell’incidente e dell’evento morte) e facendo applicazione del criterio del “più probabile che non”; stabilire e dire se la tempistica di rinvenimento del de cuius risulti adeguata o, comunque, regolare, tenuto conto degli standards di controllo di ambienti ospedalieri quali quelli de quibus; stabilire e dire – in ipotesi di inadeguatezza od irregolarità della suddetta tempistica – se un

tempestivo rinvenimento avrebbe potuto scongiurare l'evento morte; stabilire e dire se, nel caso di specie, fossero attivi e funzionanti tutti i necessari e prescritti sistemi di sicurezza tecnologica ed antinfortunistica (ivi inclusi eventuali sistemi di allarme, se prescritti), con specifico riferimento al reparto nel quale era ricoverato il de cuius ed alla scala d'emergenza), era stata decisa dal Tribunale di Firenze con sentenza n. 37/25, pubblicata in data 8.1.2025, con la quale il predetto Tribunale aveva:

1) in accoglimento della domanda attorea di risarcimento dei danni subiti *iure proprio*, condannato l' CP_6 al pagamento dei seguenti importi: € 265.948 in favore di Parte_3 ; € 219.016 in favore di Controparte_3 ; € 226.838 in favore di Controparte_2 ed € 74.712,00 in favore di Controparte_4 oltre interessi compensativi a decorrere dall'1.6.2020 e sino alla data della presente decisione oltre, sull'importo come sopra determinato, interessi legali dalla data delle presente decisione e sino al dì dell'avvenuto saldo; 2) rigettato la domanda di parte attrice di risarcimento dei danni *iure hereditatis*; 3) condannato l' CP_6 alla rifusione, in favore degli attori, delle spese processuali; 4) posto definitivamente a carico della convenuta le spese della espletata CTU e 5) condannato la stessa al pagamento di quanto corrisposto da parte attrice in favore del proprio CTP.

In particolare, il Tribunale, in motivazione, aveva affermato che:

“La domanda di parte attrice, per i motivi che saranno di seguito illustrati, merita parziale accoglimento, limitatamente al danno vantato iure proprio.

1) L'inquadramento della responsabilità dell'ente ospedaliero

In via preliminare occorre analizzare la natura della responsabilità dell'ente ospedaliero.

Parte attrice sostiene che la responsabilità della convenuta abbia natura contrattuale, da contatto sociale, con i conseguenti precipitati processuali in punto di riparto dell'onere della prova.

Tuttavia, la natura contrattuale della responsabilità della struttura ospedaliera è predicabile solo limitatamente al risarcimento del danno richiesto dagli attori iure hereditatis e non anche in relazione al danno richiesto iure proprio.

Difatti, soltanto con riguardo ai pregiudizi che hanno attinto direttamente la sfera personale e giuridico-patrimoniale della c.d. vittima primaria trova applicazione il contratto atipico cd. di speditività concluso tra paziente ed ospedale. Alla luce del contratto di speditività la struttura sanitaria risponde ex artt. 1218 e 1228 cc dell'inadempimento della propria obbligazione.

In applicazione della normativa sui rapporti contrattuali (art. 1218 c.c.), il paziente, è tenuto a dimostrare, quale creditore della prestazione sanitaria, la conclusione del rapporto contrattuale e a dedurre l'inadempimento del debitore (Cass. SS.UU. n. 13533/2001), inadempimento che deve essere astrattamente efficiente alla produzione del danno (Cass. SS.UU. n. 577/2008); spetta invece al debitore della prestazione, cioè al medico e alla struttura sanitaria, provare che l'inadempimento

non v'è stato o che è dipeso da fatto ad essi non imputabile (Cass. 20.10.2015, n. 21177) ovvero che, pur esistendo, non è stato causa del danno (la già citata Cass. SS.UU. n. 577/2008).

Diversamente, l'azione avanzata dagli attori ai fini del ristoro dei danni patiti iure proprio per la perdita del rapporto parentale va, invece, ricondotta alla responsabilità extracontrattuale di cui agli artt. 2049 e 2043 c.c., non essendo i prossimi congiunti del paziente defunto legati alla struttura sanitaria da alcun rapporto contrattuale (ex multis Cass. n. 4904/2022; Cass. n. 21404/2021; Cass. n. 14258/2020).

Né può utilmente obbiettarsi che l'efficacia del contratto di ospedalità concluso tra ente ospedaliero e il paziente deceduto possa estendersi sino a proteggere i prossimi congiunti di quest'ultimo. Ciò in quanto l'estensione dell'efficacia contrattuale protettiva verso terzi sussiste, in astratto, solo quando l'interesse di cui i terzi sono portatori risulti analogo e strettamente collegato a quello regolato dall'obbligazione assunta nei confronti del paziente, tanto da subentrare nella causa comune del contratto.

La figura del contratto con effetti protettivi verso terzi è utilizzata dalla Corte di Cassazione solo con riguardo al contratto della gestante con l'ospedale e dunque per riconoscere al padre del nascituro ed a quest'ultimo l'azione da contratto in caso di inadempimento, mentre è escluso che la figura possa servire in fattispecie diverse da quella (Cass. n. 10812/2019; Cass. n. 5590/2015; Cass. n. 10741/2009).

Il paziente rimane l'unica parte della relazione contrattuale e, conseguentemente, i parenti non sono titolari di un interesse direttamente collegato alla prestazione contrattuale.

Dunque, il diritto vantato dai congiunti del de cuius nei confronti della struttura ospedaliera, per perdita del rapporto parentale, deve essere riqualificato come rientrante nell'alveo della responsabilità aquiliana con conseguente onere della prova a carico degli attori medesimi riguardo al fatto doloso o colposo, al danno evento, al danno conseguenza e al nesso causale.

