N. 1242/2024 R.G.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE

SEZIONE QUARTA 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. **1242/2024** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted];

APPELLANTE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1* , con il patrocinio dell'avv. [redacted];

APPELLATA

avverso

la sentenza n. 1071/2023 del Tribunale di Grosseto, emessa e pubblicata in data 20.12.2023;

con ordinanza del Consigliere Istruttore emessa ai sensi dell'art. 352 c.p.c. in data 6.8.2026, all'esito dell'udienza a trattazione scritta del 7.7.2026 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 l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze accogliere, per i motivi sopra esposti, l'appello formulato con il presente atto, riformando la sentenza n. 1071/2023 del 20.12.2023, emessa dal Giudice del Tribunale di Grosseto e depositata in pari data, nel procedimento civile n. 1774/2018 e per l'effetto, -* ***in via istruttoria****, ammettere le istanze istruttorie formulate con memoria ex art. 183, co. 6 c.p.c. n. 2;* ***- in via principale:*** *> accertata e dichiarata la responsabilità del personale medico del presidio ospedaliero di Grosseto e della Guardia Medica di Follonica nella verificazione delle lesioni patite dal ricorrente per tutti quei motivi richiamati in narrativa e meglio spiegati nella CTU medico-legale già espletata in sede di atp, giudizio RG n. 1960/2017 già pendente dinnanzi al Giudice del tribunale di Grosseto; > accertata e dichiarata la responsabilità medica della convenuta per l'inadeguatezza e non corrispondenza alla linee guida normalmente praticate in occasione delle visite eseguite nei confronti del ricorrente; > accertata e dichiarata la responsabilità medica della convenuta per errata diagnosi ed omessa adozione delle cautele necessarie, ivi compresa la prescrizione di approfondimenti diagnostici e strumentali; > condannare parte convenuta al risarcimento di tutti i danni patiti dal ricorrente ivi compresi il danno biologico, come risultante dalla CTU medico legale già espletata in sede di atp, oltre al danno morale, nonché il danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica come quantificato in narrativa, oltre al rimborso delle spese mediche, alle spese di CTU ed alle spese di CTP relative sia alla fase di atp che alla fase di merito, oltre agli interessi compensativi in ragione del titolo della domanda giudiziale da rapportarsi agli indici di "rendistato" al momento della notifica del presente atto. Il tutto con vittoria di spese e compensi di causa relativi alla presente procedura e quella ex artt. 696 e 696 bis c.p.c. già espletata";*

Per la parte appellata: *"Voglia la Corte di Appello di Firenze adita, per quanto sopra esposto dichiarare inammissibile ex art 348 bis cpc l'appello proposto dal* Parte_1 *, ovvero respingere l'appello contro la sentenza del Tribunale di Grosseto n. 1017/2023 perchè infondato in fatto ed in diritto e non provato con vittoria delle spese e dei compensi di causa".*

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. I fatti di causa e le domande proposte.

Con atto di citazione ritualmente notificato, Parte_1 conveniva in giudizio, innanzi a questa Corte di Appello, l Parte_2 (di seguito, per brevità, anche solo " CP_2) proponendo gravame avverso la sentenza n. 1071/2023, emessa e

pubblicata il 20.12.2023, con cui il Tribunale di Grosseto aveva respinto la sua domanda volta ad ottenere il risarcimento dei danni subiti a causa della malpractice medica prospettata a carico della struttura sanitaria convenuta.

In primo grado, *Parte_1* aveva adito il Tribunale di Grosseto con ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c. esponendo quanto segue: il 2.7.2011 si era recato al Pronto Soccorso di Grosseto riferendo di accusare da circa quattro giorni una persistente cefalea, dolore al petto e alle spalle nonostante l'assunzione di farmaci antidolorifici; in quella sede veniva sottoposto ad esami ematochimici basali e a consulenza neurologica e veniva dimesso nella stessa giornata con diagnosi di "cefalea in cefalalgico", con riaffidamento al medico curante per l'evoluzione clinica del quadro e indicazione al controllo presso ambulatorio cefalee e ad eseguire RX rachide cervicale; il 05.07.2011 si sottoponeva a Eco colordoppler dei vasi epiaortici presso U.O. Neurologia Ospedale Misericordia di Grosseto da cui emergeva: "… i*spessimento di tipo fibro – sclerotico ed a superficie regolare a carico della parete anteriore della BFC dx, non stenosante e privo di effetti emodinamici. Ateromasia marginale, fibro - lipidica, interessa l'intima della BFC e l'origine della CI* *Pa*, *non stenosante e priva di effetti emodinamici. Vertebrali pervie con flusso normalmente rappresentato… (ndn il resto)";* il 07.07.2011 effettuava RM cranio e RM rachide cervicale presso l'Istituto "[redacted]" di Castiglione della Pescaia ove si rilevava, quanto al cranio: "*presenza di una sella vuota parziale per penetrazione all'interno dello scavo sellare di un diverticolo aracnoideo proveniente dalle cisterne liquorali sovrasellari. Il parenchima ipofisario è assottigliato e ridotto ad una stria di circa 1 mm mentre il peduncolo ipofisario è striato in basso ma sulla linea mediana*", quanto al rachide cervicale: *"…minimi fenomeni degenerativi interessano tutti i dischi, peraltro lievemente sporgenti all'indietro in C4-C5 e C5-C6 … (ndn il resto)";* in data 16.08.2011 accedeva nuovamente al Pronto di Soccorso di Punta Ala per insorgenza di vertigini, fischio alle orecchie e malessere generale tant'è che veniva sottoposto a nuova visita che tuttavia si concludeva con il rilevamento di un quadro nella norma; eseguiva in quella sede Eco colordoppler dei vasi del collo dimostrativa di una lieve sclerosi vasale e veniva dimesso con diagnosi di "vertigine periferica" e prescrizione di terapia con Medrol 16 ½ cp ore 8 per 3 giorni, Vertiserc 24 mg 1 cp x 2 e controllo clinico da parte del curante; in data 18.08.2011 effettuava un nuovo esame audiometrico presso uno specialista che, per un quadro di ipoacusia improvvisa, prescriveva terapia medica e programmava un controllo dopo una settimana che rivelava un lieve miglioramento prevalente sulle medie frequenze; in data 07.09.2011 e 20.09.2011 seguivano rispettivamente un esame otoneurologico presso la U.O.C di ORL di Siena nonché un

esame vestibolare e equilibriometria eseguito dal dottor *Per_1* presso la U.O. ORL dell'Ospedale "Santa Chiara" di Pisa, il quale alle conclusioni riferiva di "*deficit vestibolare sx non perfettamente compensato…*" e per quanto riguardava in particolare la funzionalità vestibolare, evidenziava: "*grado di deficit vestibolare sx non perfettamente compensato, associato ad ipoacusia fluttuante omolaterale, quadro compatibile con una forma di malattia di* *Per_2* *in fase iniziale*"; il 17.10.2011 si sottoponeva a visita presso lo studio del professor *Persona_3* otologo, il quale diagnosticava sindrome di Méniere e prescriveva terapia medica con Cardioaspirin 100, Gradient 5 mg, Diamox, Isotal 20% 500 cc flebo oltre a dieta iposodica e iperidrica; in data 11.01.2012 eseguiva monitoraggio della pressione arteriosa di 24 ore presso il Centro Ipertensione arteriosa e rischio cardiovascolare globale – Medicina Interna di Grosseto, dimostrativo all'esito di "curva sincronizzata. Valori pressori medi sopra la norma nelle ore diurne PA media 140/92"; in data 19.01.2012 la dottoressa *Per_4* *[…]* , medico curante, prescriveva terapia con Ramipril 5 mg; **il 15.03.2012** insorgeva dolore improvviso dietro alla nuca in seguito a mal di testa continuo accompagnato da vomito a getto; il giorno seguente, su consiglio del medico curante, si rivolgeva alla Guardia Medica di Follonica ove gli veniva prescritta la terapia medica con Tachicaf buste e successivamente dimesso; il giorno successivo continuava ad accusare forte mal di testa e vomito, sia di giorno che di notte; in data 18.03.2012, nell'arco della giornata, accusava due episodi di forte emicrania ed alle ore 18:00 perdeva conoscenza con rilascio dello sfintere vescicale; chiamato prontamente il 118 dai familiari, durante il trasposto in ambulanza era evidenziato GCS < 8 quindi veniva trasferito con elisoccorso all'Ospedale di Livorno dove, a seguito di TC cranio encefalo e angiografia, era confermata la diagnosi di ESA in aneurisma della comunicante anteriore con emorragia cerebrale; la TC encefalo (18.03.12 ore 20.48) documentava "*un quadro di emorragia subaracnoidea con materiale ematico iperdenso presente a livello della cisterna magna, della cisterne pre-pontina e interpeduncolare, della cisterna ottico-chiasmatica, delle cisterna silviana e dei solchi della convessità. Piccola raccolta ematica intraparenchimale fronto - basale paramediana bilateralmente (rottura di aneurisma dell'arteria comunicante anteriore?). È apprezzabile sottile ematoma sottodurale frontale dx; sottile raccolta ematica lungo la falce. Materiale ematico iperdenso si osserva nei trigoni dei ventricoli laterali e del quarto ventricolo. Al momento le dimensioni del sistema ventricolare sopratentoriale sono nei limiti della norma. Strutture della linea mediana in asse*"; al controllo TC cranio-encefalo (18.3.2012 ore 22:07) *si evidenziava inoltre: "esame eseguito al termine dello studio angiografico. Si conferma un quadro di*

emorragia subaracnoidea con materiale ematico iperdenso presente a livello della cisterna magna, della cisterna pre-pontina e interpeduncolare, della cisterna ambiens, della cisterna ottico chiasmatica, delle cisterne silviane e dei solchi della convessità. Si associa piccola raccolta ematica intraparenchimale fronto-basale paramediana bilateralmente. Rispetto all'esame eseguito prima dello studio angiografico alle ore 20:30 appare aumentato l'ematoma sottodurale frontale dx e la quota ematica lungo la falce. Si osserva inoltre una riduzione di dimensioni di entrambi i ventricoli laterali verosimilmente per edema bi-emisferico. Si documenta moderato dislocazione verso sinistra delle strutture della linea mediana"; sempre in data 18.03.2012 con diagnosi di "ESA in aneurisma comunicante anteriore" veniva ricoverato in Terapia Intensiva con prognosi riservata; qui era sottoposto a intervento per inserimento catetere per misurazione PIC così refertato: "*attraverso minima incisione cutanea frontale dx e piccolo foro craniotomico, inserimento in parechima di catetere di misurazione PIC (…) PIC in chiusura 15 mmHg*"; in data 19.3.2012 veniva sottoposto a nuovo intervento chirurgico di inserimento di catetere di derivazione ventricolare esterna e monitoraggio PIC, così descritto: "*attraverso precedente ferita cutanea frontale dx, foro di trapano. Coagulazione e incisione della dura madre. Si inserisce in ventricolo catetere di derivazione liquorale esterna e monitoraggio PIC. Previa verifica del corretto funzionamento del sistema, emostasi e chiusura per punti staccati*"; durante la degenza veniva sottoposto a molteplici approfondimenti finalizzati al monitoraggio delle condizioni cliniche, tra cui la TC encefalo del 22.3.2012 rilevava: "*Indagine eseguita in condizioni basali e confrontata dopo posizionamento di sistema della misurazione della pressione intracranica, con precedente del 19/03/2012 Attualmente rispetto al precedente si apprezza diffusa ipodensità biemisferica in relazione alla presenza di edema, con conseguente riduzione delle dimensioni del sistema ventricolare Fisiologica evoluzione dell'ematoma intraparenchimale fronto-basale bilaterale Persiste quota ematica subaracnoidea in regione silviana dx e nei solchi della convessità, a livello della falce";* in data 27.03.12, causa del rilevamento di un quadro di "insufficienza respiratoria post emorragica", veniva sottoposto a nuovo intervento chirurgico di tracheostomia; in data 07.04.2012 con diagnosi di "idrocefalo tetraventricolare post Esa" era sottoposto a trattamento di "derivazione ventricolo peritoneale dx" descritto con "*incisione cutanea paraombelicale dx. Apertura della fascia e del peritoneo. Riapertura della ferita chirurgica frontale dx: attraverso il medesimo foro craniotomico si inserisce catetere di derivazione in ventricolo. Tunnelizzazione del catetere con l'ausilio di tre piccole incisioni paraclaveare retroauricolare dx fino al frontale dx. si connette il catetere*

