

N. R.G. 536/2022



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 persona dei magistrati:

Dott. ssa Carla Santese

Presidente

Dott.ssa Giulia Conte

Consigliere Estensore

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 al n. r.g. 536/2022 promossa da:

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), con il patrocinio degli avv.ti [redacted]
e [redacted] elettivamente domiciliato come da procura in atti

APPELLANTE

contro

Controparte_1 (c.f. *P.IVA_1*), con il
patrocinio degli avv.ti [redacted] e [redacted] elettivamente domiciliata
come da procura in atti

APPELLATA

CONCLUSIONI

Per parte appellante:

“La difesa del Prof. *Parte_1*

“Voglia la Corte di Appello di Firenze:

- in via in via preliminare e istruttoria, chiedere ai CCTTUU la valutazione (in astratto) del grado di invalidità permanente determinato dalle condizioni del *Pt_1* precedenti all'intervento di prostatectomia dell'11/10/14 e quello conseguente alle condizioni che si sarebbero determinate a seguito dell'intervento

di prostatectomia dell'11/10/14 a prescindere dall'illecito di cui è causa, e ciò conformemente a quanto indicato da Cassazione Sez. III n. 28986 del 02.07.2019;

- nel merito, accertare e dichiarare la responsabilità dei sanitari dell' [...] *Controparte_1* e dell' *CP_1* stessa in relazione all'intervento di prostatectomia a cui è stato sottoposto il Prof. *Pt_1* in data 11/10/2014;
- accertare e dichiarare che l'emorragia, lo shock emorragico, l'insufficienza renale, l'infarto del miocardio, la fibrillazione ventricolare, nonché l'incontinenza urinaria e l'impotenza, sono conseguenza esclusiva della condotta colposa connotata da imperizia e negligenza dei sanitari dell' *Controparte_1* e dell' *CP_1* stessa;
- condannare per l'effetto l' *Controparte_1* al risarcimento dei danni in favore del Prof. *Pt_1* in misura pari a Euro 500.000,00 - oltre interessi e rivalutazione dall'11/10/14 al saldo, ovvero nella maggiore o minore somma che dovesse risultare di giustizia;
- condannare l' *Controparte_1* alla rifusione in favore di *Parte_1* delle spese legali e di CTP di primo e secondo grado di giudizio;
- condannare l' *Controparte_1* a rimborsare a [...] *Pt_1* quanto pagato da costui pagato a titolo di spese di primo grado in esecuzione della sentenza impugnata."

Per parte appellata:

"Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze, contrariis reiectis, accogliere le motivazioni di cui al presente atto e per l'effetto respingere le conclusioni dell'atto di citazione in appello notificato, anche di quelle formulate in via istruttoria e per l'effetto confermare integralmente l'ordinanza n. 253/2022 emessa dal Tribunale di Siena in data 10 febbraio 2022".

OGGETTO: appello avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. datata 10.2.2022 del Tribunale di Siena, in materia di responsabilità medica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. I fatti di causa e le domande proposte.

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., *Parte_1* conveniva innanzi al Tribunale di Siena l' *Controparte_1*, esponendo che:

- l'11.10.2014, veniva ricoverato presso l'UOC di Urologia del *Controparte_2* [...] per essere sottoposto a intervento di prostatectomia radicale e

linfektomia pelvica per via robotica, resosi necessario a causa di un adenocarcinoma prostatico del tipo acinare grado 3 - 4 (score 7) di Gleason precedentemente diagnosticato;

- la visita anestesiológica preoperatoria evidenziava uno status ottimale del paziente e ne venivano pertanto certificate le buone condizioni generali, con rischio operatorio lieve;
- l'intervento veniva eseguito nella stessa giornata e alle 13,50 il paziente veniva ricondotto in reparto, senonché nella fase post operatoria emergevano subito delle criticità: alle ore 22,00 l'infermiere di turno sostituiva la medicazione poiché intrisa di sangue; alle ore 04,00 comparivano inequivocabili indizi di una situazione che stava rapidamente evolvendo in senso negativo; alle ore 05,00 si manifestava un secondo episodio di sudorazione e di discesa della pressione arteriosa, al cui esito i medici richiedevano una Tac da estendere anche all'addome; l'esame strumentale dava evidenza di un'emorragia in atto che imponeva di intervenire per otturare i vasi ed effettuare emotrasfusioni; tuttavia, la situazione non accennava a migliorare e alle ore 17,00 il paziente veniva trasferito nel reparto di Rianimazione; in data 15 ottobre veniva formulata la diagnosi di IMA (infarto miocardio acuto), che richiedeva tra l'altro l'intubazione e la connessione a protesi ventilatoria per alcuni giorni; in seguito, in data 22.10.2014, il paziente veniva riportato nel reparto di urologia e dimesso cinque giorni dopo, il 30.10.2014;
- dopo le dimissioni permaneva però una dispnea per modico sforzo, una totale incontinenza urinaria e la perdita della funzione erettile, sicché, con ricorso ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c., il paziente richiedeva una consulenza medica preventiva ai fini della conciliazione della lite, che veniva affidata al Dott. *Per_1* [...] medico-legale, e al Dott. *Persona_2* urologo della Azienda Ospedaliera

Pt_1 nelle more degli accertamenti peritali, domandava quindi il risarcimento dei danni, non patrimoniali e per spese mediche (per complessivi 500.000,00 euro), conseguenti all'errata esecuzione dell'intervento dell'11.10.2014, causa dell'emorragia post operatoria, dell'infarto del miocardio, della disfunzione erettile e dell'incontinenza urinaria, allegando la sofferenza, l'angoscia e la compromissione della propria vita di relazione, causate dall'incontinenza urinaria (di cui aveva sofferto per due anni) e dalla disfunzione erettile, nonché il patema d'animo vissuto a causa dei numerosi interventi cui si era sottoposto per i problemi cardiovascolari successivamente sviluppatisi.

Si costituiva l' Controparte_1 , contestando integralmente la domanda e riportandosi a quanto accertato dai CC.TT.UU. nel giudizio di istruzione preventiva nel frattempo conclusosi.