2) Responsabilità della struttura ospedaliera verso gli attori per il danno iure proprio da perdita parentale

2.1) L'an

In relazione al danno- iure proprio- da perdita del rapporto parentale, gli attori, agendo ex art. 2043 cc, devono provare e dimostrare tutti gli elementi costitutivi, ossia:

1) il fatto illecito e, se omissivo, la violazione della norma prevedente un obbligo giuridico di azione;

2) l'elemento soggettivo colposo e dunque la negligenza, imprudenza, imperizia dei sanitari;

3) il danno evento, ovvero l'illecita lesione di interessi tutelati dall'ordinamento giuridico;

4) il danno conseguenza, ossia i pregiudizi-patrimoniali e/o non patrimoniali- effettivamente patiti dalla vittima in conseguenza del verificarsi del danno evento;

5) il nesso di causalità c.d. materiale tra fatto ed evento lesivo ed il nesso di causalità c.d. giuridica.

Parte attrice deduce tre profili di responsabilità dell' Controparte_8 per la morte dell'Arch. CP_2

a) culpa in vigilando e per non aver adempiuto alle obbligazioni accessorie di sicurezza e/o protezione derivanti dal contratto di ospitalità;

b) mancata osservanza della normativa sulla sicurezza sui luoghi di lavoro;

c) errata somministrazione della terapia al paziente.

In relazione ai punti b) e c) non è stato provato dagli attori alcun profilo di responsabilità nel comportamento tenuto dalla convenuta.

In particolare, relativamente al punto c), dalla CTU medico legale risulta, che «non vi sono sufficienti elementi per ritenere che vi sia stato un errore di somministrazione del farmaco e che le terapie sono comunque da considerare corrette e adeguate al caso e non si hanno elementi per poter ritenere che abbiano potuto interferire con l'evoluzione degli eventi».

Le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti tecnici (sia medico legale che ingegneristico) sono condivisibili, in quanto frutto di un accertamento esaustivo, chiaro, congruo, ampiamente argomentato, ben motivato ed immune da vizi logico-giuridici, e non è provato che la convenuta abbia errato nella somministrazione dei farmaci al CP_2 né la potenziale influenza degli stessi nella determinazione della caduta dello stesso.

Quanto al punto b), relativo alla violazione della normativa sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, la consulenza ingegneristica ha accertato che l'unica irregolarità dei locali ospedalieri risulta essere quella relativa alle caratteristiche geometriche del parapetto della scala di emergenza, ed in particolare all'altezza del parapetto che non risultava conforme alla normativa vigente.

Il CTU ha accertato una differenza di altezza del parapetto di 13 cm circa rispetto alla vigente normativa adducendo che «la non conformità del “parapetto” potrebbe avere favorito una non ergonomica presa del corrimano da parte dello stesso».

Quanto invece agli altri profili in punto di sicurezza (caratteristiche fisiche e geometrico distributive della scala di emergenza al momento dell'infortunio, caratteristiche illuminotecniche del reparto e della scala di emergenza, assenza di sistemi di allarme acustico o visivo e la segnaletica di sicurezza ed emergenza) il CTU non ravvisa altre violazioni.

Nonostante la consulenza tecnica d'ufficio abbia accertato la violazione della normativa relativa all'altezza del parapetto e abbia affermato, sotto il profilo probabilistico, che la stessa possa aver

contribuito alla caduta del CP_2 per aver favorito una non ergonomica caduta da parte dello stesso, si ritiene di doversi discostare unicamente da tale singola conclusione, aderendo per il resto alle conclusioni raggiunte dai CTU.

In relazione a tale profilo, infatti, non risultano accertati i presupposti richiesti dall'art. 2043 cc ed, in particolare, il nesso di causalità tra fatto illecito e danno evento, secondo il criterio probatorio del più probabile che non, e la cd. causalità della colpa, ovvero che l'osservanza della normativa sull'altezza del parapetto avrebbe concretamente impedito la caduta del CP_2 (cd. concretizzazione del rischio).

Neppure, sotto tale profilo, è stata fornita dagli attori la prova della colpa della convenuta.

Quanto al profilo di responsabilità di cui alla lettera a) il fatto illecito dedotto dalle attrici consiste nella culpa in vigilando per la mancata sorveglianza del paziente e per la mancata prevenzione ed impedimento della caduta mortale.

Sotto tale profilo la responsabilità appare provata e concretamente accertata dalla CTU.

Parte attrice invoca la natura contrattuale della responsabilità ospedaliera, tuttavia, come sopra già chiarito, la responsabilità dell'ente ospedaliero, quando viene invocato un danno iure proprio vantato dai prossimi congiunti del paziente, assume natura aquiliana, con i conseguenti corollari probatori.

L'illiceità del comportamento della convenuta consistente nella mancata adeguata sorveglianza del paziente ricoverato deriva dal fatto che lo stesso si è posto in contrasto sia con l'art. 7 del codice di deontologia medica (Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza) sia con il più generale dovere di correttezza e diligenza imposte dal principio solidaristico di cui all'art. 2 Cost e all'art. 1175 cc.

La consulenza tecnica medico legale disposta nel presente giudizio ha accertato che i sanitari hanno posto in essere un regime di sorveglianza inadeguato al caso di specie e causalmente idoneo alla determinazione dell'incidente e, di conseguenza, alla morte del CP_2 in quanto, se fosse stata attenzionata in modo costante e continuativo l'eventuale uscita del paziente nelle ore notturne da parte del personale del reparto, è ragionevole supporre che sarebbe stato evitato che il paziente si recasse presso le scale di emergenza.

In particolare, il CTU specifica che il concetto di sorveglianza non può essere interpretato solo attraverso la rigida applicazione dei protocolli che normano il relativo regime, in quanto gli stessi protocolli hanno carattere generale e comunque devono essere sempre adeguati a specifiche necessità assistenziali del paziente.

Pertanto, sebbene al CP_2 non fosse mai stata diagnosticata una alterazione delle funzioni psichiche, non essendo lo stesso qualificabile come “paziente psichiatrico” che necessitasse di mezzi di costrizione, contenzione o piantonamento o un controllo costante da parte del personale sanitario, emerge dalla ricostruzione delle cartelle cliniche e dai diari infermieristici una situazione peculiare che avrebbe necessitato un regime di sorveglianza adeguato e contestualizzato a quella doverosa prudenza e soglia di attenzione proporzionata e compatibile con i rilievi correlabili allo stato clinico, fisico ed emotivo che comportavano una maggiore fragilità ed insicurezza del paziente.