intraventricolare a valvola a media pressione, quindi alla porzione prossimale del catetere peritoneale. Previa verifica del corretto funzionamento del sistema si inserisce l'estremità distale del catetere peritoneale in peritoneo. Chiusura peritoneale a borsa di tabacco, emostasi, chiusura delle ferite chirurgiche"; all'EEG dell'11.4.2012 era segnalata presenza di "*anomalie lente diffuse in tracciato nettamente asimmetrico e isolate anomalie aguzze in temporale sinistro*"; dalla RX torace a letto, 15.04.2012, emergeva: "*Al confronto con preced del 07 u.s., l'attuale controllo dimostra incremento del versamento pleurico a dx, riconoscibile sino in campo medio, con imbibizione scissurale omolat. Disventilazione basale polmonare dx. Accentuata la trama polmonare in sede sovradiaframmatica sn. Non versamenti a sn. Non addensamenti parenchimali in atto. Restanti reperti invariati*"; la TC encefalo in data 16.04.2012 rilevava: "*Attualmente il sistema ventricolare appare di dimensioni sovrapponibili rispetto all'ultima TC del 13.4 u.s., con residua piccola bolla gassosa nel corno frontale sinistro. Residua minima quota ematica iperdensa nel trigono di destra. Esiti malacici in regione fronto-basale bilaterale. Esiti di craniectomia fronto-temporale sinistra con riposizione dell'opercolo osseo. Presenza di clip vascolare in regione para- cavernosa sinistra. Residua minima quota ematica iperdensa sulla superficie tentoriale. Presenza di sistema di drenaggio ventricolare con estremità posizionata nel III° ventricolo*"; in data 19.4.2012 con diagnosi di "stato di coma da ESA per rottura di aneurisma comunicante anteriore", era disposta la dimissione per trasferimento presso il Centro "[redacted]" di Volterra – Unità gravi cerebrolesioni acquisite; da qui il 15.06.2012 veniva dimesso con diagnosi di "*emiparesi sinistra, deficit cognitivi, disfagia da esiti di emorragia subaracnoidea e cerebrale da rottura di aneurisma cerebrale*"; dal 15.06.2012 al 06.07.2012 rimaneva degente presso la U.O. Neurochirurgia Ospedale di Livorno dove in data *20.06* era sottoposto ad intervento chirurgico di sostituzione del catetere ventricolare e della valvola di *Per_5* (rimossi a destra e riposizionati a sinistra), con revisione della deiscenza frontale destra e toilette chirurgica*;* dal 06.07.2012 al 04.09.2012 era ricoverato presso l'Istituto "[redacted]" Clinica di Riabilitazione di Umbertide; in data 15.09.2012 veniva trasferito presso la U.O. Di Neurologia Ospedale di Città di Castello e Branca stante l'insorgenza, la sera precedente, di episodio di perdita di coscienza, con movimenti involontari di tipo clonico ai 4 arti seguito da stato confusionale; dal 21.09.12 al 16.11.12 era nuovamente ricoverato presso l'Istituto [redacted]; seguivano due ulteriori ricoveri presso lo stesso istituto dal 19.11.2012 al 18.1.2013 e dal 21.1.2013 al 20.3.2013; dall'01.06.2013 al 05.07.2013 rimaneva degente presso la Neurologia dell'Ospedale "S.M. Della Misericordia" di

Perugia; dall'8.10.2013 al 13.12.2013 era ricoverato presso l'Istituto [redacted] con diagnosi di epilessia secondaria; l'11.2.2014 era sottoposto ad intervento chirurgico all'arto superiore sinistro presso la Chirurgia della mano del CTO di Careggi; successivamente, fino al 18.07.2014, rimaneva degente presso Istituto "[redacted]" Clinica di Riabilitazione di Umbertide; in data 10.11.2014 l'*CP_3* faceva pervenire il verbale di verifica della permanenza dei requisiti sanitari per usufruire della pensione, assegno e indennità disposta ai sensi dell'art. 20, comma 2, legge 102/2009, da cui si evinceva "*(…) invalido con totale e permanente inabilità lavorativa al 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani … per le seguenti infermità e/o minorazioni: emiplegia sx in esiti di emorragia subaracnoidea... Esame obiettivo: visita domiciliare effettuata dalla dottoressa* *Per_6* *[…]* *Soggetto in discrete condizioni generali, vigile, collaborante. Accede alla visita in carrozzina. Al colloquio emergono lacune mnesiche sia a breve che a lungo termine. Indossa tutore ortopedico al polso sinistro. Emiplegia sinistra, con ipertono spastico all'arto superiore sn. Passaggi posturali possibili con massimo aiuto. Deambulazione non proponibile. Indossa pannolone igienico... Diagnosi: emiplegia sinistra in esiti di emorragia subaracnoidea con grave deficit statico-deambulatorio; esiti di artrodesi IFP per correzione deformità arto superiore sn; epilessia secondaria in trattamento; ipertensione arteriosa; incontinenza...Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa al 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani..."*; dal 24.01.2015 al 27.01.2015 era ricoverato presso la Clinica Neurologica dell'Ospedale "S. M. della Misericordia" di Perugia, cui seguiva un ulteriore ricovero dal 27.1.2015 al 16.3.2015 presso Istituto "[redacted]" Clinica di Riabilitazione di Umbertide (PG).

Il ricorrente evidenziava che allo stato permanevano "*gli esiti della gravissima emorragia sub aracnoidea patita il 18.3.12 e dei trattamenti che si resero necessari con ulteriore necessità di assistenza personale continuativa globale e di verifiche specialistiche periodiche stante anche la presenza del drenaggio liquorale apposto ed il soggetto è assolutamente inabile a qualsiasi attività lavorativa che possa definirsi tale. Attualmente il soggetto è accudito dai congiunti e da badanti a turno ed è portatore di presidio per incontinenza. La moglie riferisce che ha un letto dedicato munito di barriere. Non è assolutamente in grado di lavorare in via continuativa redditualmente utile*".

Ciò premesso, sulla scorta della perizia di parte a firma del dott. *Persona_7* - da cui emergevano profili di responsabilità a carico della struttura ASL di Grosseto per l'omessa diagnosi e per l'inadeguatezza della condotta tenuta sia dal Pronto Soccorso

dell'Ospedale di Grosseto che omise di eseguire una angio RMN al fine di escludere la presenza di un'anomalia vascolare che potesse causare quello che poi si era realizzato sia dalla Guardia Medica di Follonica, che pur in presenza di cefalea acuta e di vomito incoercibile omise di disporre un ricovero urgente del paziente in ambito neurochirurgico o quanto meno una valutazione specialistica in tal senso – esponeva di aver attivato procedimento di ATP, all'esito del quale i CCTTUU avevano censurato la condotta della Guardia Medica di Follonica riconoscendo l'inadeguatezza dell'operato dalla anamnesi alla diagnosi del paziente e sostenendo che i sintomi riferiti dal *Pt_1* cefalea trafittiva e vomito) dovevano indagarsi a mezzo di approfondimenti diagnostici, quale l'esame TC; che la guardia medica di turno aveva tenuto un comportamento imprudente che l'aveva condotto ad una diagnosi errata in assenza di approfondimenti diagnostici e strumentali; che il registro di guardia medica si era presentato come una modulistica di raccolta dati clinici assolutamente inadeguata e censurabile che aveva impedito al medico di poter trascrivere l'atto medico nel suo complesso, inteso come raccolta anamnestica, obiettivazione clinica, ipotesi diagnostica e prescrizione terapeutica". Pertanto, il collegio peritale aveva concluso che "*L'accesso di quel paziente alle strutture da lui intese come un Pronto Soccorso, per un episodio di cefalea intensa accompagnato da vomito, ancorché in un soggetto con una storia di cefalea cronica, avrebbe dovuto imporre approfondimenti diagnostici (…). Il medico in servizio di Guardia Medica avrebbe dovuto inviare il* *Pt_1* *ad una struttura ospedaliera ove il paziente avrebbe potuto essere sottoposto a tac del cranio, che avrebbe evidenziato la presenza di ESA, innescando quindi un virtuoso percorso diagnostico-terapeutico, che avrebbe, con assai elevato margine di probabilità, consentendo il trattamento, chirurgico o con tecnica endovascolare dell'aneurisma cerebrale dal quale era affetto il* *Pt_1* *prima dell'insorgenza del nuovo sanguinamento avvenuto il 18 marzo 2012 e del grave peggioramento clinico ad esso correlato. Alle precedenti considerazioni consegue che, in termini strettamente prognostici, qualora il* *Pt_1* *fosse stato trattato quando ancora versava in valide condizioni neurologiche, al paziente sarebbero verosimilmente residuati esiti di assai minore entità rispetto agli attuali. In altri termini è ragionevole affermare che il* *Pt_1* *il cui outcome attuale rientra nel 30% dei casi di pazienti colpiti da ESA aneurismatica deceduti o affetti da dipendenza, avrebbe potuto rientrare nell'ambito di quel 70% dei pazienti sopravvissuti indenni o con modesti esiti".*

Alla luce degli acquisiti esiti della CTU medico-legale, il ricorrente deduceva che il danno biologico complessivamente subito era stimabile nella misura del 85% a titolo di inabilità permanente, con un'invalidità temporanea assoluta pari a 2 anni; ad esso dovevano

aggiungersi: il danno morale, inteso quale forma di dolore e di patimento del paziente; le spese mediche documentate e la perdita totale della capacità lavorativa specifica.

Nella resistenza dell'azienda sanitaria convenuta, il Tribunale adito, previo mutamento del rito, esperiva CTU medico-legale e, all'esito, disattendeva la domanda attorea, compensando integralmente le spese di lite e ponendo le spese di CTU a carico del ricorrente.

Il giudice di prime cure - premessa la natura contrattuale della responsabilità prospettata a carico dell'azienda sanitaria ed il conseguente onere allegatorio e probatorio a carico delle parti nonché richiamata la regola civilista di riferibilità causale del "più probabile che non" - rilevava che il caso era stato sottoposto a due accertamenti peritali specialistici conclusisi con esiti diametralmente opposti: segnatamente, una prima CTU espletata in sede di ATP, che aveva riconosciuto profili di responsabilità in capo al nosocomio convenuto e, in corso di giudizio, una seconda CTU (cfr. elaborato depositato in data 11.01.2023 a firma del dott. *Persona_8* della dott.ssa *Per_9* *[...]* che - al contrario – aveva escluso i profili di responsabilità riconosciuti nella prima perizia.