Nel corso dell'istruttoria erano richiesti dei chiarimenti ai CC.TT.UU. e all'esito il tribunale, premessi la natura contrattuale dell'invocata responsabilità ed i conseguenti oneri probatori, respingeva la domanda e condannava l'attore alle spese di lite, rilevando che: *"L'attore, in particolare, sostiene che vi sia stata un'errata esecuzione dell'intervento chirurgico di prostatectomia e una tardiva diagnosi della successiva emorragia, dalle quali sarebbero derivati, da un lato, l'infarto al miocardio e le problematiche di natura cardiovascolare del Pt_1 e, dall'altro, un grave deficit erettile oltre ad un'invalidante forma di incontinenza urinaria durata due anni, con conseguente correlato decadimento progressivo delle sue condizioni psichiche, morali ed esistenziali.*

Le doglianze attoree risultano tuttavia smentite dalle valutazioni e dagli accertamenti compiuti dai consulenti tecnici d'ufficio, i quali, all'esito di adeguati approfondimenti e con motivazione immune da contraddizioni ed esaustiva sul piano del fondamento scientifico (v. sul tema Cass. 17757/2014, Cass. 7041/2013, Cass. 7364/2012, Cass. 5148/2011, Cass. 19661/06, Cass. 14849/04, Cass. 13426/03 e Cass. 15590/01), censurata dal consulente tecnico di parte attrice con rilievi non condivisibili, peraltro smentiti dagli ausiliari del Giudice, hanno esposto, quanto all'emorragia verificatasi a seguito dell'intervento, che: "La prostatectomia radicale comporta l'asportazione della prostata in toto con le vescicole seminali. Questo richiede una dissezione delle superfici laterali della prostata dalle strutture vascolari deputate all'irrorazione della ghiandola stessa (peduncoli prostatici)... Una emorragia post-operatoria severa si verifica nello 0.5 % - 1.6 % dei casi dopo prostatectomia radicale con accesso laparoscopico... Questa situazione, che rappresenta una emergenza clinica, può essere risolta con la sola terapia trasfusionale o richiedere presidi terapeutici più complessi che implicano il trasferimento in terapia intensiva"; quanto all'incontinenza urinaria, hanno evidenziato che: "Risulta estremamente difficile attribuire all'ematoma l'incontinenza manifestata perché non si è verificato il segno distintivo che accompagna solitamente questa evenienza: la sclerosi del collo o sclerosi dell'anastomosi vescico-uretrale. Da considerare la presenza nel caso del Prof Pt_1 di altri fattori riconosciuti capaci di determinare incontinenza post operatoria come il diabete mellito, la tecnica chirurgica utilizzata (prostatectomia radicale non "nerve sparing")"; infine, quanto all'impotenza, è stato scritto che: "relativamente al caso del Prof

Pt_1 risulta semplice fornire una risposta su eventuali responsabilità dei medici nella genesi dell'impotenza. Escludendo tutti i fattori negativi presenti pre-operatoriamente (diabete, ipertensione ed età > a 65 anni) e post operatoriamente (mancata procedura riabilitativa) risulta come causa dominante l'intervento R.G. n. 3175/2020 radicale. La preservazione dei nervi erigendi è l'elemento fondamentale nel mantenimento della potenza sessuale. La scelta di un intervento radicale, scelta condivisa con il paziente come risulta dal consenso firmato, non permettendo la conservazione di queste strutture nervose comporta inevitabilmente l'impotenza".

Gli eventi di cui l'attore si duole, in breve, vengono rappresentati dai CC.TT.UU come delle complicanze in relazione all'intervento cui il **Pt_1** si è sottoposto in data 11.10.2014.

Sul punto appare opportuno sottolineare quanto chiaramente espresso dalla Suprema Corte (sent. n. 13328 del 30.6.2015) in ordine al concetto di "complicanza": al medico convenuto in un giudizio di responsabilità non basta, per superare la presunzione posta a suo carico dall'art. 1218 c.c., dimostrare che l'evento dannoso per il paziente rientri astrattamente nel novero di quelle che nel lessico clinico vengono chiamate "complicanze", rilevate dalla statistica sanitaria. Col lemma "complicanza", la medicina clinica e la medicina legale designano solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile.

Tale concetto è inutile e neutro nel campo giuridico. Quando, infatti, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la conclusione di esso si verifici un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una: o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso esso va ascritto a colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze"; ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art. 1218 c.c., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze".

Da quanto esposto consegue, sul piano della prova, che nel giudizio di responsabilità tra paziente e medico: o il medico riesce a dimostrare di avere tenuto una condotta conforme alle *leges artis*, ed allora egli va esente da responsabilità a nulla rilevando che il danno patito dal paziente rientri o meno nella categoria delle "complicanze"; ovvero, all'opposto, il medico quella prova non riesce a fornirla ed allora non gli gioverà la circostanza che l'evento di danno sia in astratto imprevedibile ed inevitabile, giacché quel che rileva è se era prevedibile ed evitabile nel caso concreto.

Orbene, nel caso di specie, gli ausiliari del Giudice hanno escluso categoricamente l'imputabilità dell'emorragia ad eventuale colpa dei medici, essendo piuttosto essa dipesa da una causa – tra l'altro nemmeno precisamente individuata (il che fa anche dubitare che l'attore abbia adeguatamente provato il nesso eziologico tra la condotta del medico e il lamentato danno) - comunque inevitabile, precisando che *“La genesi dell'emorragia e del successivo ematoma, nel caso specifico, per la sede dell'accertato sanguinamento non consegue alla fase chirurgica della prostatectomia ma a quella della linfektomia pelvica consensuale. Infatti l'arteria otturatoria si trova nella sede dei linfonodi otturatorii oggetto della procedura chirurgica suddetta . Non è chiaro quale sia il motivo della mancata emostasi, tra le diverse possibilità appare più probabile una mancata tenuta di clip metallica o il mancato effetto coagulativo di un elettrobisturi ad ultrasuoni rispetto al venir meno di una legatura tradizionale... L'emorragia post operatoria non è da attribuire ad un errore del chirurgo operatore ma ad un malfunzionamento del presidio usato per l'emostasi da intendersi come evento avverso in questo caso non prevedibile e comunque non evitabile... Le piccole dimensioni dell'arteria sede dell'emorragia e la sua ubicazione rendono ragione dell'utilizzazione a scopo emostatico di uno dei seguenti presidi: elettrobisturi monopolare o bipolare, clips metalliche o bisturi ad ultrasuoni mentre è più difficile il ricorso ad una legatura proprio per le caratteristiche sopra descritte. Un presidio emostatico può comunque venir meno al suo scopo per molteplici motivi (...). L'arteria otturatoria è un vaso di piccole dimensioni, i suoi rami terminali lo sono ancor di più (nella procedura diagnostica contemporanea alla embolizzazione i due rami arteriosi vengono descritti come piccolissimi rami terminali). Ponendo alla base dell'emorragia la mancata tenuta del presidio emostatico usato (ipotesi: clips metalliche) questo solitamente non genera una perdita copiosa ma piuttosto uno stillicidio continuo specialmente in presenza di vasi di piccolo calibro. Tutte queste considerazioni possono spiegare il manifestarsi tardivo del quadro clinico emorragico (circa 15 ore dall'intervento). Inoltre elemento non trascurabile, che spiega il mancato riconoscimento precoce della perdita ematica, è la scarsa produzione del drenaggio, infatti le perdite evidenziate da questo risultarono sempre poco significative”, sottolineando peraltro la tempestività dell'intervento successivo per far fronte alla riscontrata emorragia “La gestione della*

complicanza emorragica è da annoverare tra quelle che identificano una adeguata condotta medico-chirurgica, in quanto è stata effettuata tempestivamente e in modo competente considerando la soluzione adottata con successo".