Afferma il Tecnico d'Ufficio: «Nel caso in esame sussistevano fattori di rischio che, anche a prescindere da specifiche violazioni di protocolli di sorveglianza previsti in linea generale per quella tipologia di pazienti e in quella determinata tipologia di reparti, vanno necessariamente contestualizzati al caso di specie e a una serie di caratteristiche e aspetti che avrebbero dovuto elevare la soglia di attenzione quantomeno visionando costantemente la porta di uscita dalla stanza da parte del personale di turno».

Gli elementi che avrebbero dovuto indurre il personale sanitario a dedicare un trattamento personalizzato di sorveglianza al paziente sono: l'accertato indebolimento degli arti inferiori, l'insicurezza del paziente nel salire e scendere le scale, la necessità - riscontrata in varie cartelle mediche in data 21/11, due volte il 22/11, il 23 e il 24/11 - di tenere sotto controllo lo stato di agitazione e dell'umore del CP_2 la sottoposizione a saturimetro ed ossigenoterapia, la segnalazione in data 24/11 che per due volte il paziente non avesse riposato, tanto che sono state prescritte 5 gocce di Lexotan, le riscontrate difficoltà respiratorie, nonché la reazione importante del paziente riscontrata in data 21/11 dopo il posizionamento del sondino naso gastrico.

A ciò si aggiunge anche che i due test significativi (Scheda ReTos e Scala di Barthel) effettuati sul paziente hanno dato riscontri indicativi, rispettivamente, di rischio medio (punteggio 5), segnalando l'agitazione del paziente, l'affezione di una patologia tra quelle descritte e l'attuazione di una terapia in atto e, per quanto attiene al test di Barthel, punteggio di 70/100, segnalando minima assistenza e supervisione (per i trasferimenti sedia letto), necessità di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi, usare carta igienica (per i trasferimenti nel bagno), necessità di aiuto o supervisione (per salire e scendere le scale), senza alcuna indicazione sulla deambulazione, evidentemente per la motivazione descritta all'esame obiettivo all'ingresso, ovvero l'impossibilità di valutare la deambulazione a causa dell'astenia generalizzata.

Il consulente afferma, alla luce delle considerazioni sopra riportate sullo stato clinico del paziente, che nel caso in esame «la misura di carattere preventivo (una visione costante della porta d'uscita dalla stanza nelle ore notturne, come sopra indicato) era comunque semplice e da ritenere a parere dei CTU doverosa, in ragione delle motivazioni già esposte».

Quanto alla deduzione di parte convenuta sulla adeguatezza del regime di sorveglianza in correlazione alla scopertura per un lasso temporale pari ad un'ora e venti circa il CTU ha rilevato che: «la brevità del lasso temporale di un'ora e venti minuti circa, dall'ultimo controllo (riferito e dichiarato alle ore 5:00) da parte del personale fino al momento del rinvenimento alle ore 6 circa, non assume valore dirimente, in quanto vanno considerati tutti gli aspetti già sopra evidenziati e quanto rilevato in particolare nelle ultime 24 ore (sia il 24/11 che nelle ore immediatamente antecedenti il decesso) sulle condizioni del paziente e sul suo stato emotivo, dovendo quindi verificare la possibilità di effettuare un controllo del paziente in un orario notturno e in presenza di personale di turno».

Da quanto sopra illustrato deriva l'accertamento sia della realizzazione, da parte della convenuta, del fatto illecito colposo consistente nella mancata sorveglianza del paziente, sia della sussistenza del nesso di causalità tanto materiale quanto giuridica.

*Difatti, in sede di consulenza tecnica d'ufficio disposta nel presente giudizio è stato accertato che la causa della morte è da imputarsi ad un trauma da precipitazione ed è stato escluso un infarto del miocardio, come inizialmente ipotizzato dalla consulente Dott.ssa **Persona_5** nel procedimento penale.*

Dalla consulenza specialistica anatomo-patologica richiesta in sede di CTU con riesame dei preparati istologici, è stato confermato un «infarcimento ematico renale di superficie in paziente con cardiopatia ischemica cronica affetto da interstiziopatia polmonare, probabile patologia muscolare autoimmune, escludendo segni di infarto del miocardio».

Non risulta provata pertanto la sussistenza di un infarto in corso al momento del decesso come sostiene parte convenuta, non giustificandosi dunque alcuna interruzione del nesso di causalità o alcun contributo causale colposo ex art. 1227 cc nella causazione del danno.

*Se, operando secondo un giudizio controfattuale, fosse stato prestato un adeguato regime di sorveglianza, da correlare necessariamente al quadro clinico del **CP_2** ome sopra argomentato, è provato -secondo il criterio del 'più probabile che non' - che al paziente non sarebbe stato permesso di uscire dalla camera, attraversare il corridoio, aprire la porta di emergenza e cadere rovinosamente nella rampa di scale conducente dal V al IV piano fino a precipitare e morire.*

L'omessa e/o inadeguata sorveglianza della struttura ospedaliera è idonea ad integrare gli estremi di un fatto illecito colposo addebitabile alla convenuta.

Dunque, nel caso di specie, gli attori hanno dedotto e provato l'illiceità del fatto omissivo imputabile alla convenuta, consistente nella mancata sorveglianza colposa del paziente, il quale, non adeguatamente sorvegliato, è potuto uscire dalla sua camera, camminare nel corridoio in un orario

notturno, dirigersi verso l'uscita di emergenza del piano dove era ricoverato e procurarsi una ferita mortale cadendo dalle scale.

In definitiva, da quanto sin qui esposto deve ritenersi provata la responsabilità esclusiva della convenuta per mancata adeguata sorveglianza del paziente nella causazione della caduta mortale occorsa il 25.11.2016 ore 6:00 circa presso l'azienda ospedaliero-universitaria Careggi.

2.2) Il quantum

Si procederà, quindi, alla quantificazione del danno derivante da perdita del rapporto parentale, evidenziando che la giurisprudenza di legittimità lo ha elaborato descrivendolo come «quel danno che va al di là del crudo dolore che la morte in sé di una persona cara, tanto più se preceduta da agonia, provoca nei prossimi congiunti che le sopravvivono, concretandosi esso nel vuoto costituito dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti»(Cass. n. 9196/2018).