Ciò premesso, il Tribunale valutava maggiormente attendibile l'esito dell'accertamento compiuto con la seconda perizia, espletata in corso di causa, evidenziando che: "*dall'esame della perizia espletata in sede di ATP (cfr. elaborato depositato sub doc. 9 in produzione parte attrice), risulta che i periti, non condivisibilmente, hanno affermato la responsabilità dei medici del nosocomio convenuto sulla base di considerazioni fattuali che appaiono - invero - avulse dal perimetro delle valutazioni prettamente tecniche (che avrebbero invece dovuto informare le relative valutazioni medico legali), basando le proprie valutazioni essenzialmente sulla base delle dichiarazioni rese dalla moglie del periziando ai medici dell'ospedale di Livorno nell'immediatezza del fatto, dichiarazioni che, sebbene indubbiamente utili ai fini dell'accertamento peritale, non si ritiene possano da sole essere poste alla base della ritenuta responsabilità professionale dei medici che ebbero in cura l'attore*".

Tali conclusioni – a detta del giudice *a quo* – "*poiché non supportate da ulteriori evidenze di carattere tecnico ma basate essenzialmente su dichiarazioni di un congiunto del* *Pt_1* *(la cui veridicità non risulta affatto pacifica, oltre a provenire da soggetto astrattamente portatore di un interesse nella causa), non paiono invero preferibili agli esiti della perizia medico legale disposta in corso di giudizio, la quale ha, al contrario, escluso profili di responsabilità in capo al nosocomio convenuto*".

In proposito, il Tribunale rilevava che detta perizia, con linearità logica e completezza tecnica, aveva chiarito come, dall'esame degli atti, non vi fosse modo di definire con ragionevole sicurezza gli episodi di cefalea riferiti in atti (2.7.2011 e 16.3.2012) come eventi sentinella dell'emorragia subaracnoidea del 18.3.2012; in subordine, anche se quello del 16.3.2012 lo fosse stato, era improbabile che vi fosse la possibilità di giungere a una diagnosi precisa e a un trattamento efficace del piccolo aneurisma causa dell'emorragia subaracnoidea del 18.3.2012 prima che si verificasse quest'ultimo episodio; in altri termini, non era possibile affermare, secondo la regola del "più probabile che non", che sussistesse un nesso di causalità materiale tra le prestazioni ricevute dal *Pt_1* presso la Guardia Medica di Follonica, e otto mesi prima presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Grosseto, e l'emorragia subaracnoidea del 18.3.2012 con le sue gravi sequele. Inoltre, come evidenziato dai periti, il paziente aveva una lunga storia di cefalalgico e non risultavano documentati caratteri innovativi della cefalea né segni e sintomi accessori, quali vomito (riferito tardivamente dalla coniuge ma mai riportato nei documenti medici coevi ai fatti), per il quale – per di più – se anche insorto vi era un'altra dimostrata ipotesi causale cioè una sindrome di Ménière certificata; sicché, alla luce delle linee guida nazionali e internazionali per le cefalee, appropriate al caso, non era censurabile il comportamento del medico in servizio di guardia medica di prescrivere una terapia anticefalalgica al paziente senza inviarlo a un Pronto Soccorso ospedaliero. Ancora, i periti aveva sottolineato come, anche nella ipotesi - stimata remota - che fosse stato possibile individuare l'aneurisma prono al sanguinamento tramite un percorso avviato a seguito dell'accesso alla Guardia medica il 16.3.2012 in disaccordo dalle pertinenti linee guida, non sarebbe stata stimabile la sussistenza di un nesso di causa materiale "più probabile che non" con la mancata prevenzione dell'emorragia subaracnoidea del 18.3.2012 a motivo delle incertezze circa la tempistica degli accertamenti che sarebbero stati eseguiti in base al quadro clinico, circa i risultati che sarebbero stati ottenuti e le conseguenti decisioni terapeutiche, circa la tempistica e l'efficacia della attuazione delle misure interventistiche eventualmente decise. In conclusione, i periti avevano chiarito come l'emorragia subaracnoidea che aveva colpito il *Pt_1* *fu un evento spontaneo, non direttamente dipendente da cause estranee al paziente*", e che l'applicazione delle linee guida per le cefalee al presente caso non presentava problemi tecnici di speciale difficoltà, così neppure l'applicazione di quelle per le emorragie subaracnoidee una volta verificatosi l'episodio ictale, concludendo quindi nel senso che "*entrambe le linee guida, ciascuna al suo momento, furono applicate correttamente*".

Pertanto, il Tribunale escludeva l'esistenza di condotte imperite, imprudenti o negligenti da parte dei sanitari che ebbero in cura l'attore e rigettava la domanda, compensando le spese di lite e ponendo definitivamente quelle di CTU a carico del ricorrente.

Parte_1 ritenendo la suddetta decisione errata e ingiusta, interponeva tempestivo appello affidato a quattro motivi di gravame.

Nello specifico, l'appellante esponeva che la sentenza impugnata era ingiusta per i seguenti motivi: 1) errore del giudice di prime cure per aver ritenuto che l'accertamento peritale espletato nel giudizio di ATP era meno attendibile rispetto a quello eseguito nel giudizio di merito perché si sarebbe basato sulle sole dichiarazioni rese dalla moglie del *Pt_1* ai medici dell'Ospedale di Livorno al momento del fatto laddove, per contro, nel procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. i consulenti incaricati avevano elaborato le proprie considerazioni sulla scorta di una copiosissima documentazione medica che era stata attentamente vagliata ponendo a confronto la condotta dei medici del PS di Grosseto nei due accessi avuti dal paziente nel corso del 2011 con quella, non altrettanto attenta e scrupolosa, tenuta il 16.3.2012 dalla Guardia Medica di Follonica; errore per aver omesso di considerare che le dichiarazioni rese dalla moglie dell'attore in punto di anamnesi avevano trovato pieno conforto nella versione del medico di guardia, dr. *Persona_10* il quale aveva ammesso che il *Pt_1* ebbe a riferire di aver avuto cefalea e vomito e di aver sofferto spesso di cefalee in passato; errore per aver trascurato che nella cartella clinica di ricovero a Livorno *veniva annotato: "ore 20.52 colloquio con la moglie: 3 gg. fa intensa cefalea per cui si è rivolto in PS (non accertamenti, solo terapia antalgica con parziale miglioramento), nei gg. scorsi terapia con Fans per cefalea (2-3 Aulin die); oggi nuovo episodio di cefalea regredito con FANS. Alle 18 circa episodio sincopale con rilascio sfintere vescicale preceduto da prodromi vagali e disturbo del visus non trauma … altro episodio di intensa cefalea un anno fa e sindrome vertiginosa lo scorso autunno per cui ha eseguito RM negativa per patologia e MAV ed ha iniziato terapia per sindrome di Menière";* errore per non aver considerato che il fatto, per come emerso dalla documentazione agli atti, era coerente con il racconto della moglie del *Pt_1* errore per aver omesso di valutare che un'intensa cefalea in sede occipito - nucale, accompagnata da vomito a getto incoercibile, imponeva a qualunque medico di Pronto Soccorso o di Guardia Medica il sospetto di emorragia subaracnoidea da aneurisma in pre/rottura, con conseguente approfondimento ovvero riconoscimento diagnostico; 2) errore del giudice di prime cure nell'aver ritenuto che i periti in sede di ATP avevano concluso per la responsabilità della struttura sanitaria convenuta soltanto in quanto il registro di guardia medica, composto da uno scarno

referto, si presentava inadeguato rispetto alla raccolta dei dati anamnestici; in particolare, errore per non aver valutato che la scarsezza della modulistica utilizzata, l'anamnesi inadeguata e la stringatezza del resoconto clinico risultati presso il registro della guardia medica erano elementi utili dai quali trarre la responsabilità della la struttura sanitaria convenuta, risultandone inficiato il processo diagnostico; errore per non aver considerato che, in base alla giurisprudenza di legittimità, il medico ha l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella, la cui violazione configura difetto di diligenza ai sensi dell'art. 1176, comma 2 c.c. e che, nel caso di specie, senza la trascrizione dei dati medici necessari, non vi era prova che detti dati fossero mai stati raccolti, con conseguente responsabilità del medico e, dunque, della struttura convenuta; 3) errore del giudice di prime cure per aver sottovalutato l'importanza delle dichiarazioni rese dalla moglie dell'attore e nel decidere di non ammettere la sua testimonianza; in generale, errore consistente nella mancata ammissione di tutte le prove orali richieste che apparivano indispensabili per poter ricostruire correttamente come si erano svolti i fatti; richiesta di valutare anche l'ammissione della testimonianza del dott. *Per_10* a conferma di quanto dal medesimo scritto e fatto pervenire ai consulenti d'ufficio in sede di ATP; 4) errore del giudice di prime cure nell'aver valutato l'elaborato redatto dai CCTTUU nella fase di merito da preferire a quello redatto in sede di ATP in quanto "*dotato di maggiore linearità logica e completezza tecnica",* nonostante l'omessa audizione dei soggetti coinvolti nei fatti (moglie dell'attore, medico curante e guardia medica) e quindi nonostante non fosse stato acquisito alcun riscontro rispetto alla ricostruzione fattuale elaborata dai CCTTUU; inoltre, contrariamente a quanto sostenuto dai CCTTUU in sede di merito, l'evento sentinella con una minima emorragia precede la grave emorragia subaracnoidea solo di pochi giorni e non certo dei lunghi periodi ipotizzati, con un'alta percentuale di risanguinamenti nella prima settimana, soprattutto nei primi giorni; altrettanto erroneo era l'aver affermato da parte dei consulenti che "evento sentinella" è – salvo rare eccezioni – una diagnosi ex post dopo che è avvenuto un sanguinamento maggiore; per contro, era altamente probabile, per non voler dire certo, che non solo l'episodio devastante del 18.3.2012, ma anche il primo evento cefalalgico del 16.3.2012, fossero causati dalla fissurazione dell'aneurisma; così come era altamente probabile che l'accentuazione e l'intensificazione delle crisi cefalalgiche del paziente fossero da ricollegarsi all'aumento nel tempo delle dimensioni dell'aneurisma che così provocava cefalea ingravescente e che infine si era rotto per la riduzione critica della resistenza di parete per l'aumento di volume, secondo la legge fisica di Laplace; un ulteriore errore

valutativo risiedeva nell'assunto indimostrato e indimostrabile dei CCTTUU secondo cui l'aneurisma il 16.3.12 fosse "piccolo" e quindi lo si poteva non trattare cruentamente come poi fatto a Livorno.

Per tali ragioni, veniva formulata da parte appellante, previa ammissione dei mezzi istruttori indicati, richiesta di integrale riforma della sentenza impugnata in accoglimento delle conclusioni in epigrafe trascritte, con condanna della controparte al pagamento delle spese di lite e di ATP.

Ritualmente radicatosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio l' *Controparte_4* *[...]* (d'ora innanzi, per brevità, anche solo *CP_2* , la quale eccepiva preliminarmente l'inammissibilità dell'appello ai sensi dell'art. 348 bis c.p.c. e, nel merito, contestava, sì come infondate, le censure mosse da parte appellante nei confronti della sentenza impugnata, della quale chiedeva per contro la conferma, con vittoria di spese di lite.