Con riferimento all'incontinenza e all'impotenza erettile, i CC.TTT.UU. hanno altresì precisato che la prima non è ricollegabile all'emorragia ("Risulta estremamente difficile attribuire all'ematoma l'incontinenza manifestata perché non si è verificato il segno distintivo che accompagna solitamente questa evenienza: la sclerosi del collo o sclerosi dell'anastomosi vescico 10 uretrale... Per quanto si riferisce ad eventuali responsabilità, sempre relativamente all'incontinenza R.G. n. 3175/2020 urinaria, mancando elementi comprovanti il ruolo dell'ematoma nel determinismo dell'incontinenza risulta difficile attribuire responsabilità oggettive ai medici dell'urologia e di altri dipartimenti che hanno partecipato alla gestione del paziente Pt_1), emorragia che a sua volta, si ribadisce, non è imputabile a colpa dei sanitari (rendendo affatto superfluo qualsiasi accertamento relativo alla riferibilità ad essa delle successive conseguenze lamentate dall'attore); quanto alla disfunzione erettile, gli ausiliari tecnici hanno precisato che la tipologia di intervento, definito radicale, escludeva la preservazione delle strutture nervose del plesso pelvico deputate all'erezione e in parte alla continenza ("risulta come causa dominante l'intervento radicale. La preservazione dei nervi erigendi è l'elemento fondamentale nel mantenimento della potenza sessuale. La scelta di un intervento radicale, scelta condivisa con il paziente come risulta dal consenso firmato, non permettendo la conservazione di queste strutture nervose comporta inevitabilmente l'impotenza. Pertanto in questo caso non si riscontra alcuna responsabilità attribuibile ad una condotta chirurgica errata").

I CC.TT.UU. hanno dunque escluso qualsiasi forma di responsabilità in capo ai medici, concludendo che: "Le complicazioni successive, infarto miocardico ed incontinenza urinaria, peraltro ormai risolte, non sono riferibili pertanto ad una colpa professionale. La presenza della disfunzione erettile è da considerare insita nella scelta del trattamento chirurgico radicale, senza preservazione dei nervi, che il paziente aveva scelto in alternativa al trattamento radiante come risulta dal consenso informato firmato dal medesimo".

Dunque, nel caso di specie si ritiene che gli eventi verificatisi non fossero prevedibili o comunque non evitabili, nonostante tutti gli accorgimenti del caso, posto che i medici

hanno eseguito l'intervento e trattato le complicanze successivamente insorte conformemente alle leges artis, dovendosi pertanto escludere in capo agli stessi qualsiasi profilo di colpa.

Anche in sede di chiarimenti, gli ausiliari del Giudice hanno ribadito l'assenza di qualsiasi comportamento negligente o imperito dei sanitari: "in merito alla domanda specifica se l'intervento è stato condotto in conformità alle metodiche stabilite dalla prassi e dalla scienza medica, la risposta è affermativa. L'intervento è stato eseguito in modo corretto da personale esperto in centro ad alto volume"; così come hanno adeguatamente e condivisibilmente risposto alle osservazioni formulate dal C.T.P. di parte attrice in ordine alle cause dell'emorragia, ribadendo che la stessa non era evitabile, in quanto in modo del tutto casuale – ossia non imputabile all'operato dei medici – può verificarsi un'apertura della clip (il cui utilizzo si desume dal tipo di intervento effettuato) (v. pag. 78 dell'elaborato peritale).

*In ordine alla contestazione relativa al vizio del consenso prestato dal paziente, deve rilevarsi che essa viene per la prima volta sollevata dal C.T.P. e dunque è, in primo luogo, inammissibile, ma in ogni caso è nel merito infondata, avendo i C.T.U. più volte ribadito che "Il Pro **Pt_1** ha firmato un consenso che indica la scelta di una chirurgia radicale, non nerve sparing... Firma un consenso che riporta altresì una alternativa, la radioterapia, che non è stata però considerata".*

Esclusa, pertanto, qualsiasi forma di responsabilità in capo ai sanitari sotto forma di negligente o imperita prestazione medica, la domanda deve rigettarsi, non configurandosi alcuna responsabilità neanche in capo alla struttura sanitaria, che risponde, ai sensi dell'art. 1228 c.c., dei fatti colposi o dolosi dei propri ausiliari."

Pt_1 ha impugnato tale ordinanza, facendo valere quattro motivi:

I MOTIVO: col primo motivo, l'appellante ha lamentato che il primo giudice avesse aderito acriticamente alle conclusioni dei suoi ausiliari senza fornire argomentazioni che giustificassero il suo convincimento e senza spiegare per quale ragione le osservazioni del consulente di parte **Pt_1** non meritassero considerazione alcuna;

II MOTIVO: col secondo, articolato, motivo, l'appellante ha imputato al tribunale: a) di aver erroneamente ritenuto che il sanguinamento post operatorio (e quindi l'emorragia) fosse complicanza inevitabile dell'intervento non imputabile ai sanitari ex art. 1218 c.c., quando invece avrebbe dovuto essere prevenuta e comunque tempestivamente bloccata; b) di non avere esaminato il nesso causale fra l'emorragia e l'infarto miocardico e/o di

averlo ritenuto insussistente; c) di avere ritenuto che il consenso del paziente giustificasse l'asportazione dei nervi erettili, mentre invece la tecnica dell'intervento, se eseguita correttamente, ne avrebbe consentito la conservazione;

III MOTIVO: col terzo motivo, l'appellante ha censurato la scelta dello specialista CTU (urologo), ritenendola inidonea, in relazione all'emorragia, a valutare adeguatamente cause e nesso, laddove sarebbe stato necessario un chirurgo vascolare;

IV MOTIVO: infine, col quarto motivo l'appellante ha sostenuto che la sua condanna alle spese dell'CP_3 era ingiusta e gravatoria, alla luce del fatto che la stessa azienda *ante causam* aveva parzialmente ammesso una propria responsabilità, per il sanguinamento causa dell'infarto del miocardio, offrendo l'importo di euro 172.863,00.