In definitiva, il danno da perdita del rapporto parentale viene a configurarsi come un danno di natura non patrimoniale che un soggetto subisce in conseguenza dell'attività illecita posta in essere da un terzo ai danni di altra persona legata alla prima da un rapporto di natura familiare e/o affettiva, il che ha determinato lo stravolgimento di un sistema di vita che trovava le sue fondamenta nell'affetto e nella quotidianità di tale rapporto, nonché una sofferenza interiore derivante dal venir meno dello stesso (Cass. n. 23469/2018; Cass. 901/2018; Cass. n. 7513/2018).

Quanto, invece, all'onere probatorio che deve assolvere il congiunto superstite va evidenziato che "in tema di danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, la sussistenza di effettivi rapporti di reciproco affetto e solidarietà con il congiunto è assistita da una presunzione "iuris tantum", fondata sulla comune appartenenza al medesimo "nucleo familiare minimo", che può essere superata dalla prova contraria fornita dal convenuto, anch'essa imperniata su elementi presuntivi tali da far venir meno (ovvero attenuare) la presunzione suddetta, dovendo in ogni caso il giudice procedere, ai sensi dell'art. 2729 c.c., a una valutazione complessiva della gravità, precisione e concordanza degli elementi indiziari a sua disposizione»(Cass. n. 9010/2022), con la precisazione che «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» (Cass. n. 22397/2022; Cass. n. 3767/2018).

Tali rapporti di indifferenza o odio non sono stati oggetto neppure di allegazione da parte della convenuta, sì che nel caso di specie troverà piena applicazione la presunzione suddetta.

Tanto precisato in ordine alla sussistenza del diritto, si procederà alla quantificazione del danno risarcibile.

Ai fini del risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale si farà ricorso alle tabelle integrate a punto del Tribunale di Milano del 2024, ove il 'valore punto' è pari, per la perdita di genitori, figli, coniugi e assimilati, come nel caso in questione, ad € 3.911 e € 1698,00 per i fratelli.

Va disattesa, al riguardo, l'eccezione di parte convenuta in ordine alla inutilizzabilità di dette tabelle sul presupposto che la Suprema Corte aveva evidenziato che la tabella meneghina, con riferimento al danno da perdita parentale, non seguisse la tecnica del punto, ma si limitasse ad individuare un tetto minimo ed un tetto massimo (Cass. n. 10579/2021), poiché in dette tabelle è recepita l'indicazione della Suprema Corte con la elaborazione del 'valore punto' (pag. 71 delle tabelle).

Va così tenuto conto, ai fini risarcitori, dei parametri contenuti nelle predette tabelle e, precisamente: 1) l'età del danneggiato primario, 2) l'età del danneggiato secondario, 3) la convivenza, 4) la sopravvivenza di altro/i congiunti del nucleo familiare primario del de cuius, 5) la qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto.

Quanto al punto 3 relativo alla convivenza parte attrice ha dedotto, ma non provato, che all'epoca dei fatti il de cuius conviveva sia con la moglie che con i due figli.

Parte convenuta contesta la convivenza con i figli CP_2 e CP_3 che all'epoca dei fatti avevano, rispettivamente, 34 e 42 anni.

Pur risultando pacifica e non contestata la convivenza con la moglie CP_1, non può affermarsi lo stesso con riferimento alla convivenza tra il de cuius ed i figli, essendo la stessa circostanza contestata da parte convenuta e quindi, in quanto tale, bisognosa di prova che, nel caso di specie, non è stata raggiunta.

Difatti, considerata l'età dei figli, non può presumersi, in assenza di prova, che gli stessi all'epoca dei fatti fossero conviventi con il nucleo familiare originario.

In relazione al punto 5) si valuteranno i distinti rapporti tra vittima primaria e congiunti attori, mettendo in rilievo, tuttavia, che nel caso di specie per tutti gli aventi diritto al risarcimento non è stata provata una intensità o qualità affettiva particolarmente intensa tale da giustificare l'attribuzione di un punteggio massimo - in termini di assiduità giornaliera nei rapporti, di

condivisione costante delle festività, di periodi di vacanza in comune, di attività sportiva od hobbystica - né è stato dimostrato che a seguito del decesso del congiunto la vita delle vittime secondarie abbiano subito un particolare stravolgimento, così che, in termini di punti, si procederà alla loro attribuzione secondo una percentuale media tenuto conto della forbice tabellare che va da 0 a 30.

L'attribuzione della percentuale media si giustifica anche in ragione del fatto che, sul punto, parte attrice, ha dedotto e provato che il de cuius avesse costituito con la sorella CP_4 una associazione professionale (doc. 17) e che, dopo la sua morte, i figli CP_2 e CP_3, già parte dello studio, sono subentrati quali nuovi associati.

Risarcimento dovuto a Controparte_1 quale moglie del de cuius, in termini di punti.

Valore punto: € 3.911

-Età della vittima primaria, 72 anni: 12 punti

-Età della vittima secondaria, 70 anni: 16 punti

-Convivenza: 16 punti

-Sopravvivenza di altro congiunto: 3 congiunti (due figli e una sorella del de cuius) e, così, 9 punti

-Qualità ed intensità della relazione affettiva: 15 punti, poiché, come affermato supra, tale è la valutazione media.

Totale punti: 68, pari ad € 265.948,00

Risarcimento dovuto a Controparte_3 quale figlio del de cuius, in termini di punti.

Valore punto: € 3.911

-Età della vittima primaria, 72 anni: 12 punti.

-Età della vittima secondaria, 42 anni: 20 punti.

-Convivenza: 0 punti, in quanto, come sopra argomentato, non è stata raggiunta la prova della convivenza tra la vittima primaria e la vittima secondaria;

-Sopravvivenza di altro congiunto: 3 congiunti (moglie, un altro figlio e una sorella del de cuius) e, così, 9 punti.

-Qualità ed intensità della relazione affettiva: 15 punti, poiché, come affermato supra, tale è la valutazione media.

Totale punti: 56, pari ad € 219.016,00

Risarcimento dovuto a Controparte_2 quale figlio del de cuius, in termini di punti.