Esaurita la trattazione e acquisito il fascicolo d'ufficio del procedimento di primo grado, la causa, mutato nel frattempo il Consigliere Istruttore (decreto del 7/11.3.2025), veniva trattenuta in decisione una prima volta con provvedimento del 16.4.2026; indi, rimessa sul ruolo con ordinanza del 9/10.6.2026 a seguito di richiesta di astensione ai sensi dell'art. 51, 4° comma, c.p.c. formulata da uno dei componenti del Collegio, veniva nuovamente trattenuta in decisione e riservata al medesimo Collegio (giusta rigetto dell'istanza di astensione) con provvedimento del 6/8/2026 (a seguito di udienza cartolare del 7/7/2026), sulle conclusioni delle parti come in epigrafe precisate.

2. Sull'eccezione di inammissibilità ex art. 348 bis c.p.c.

L' *CP_2* ha eccepito l'inammissibilità dell'appello ai sensi dell'art. 348 bis c.p.c., tuttavia, tale norma non può essere utilmente invocata da parte appellata perché non più in vigore al momento dell'iscrizione a ruolo del presente appello, essendo stata sostituita da una norma di contenuto completamente diverso mediante la c.d. riforma Cartabia, le cui previsioni sono entrate in vigore a decorrere dal 1.3.2023.

3. Il perimetro della decisione e l'ordine delle questioni

Risulta dagli atti di causa che *Parte_1* all'epoca quarantanovenne, iperteso e sofferente di cefalea ricorrente – dopo un accesso in Pronto Soccorso per cefalea il 2.7.2011 e un altro il 16.8.2011 per vertigini e dopo accertamenti ecografici, otoneurologici e di risonanza magnetica, quest'ultimo il 7.7.2011 senza reperti indicativi né sospetti per sanguinamento intracranico – il 16.3.2012 si rivolse alla Guardia medica

di Follonica ove il dott. *Persona_10* formulò diagnosi di "Cefalea muscolo tensiva" e prescrisse Tachicaf; è riferita cefalea nei due giorni seguenti; il 18.3.2012 alle 18:00 il *Pt_1* andò repentinamente in coma: trasferito all'ospedale di Livorno, fu formulata diagnosi di emorragia subaracnoidea in aneurisma della comunicante anteriore con emorragia cerebrale. Il paziente fu ricoverato e adeguatamente trattato; il 27.3.2012 fu eseguito "clipping" di aneurisma dell'arteria comunicante anteriore. Il 19.4.2012 il *Pt_1* fu trasferito al *Controparte_5* di Volterra; dal 15.6 al 6.7.2012 egli fu di nuovo ricoverato in Neurochirurgia a Livorno; dal 6.7 al 4.9.2012 fu ricoverato per riabilitazione all'Istituto [redacted] di Umbertide; dopo pochi giorni al domicilio, dal 15 al 20.3.2013 di nuovo all'Istituto [redacted], con due pause a domicilio di un fine settimana ciascuna (16-19.11.2012 e 18-21.1.2013). Ulteriori degenze ebbero luogo dall'1.6 al 17.7.2013 (Neurologia e Neurochirurgia dell'ospedale Misericordia di Perugia), inoltre day hospital dall'8.10 al 13.12.2013 (Istituto [redacted]), poi ancora degenze dall'11.2 al 18.7.2014 (Istituto [redacted]) dopo un intervento ortopedico complesso a carico del cingolo e dell'arto superiore sinistro eseguito l'11.2.2014 a Firenze (*Controparte_6*, dal 24 al 27.1.2015 (Clinica Neurologica a Perugia), dal 27.1 al 16.3.2015 (Istituto [redacted]). Residuano: emiparesi grave a sinistra con impossibilità alla deambulazione autonoma, gravi lacune mnesiche, drenaggio liquorale a permanenza, esiti cicatriziali degli interventi eseguiti.

Questi i fatti, si controverte nel presente giudizio della responsabilità dell' *CP_2* per la condotta tenuta dalla Guardia Medica di Follonica che - a detta dell'appellante - diagnosticò al *Pt_1* una cefalea muscolo tensiva senza avviare il paziente ad ulteriori approfondimenti diagnostici che avrebbero consentito di rilevare che si era in presenza di un evento sentinella a fronte del quale si sarebbero potute mettere in pratica efficaci terapie idonee a scongiurare l'ESA e, con essa, le gravi conseguenze che si erano purtroppo prodotte a carico dell'attore.

Il giudizio di primo grado ha escluso la responsabilità della struttura sanitaria basandosi sulla CTU medico-legale disposta in sede di merito, preferendola a quella svolta in sede di ATP, che aveva invece concluso per l'esistenza della responsabilità dell' *CP_2*

L'appellante ha posto in discussione tale scelta criticandola non solo per i dati di fatto che la CTU di merito aveva assunto a fondamento del suo percorso logico motivazionale ma anche per le considerazioni squisitamente medico-legali cui era stato improntato il giudizio dei consulenti.

Compito di questa Corte sarà quello di verificare anzitutto quali siano gli elementi di fatto a disposizione, alla luce dei quali scrutinare la condotta del medico che visitò il Pt_1 il 16.3.2012 al fine di accertarne eventuali profili di negligenza; in sequenza, occorrerà stabilire se vi sia nesso di causalità tra le prestazioni ricevute dal Pt_1 uel giorno e l'emorragia subaracnoidale manifestatasi il 18.3.2012 e, in caso positivo, quali conseguenze pregiudizievoli si siano prodotte sulla sfera biologica e patrimoniale del paziente.

Tracciato il quadro del percorso decisionale, occorre preliminarmente sgombrare il campo da un equivoco in cui sembra incorrere l'appellata. Nel giudizio di primo grado non è stata dichiarata né la nullità né l'inutilizzabilità della consulenza tecnica svolta in sede di ATP. Al contrario, risulta che il giudice di prime cure all'udienza del 4.12.2018 ne abbia disposto l'acquisizione in causa, a seguito della quale essa è entrata a far parte del materiale istruttorio ritualmente acquisito al giudizio. La circostanza che il Tribunale abbia nel corso del giudizio ritenuto di disporre una nuova CTU non implica alcuna invalidazione della precedente attività tecnica espletata. Si tratterà semplicemente di analizzare, nel merito, entrambe le valutazioni fornite dai due collegi peritali per trarne gli elementi utili alla decisione, senza indulgere in considerazioni estranee all'ambito delle indagini tecniche e che involgono profili squisitamente giuridici che saranno esaminati e risolti nel prosieguo della trattazione.

4. La condotta negligente della Guardia Medica di Follonica

Vengono in rilievo i primi tre motivi di gravame, tra loro strettamente connessi, con cui l'appellante lamenta che il primo giudice, aderendo acriticamente al percorso motivazionale della CTU disposta in sede di merito e omettendo di considerare tutti gli elementi di fatto acquisiti al processo, che per contro sarebbero stati opportunamente evidenziati nell'elaborato dimesso in sede di ATP, sarebbe giunto a conclusioni non condivisibili sia in punto di ricostruzione degli accadimenti culminati nell'accesso del Pt_1 presso la Guardia Medica di Follonica il giorno 16.3.2012 e sia in punto di accertamento della condotta tenuta dal medico che visitò il Pt_1

La prospettazione dell'appellante è fondata, per quanto di ragione.

Il giudice di primo grado ha basato il rigetto della domanda essenzialmente sulla CTU di merito, la quale ha ritenuto non dimostrato che il paziente avesse presentato un quadro clinico tipico di una ESA sentinella, valorizzando l'assenza di documentazione che attestasse, all'epoca, la presenza di vomito (non riferita dalla moglie del Pt_1 nel referto del Pronto Soccorso di Livorno, due giorni dopo il fatto, ma solo nel corso delle

successive dichiarazioni rilasciate ai CCTTUU in sede di ATP) e una diversa qualità della cefalea (in paziente affetto da cefalea tensiva fin da giovane con attacchi cefalalgici e spesso responsivi a blanda terapia analgesica).

Il divisamento del Tribunale non può essere condiviso.

In punto di fatto, dai documenti acquisiti in causa emerge: che il registro della Guardia Medica, compilato dal dott. *Per_10* il 16.3.2012 in occasione della visita del *Pt_1* è estremamente lacunoso e contiene la sola indicazione "cefalea muscolo-tensiva", senza nessun riferimento anamnestico e senza alcuna obiettivazione clinica (cfr. pag. 16 e 39 della relazione di ATP sub doc. 9 fascicolo primo grado parte appellante); che nel corso delle operazioni peritali di ATP i consulenti di parte *CP_2* depositarono una breve memoria redatta dal dott. *Persona_10* in data 24.06.17 nella quale il medico segnalava che "*alle ore 20:40 del 15.03.12 lo stesso visitava il Sig. Pt_1 che riferiva* ***cefalea e vomito*** (n.d.r. grassetto dell'estensore). *Dopo aver raccolto l'anamnesi da cui risultava che il pz soffriva spesso di cefalee ed aver già fatto in passato accertamenti strumentali tutti negativi per patologie, iniziava la visita soprattutto da un punto di vista neurologico e cardio-vascolare. Non avendo riscontrato segni di lato… decidevo di prescrivere un analgesico per cercare di far diminuire la sintomatologia del Sig. Pt_1* (cfr. pag. 16 della relazione di ATP sub doc. 9 fascicolo primo grado parte appellante); che, in data 18.3.2012, all'arrivo all'Ospedale di Livorno, nell'immediatezza dei fatti, veniva raccolta dai sanitari del Pronto Soccorso l'anamnesi della moglie, la quale riferiva di una "**intensa cefalea** (n.d.r. grassetto dell'estensore)" insorta tre giorni prima, trattata solo con terapia antalgica (cfr. doc. 1 II parte fascicolo primo grado parte appellante).

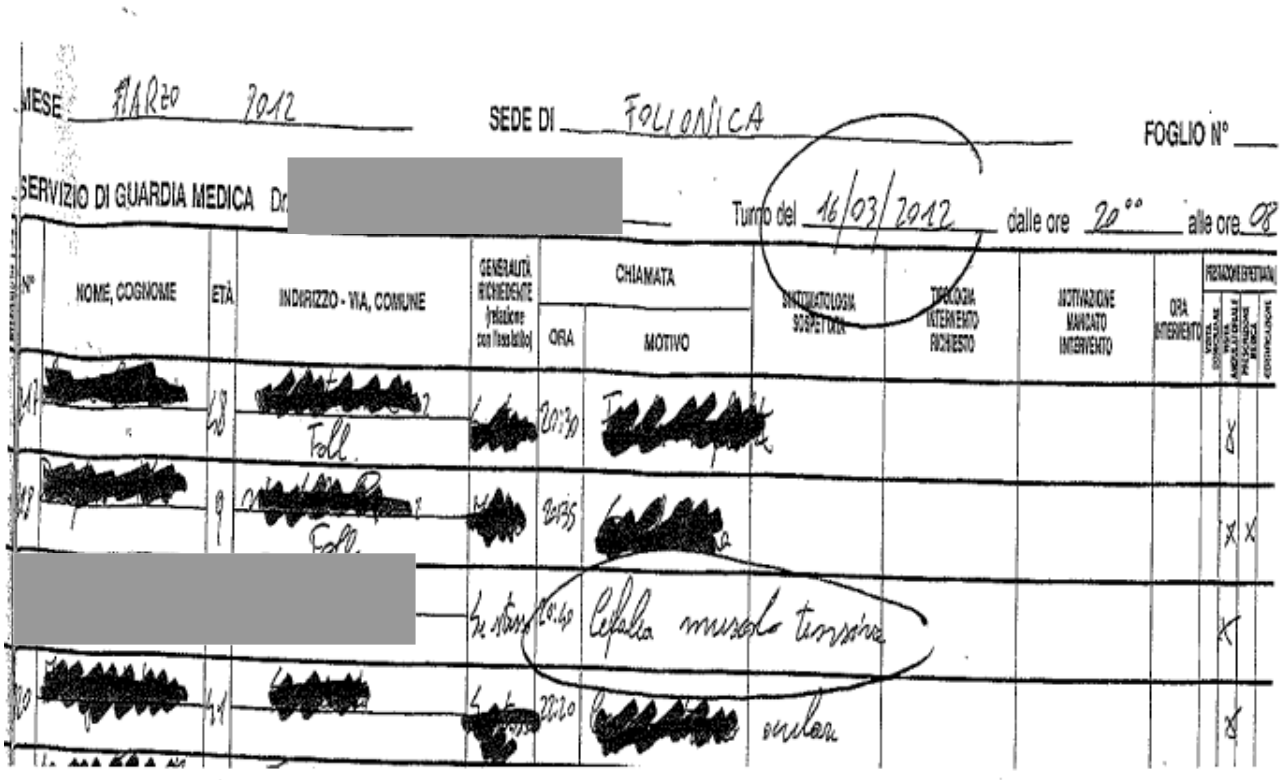
Orbene, tale essendo il quadro di fatto a disposizione, ritiene questa Corte che esso avrebbe dovuto condurre il primo giudice a conclusioni nettamente diverse da quelle assunte.