L'appellata si è costituita, contestando ogni censura e chiedendo la conferma della sentenza appellata.

Con ordinanza dell'8.1.2025, la Corte, esaminata la relazione peritale espletata in primo grado ed i rilievi critici formulati dall'appellante, e rilevato che l'elaborato peritale presentava criticità e profili contraddittori, ne ha disposto la rinnovazione, nominando ccttuu il Prof. Persona_3 medico-legale, il Dott. Persona_4 urologo, e il Prof. Persona_5 chirurgo vascolare. Nel corso delle operazioni peritali i ccttuu sono stati autorizzati ad avvalersi dell'ausilio di uno specialista in radiologia (Dott. Persona_6) e di uno specialista in cardiologia (Dott. Per_7).

Acquisito l'elaborato peritale, la causa è stata trattenuta in decisione con ordinanza 12.5.2026, a seguito di trattazione scritta dell'udienza di precisazione delle conclusioni del 7.5.2026, ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c.

2. I primi tre motivi d'appello: l'an debeatur

Il caso, sotto il profilo fattuale, è documentale ed incontroverso.

Il Prof. Parte_1 all'epoca di anni 67 (prossimo a compierne 68), affetto da diabete mellito di tipo 2 ed ipertensione arteriosa, entrambe in terapia, da insufficienza renale cronica lieve, e da coronaropatia trivasale, misconosciuta al paziente ma dimostrata da una tomografia computerizzata (TC) preoperatoria, l'11.10.2014 per adenocarcinoma prostatico fu operato di prostatectomia radicale e linfektomia pelvica per via laparoscopica con tecnica robotica, presso l'Controparte_4. Il 12.10.2014 furono riscontrati shock emorragico e anuria; una TC mostrò sanguinamento arterioso, che fu trattato con embolizzazione, dopo di che il paziente fu rimandato in reparto per alcune ore e poi trasferito in Rianimazione. Per insufficienza renale acuta fu eseguita emofiltrazione veno-venosa per due giorni. Il 14.10.2013 si rese evidente un infarto miocardico a carico dell'apice e della porzione apicale del setto interventricolare, trattato

conservativamente; fu stabilita cura insulinica per il diabete, mantenuta alla dimissione che avvenne il 30.10.2014. Il paziente fu ricoverato dal 21 al 23.12.2014 in [REDACTED] all'Ospedale [REDACTED] di Milano, con riscontro di necrosi inferolaterale con miocardio vitale ipoperfuso in sede perilesionale ed apico-settale; riduzione della funzionalità ventricolare sinistra con lievi segni di dilatazione, frazione di eiezione (FE) 38%; una coronarografia confermò coronaropatia trivasale (arterie interventricolare anteriore, circonflessa e coronaria destra) per cui fu eseguita angioplastica con inserimento di stent. Un nuovo ricovero [REDACTED] ebbe luogo dall'8 al 10.3.2015, con riscontro di ischemia inducibile ad alto carico in sede setto apicale ed apicale inferiore, per cui fu eseguita ulteriore angioplastica con inserimento di stent. Dall'11 al 22.4.2016 il Prof. Pt_1 fu ancora ricoverato presso [REDACTED] per incontinenza urinaria post prostatectomia e il 12.4.2016 fu operato di sospensione uretrale sovrapubica. Il decorso post-procedurale fu complicato da precoce e ingente sanguinamento per il quale furono trasfuse sei unità di emazie e due di plasma. Persistono urgenza minzionale e riferita, plausibile impotenza erettile, oltre ai postumi dell'infarto miocardico acuto post-operatorio.

Ciò che, invece, è controverso, e se vi sia stata una *malpractice* e se l'emorragia successiva alla prostatectomia radicale, l'incontinenza urinaria e l'impotenza siano causalmente connessi ad essa.

È altresì da stabilire – qualora si ritenga sussistente la *malpractice* - se l'arresto cardiaco per fibrillazione ventricolare verificatosi il 3.1.2018, a distanza di oltre due anni dall'infarto post-operatorio (per cui Pt_1 fu ricoverato presso l'Azienda Ospedaliera [REDACTED] efficacemente rianimato e trattato con angioplastica percutanea e impianto di stent, nonché impianto di un dispositivo intracardiaco), sia in nesso causale con essa o, invece, spontanea evoluzione della coronaropatia della quale il Prof. Pt_1 soffriva fino da prima della prostatectomia.

Questa Corte ha già valutato fondate le critiche alla ctu espletata in sede di accertamento tecnico preventivo (ed ai successivi chiarimenti resi dai cttuu), disponendo la rinnovazione della perizia con la nomina di nuovo collegio peritale composto anche da un chirurgo vascolare.

Il nuovo Collegio peritale, a differenza del primo, ha ravvisato dei profili critici nell'operato dei sanitari, e ritenuto che da essi siano discesi l'emorragia e l'infarto post-operatorio, nonché l'incontinenza urinaria, non anche l'impotenza e l'arresto cardiaco per fibrillazione ventricolare verificatosi a distanza di oltre due anni dall'infarto post-operatorio, il 3.1.2018; inoltre, ha escluso la ravvisabilità di una dedotta psicopatologia (ansia e depressione secondaria).

Alla luce delle contrapposte posizioni delle parti – l'appellante, che sostiene che anche l'impotenza ed il successivo arresto cardiaco siano imputabili all'intervento in esame, e l'appellata, che sostiene la correttezza del proprio operato e la non imputabilità delle problematiche denunciate (costituenti a suo dire in parte complicanze non evitabili ed in parte patologie del tutto svincolate dall'operazione di prostatectomia), invocando la consulenza espletata in sede di atp (ed il relativo supplemento svolto in primo grado) – si deve dunque passare all'esame del rinnovato elaborato peritale.

2 a. I problemi cardiaci

Tale elaborato, intanto, ha con chiarezza e dovizia di argomenti smentito la tesi dei primi ccttu – invero contraddittoria ed apodittica, tanto da avere determinato la decisione della rinnovazione peritale - che l'emorragia fosse stata determinata dal *"malfunzionamento di una clip metallica"*, evidenziando non solo che la clip era ben lontana dalla sede del sanguinamento (originata da due piccoli rami terminali dell'arteria pudenda), ma anche che la stessa aveva svolto la sua funzione correttamente: *"non può essersi trattato di un difetto tecnico legato alla mancata chiusura di clip al titanio perché esse erano radiologicamente distanti dalla sede delle bocche vasali sanguinanti, né dal mancato funzionamento del bisturi a ultrasuoni perché lo strumento emette dei toni che cambiano o si interrompono quando la sigillatura del vaso e la coagulazione del tessuto è completata, segnalando al chirurgo che l'emostasi è avvenuta con successo"* (peraltro, ove anche la clip o il bisturi fossero stati difettosi, per andare esente da responsabilità l'CP_1 avrebbe dovuto dimostrare di avere effettuato efficaci controlli preventivi e l'impossibilità di rilevare il vizio, mentre sul punto difetta ogni allegazione e prova).