Valore punto: € 3.911

-Età della vittima primaria, 72 anni: 12 punti.

-Età della vittima secondaria, 34 anni: 22 punti.

-Convivenza: 0 punti, in quanto, come sopra argomentato, non è stata raggiunta la prova della convivenza tra la vittima primaria e la vittima secondaria;

-Sopravvivenza di altro congiunto: 3 congiunti (moglie, un altro figlio e una sorella del de cuius) e, così, 9 punti.

-Qualità ed intensità della relazione affettiva: 15 punti, poiché, come affermato supra, tale è la valutazione media.

Totale punti: 58, pari ad € 226.838,00

Risarcimento dovuto a Controparte_4 quale sorella del de cuius, in termini di punti.

Valore punto: € 1.698,00

-Età della vittima primaria, 72 anni: 8 punti.

-Età della vittima secondaria, 60 anni: 12 punti.

-Convivenza: 0 punti, in quanto la vittima primaria e la vittima secondaria non erano conviventi né abitavano nel medesimo stabile.

-Sopravvivenza di altro congiunto: 3 congiunti (moglie e due figli del de cuius) così, 9 punti.

-Qualità ed intensità della relazione affettiva: 15 punti, poiché, come affermato supra, tale è la valutazione media.

Totale punti: 44, pari ad € 74.712,00

Trattandosi di importi espressi in moneta attuale niente sarà dovuto a titolo di rivalutazione monetaria (Cass. civ. sentenza n. 3131/2010; Cass. civ. sentenza n. 16237/2005).

Alle parti attrici spetta anche la liquidazione degli interessi compensativi per danno da ritardo nel pagamento che, nel caso in questione, saranno conteggiati sulle somme come sopra accertate a decorrere da una data intermedia tra l'evento lesivo e la presente sentenza.

Ricordando che il decesso di Persona_1 risale al 25 Novembre 2016 e la presente sentenza è di Gennaio 2025, si ritiene che gli interessi possano essere computati dal 1 Giugno 2020.

Si evidenzia, al riguardo, che «in tema di danno da ritardo, il riconoscimento di interessi compensativi sui debiti di valore costituisce una mera modalità liquidatoria alla quale il giudice può far ricorso col limite costituito dall'impossibilità di calcolare gli interessi sulle somme integralmente rivalutate dalla data dell'illecito. Non gli è invece inibito, purché esibisca una motivazione sufficiente a dar conto del metodo utilizzato, di riconoscere interessi anche al tasso legale su somme progressivamente rivalutate; ovvero sulla soma integralmente rivalutata, ma da epoca intermedia; ovvero, sempre sulla somma rivalutata e con decorrenza dalla data del fatto, ma con un tasso medio di interesse, in modo da tener conto che essi decorrono su una somma che inizialmente non era di quell'entità e che si è solo progressivamente adeguata a quel risultato finale; ovvero, di non riconoscerli affatto, in relazione a parametri di valutazione costituiti dal tasso medio di svalutazione

monetaria e dalla redditività media del denaro nel periodo considerato» (Cass. n. 7267/2018 in parte motiva ove vengono richiamate le precedenti Cass. n. 9515/2007; Cass. n. 20742/2004; Cass. n. n. 3871/2004 e Cass. n. 11712/2002).

Quindi l'individuazione quale data intermedia del 1° giugno 2020 risulta pienamente rispettosa del principio appena esposto, in quanto coerente con uno dei criteri alternativi ivi indicati.

Tanto comporta l'accoglimento della domanda nei limiti come sopra specificati.

3) Responsabilità della struttura ospedaliera verso gli attori per il danno iure hereditatis

Parte attrice agisce anche per sentir condannare parte convenuta al risarcimento dei danni patiti iure hereditatis dal loro prossimo congiunto CP_2

Sotto tale profilo si rinviene una responsabilità contrattuale, essendo i danni richiesti riferiti direttamente alla cd. vittima primaria e richiesti dagli odierni attori in via indiretta, iure successionis.

Sotto tale profilo, essendo il fatto di causa unitario, ma differendo solo l'inquadramento della natura della responsabilità dell'ente ospedaliero a seconda della tipologia di danno richiesto, la responsabilità contrattuale della struttura ospedaliera per mancata adeguata sorveglianza del CP_2 *isulta provata ed accertata.*

Nell'ambito contrattuale del rapporto atipico di ospedalità assumono rilievo, oltre alle prestazioni mediche, quelle di carattere "lato sensu" alberghiero e le obbligazioni accessorie di sicurezza e/o protezione. Ne deriva quindi che la responsabilità della struttura nei confronti del paziente che ha subito lesioni a seguito di caduta all'interno dell'ospedale ha natura contrattuale e può sussistere a prescindere dalla possibilità o meno di accertare e/o identificare il comportamento colposo di un singolo soggetto operante all'interno della struttura stessa.

Dalla configurazione della responsabilità contrattuale ne consegue l'applicabilità della presunzione di colpa di cui all'art. 1218 cc, gravante sulla struttura ospedaliera, dalla quale il soggetto onerato si libera dimostrando di avere tenuto una condotta diligente e la diligenza esigibile, ai sensi dell'art. 1176, comma 2, c.c., consistente in una adeguata sorveglianza del degente, che sia o meno capace di intendere e di volere.

Ebbene, nel caso in esame, parte convenuta non ha adempiuto a tale onere probatorio, superando la presunzione di colpa di cui all'art. 1218 cc, non avendo provato di aver fornito al paziente una sorveglianza che fosse adeguata alle sue peculiarità.

Pur essendo la responsabilità contrattuale dedotta dagli attori per i danni patiti iure hereditatis fondata nell'an, non risulta provato che i suddetti danni lamentati siano stati effettivamente incamerati dal de cuius prima dell'evento mortale, condizione imprescindibile affinché questi possano essere trasmessi- iure successionis- agli odierni attori.

Il danno biologico terminale, per poter essere risarcito, richiede come condizione essenziale ed imprescindibile l'esistenza di un considerevole lasso temporale tra l'evento lesivo e la morte.