In primo luogo, infatti, da esso può agevolmente ricavarsi che i sintomi riferiti dal *Pt_1* al dott. *Per_10* - diversamente da quanto ritenuto dai CCTTUU nella relazione depositata in sede di merito e recepito dal Tribunale senza autonomo vaglio - erano sia cefalea che vomito. Come visto, la cefalea non solo fu riportata dalla moglie del *Pt_1* ai sanitari del P.S. di Livorno nell'immediatezza dei fatti, ma risulta pure confermata dallo stesso *Per_10* nella memoria depositata nel corso dell'ATP. La non ordinarietà dell'episodio viene poi desunta non solo dal comportamento del paziente che ritenne che fosse opportuno rivolgersi alla Guardia Medica di Follonica, senza limitarsi ad auto-

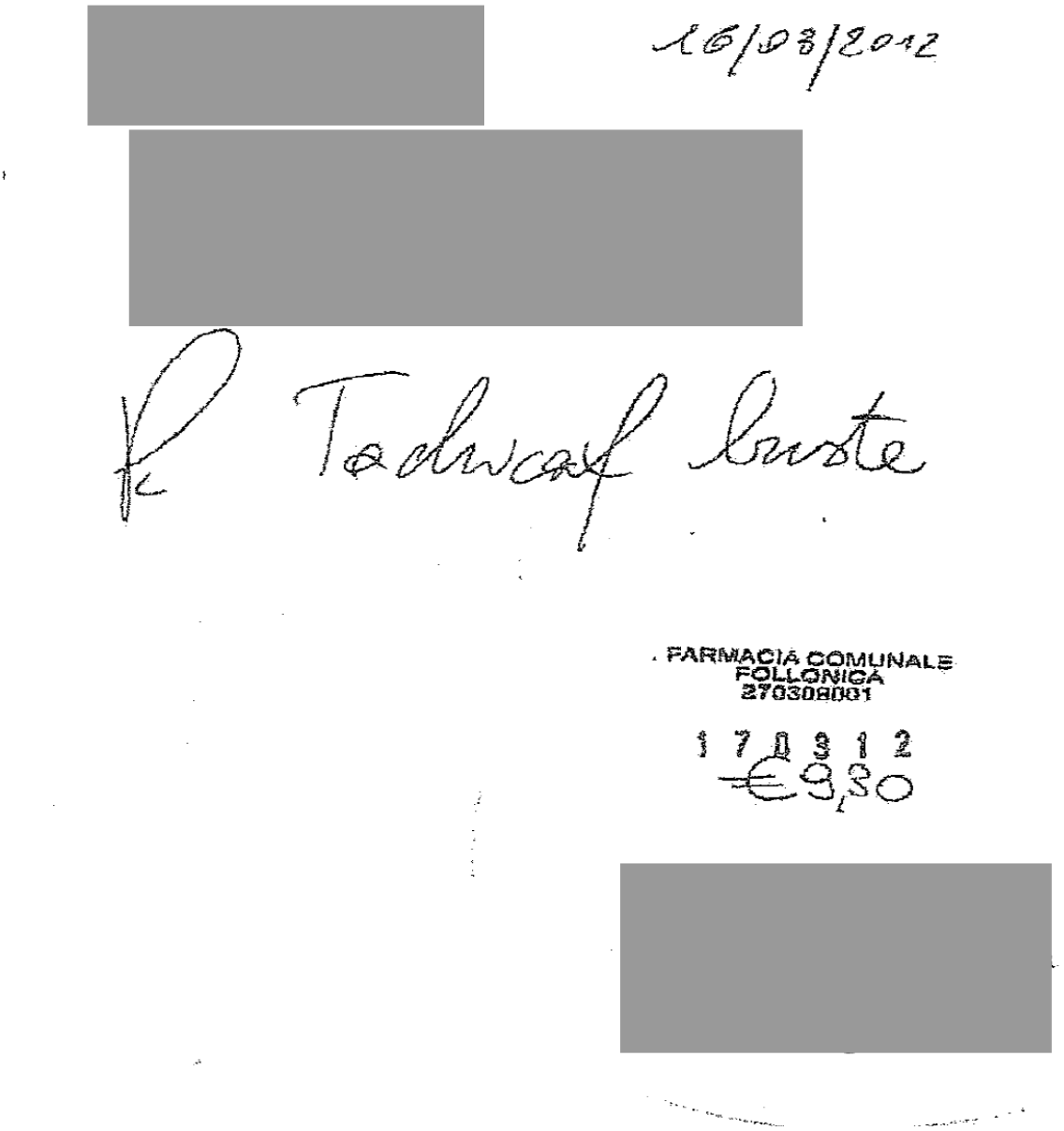
trattamenti, ma trova riscontro nella qualificazione della cefalea come "intensa", riportata dalla moglie nell'anamnesi raccolta a Livorno, nella sua persistenza nonostante l'assunzione di analgesici e nella concomitante presenza del vomito riferita allo stesso medico di Guardia Medica. Risulta inoltre che la cefalea, comparsa già il giorno precedente, era già stata trattata senza successo con analgesici, tant'è che essa era presente anche il giorno seguente. Infine, la cefalea di tipo tensivo causa un dolore di tipo lieve o moderato e non è accompagnata da nausea o vomito (cfr. sul punto CCTTUU [redacted] pag. 50). Per quanto riguarda il vomito, a giudizio di questa Corte, assume scarso rilievo che la moglie del *Pt_1* non esplicitò tale circostanza ai medici del Pronto Soccorso a fronte del fatto, di valore assorbente, che è stato lo stesso *Per_10* a darne conto, quale sintomatologia riferita insieme alla cefalea dal *Pt_1* in sede di anamnesi (non trascritta), nella breve relazione da lui redatta e depositata dai consulenti di parte conventa/odierna appellata nel corso delle operazioni di ATP.

In conclusione, può ritenersi assodato che il *Pt_1* ebbe a riferire al *Per_10* sia della presenza di una cefalea intensa che del vomito. Ne deriva, che vanno disattese sul punto le valutazioni espresse nell'elaborato peritale depositato in sede di merito che si sono basate su un quadro di elementi non corrispondente ai reali fatti di causa, pervenendo per questo a conclusioni distorte e non condivisibili.

Tornando al caso che occupa, il primo dato che balza evidente – in contrasto con quella che dovrebbe essere un'attenta e scrupolosa raccolta anamnestica e con una precisa obiettivazione clinica - è rappresentato dalla scarsezza delle indicazioni contenute nel verbale di visita medica del 16.3.2012, dal quale non traspare alcun riscontro cartaceo di dati clinici rilevanti. Come è agevole rilevare, infatti, in esso non vi è alcun riferimento anamnestico e alcuna obiettivazione clinica, ma solo una diagnosi di



"cefalea muscolo tensiva", alla quale segue la prescrizione terapeutica di un farmaco (Tachicaf), con ricetta in bianco.



Ora, se è vero che la dotazione del punto di Guardia Medica di Follonica - rappresentata da un generico registro privo di sufficiente spazio per tutte le annotazioni del caso - era assolutamente scarsa ed inappropriata, ciò non è certo sufficiente a giustificare la condotta palesemente inadeguata tenuta nella fattispecie dal medico di guardia.

Invero, il quadro clinico che emerge essere stato riferito al medico di turno è quello dominato da una "intensa cefalea" accompagnata da vomito, per la quale il paziente si era rivolto ad un presidio medico d'urgenza. Non è documentato se siano stati ricercati segni di irritazione meningea, né quali specifiche verifiche neurologiche siano state eseguite. La stringatezza del resoconto non consente neppure di affermare se vi sia stata misurazione della pressione arteriosa e quale valore sia stato rilevato.

Tuttavia, ciò non può certo rappresentare un esimente dal momento che, in base al costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, "*In tema di responsabilità*

medica, la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente" (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6209 del 31/03/2016; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 27561 del 21/11/2017; Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 16737 del 17/06/2024).

Proprio l'incompletezza della documentazione sanitaria non può, secondo il consolidato orientamento della Cassazione, ritorcersi contro il paziente, ma consente il ricorso a presunzioni secondo il criterio della vicinanza della prova.

Una volta ricostruito nei termini anzidetti il quadro sintomatologico sottoposto all'attenzione del medico - alla luce del quale le istanze istruttorie avanzate dall'appellante appaiono superate - occorre stabilire quale condotta fosse esigibile da un sanitario diligente nelle medesime circostanze.

Le risultanze tecniche acquisite convergono nell'indicare che la cefalea intensa associata a nausea o vomito può costituire manifestazione di un sanguinamento subaracnoideo minore, definito "sanguinamento sentinella", prodromico a una successiva emorragia di maggiore entità. I consulenti nominati in sede di ATP hanno, in particolare, evidenziato che la maggior parte dei sanguinamenti minori si accompagna a cefalea, nausea e/o vomito e che, nella valutazione del paziente con cefalea, il primo passaggio consiste nell'escludere cause secondarie potenzialmente letali, tra le quali l'emorragia subaracnoidea. Proprio tali acquisizioni assumono particolare rilievo nel caso di specie, poiché il quadro sintomatologico presentato dal *Pt_1* riproduce le caratteristiche tipicamente descritte in letteratura per i sanguinamenti sentinella.

Ciò non significa che, sulla sola base di tali sintomi, il medico dovesse formulare con certezza la diagnosi di emorragia subaracnoidea. Significa, piuttosto, che quella diagnosi rientrava tra le ipotesi patologiche non implausibili che, per la loro particolare gravità e per il carattere tempo-dipendente del trattamento, non potevano essere escluse sulla sola base della pregressa storia di cefalea del paziente.

La questione, pertanto, non consiste nello stabilire se il quadro clinico imponesse al medico di individuare l'esatta eziologia della cefalea, ma se consentisse di arrestare il percorso diagnostico alla qualificazione di "cefalea muscolo-tensiva", limitandosi alla

prescrizione di un analgesico. A tale quesito deve darsi risposta negativa.