In particolare, il nuovo Collegio ha affermato che *"La causa più probabile della mancata emostasi è il mancato rilievo, durante l'intervento, delle sedi di sanguinamento; non vi sono dati a favore della presenza di clip nelle zone sanguinanti; il sanguinamento avrebbe dovuto essere rilevato dagli operatori al controllo prima della conclusione dell'intervento"*.

Ha inoltre evidenziato che la diagnosi e quindi il trattamento dell'emorragia non furono tempestivi, essendo mancata *"la terapia elettiva del sanguinamento pelvico dopo prostatectomia radicale consiste nella angiografia selettiva dell'arteria ipogastrica, la localizzazione del vaso/dei vasi sanguinante/i e l'embolizzazione superselettiva di esso/i."*

I ccttuu hanno peraltro evidenziato come, proprio perché è noto che a causa dell'iperinsufflazione di CO₂, alla pressione di 12-14 mmHg (imprescindibile in chirurgia laparoscopica e/o robotica), sussiste il rischio che un sanguinamento di piccola entità possa evidenziarsi tardivamente, in tali tipi di intervento il chirurgo alla fine dell'intervento deve adottare due attenzioni: chiedere all'equipe anestesiologicala di

stabilizzare la pressione arteriosa alle condizioni preoperatorie in modo da verificare se esiste una ripresa del sanguinamento e da quale sede, nonché disporre la riduzione del volume di erogazione della pompa di insufflazione della CO₂ in addome, al fine di ridurre la pressione intraaddominale, così da poter ispezionare le sedi principali dell'intervento di prostatectomia radicale (cosiddetto "controllo dell'emostasi"), e cioè l'area dei due penducoli vascolari prostatici, le fosse otturatorie e l'area della vena dorsale profonda del pene; con questi accorgimenti una piccola emorragia può rendersi evidente e si può provvedere all'applicazione di una clip o di un punto o a una ulteriore coagulazione, se necessario. Nel caso in esame non è stata adottata alcuna di tali cautele.

Non solo: una volta percepita, tardivamente, l'emorragia, non vi è stata una corretta gestione di essa; come evidenziato dai cctuu, "Analizzando il caso del periziando Prof.

Pt_1 nelle prime 24 ore postoperatorie si evidenzia che il volume ematico è stato ripristinato in modo lento e tardivo. I dati documentati: nella nottata del 12.10.2014 alle ore 4:05 la pressione è scesa a 80/50 mmHg, poi è risalita con Emagel a 15 120/75 mmHg alle ore 6 circa; furono poi trasfuse due sacche di sangue, un'ulteriore sacca di sangue durante l'embolizzazione alle ore 10 e una quarta sacca alle ore 13:45; in conclusione nelle prime 24 ore postoperatorie il paziente ha ricevuto 4 sacche di sangue oltre a liquidi e plasma expanders.[...] E' evidente quindi che nelle 18 ore consecutive all'intervento il Prof. **Pt_1** ha avuto una perdita di circa il 50% della parte ematica corpuscolata, e forse oltre, tenendo conto delle due unità di sangue trasfuse prima dell'embolizzazione. Analogamente è documentato il calo 15 Corretto rispetto alla bozza, ove le prime due unità di sangue erano state descritte come trasfuse prima della risalita della pressione arteriosa a 120/75 mmHg. 86 dell'emoglobina nelle 18 ore successive all'intervento, cioè dai valori preoperatori di 14,7 g/dl ai valori delle ore 06 del giorno 12.10 di 7,7 g/dl, che testimonia la perdita di 7 g/dl di emoglobina (quasi il 50% nonostante le due unità trasfuse), ben oltre i 2 punti di emoglobina riportati nella casistica sopra illustrata; in conclusione si può stimare che il prof. **Pt_1** abbia perso circa il 50% del suo patrimonio di sangue, cioè circa 2 litri e mezzo, nell'arco di 18 ore. Il volume ematico è stato ripristinato in modo lento e tardivo in quanto per tutto il pomeriggio e la nottata del 12.10.2014 si è avuto uno stato di shock ipovolemico con documentata ipotensione a 80/50 mmHg alle ore 4:05 poi risalita con Emagel a 120/75 mmHg alle ore 6 circa; furono poi 16 trasfuse 2 sacche di sangue, altre 2 sacche furono trasfuse rispettivamente nella mattinata del 12.10 alle ore 10 durante l'embolizzazione e alle ore 13:45. Dal punto di vista clinico è documentato:

- ECG del 12.10.2014 ore 4:25: Ritmo sinusale, conduzione A-V nella norma...illeggibile ST-T nella norma,. FC 96 bpm. Onda R di ridotto voltaggio nelle derivazioni laterali.

- Dosaggio troponina del 12.10.2014 senza orario 31,53 ng/L
- Dosaggio troponina del 12.10.2014 senza orario 913,60 ng/L
- Alle ore 15 viene eseguita applicazione di Safeguard, alle ore 17 il paziente è trasferito in Rianimazione, dove giunge alle 17:44; nel diario clinico è riportata anuria e tracce di urine ematiche, perdite ematiche dal punto di inserzione del drenaggio (rinnovata più volte la medicazione), si posiziona catetere venoso centrale (CVC) da dialisi in succlavia, controllo radiologico della posizione del catetere vascolare, si effettua prelievo per esami ematici (pagina 192/338 cartella clinica). Per confronto si noti il differente approccio nella gestione dell'emorragia effettuato all' *Controparte_5* di Milano dove il giorno 12.4.2016 il Prof. *Pt_1* esegue l'intervento per l'incontinenza urinaria, si noti bene, dopo aver avuto due angioplastiche coronariche che avevano posto la funzione cardiaca in condizioni di maggiore sicurezza rispetto al precedente intervento di prostatectomia radicale effettuato a *CP_2*. Ebbene al riscontro dell'emorragia postoperatoria, verificata dalla TC del giorno 14.4.2016 alle ore 11:57, con i valori di emocromo più bassi registrati nello stesso giorno (GR 3,06•106/ μ L - Hb 9 g/dL - Hct 27,8%), venivano trasfuse in continuazione, dalle ore 12 alle ore 20 dello stesso giorno, quattro sacche di GR concentrati e due di plasma e ulteriori 2 sacche il giorno 16.4.2016. Questo a testimoniare l'approccio più immediato, rapido e aggressivo nel reintegro della perdita ematica effettuato al *[REDACTED]* che ha consentito all'emoglobina di non scendere mai al di sotto del valore di 9 g/dL, rispetto a quello condotto 2 anni prima a *CP_2*" (v. pp. 85 ss.)