Affinché sussista lo spazio intertemporale richiesto dalla giurisprudenza (v. ad es. Cass. civ., 28 aprile 2006, n. 9959 e Cass. civ., 22 marzo 2007, n. 6946) occorre una netta separazione temporale fra i due eventi, di tal che sia possibile distinguere la loro verifica nel tempo.

Nel caso in cui la morte sia conseguenza immediata delle lesioni, la giurisprudenza costantemente esclude la risarcibilità del danno biologico terminale, giacché, se la morte avviene in un tempo eccessivamente breve, non è possibile accertare la maturazione del danno alla salute.

Parte attrice non ha fornito la prova circa la sussistenza, nel caso in esame, di tale lasso temporale e pertanto tale danno non risulta risarcibile.

*A fortiori, nel caso di specie, dalle sommarie informazioni testimoniali rese in sede penale dalla infermiera **Testimone_1**, è emerso come sino alle 5 di mattina il **CP_2** fosse nella propria stanza, mentre alle ore 6 circa veniva trovato morto: il lasso temporale intercorrente tra evento lesivo e morte, seppur non dimostrato dagli attori, appare non idoneo a giustificare una simile pretesa risarcitoria.*

*Inoltre, il Prof. **Persona_6**, consulente del PM in sede penale, ha ritenuto improbabile la possibilità di una sopravvivenza prolungata (pag. 52 della perizia).*

Il danno morale terminale o catastrofico consiste, invece, nella sofferenza provata dalla vittima nell'avvertire consapevolmente l'ineluttabile approssimarsi della propria fine. A tal fine, in luogo del criterio temporale, verrà in rilievo il diverso criterio dell'intensità della sofferenza provata.

Occorre comunque considerare che il risarcimento del danno morale terminale può essere riconosciuto agli eredi solo se prima sia entrato a far parte del patrimonio della vittima al momento della morte.

Pertanto, qualora non sia data la prova della sussistenza di uno stato di coscienza nel breve intervallo tra il sinistro e la morte, la lesione del diritto alla vita non è suscettibile di risarcimento e ai congiunti spetta il solo risarcimento conseguente alla lesione della possibilità di godere del rapporto parentale con la persona defunta.

*Ebbene, anche di tale danno non è stata fornita da parte attrice adeguata prova in relazione allo stato di coscienza e lucidità provato dalla vittima nell'intervallo tra la caduta e la morte, non essendo sufficiente in tal senso l'adagiamento del **CP_2** in posizione seduta.*

Parte attrice, solo in comparsa conclusionale, richiede il risarcimento anche del danno tanatologico.

Deve, in primis, evidenziarsi la tardività della deduzione, non essendo tale danno stato richiesto entro il limite della prima memoria ex art. 183 co. 6 cpc.

Ad abundantiam si sottolinea l'orientamento granitico delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (S.U., sentenza n. 15350 del 22 luglio 2015), secondo cui il danno tanatologico è una entità di per sé non risarcibile, essendo il bene-vita fruibile solo dal titolare, sì che verrebbe a mancare il cd. danno conseguenza e pertanto esso è insuscettibile di essere liquidato per equivalente in favore dei congiunti.”

Con atto di citazione ritualmente notificato, la CP_6 ha proposto appello avverso detta sentenza, impugnandola con quattro motivi di gravame (con i quali si è lamentata dell'omessa considerazione, da parte del giudice di primo grado, di circostanze decisive per escludere la responsabilità dei sanitari per difetto di sorveglianza; della decisione del primo giudice di ritenere la sussistenza di un nesso di causalità tra la condotta sanitaria omissiva e l'evento morte; della mancata considerazione da parte del c.t.u. di alcune alterazioni patologiche e della propria condanna alla refusione delle spese di lite).

Si sono costituiti in giudizio Controparte_1 Controparte_2 Controparte_3 e Controparte_4 che hanno chiesto il rigetto dell'appello.

La causa, che segue il nuovo rito civile “Cartabia”, è passata quindi in decisione all'udienza cartolare del 5.5.2026 mediante ordinanza emessa dal Cons. istruttore ex art. 127 ter cpc in data 4.6.2026 e viene decisa dal Collegio all'odierna camera di consiglio.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con i primi tre motivi di gravame (che si ritiene opportuno trattare congiuntamente in quanto strettamente connessi tra loro), la CP_6 ha censurato la decisione del giudice di primo grado di ritenerla responsabile del danno subito *iure proprio* dagli attuali appellati.

In particolare, l'appellante, con il primo motivo, si è lamentata del fatto che il giudice, aderendo acriticamente alle risultanze della c.t.u., aveva ritenuto che vi fosse stata una inadeguata sorveglianza del paziente, consistente nella omessa “*visione costante da parte del personale del reparto della porta di uscita dalla stanza del paziente nelle ore notturne*”, senza considerare che le condizioni fisiche del CP_2 erano nettamente migliorate dal giorno del suo ricovero (il paziente, infatti, dopo aver assunto il farmaco Mestinon, aveva un miglior controllo della deambulazione e del sondino nasogastrico, che aveva imparato ad usare correttamente ed a gestire in autonomia) e che il medesimo non aveva problemi psichiatrici, né aveva manifestato episodi di disorientamento o di agitazione tali da portarlo a muoversi all'interno del reparto anche di notte e, meno che mai, a dirigersi fuori dal reparto; con il secondo motivo di gravame, la stessa ha criticato il giudizio controfattuale eseguito dal primo giudice, sostenendo l'erroneità dello stesso, atteso che, poiché il CP_2 non risultava pericoloso per sé e per gli altri e che non vi erano indizi in tal senso, quest'ultimo non poteva essere sottoposto a contenzione od alla privazione della sua libertà personale, per cui il personale sanitario, non sussistendo un dovere di sorveglianza della porta della stanza nelle ore notturne, in ipotesi di

allontanamento del paziente dalla stanza, avrebbero soltanto potuto cercare di persuadere il medesimo a rientrarvi, ma, se tale iniziativa non avesse avuto successo, non avrebbero potuto costringerlo se non commettendo un reato; ciò che dimostrava l'assenza del nesso causale tra l'asserita condotta omissiva e l'evento lesivo.