Infatti, la concomitanza di una cefalea intensa, persistente nonostante la terapia analgesica e associata a vomito, pur non consentendo di formulare ex ante una diagnosi certa di emorragia subaracnoidea, includeva quest'ultima tra le patologie gravi plausibili che il sanitario era tenuto a escludere.

In tale contesto si inserisce il principio affermato dalla Suprema Corte, secondo il quale il medico, dinanzi a sintomi aspecifici suscettibili di essere ricondotti a patologie diverse, non può acquietarsi in una scettica *epoché*, sospendendo il giudizio e attendendo il corso degli eventi, ma deve formulare le alternative diagnostiche plausibili e verificarne la correttezza. La diligenza professionale richiesta dall'art. 1176, secondo comma, c.c. impone, dunque, non la certezza immediata della diagnosi, bensì l'adozione del percorso idoneo a escludere le patologie più gravi compatibili con i sintomi concretamente rilevati (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 30999 del 30/11/2018: *"Nel caso di specie, la S.C. ha cassato con rinvio la sentenza della corte d'appello che aveva ritenuto diligente la condotta dei sanitari che, in presenza di sintomi aspecifici, quali svenimento e cefalea, non univocamente riconducibili ad un aneurisma cerebrale, ma nemmeno tali da escluderlo, avevano omesso di prescrivere al paziente tempestivi approfondimenti diagnostici con particolare riguardo alla TAC cranica*").

Pertanto, il sanitario della Guardia Medica – analogamente a quanto emerso nel caso sottoposto all'attenzione della Suprema Corte nella pronuncia testé richiamata - non poteva arrestarsi alla diagnosi di cefalea muscolo-tensiva, ma avrebbe dovuto indirizzare il paziente presso una struttura ospedaliera in grado di eseguire i necessari approfondimenti, anzitutto una TC cranica. L'addebito di colpa non consiste, pertanto, nella mancata formulazione immediata della diagnosi definitiva, ma nell'omessa attivazione del percorso diagnostico necessario a verificare se la sintomatologia costituisse manifestazione di un sanguinamento sentinella.

5. Il nesso causale tra l'omesso approfondimento diagnostico e il danno

Accertata la natura negligente della condotta tenuta dal sanitario, viene in rilievo il quarto motivo di gravame, alla luce del quale occorre verificare se l'omesso invio del paziente presso una struttura ospedaliera abbia causalmente inciso, secondo il criterio del "più probabile che non", sull'evoluzione della patologia e sulle gravissime conseguenze neurologiche successivamente riportate dal *Pt_1*

A tal fine, non è sufficiente rilevare che, in presenza dei sintomi sopra descritti, il

sanitario della Guardia Medica avrebbe dovuto considerare l'emorragia subaracnoidea tra le ipotesi diagnostiche da escludere. Occorre altresì stabilire se la cefalea manifestatasi nei giorni immediatamente precedenti il grave evento del 18 marzo 2012 costituisse effettivamente, secondo un giudizio di preponderanza dell'evidenza, espressione di un sanguinamento sentinella e, quindi, suscettibile di essere rilevato attraverso l'approfondimento diagnostico omesso.

A tale quesito deve darsi risposta affermativa.

Depongono in tal senso la natura intensa della cefalea, la sua persistenza nonostante l'assunzione di analgesici, l'associazione con il vomito, la continuità della sintomatologia nei giorni successivi e la stretta prossimità temporale con l'emorragia subaracnoidea massiva verificatasi il 18 marzo 2012. Si tratta di elementi che, unitariamente considerati, riproducono proprio il quadro che i consulenti nominati in sede di ATP hanno descritto come compatibile con un sanguinamento subaracnoideo minore, prodromico a un successivo sanguinamento di maggiore entità.

Non appare, pertanto, condivisibile la diversa conclusione raggiunta dai consulenti in sede di merito. Il loro giudizio circa l'impossibilità di qualificare l'episodio del 16 marzo 2012 come evento sentinella risulta basato essenzialmente sull'assunto che non fossero documentati né il vomito né caratteri innovativi della cefalea. Tale premessa è stata tuttavia smentita dalla complessiva documentazione acquisita, dalla quale emerge che la cefalea fu qualificata come intensa nell'anamnesi raccolta presso il Pronto Soccorso di Livorno e che il vomito era stato riferito al medico della Guardia Medica, come attestato dallo stesso sanitario nella memoria acquisita nel corso dell'ATP.

Né assume rilievo dirimente la pregressa storia di cefalea del paziente. L'episodio in esame presentava infatti caratteri distintivi rispetto agli attacchi abituali, rappresentati dall'intensità, dalla persistenza nonostante la terapia analgesica e dalla concomitante presenza del vomito. Allo stesso modo, la pregressa diagnosi di sindrome di Ménière non offre una rappresentazione alternativa che consenta di spiegare efficacemente l'intera sequenza clinica culminata, a distanza di due giorni, nell'accertata rottura dell'aneurisma dell'arteria comunicante anteriore.

Infine, neppure convince l'argomento secondo cui l'episodio del 16 marzo 2012 non potrebbe essere qualificato come cefalea sentinella per il solo fatto di essersi verificato a distanza di appena due giorni dal successivo sanguinamento maggiore del 18 marzo 2012.

L'osservazione dei CCTTUU in sede di merito, secondo cui gli episodi sentinella sono frequentemente descritti in letteratura come manifestazioni verificatisi giorni, settimane o anche mesi prima dell'emorragia subaracnoidea maggiore (cfr. pag. 56 e 78 della CTU Persona_11 , costituisce infatti una mera descrizione epidemiologica delle modalità con cui il fenomeno si presenta più comunemente da cui non è possibile ricavare una regola assoluta circa l'intervallo temporale minimo che intercorre tra l'evento sentinella e l'emorragia massiva.

La nozione stessa di emorragia sentinella è collegata all'esistenza di un sanguinamento iniziale di modesta entità che può precedere un successivo evento emorragico maggiore. Il dato rilevante, quindi, non è rappresentato dalla durata dell'intervallo temporale che separa i due episodi ma dall'accertamento che il primo episodio costituisse la manifestazione di un primo sanguinamento prodromico al più grave episodio del 18 marzo, circostanza che nel caso di specie appare assai verosimile attesa la stretta vicinanza temporale tra la crisi cefalalgica del 16 marzo e la devastante emorragia del 18 marzo, la continuità del quadro sintomatologico, la persistenza della cefalea nonostante il trattamento analgesico e l'evoluzione culminata nel risanguinamento aneurismatico accertato in sede ospedaliera.

Il Collegio osserva che è proprio la brevità dell'intervallo temporale a deporre più verosimilmente per la riconducibilità dei due episodi ad un unico processo patologico in evoluzione: è meno plausibile infatti che una sintomatologia insorta il 16 marzo e sfociata dopo sole quarantotto ore in una massiva emorragia subaracnoidea possa essere considerata come una comune recidiva della cefalea primaria di cui il paziente aveva sofferto in passato e non invece la manifestazione di un iniziale sanguinamento subaracnoideo, seguito il 18 marzo da un nuovo e più imponente episodio emorragico.

Compiuta tale premessa, il giudizio controfattuale conduce a ritenere che l'invio in ospedale del Pt_1 vrebbe determinato l'immediata esecuzione della TC cranica e, in relazione al relativo esito e alla persistenza del sospetto clinico, la prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico mediante le ulteriori indagini indicate nell'ATP. Secondo le conclusioni del collegio peritale in quella sede, il percorso così tempestivamente avviato avrebbe consentito, con assai elevato margine di probabilità, di diagnosticare l'emorragia subaracnoidea e di trattare l'aneurisma prima del nuovo sanguinamento.

In proposito, non appare decisivo il rilievo dei consulenti nominati nel giudizio di merito secondo cui l'aneurisma, risultato di piccole dimensioni all'angiografia eseguita il 18 marzo 2012, avrebbe potuto non essere individuato mediante un accertamento

radiologico eseguito nei due giorni precedenti.

Invero, la TC cranio che avrebbe dovuto essere disposta a fronte di una cefalea intensa associata a vomito era diretta, anzitutto, alla ricerca di segni di emorragia subaracnoidea rilevabili in oltre il 90% dei casi (cfr. pag. 30 della consulenza in ATP). Lo stesso CT di parte *CP_2* afferma che la sensibilità dell'esame TC cerebrale nel rivelare un sospetto di emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma è del 97-100% se l'indagine viene eseguita entro le prime sei-dodici ore dall'esordio di una cefalea (cfr. pag. 66 della relazione di ATP in atti). Quindi, la ridotta dimensione dell'aneurisma poteva forse incidere sulla sensibilità del singolo esame destinato alla sua diretta rilevazione, ma non rendeva affatto superfluo e privo di ragionevoli sviluppi diagnostici l'avvio di un appropriato percorso clinico-strumentale.

Inoltre, anche in caso di negatività della prima TC, in presenza di un persistente sospetto di emorragia subaracnoidea, il percorso indicato dai consulenti dell'ATP contemplava l'esecuzione di ulteriori indagini, quali la puntura lombare e la valutazione neurologica o neurochirurgica, cui avrebbero potuto seguire gli esami vascolari necessari all'identificazione dell'aneurisma (cfr. pag. 34 della consulenza in ATP).

Del resto, la CTU svolta nel giudizio di merito non arriva a dire che l'aneurisma fosse tecnicamente non rilevabile, ma si limita a richiamare le incertezze concernenti i tempi, l'esito e lo sviluppo dell'ipotetico percorso diagnostico. Tali incertezze, tuttavia, non sono sufficienti ad escludere il nesso di causalità secondo il criterio civilistico della probabilità prevalente.

In tale prospettiva, assume rilievo la conclusione dei consulenti dell'ATP, secondo cui il corretto invio del paziente a una struttura ospedaliera avrebbe consentito di rilevare la presenza dell'emorragia subaracnoidea e di avviare il successivo percorso diagnostico-terapeutico, con tempestivo trattamento dell'aneurisma prima del nuovo sanguinamento e del grave peggioramento neurologico ad esso correlato. Gli stessi consulenti hanno ritenuto che, ove trattato quando ancora si trovava in valide condizioni neurologiche, il *Pt_1* avrebbe verosimilmente riportato esiti di assai minore entità rispetto agli attuali (cfr. pag. 51 della relazione di ATP: "*In altri termini è ragionevole affermare che il* *Pt_1* *il cui outcome attuale rientra nel 30% dei casi di pz. colpiti da ESA aneurismatica deceduti o affetti da dipendenza, avrebbe potuto rientrare nell'ambito di quel 70% dei pazienti sopravvissuti indenni o con modesti esiti*").

Alla luce di tali considerazioni, deve ritenersi causalmente riconducibile alla condotta omissiva della Guardia Medica non l'esistenza dell'aneurisma, patologia preesistente e

indipendente dall'operato del sanitario, bensì il mancato tempestivo trattamento dello stesso e il mancato impedimento del successivo e più grave sanguinamento, dal quale derivarono le gravissime menomazioni neurologiche accertate a carico del Pt_1

6. I pregiudizi risarcibili

Accertata la responsabilità dell'azienda sanitaria e il conseguente nesso causale tra l'omessa attivazione del necessario percorso diagnostico e le gravi conseguenze prodottesi a carico del paziente, occorre procedere all'individuazione e alla quantificazione dei pregiudizi risarcibili.