In conclusione, nel caso del Prof. *Pt_1* doveva essere impiegata una quantità di sangue maggiore di quella somministrata, almeno 6 unità infuse continuamente nell'arco orario dalle ore 4 alle ore 12 circa del giorno 12.10.2014, oltre alla somministrazione di cristalloidi (preferibilmente Ringer lattato), mantenendo nel contempo una congrua somministrazione di O2.

Invece, non essendo tutto ciò avvenuto, si è determinata una grave anemia che ha causato l'infarto miocardico (secondo l'ausiliario cardiologo: un infarto di tipo 2, cioè dovuto ad ischemia cardiaca conseguente a discrepanza tra esigenze metaboliche del cuore e capacità di garantire l'ossigenazione da parte del sangue circolante) e la oligoanuria.

È quindi stata radicalmente smentita la tesi dei primi ccttuu secondo cui nel determinismo dell'infarto aveva giocato un ruolo unico ed assoluto l'aterosclerosi coronarica (affermazione che peraltro già si poneva in contrasto con il fatto che al paziente in sede di visita anestesiológica era stata attribuito un rischio anestesiológico classificato come ASA 2, ossia paziente con malattia lieve senza limitazioni funzionali).

Al più, dunque, una preesistente aterosclerosi coronarica può aver concorso, quale mera concausa, a tale infarto, senza che ciò assuma rilievo giuridico, perché verosimilmente senza la consistente perdita ematica tale evento dannoso non si sarebbe verificato: benvero, secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte (v. da ultimo Cass. 14/01/2026 n. 760) in tema di responsabilità civile, in caso di danno alla salute a genesi multifattoriale, e dunque causato dal concorso di una condotta umana con una causa naturale, va affermata la responsabilità dell'autore della condotta in base al principio dell'equivalenza delle cause di cui all'art. 41, comma 1, c.p.

In conclusione, più probabilmente che non l'infarto fu determinato dall'anemia e senza di essa non si sarebbe realizzato, di talché le conseguenze di tale evento costituiscono danno risarcibile.

Invece, i cttuu di questo grado hanno ben spiegato che, contrariamente a quanto preteso dall'appellante, un rapporto di causalità tra il primo infarto e la fibrillazione ventricolare di due anni dopo non può essere dimostrato con un rapporto di probabilità elevata: tale fibrillazione ventricolare è da correlare – con maggiore probabilità – alla progressione della malattia aterosclerotica, con l'instaurarsi dell'instabilità elettrica nei territori cronicamente ipoperfusi.

Specificamente, a fronte della tesi del ctp dell'appellante, secondo cui *"la severa sindrome emorragica avvenuta in fase post operatoria non risulta solo fattore causale dell'infarto miocardico tipo II, ma ha esposto Parte_1 a meccanismi pro-infiammatori e pro-coagulativi che giustificano con elevato grado di probabilità lo sviluppo e la progressione accelerata dell'aterosclerosi coronarica severa riscontrata nella coronarografia eseguita alcuni mesi dopo l'evento indice. In sintesi, l'infarto che ha colpito il Pt_1 lo ha esposto a una progressione accelerata della malattia coronarica e l'esito cicatriziale del muscolo cardiaco ne ha ridotto la contrattilità privandolo di attività elettrica normale"*, i cttuu hanno ben spiegato che *"Considerando la condizione di instabilità del miocardio immediatamente conseguente all'infarto e riguardante il tessuto nell'area perinecrotica, sono da considerare causalmente conseguenti all'evento infartuale dell'ottobre 2014 i due interventi eseguiti all'Ospedale nell'arco di pochi mesi, entro il marzo 2015, sempre in via di maggiore probabilità come risulta dall'analisi dell'ausiliario cardiologo. Considerando la preesistente coronaropatia trivasale e la naturale tendenza di questa condizione ad evolvere, tanto più in un paziente con numerosi fattori di rischio non modificabili (diabete, ipertensione in cura farmacologica, malattia renale cronica; il Prof. Pt_1 non era un fumatore), gli eventi successivi al 2015, a distanza di oltre tre anni dall'infarto miocardico acuto post-operatorio e di due*

anni e nove mesi dall'ultimo precedente trattamento di cardiologia interventistica, sono da attribuire alla progressione della malattia spontanea del paziente.”

Dunque, poiché comunque la malattia coronarica sarebbe progredita, tanto più in considerazione delle comorbidità del paziente, se è vero che, come ipotizzato dal ctp dell'appellante, non si può escludere che tale evoluzione sia stata accelerata e/o aggravata dal pregresso infarto, tuttavia non lo si può neppure affermare: non vi sono indici univoci e riscontri scientifici tali per poter ritenere che, più probabilmente che non, in mancanza del pregresso infarto l'arresto cardiaco per fibrillazione ventricolare avvenuto a distanza di oltre due anni dall'infarto post-operatorio, il 3.1.2018, non vi sarebbe stato, né, più in generale, che la coronaropatia sarebbe stata più lieve.

Poiché era onere del danneggiato dimostrare il nesso causale tra la *malpractice* e tale ulteriore evento dannoso, l'incertezza sul punto non può non andare a suo danno.