Infine, con il terzo motivo di gravame, l'appellante ha affermato che il giudice di primo grado avrebbe dovuto tener conto del fatto che il perito del P.M. non aveva escluso che la caduta del CP_2 alle scale - dopo che il medesimo aveva percorso senza problemi la prima rampa di scale - fosse stata causata da un malore (infarto del miocardio od altro) e che detto malore, intervenuto mentre il CP_2 si apprestava a scendere le scale che dal pianerottolo intermedio portavano al IV piano, potesse essere tale da interrompere, ex art. 41 c.p., la serie causale già in atto, rendendo così irrilevanti le altre cause preesistenti.

I motivi sono infondati.

Ed invero - premesso che, secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, qualora il giudice di merito aderisca alle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio "[...] non è tenuto ad esporre in modo specifico le ragioni dell'adesione e ciò in quanto l'accettazione di detto parere, delineando il percorso logico della decisione, ne costituisce adeguata motivazione ...", in quanto il richiamo, anche *per relationem*, alla consulenza implica una "compiuta, positiva, valutazione del percorso argomentativo e dei principi e dei metodi scientifici seguiti dal consulente" (cfr Cass. Civ. ord. n. 15147 del 11.6.2018 e sent. 24.12.2013 n. 28647; 4.5.2009 n. 10222 e 22.2.2006 n. 3881) - con riferimento alla sussistenza di condotte negligenti da parte del personale sanitario nell'adozione di misure di prevenzione della caduta del paziente, si ricorda che, secondo il consolidato orientamento nomofilattico, gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti "ex lege" portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 Cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità, che comporta l'osservanza di obblighi di controllo e sorveglianza, che impongono di neutralizzare tutte le fonti di pericolo, ivi incluse le patologie del paziente esistenti al momento della prestazione sanitaria, esistendo un dovere di fondo del personale sanitario di agire a salvaguardia della vita e dell'integrità fisica del paziente.

Tanto ricordato, si rileva che la documentazione prodotta dagli attori, appare idonea, a parere di questo Collegio, ad attestare - alla luce del predetto inquadramento normativo e giurisprudenziale - l'inadempimento del personale sanitario agli obblighi di sorveglianza del paziente, atteso che dalla stessa ed in particolare, dalla cartella clinica ed infermieristica, emerge che: 1) il CP_2 era una persona che aveva necessità di aiuto e supervisione nel compimento di tre attività (salire e scendere le scale e trasferimenti sedia/letto e nel bagno, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica), per la

debolezza muscolare generalizzata, la deambulazione difficoltosa e l'alterazione dell'equilibrio causata dalla patologia (*miastenia gravis*), da cui era affetto (vd scheda scala ReTos e scheda Barthel compilate in data 18.11.2016 – vd doc. 2 del fascicolo di parte **Parte_4** ; 2) in base al punteggio, pari a 5, della scala ReTos - che valuta il rischio cadute dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie ed è finalizzato ad orientare le attività di prevenzione dello stesso – riportato nella scheda compilata al momento dell'ingresso nella struttura sanitaria, il rischio, nel caso di specie, rientrava nel livello medio della scala per il quale, tra l'altro, veniva consigliato di “*aumentare la sorveglianza e l'osservazione del paziente*”; 3) nella scheda Barthel era, inoltre, annotato che il **CP_2** al momento del ricovero, era agitato e che il medesimo faceva uso di medicinali tra cui antidepressivi; 4) il **CP_2** nei giorni successivi al ricovero, a seguito della somministrazione dei farmaci, era migliorato nella funzione fonatoria e deglutitoria, ma continuava ad essere aiutato ed accompagnato quando si recava in bagno o comunque, negli spostamenti ed ad essere controllato per il tono dell'umore (vd cartella infermieristica – doc. 2, 3 e 4 del fascicolo di parte **Parte_4** e 5) la raccomandazione al controllo dell'umore era stata, infatti, riportata, per la prima volta, nel diario infermieristico del giorno 21 (quando il **CP_2** in occasione del posizionamento del sondino, aveva avuto una importante crisi di pianto) ed era stata mantenuta nei giorni successivi, insieme a quella dell'aiuto negli spostamenti (vd diario infermieristico, relazione dei giorni dal 21 al 24). Inoltre, nel diario dei giorni 22, 23 e 24 era stata anche riportata la difficoltà del **CP_2** a dormire a causa della tosse e della scialorrea che aveva anche determinato un'agitazione (alle ore 2,12 del giorno 24), trattata con la somministrazione di 5 gocce di Lexotan.

Pertanto - considerato che il **CP_2** nonostante il peggioramento del suo stato di umore (dovuto sicuramente anche alla mancanza di sonno) e le raccomandazioni all'aiuto ed al controllo, era stato lasciato a se stesso per varie ore (l'ultimo controllo segnato nel diario infermieristico risale alle ore 00.49 del 25.11.2016 ed il successivo, ove si era scoperto che il paziente non era più nel suo letto, è delle 06.19) e che il personale sanitario, essendo gravato da obblighi di garanzia del paziente, poteva sicuramente intervenire per convincere il medesimo ad avvalersi del loro aiuto per deambulare o, nel caso di crisi psicologica, per disporre un contenimento del medesimo - la decisione del giudice di primo grado di ritenere sussistente la violazione dei predetti obblighi appare immune da censure.

Ciò detto, in relazione al nesso causale, va ricordato che l'accertamento del nesso eziologico tra il comportamento omissivo del sanitario ed il pregiudizio subito dal paziente è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della c.d. causalità adeguata, in base alla quale, all'interno della serie causale, ognuno è responsabile soltanto delle conseguenze della sua condotta che appaiono, in base ad un giudizio eseguito “ex ante”, sufficientemente prevedibili al

momento in cui ha agito, escludendosi la responsabilità per quelle assolutamente atipiche e imprevedibili, ferma la regola del “più probabile che non” (che comporta la verifica comparativa degli elementi di conferma o di confutazione di un enunciato, la cui verità implica che vi siano prove preponderanti a suo sostegno) e della prevalenza relativa (che si applica quando all’ipotesi formulata dal danneggiato se ne affianchino altre e tutte abbiano ricevuto un certo grado di conferma alla luce delle risultanze probatorie, dovendosi preferire l’enunciato che ha ricevuto, in concreto,).