Giova peraltro precisare che il pregiudizio risarcibile si atteggia nel caso di specie non già quale perdita della possibilità di conseguire un risultato favorevole (c.d. perdita di chance), bensì quale mancato conseguimento del risultato stesso, essendo emerso, secondo il criterio del più probabile che non, che una tempestiva attivazione del percorso diagnostico-terapeutico avrebbe evitato o significativamente contenuto gli esiti invalidanti poi concretamente verificatisi.

6.1 Il danno non patrimoniale

I consulenti nominati in sede di ATP hanno concluso nel senso che "*gli esiti ormai stabilizzati della imponente emorragia sub-aracnoidea che ha colpito il pz in data 18.03.12, determinano ad oggi un danno biologico quantificabile nella misura dell'85%"* e che "*La durata della inabilità temporanea totale (…) può essere quantificata in complessivi 2 anni"*.

Sostanzialmente convergenti sotto tale profilo sono le conclusioni dei consulenti nominati in sede di merito, i quali hanno accertato che dall'emorragia subaracnoidea, spontanea, insorta il 18.3.2012 è derivata una inabilità temporanea totale per 370 giorni, una inabilità temporanea parziale al 90% per 723 giorni e un danno biologico permanente dell'80%, con necessità di un'assistenza personale continuativa per gli spostamenti e per molti degli atti quotidiani della vita.

Il Collegio ritiene che sul punto sia da preferire la valutazione compiuta dai CCTTUU in sede di merito giacché, per quanto concerne i postumi permanenti, essa risulta basata su un esame clinico del paziente più aggiornato e quindi verosimilmente corrispondente ad una stabilizzazione maggiormente attendibile della patologia e, per quanto concerne il danno da invalidità temporanea, essa si presenta maggiormente allineata ai dati clinici risultanti dalla documentazione acquisita in causa.

Trova applicazione nel caso di specie la T.U.N. come di recente affermato dalla Suprema

Corte che, investita di rinvio pregiudiziale ai sensi dell'art. 363 bis c.p.c. ha stabilito il principio di diritto in base al quale «*la Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12/2025, in quanto da riconoscersi quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria. Il giudice, nella liquidazione del danno alla salute da effettuarsi nel caso concreto, potrà, dunque, discostarsene – eventualmente anche reputando di applicare una tabella 'pretoria' - solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell'àmbito regolato oggettivamente, ratione materiae, dalla* CP_7 (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 8630 del 7/4/2026).

Seguendo tale orientamento, non rinvenendosi ragioni per discostarsi dalla tabella unica nazionale, il danno deve essere determinato sulla base dei parametri da essa offerti con possibilità di aumento percentuale per il danno morale, da un minimo (del 46,6%) ad un massimo (del 56,6%).

Si ritiene che debba trovare applicazione l'aumento massimo.

Invero, le circostanze del caso concreto inducono a considerare non solo la grave condizione di menomazione in cui si è venuto a trovare il danneggiato a seguito della malpractice sanitaria ma anche l'intensa afflizione morale dovuta al senso di avvilimento e di prostrazione che è ragionevole presumere in chi come il Pt_1 all'epoca quarantanovenne, è rimasto vittima di una gravissima compromissione neurologica caratterizzata da emiparesi sinistra, deficit cognitivi, importanti lacune mnesiche, necessità di assistenza continuativa e sostanziale perdita dell'autonomia personale, uniti alla consapevolezza della irreversibilità di tale condizione. Deve inoltre considerarsi che il danneggiato ha affrontato un lungo e doloroso percorso terapeutico e riabilitativo, caratterizzato da condizioni iniziali di coma, molteplici interventi neurochirurgici, ricoveri protrattisi per anni presso diverse strutture specialistiche.

Nel caso di specie, i criteri dettati dalla T.U.N., parametrati all'età del danneggiato al momento del sinistro (49 anni) e al grado di invalidità permanente riconosciuto (80%), considerato l'aumento massimo per il danno morale, consentono di determinare un

danno biologico permanente pari a € 906.902,35 già attualizzato e un danno da invalidità temporanea pari a € 91.748,68 già attualizzato.

Giova tuttavia precisare che gli stessi consulenti nominati nel procedimento per accertamento tecnico preventivo hanno evidenziato come, anche nell'ipotesi di tempestiva diagnosi dell'emorragia subaracnoidea e di altrettanto tempestivo trattamento dell'aneurisma, non possa escludersi, secondo un giudizio probabilistico, che il paziente avrebbe riportato postumi permanenti, seppur di entità significativamente inferiore rispetto a quelli concretamente verificatisi. Ne consegue, che il danno risarcibile non coincide con l'intero quadro invalidante attualmente sofferto dall'attore, ma con quella parte di esso che, secondo il criterio del più probabile che non, deve ritenersi conseguenza dell'aggravamento determinato dal ritardo diagnostico e terapeutico.

Come noto, in base al costante indirizzo espresso dalla giurisprudenza di legittimità*, "La liquidazione del danno biologico cd. differenziale, rilevante qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., sottraendo dalla percentuale complessiva del danno (nella specie, accertata dal CTU nella misura dell'80%), interamente ascritta all'agente sul piano della causalità materiale, la percentuale di danno non imputabile all'errore medico (nella specie, del 35%), poiché, stante la progressione geometrica e non aritmetica del punto tabellare di invalidità, il risultato di tale operazione risulterà inevitabilmente superiore a quello relativo allo stesso valore percentuale (50%) ove calcolato dal punto 0 al punto 50, come accadrebbe in caso di frazionamento della causalità materiale*" (cfr. ex plurimis, Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 26851 del 19/09/2023).

Nel caso di specie, in assenza di una più precisa quantificazione medico-legale da parte dei consulenti, la Corte ritiene equo collocare al 10% la menomazione che sarebbe comunque residuata per effetto della patologia preesistente, anche in presenza di una condotta sanitaria diligente. Tale valutazione appare coerente con la qualificazione peritale di esiti "modesti" e di danno "marginale" che i consulenti hanno espresso in sede di ATP laddove hanno evidenziato che il paziente, ove tempestivamente trattato, avrebbe verosimilmente riportato postumi "di assai minore entità rispetto agli attuali" (cfr. pag. 51 consulenza in ATP).

Il danno imputabile alla convenuta deve conseguentemente essere liquidato secondo il criterio differenziale, sottraendo dall'importo tabellare corrispondente all'invalidità

complessiva dell'80% (€ 906.902,35) quello riferibile all'invalidità del 10% (€ 26.590,29), per una differenza di € 880.312,06, già attualizzata.

Analogamente, quanto al danno da invalidità temporanea, occorre considerare che la patologia insorta nel *Pt_1* in assenza di malpractice medica, come riferito dai consulenti in sede di ATP, avrebbe richiesto un periodo di prognosi per la degenza post-operatoria e per la riabilitazione non superiore ai 2 mesi (cfr. pag. 54 della relazione in atti). Il che, a giudizio del Collegio, avrebbe comportato - avuto riguardo alla natura presumibilmente invasiva del trattamento ipotizzato - per i primi 15 giorni un'invalidità assoluta 100%, e a scalare per i successivi 15 giorni un'invalidità parziale pari al 75% e per gli ulteriori 30 giorni un'invalidità parziale al 50%. Donde, si stima equo detrarre dall'importo di € 91.748,68, la quota differenziale di € 3.707,88, pervenendosi all'importo di € 88.040,80, già attualizzato.

Sulla somma complessiva di **€ 968.352,86** (€ 880.312,06 + € 88.040,80), espressa in valori attuali, decorrono gli interessi compensativi dalla data del fatto ad oggi, calcolati al tasso legale sulla somma previamente devalutata al 18 marzo 2012 e quindi rivalutata anno per anno; dalla pubblicazione della presente sentenza spettano inoltre gli interessi legali sull'intero importo liquidato sino al saldo.

6.2. I danni patrimoniali

Il ricorrente/odierno appellante ha chiesto anche il risarcimento dei danni patrimoniali, parametrati alle spese mediche e di assistenza domiciliare che ha dovuto sostenere in conseguenza della malpractice sanitaria e alla perdita totale della capacità lavorativa specifica.

La domanda può essere accolta solo in parte.

Congruenti e in rapporto di causalità con l'evento di danno sono le spese mediche documentate, analiticamente descritte dai CCTTUU in sede di merito e valutate congrue nella misura complessiva di € 16.988,06.

A tale importo si ritiene di dover aggiungere € 341,20 portati dalla fattura n. 423/2013 dell'8.3.2013 per presidi ambientali congruenti con le disabilità accertate (cfr. pag. 26 del doc. 3 all. fascicolo primo grado parte appellante), per un totale di **€ 17.329,26.**

Trattandosi di debiti di valore, decorrono dalla data degli esborsi la rivalutazione monetaria e gli interessi compensativi sulle singole somme, previamente devalutate e quindi rivalutate anno per anno; dalla pubblicazione della presente sentenza spettano inoltre gli interessi legali sull'intero importo liquidato sino al saldo.

La Corte osserva che non risultano documentate dall'attore, odierno appellante, ulteriori spese mediche correlate alla condizione invalidante, successive all'anno 2017 (cfr. doc. 12 all. ricorso introduttivo del giudizio). Ciò né mediante le memorie istruttorie ex art. 183 sesto comma c.p.c. depositate nel corso del giudizio di primo grado, né mediante l'atto di appello e i successivi scritti difensivi nei limiti consentiti dall'art. 345 c.p.c. Tale circostanza, oltre a costituire un indice significativo dell'assenza di elementi concreti da cui desumere la verosimile insorgenza di futuri esborsi sanitari, impedisce di formulare una prognosi sufficientemente concreta e attendibile in ordine alla necessità, alla periodicità e all'entità delle spese mediche future rivendicate dall'appellante.

Infine, sono parimenti da escludere le spese per modifiche strutturali di cui non è sufficientemente provata la riferibilità all'evento per cui è causa, le spese per affitti non altrimenti documentate né quanto alla loro riferibilità al *Pt_1* né quanto alla loro necessità, le spese riferibili alla piscina in assenza di documentazione sanitaria di supporto, le spese risultanti da scontrini fiscali generici per parafarmaci e sanitari da cui non si evince la riferibilità all'evento e al *Pt_1* le spese portate da fatture intestate alla moglie del *Pt_1* o *CP_8*

Va invece riconosciuta la somma di € 7.000,00, oltre IVA, in tale più circoscritta misura ritenuto congruo il corrispettivo per la consulenza stragiudiziale *ante causam* a firma del dottor *Per_7* di cui al progetto di notula in atti (cfr. doc. 2 all. ricorso e pag. 76 del doc. 3 all. fascicolo parte appellante).

Quanto alle spese sostenute per l'assistenza domiciliare, la documentazione prodotta dal ricorrente/odierno appellante comprova che, a decorrere dal gennaio 2014, il *Pt_1* i avvalse di lavoratrici addette alla sua assistenza domiciliare in quanto persona non autosufficiente. Il rapporto inizialmente instaurato con *Parte_4* proseguì sino al dicembre 2015, mentre nei mesi da gennaio a marzo 2016 l'assistenza fu prestata da *Parte_5*

La necessità della prestazione di assistenza trova pieno riscontro negli accertamenti medico-legali, dai quali emerge che il danneggiato necessita di assistenza personale continuativa per gli spostamenti e per molti degli atti quotidiani della vita (cfr. CTU in sede di merito pag. 62/63 e documentazione *CP_3* in atti sub doc. 5 all. fascicolo primo grado parte appellante).