2 b. L'incontinenza

Il nuovo Collegio peritale ha anche con dovizia di argomenti (tali da superare il difforme apodittico giudizio dei primi cttuu) imputato ai sanitari l'incontinenza grave postoperatoria (poi ridotta, con apposita operazione effettuata a Milano, ed attualmente consistente in *"incontinenza da urgenza in portatore di protesi uretrale Advance per pregressa incontinenza urinaria totale iatrogena"*) sottolineando come *"per l'età e le condizioni generali il Prof Pt_1 non presentava fattori di rischio di rilievo"*, e chiarendo che *"L'accuratezza tecnica nell'effettuare la dissezione è il fattore più importante nel determinare il tasso di incontinenza urinaria post prostatectomia: la tecnica di risparmio dei ligamenti pubo prostatici, la preservazione del collo vescicale laddove possibile, la divisione selettiva e non in massa del complesso venoso dorsale, l'accuratezza nella dissezione dell'apice prostatico volta a risparmiare una maggiore lunghezza sfinteriale possibile, la tecnica "nerve sparing", la ricostruzione muscolofasciale anteriore e posteriore. Di tutti questi aspetti nel referto operatorio è riportata solo la ricostruzione posteriore secondo Patel, i cui risultati sono per altro considerati in letteratura contrastanti (come precisato in bozza peritale), ma non c'è traccia documentale di tutte le attenzioni che si potevano porre per offrire una valida continenza al Prof Pt_1 ai fini medico legali quello che non è riportato vuol dire che non è stato fatto. Questi elementi tecnici indicano che la grave incontinenza del Prof Pt_1 non possa essere considerata una complicanza non prevenibile (altrimenti l'avrebbero la maggioranza dei pazienti) bensì un errore nella tecnica chirurgica."*

2 c. L'impotenza

Quanto, invece, all'impotenza, i cctuu di questo grado hanno concordato coi precedenti sul fatto che si trattasse di un possibile esito dell'intervento di prostatectomia, non evitabile e dunque non imputabile ai sanitari.

In particolare, rilevato che il paziente non aveva concordato coi chirurghi l'adozione di una tecnica che risparmiasse le strutture nervose (a costo, ove ciò non fosse compatibile con la rimozione del tumore, di rinunciare alla cura, che però con ogni evidenza era necessaria a salvargli la vita), hanno evidenziato che " *La conservazione dei nervi erigendi non sempre è possibile in una prostatectomia per neoplasia maligna, tesa in primo luogo a garantire la radicalità del tumore; la conservazione dipende dalle caratteristiche anatomiche e anatomopatologiche locali, dalla strumentazione impiegata e dall'abilità dell'operatore; nel presente caso non risulta che fosse stata prospettata né adottata una tecnica specificamente finalizzata al risparmio delle strutture nervose, come ha dichiarato in collegiale lo stesso Prof. Pt_1 che aveva concordato di affidarsi alla discrezionalità del chirurgo in relazione al risparmio della potenza sessuale. [...] È comunque da ribadire che il risparmio della funzione erettile è difficile da raggiungere, dovendo dare preminenza alla eradicazione della malattia, e che è ottenuto solo in una parte dei pazienti operati, in qualunque Centro sia eseguito l'intervento: è da considerare complicazione prevedibile ma non prevenibile, nella ricerca della terapia radicale della malattia prostatica maligna. Pertanto questo collegio peritale ritiene di non attribuire a difetto dell'azione medica la riferita impotenza erettile.*"

Chiarito dunque quali menomazioni sono riconducibili alla *malpractice* (gli esiti di infarto miocardico acuto e l'incontinenza da urgenza) e quali non (la cardiopatia aterosclerotica ingravescente e l'impotenza), si deve allora passare alla liquidazione del danno.

3. Il quantum debeatur

In particolare, come evidenziato dai cctuu della rinnovata perizia, " *La sintomatologia attuale del periziando Prof. Parte_1 consiste in diminuita resistenza allo sforzo e alla fatica, per esiti di infarto miocardico acuto iatrogeno e per spontanea cardiopatia aterosclerotica ingravescente; in incontinenza da urgenza in portatore di protesi uretrale Advance per pregressa incontinenza urinaria totale iatrogena; e in riferita plausibile impotenza erettile. Non vi è sostanziale prova, di rilievo medico legale, di un danno biologico di natura psichica, da non confondere con il danno morale cioè con la sofferenza interiore derivante dalla menomazione e dalla consapevolezza che essa sia ingiustamente sofferta. Dopo un evento psicologicamente traumatico, l'insorgenza di una malattia della mente consistente in Disturbo dell'Adattamento rientra tra le conseguenze possibili ma*

non necessarie e deve essere effettivamente riscontrata, non solo ipotizzata nel singolo caso”.

Enucleate le patologie imputabili ai sanitari, i cctuu hanno:

- stimato il danno biologico temporaneo in 34 (trentaquattro) giorni di inabilità temporanea totale, più 60 (sessanta) giorni di inabilità temporanea parziale al 75%, più 525 (cinquecentoventicinque) giorni di inabilità temporanea parziale al 50%, con la precisazione che questi periodi includono l'inabilità temporanea totale (10 giorni) e parziale (10 giorni al 75% più 30 giorni al 50% più 30 giorni al 25%) che sarebbero seguiti ad un intervento di prostatectomia radicale privo di eventi avversi, e che nel lungo periodo di inabilità temporanea parziale al 50% vi fu disagio per l'incontinenza urinaria e riduzione delle prestazioni fisiche per i postumi di infarto miocardico;
- stimato il danno biologico permanente di origine iatrogena nella misura del 37% (trentasette per cento), valorizzando la riduzione delle attività fisiche, richieste sia in ambito professionale sia nella vita privata, rispetto a un soggetto integro di pari età, dipendenti dai postumi del sofferto infarto miocardico;
- rilevato che non sono state reperite spese mediche prodotte in atti e non sono prevedibili spese mediche future in conseguenza dei fatti oggetto di causa.

L'appellante ha sostenuto che, anche non imputando ai sanitari la coronaropatia, comunque si dovrebbe tenere in considerazione il suo complessivo quadro di salute, tale da determinare una complessiva menomazione dell'80%, e dunque, pur detratto il 43% non imputabile all'appellata, il 37% di danno di origine iatrogena non andrebbe calcolato riconoscendo l'importo che le tabelle prevedono per un'invalidità del 37%, ma in modo da dar conto della peculiarità della situazione, e dunque, secondo l'orientamento dei giudici di legittimità in tema danno differenziale, convertendo in denaro la percentuale di invalidità effettivamente risultante *in corpore* (80%), quella di invalidità verosimilmente sussistente in assenza della *malpractice* (43%), e riconoscendogli la differenza tra tali due importi.

Tuttavia, tale pretesa nel caso di specie non è fondata.

Anche a prescindere dal fatto che il Collegio peritale ha chiarito che in realtà la valutazione complessiva del danno biologico per tutte le menomazioni è proponibile nella misura del 59%, e non del'80%, il ragionamento del danneggiato è affetto da un vizio di fondo: la giurisprudenza, effettivamente consolidata, che il medesimo invoca, riguarda unicamente l'ipotesi in cui il danneggiato, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, si trovi a causa di cure mediche inadeguate a patire lesioni concorrenti - dovute a una patologia preesistente e a un errore medico - mentre

nel caso di specie, come ben evidenziato dai ccttuu, il maggior danno da patologia spontanea si è costituito dopo l'iter clinico dovuto agli eventi per cui è causa ed in modo stimato indipendente da tali eventi.