Tanto ricordato, si osserva che, nel caso di specie, il CP_2 era stato rinvenuto morto sul pianerottolo della scala di emergenza al piano sottostante (IV piano) a quello in cui era ricoverato (V piano, reparto Neurologia 2) e che dall’autopsia effettuata, in sede penale, dalla Dott.ssa Per_5 [...] nel corso delle indagini espletate dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Firenze era emerso che il medesimo era deceduto a causa di un arresto cardio-respiratorio avvenuto a seguito di shock emorragico conseguente a emoperitoneo (1100 ml) in presenza di stiramento del mesentere con lacerazione traumatica della arteria renale destra ed emotorace secondario a frattura della III, IV, V, VI, VII, VIII costa di destra. Il primo CT del PM, Dott.ssa Persona_5 aveva ricostruito la dinamica come dovuta all’impatto traumatico del corpo con caduta in avanti a partire da stazione eretta ed ipotizzato che il soggetto, alto 180 cm, defedato ed instabile, non fosse riuscito ad attuare efficaci manovre di protezione, mentre il Prof. Persona_6 (secondo CT del PM), pur confermando la causa della morte, aveva escluso l’esistenza di “elementi a supporto dell’ipotesi di un infarto miocardico recente”, ritenendo che le lesioni mortali fossero riferibili a precipitazione.

Detta valutazione risulta essere stata condivisa anche dai c.t.u. nominati nel primo grado del giudizio (che hanno concluso affermando che il decesso era stato provocato da un “*politrauma da precipitazione che ha determinato gravi lesioni toraco-addominali e craniche con arresto cardio-respiratorio per shock emorragico con lacerazione dell’arteria renale ed emoperitoneo*”), i quali hanno anche evidenziato che: 1) la revisione dei preparati istologici, a cura del prof. Persona_7 avvenuta, in data 7.12.2022, nel corso delle operazioni peritali, aveva consentito di escludere che la caduta fosse stata causata da un infarto miocardico; 2) il decesso era da attribuire ai due impatti consecutivi del corpo nel suo spostamento verso il basso, (il primo impatto contro il corrimano della ringhiera, che interessò prevalentemente le strutture toraco-addominali e forse gli arti inferiori ed il secondo impatto contro il suolo, che interessò le strutture del capo) in fase di precipitazione e 3) a prescindere dai motivi che avevano indotto il paziente ad alzarsi dal letto ed abbandonare la stanza di degenza (probabilmente la necessità di recarsi in bagno), la sua mancata sorveglianza da parte del personale sanitario aveva permesso al medesimo di accedere, tramite una porta con maniglione non allarmata, ad una scala di sicurezza che presentava degli elementi di oggettiva pericolosità, rappresentati da una ringhiera non particolarmente alta, posta subito dopo la porta d’accesso ovvero

da una situazione che, essendo conosciuta dal personale sanitario, rafforzavano la necessità di provvedere ad una idonea sorveglianza del paziente (a cui non risulta fosse stata comunicata la pericolosità delle scale od impedito l'accesso alle stesse).

Pertanto, considerato che, nel caso in esame, l'uscita del CP_2 dal reparto ove era ricoverato per recarsi sulle scale di emergenza dell'Ospedale, era stata possibile a causa della mancata sorveglianza del paziente da parte del personale sanitario, atteso che la stessa si era pacificamente verificata nello spazio di tempo in cui nessun controllo della sua permanenza in stanza era stato operato dai sanitari attraverso la porta aperta della stanza; che quest'ultimi (contrariamente a quanto sostenuto dall'appellante) potevano efficacemente intervenire per evitare che il CP_2 si recasse da solo sulle scale, anche in considerazione della pericolosità della stessa e che la morte del CP_2 era stata pacificamente causata dalla sua precipitazione dalle scale, ne consegue che, stante l'assenza di prove circa l'addebitabilità della stessa ad un infarto ovvero ad un evento imprevedibile ed imprevibile idoneo ad escludere il nesso causale tra la condotta del personale sanitario e l'evento dannoso, appare del tutto condivisibile la decisione del primo giudice di ravvisare quest'ultimo in base ad un corretto giudizio controfattuale.

La sentenza impugnata va, pertanto, integralmente confermata.

Le spese di lite del presente grado di giudizio seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo, secondo i parametri medi dello scaglione di valore compreso tra euro 520.000,01 ed euro 1.000.000,00 del decreto del Ministero della Giustizia n. 55 del 10.3.2014, aggiornati al D.M. n. 147 del 13.8.2022 (fatta salva la fase istruttoria/trattazione che va liquidata in base al parametro minimo in ragione del mancato espletamento di istruttoria) ed aumentate ex art. 4, secondo comma, del predetto decreto per la presenza di più parti nella stessa posizione processuale.

Deve, infine, darsi atto che per effetto dell'odierna decisione sussistono i presupposti di cui all'art. 13, comma 1 quater, del DPR 115/2002 (come novellato dall'art. 1 comma 17 L. 24.12.2012 n. 228) per il versamento dell'ulteriore contributo unificato di cui all'art. 13 comma 1 bis DPR 115/2002.

P.Q.M.

la Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto dalla [...] Controparte_7 avverso la sentenza n. 37/2025 del Tribunale di Firenze, pubblicata in data 8.1.2025, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione respinta, così decide:

- rigetta l'appello e condanna l Controparte_7 alla rifusione delle spese sostenute da Controparte_1 , Controparte_2 Controparte_3 e Controparte_4 quali eredi di Persona_1 , nel presente grado di giudizio, liquidando il compenso professionale in totali euro 31.266,20 (oltre al rimborso forfettario delle spese generali pari al 15% del liquidato compenso), con l'IVA ed il CAP come per legge.

Si dà, altresì, atto che per effetto dell'odierna decisione sussistono i presupposti di cui all'art. 13, comma 1 quater, del DPR 115/2002 (come novellato dall'art. 1 comma 17 L. 24.12.2012 n. 228) per il versamento dell'ulteriore contributo unificato di cui all'art. 13 comma 1 bis DPR 115/2000.

Così deciso in Firenze il 30.7.2026

Il Presidente rel. est.

Dott.ssa Carla Santese

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.