Devono pertanto essere riconosciuti, quali conseguenze patrimoniali direttamente

collegate al danno alla salute, gli esborsi documentati mediante cedolini, ricevute e attestazioni contributive (cfr. doc. 4 all. fascicolo primo grado parte appellante), assumendo come parametro il costo complessivo sostenuto dal datore di lavoro, comprensivo di retribuzioni lorde, di oneri previdenziali e delle ulteriori competenze maturate, tra cui tredicesima e trattamento di fine rapporto.

Dalla documentazione prodotta, considerando per ciascun mese il totale delle competenze lorde e comprendendo le mensilità aggiuntive, le festività, le ferie non godute e il trattamento di fine rapporto liquidato alla cessazione, risultano esborsi pari a € 7.403,31 per l'anno 2014, € 8.860,20 per l'anno 2015 ed € 3.788,16 per il periodo gennaio-marzo 2016, per complessivi € 20.051,67. Infine, emergono quietanze per contributi previdenziali relative ai trimestri indicati nel documento n. 4 che attestano versamenti per complessivi € 2.837,12. Dal marzo 2016 non risultano documentate ulteriori prestazioni di assistenza domiciliare rese da personale retribuito in favore del *Pt_1*

La posta risarcitoria ammonta quindi ad un totale di **€ 22.888,79.**

Trattandosi di debito di valore, decorrono dalla data degli esborsi la rivalutazione monetaria e gli interessi compensativi sulle singole somme, previamente devalutate e quindi rivalutate anno per anno; dalla pubblicazione della presente sentenza spettano inoltre gli interessi legali sull'intero importo liquidato sino al saldo.

A conclusioni diverse deve invece pervenirsi in relazione alla domanda di risarcimento per la perdita della capacità lavorativa specifica.

Non è in discussione che le gravissime menomazioni residuate dall'evento dannoso abbiano pressoché annullato la capacità del *Pt_1* di svolgere personalmente, con la continuità, l'intensità e l'autonomia precedenti, l'attività di mediatore nautico. Tale accertamento, di natura medico-legale, non consente tuttavia di presumere la perdita del reddito, trattandosi di danno patrimoniale che richiede la prova, anche presuntiva, delle concrete conseguenze economiche prodotte dalla menomazione (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 25467 del 17/09/2025).

La documentazione contabile relativa all'impresa del *Pt_1* dimostra in effetti una contrazione dell'attività rispetto al periodo anteriore all'evento: a fronte di un valore della produzione pari a € 550.346,53 e di un utile di € 150.598,33 nel 2011, nel 2012 il valore della produzione si riduce a € 318.478,35 e l'utile a € 4.869,72; negli esercizi 2013 e 2014 si registrano perdite, rispettivamente, di € 35.937,85 e di € 16.954,82

(cfr. bilanci depositati sub doc. 13 I -II- II- IV all. fascicolo primo grado parte appellante).

Tuttavia, sulla base di quegli stessi documenti, deve escludersi che l'attività economica sia cessata o che la capacità reddituale dell'impresa facente capo al Pt_1 si sia totalmente azzerata (cfr. sul punto anche dichiarazioni rese dal Pt_1 circa la prosecuzione dell'attività a pag. 39 della CTU in sede di merito). Essa, infatti, ha continuato a conseguire ricavi registrando nel 2015 un valore totale della produzione di € 244.942,78 e un utile di € 11.667,34 e, nel 2016, un valore totale della produzione di € 278.391,74 e un utile di € 32.221,67. Tale andamento rispecchia la natura dell'attività organizzata in forma di impresa societaria (come si rileva dai bilanci depositati ai sensi dell'art. 2435 bis c.c.), esercitata mediante l'apporto di dipendenti anche prima del fatto lesivo. Al riguardo si evidenzia che il costo complessivo del personale ammontava già nel 2011 a € 212.490,01 e si è mantenuto su livelli rilevanti negli esercizi successivi.

Si rileva inoltre che la documentazione offerta non consente di individuare quale parte dei risultati economici dell'impresa fosse riferibile all'apporto personale del Pt_1 né di determinare l'effettiva diminuzione reddituale causalmente riconducibile all'evento dannoso. Le dichiarazioni fiscali prodotte evidenziano un ridimensionamento della capacità reddituale successivamente all'evento lesivo ma non consentono di affermare che il reddito conseguito nell'anno 2011 costituisse una base reddituale fissa e suscettibile di riproporsi per tutta la residua vita lavorativa del danneggiato. Inoltre, non risulta dimostrato che la contrazione dei redditi sia stata determinata in via esclusiva dai postumi permanenti riportati, trattandosi di proventi derivanti da attività imprenditoriale per sua natura esposta alle variabili del mercato e all'alea economica. In tali condizioni, difetta la prova sia del nesso causale tra la perdita reddituale integralmente prospettata e l'illecito accertato sia dell'effettiva entità del lucro cessante lamentato. Peraltro, l'appellante non ha neppure allegato una precisa quantificazione del danno patrimoniale richiesto, limitandosi a prospettare una generica compromissione della capacità reddituale conseguente ai postumi invalidanti riportati.

Infine, non può essere accolta la richiesta di CTU contabile avanzata dall'appellante finalizzata ad accertare l'effettiva capacità reddituale dell'impresa e il relativo andamento economico antecedente all'evento dannoso. Una simile indagine, invero, presuppone l'acquisizione e la ricostruzione di fatti costitutivi della pretesa risarcitoria che avrebbero dovuto essere provati dalla parte mediante idonea documentazione contabile e fiscale. La consulenza richiesta assumerebbe pertanto carattere esplorativo

e finirebbe per surrogare l'onere probatorio gravante sull'appellante (cfr. *ex plurimis*, Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 8498 del 31/03/2025).

Ne consegue, che la domanda di risarcimento del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica deve essere respinta, in quanto l'appellante non ha fornito adeguata allegazione e prova né della concreta incidenza dell'illecito sulla dedotta perdita reddituale, né dell'effettiva entità del pregiudizio economico lamentato.

7. Le spese di lite

In punto di spese di lite, occorre uniformarsi al consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, a tenore del quale: "*Il giudice di appello, allorché riformi in tutto o in parte la sentenza impugnata, deve procedere d'ufficio, quale conseguenza della pronuncia di merito adottata, ad un nuovo regolamento delle spese processuali, il cui onere va attribuito e ripartito tenendo presente l'esito complessivo della lite poiché la valutazione della soccombenza opera, ai fini della liquidazione delle spese, in base ad un criterio unitario e globale, mentre, in caso di conferma della sentenza impugnata, la decisione sulle spese può essere modificata soltanto se il relativo capo della sentenza abbia costituito oggetto di specifico motivo d'impugnazione"* (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 9064 del 12/04/2018; Cass. Civ. Sez. L, Sentenza n. 11423 del 01/06/2016).

Ciò premesso, dall'esito complessivo del giudizio emerge che il *Pt_1* ha visto acclarata la responsabilità dell' *CP_2* per la malpractice sanitaria contestata e ha visto accolta la propria domanda risarcitoria con l'unica eccezione rappresentata dal capo avente ad oggetto il risarcimento del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica, il che, avuto riguardo all'intera economia del giudizio, induce a ritenere prevalente la soccombenza della convenuta/appellata e a compensare le spese del giudizio limitatamente alla quota di ¼, con conseguente condanna di *CP_2* a rifondere alla controparte i rimanenti ¾.

La liquidazione, in misura intera, sulla base del compenso per gli avvocati in ambito civile come stabilito dal D.M. 55/2014, e successivi aggiornamenti, deve avvenire in base al seguente computo - avuto riguardo al valore della controversia (accertato e ricompreso ai sensi e agli effetti dell'art. 14 TU – DPR n. 115/02 nello scaglione da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00) e all'impegno difensivo (medio) prestato: quanto al procedimento di ATP: in complessivi € 9.998,00 per compensi (di cui € 3.593,00 per fase di studio, € 2.457,00 per fase introduttiva e € 3.948,00 per fase istruttoria) e in € 2.440,00 per spese di CTP (in tale complessiva misura valutate congrue le prestazioni

del consulente di parte di cui alla fattura in atti, sub doc. 11 all. fascicolo primo grado parte appellante), oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge; quanto al giudizio di primo grado: in complessivi € 37.951 per compensi (di cui € 5.989,00 per fase di studio, € 3.951,00 per fase introduttiva, € 17.594,00 per fase istruttoria, € 10.417,00 per fase decisoria), oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge; quanto al giudizio di appello, esclusa la fase di trattazione/istruttoria perché non espletata (Cass. Sez. 3^ ordinanza n. 10206 del 16.4.2021): in € 24.064,00 per compensi (di cui € 7.418,00 per la fase di studio, € 4.313,00 per la fase introduttiva e € 12.333,00 per la fase decisoria) e in € 806,00 per esborsi, oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge.

Infine, le spese di entrambe le CTU, svolte in sede di ATP e in sede di merito, vanno poste in via definitiva interamente a carico dell' *Controparte_1* , che vi ha dato causa.

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 *[...]* *Pt_1* ontro la sentenza n. 1071/2023 del Tribunale di Grosseto, emessa e pubblicata il 20.12.2023, così provvede:

1) accerta e dichiara la responsabilità dell' *Controparte_4* *[...]* per i danni patiti da *Parte_1* n seguito alla malpractice sanitaria per cui è causa, e, per l'effetto,

2) condanna l' *CP_4* *Controparte_4* a risarcire a *Parte_1* le seguenti somme:

- **€ 968.352,86,** già rivalutati ad oggi, a titolo di danno non patrimoniale, oltre interessi dalla data del fatto ad oggi, calcolati al tasso legale sulla somma previamente devalutata al 18 marzo 2012 e quindi rivalutata anno per anno, nonché interessi al tasso di legge dalla pubblicazione della presente sentenza, sull'intero importo liquidato sino al saldo;
- **€ 17.329,26** a titolo di spese mediche, oltre, dalla data degli esborsi, la rivalutazione monetaria e gli interessi al tasso di legge sulle singole somme, previamente devalutate e quindi rivalutate anno per anno, nonché interessi al tasso di legge dalla pubblicazione della presente sentenza, sull'intero importo liquidato sino al saldo;
- **€ 7.000,00** oltre IVA, a titolo di spese di consulenza stragiudiziale;
- **€ 22.888,79,** a titolo di spese per assistenza domiciliare, oltre, dalla data degli esborsi, la rivalutazione monetaria e gli interessi al tasso di legge sulle singole somme, previamente devalutate e quindi rivalutate anno per anno, nonché interessi al tasso di

legge dalla pubblicazione della presente sentenza, sull'intero importo liquidato sino al saldo;

3) rigetta la domanda di risarcimento del danno da perdita della capacità lavorativa specifica;

4) dichiara compensate per ¼ le spese di lite tra le parti e condanna l' *[...]* *Controparte_4* a rifondere a *Parte_1* i rimanenti ¾ di tutte le misure intere liquidate come segue: per il procedimento di ATP, in € 9.998,00 per compensi e in € 2.440,00 per esborsi, oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge; per il giudizio di primo grado, in € 37.951,00 per compensi, oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge; per il giudizio di appello, in € 24.064,00 per compensi e in € 806,00 per esborsi, oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge;

5) pone definitivamente le spese delle due CTU interamente a carico dell' *[...]* *Controparte_9*

[...] , così decisa il 17 settembre 2026, su relazione della dott.ssa Maria Teresa Paternostro.

Il Consigliere est.
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.