Specificamente, l'impotenza non è menomazione concorrente, ma coesistente; la coronaropatia è sì menomazione concorrente con gli esiti dell'infarto del miocardio, ma non è affatto preesistente ad esso, bensì di anni successiva: come chiarito dalla relazione peritale depositata in questo grado, tale patologia si è manifestata ed evoluta dopo la stabilizzazione delle conseguenze degli eventi per cui è causa (ed a prescindere da essi).

Pertanto, il danno va liquidato, quanto ai postumi permanenti, secondo la percentuale del 37%, e, quanto all'invalidità temporanea, decurtando dal complessivo periodo (34 giorni di inabilità temporanea totale, più 60 giorni di inabilità temporanea parziale al 75%, più 525 giorni di inabilità temporanea parziale al 50%) i periodi che sarebbero seguiti ad un intervento di prostatectomia radicale privo di eventi avversi (di 10 giorni d'inabilità temporanea totale, 10 giorni al 75%, 30 giorni al 50% e 30 giorni al 25%), di talché debbono essere riconosciuti 24 giorni di inabilità temporanea totale, 50 giorni di inabilità temporanea parziale al 75% e 480 al 50%.

Tale liquidazione deve avvenire sulla base delle tabelle vigenti, posto che in primo grado non vi è stato alcun risarcimento del danno e che la liquidazione fatta per la prima volta in appello presuppone la valutazione all'attualità, con valori aggiornati secondo gli indici ISTAT, trattandosi di debito di valore.

In particolare, come chiesto dall'appellata, alla luce dei condivisibili principi espressi dalla nota sentenza della Suprema Corte n. 8630/26, sebbene il sinistro in oggetto si sia verificato prima del 5.3.2025, deve trovare applicazione la Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12/2025, in via non già diretta, ma indiretta, 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.; tale tabella è infatti fondata, analogamente alle tabelle di Milano, su un sistema a punto variabile, caratterizzato da una modularità garantita dalla progressiva riduzione del valore in funzione dell'età della vittima (sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'ISTAT, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale) e da un incremento più che proporzionale in relazione all'aumento percentuale dei postumi permanenti, e, anzi, garantisce per percentuali intermedie, quali quella in esame, un importo per i postumi finanche superiore a quella milanese.

Dunque, poiché Pt_1 al momento del fatto aveva 68 anni (67 anni e 11 mesi, ovvero era nel suo sessantottesimo anno, laddove la tabella parte dall'età di 1 anno, e non 0), il danno non patrimoniale, derivante dalla valutazione sia del danno biologico dinamico-

relazionale, sia della componente di sofferenza soggettiva interiore secondo il parametro medio, ordinariamente conseguente alla lesione all'integrità psicofisica accertata e correlata tanto al dolore fisico quanto alla percezione della compromissione della propria salute, ammonta ad euro **234.441,30**, di cui euro 209.880,81 a titolo di danno permanente ed euro 24.560,49 a titolo di danno temporaneo.

Trattandosi di debito di valore, su tale somma, già attualizzata, sono dovuti gli interessi compensativi, ovvero gli interessi sulla somma devalutata al momento del fatto e rivalutata anno per anno, quali danno per il ritardato pagamento del suddetto debito, a titolo compensativo; se è vero che, secondo la più recente giurisprudenza di legittimità (v. Cass. 16.2.2023 n. 4938), tali interessi non possono essere riconosciuti in mancanza di una specifica domanda di parte (che nel caso in esame però è stata proposta) e debbono essere allegati e provati, è vero anche che tale prova può essere raggiunta pure in via presuntiva e che la mancata disponibilità di una somma di denaro, che è bene fruttifero, ha inevitabilmente sottratto al creditore quella materiale utilità che egli avrebbe conseguito se avesse ricevuto tempestivamente la prestazione dovutagli, anche semplicemente impiegando il denaro in un'operazione scarsamente remunerativa, tale comunque da assicurargli un rendimento, né parte appellata ha sollevato contestazioni su tale aspetto o fornito prova contraria idonea a vincere quella presuntiva nei termini prima precisati; in particolare, come chiarito recentemente dalla Suprema Corte (v. da ultimo Cass. 22441/25), tali interessi vanno computati sulla somma rivalutata anno per anno ad un tasso pari al saggio di rendimento netto dei BOT di durata annuale.

Sull'importo così complessivamente ottenuto sono dovuti gli interessi legali dalla presente sentenza al saldo.

Infine, nulla può essere riconosciuto a titolo di spese mediche, non essendovene di documentate e non essendone prevedibili di future in conseguenza dei fatti oggetto di causa.

4. Le spese di lite

La riforma della decisione impugnata, che determina la caducazione della pronuncia inclusa quella accessoria sulle spese, impone al giudice di appello di liquidare nuovamente le spese del doppio grado di giudizio, sulla base dell'esito finale della lite, con conseguente assorbimento del quarto motivo d'appello.

Secondo il costante indirizzo della Cassazione, infatti, 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 o globale; esclusivamente 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., *ex multis*: Cass., Sez. 3 - , Ordinanza n. 9064 del 12/04/2018; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 1775 del 24/01/2017; Sez. L, Sentenza n. 11423 del 01/06/2016).

Nel regolare tali spese, si deve muovere dalla premessa che all'esito dei due gradi l'appellante è risultato integralmente vittorioso; seppur la liquidazione sia stata inferiore a quella pretesa, ciò, come chiarito autorevolmente dalla Suprema Corte a Sezioni Unite (v. sentenza n. 32061 del 31 ottobre 2022), non costituisce infatti di per sé ragione di soccombenza reciproca (configurabile esclusivamente in presenza di una pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo tra le stesse parti o in caso di parziale accoglimento di un'unica domanda articolata in più capi).

A ciò consegue che le spese dei due gradi debbano essere integralmente rifuse all'appellante dall'appellato, e liquidate sulla base del D.M. 55/14 come modificato dal D.M. 147/22.

Pertanto, applicato lo scaglione da 52.001 a 260.000, in considerazione del valore del credito riconosciuto, ed applicati i valori medi, stante la media complessità della lite, si debbono liquidare euro 14.103,00 per il primo grado ed euro 14.317,00 per il secondo grado.

Parimenti, le spese delle ctu espletate debbono gravare sull'azienda appellata.

A fronte di una seppur generica domanda dell'appellante (che non ha quantificato né documentato l'esborso), l'appellata deve poi restituire alla medesima quanto eventualmente percepito a titolo di spese del primo grado, stante la caducazione della relativa condanna, oltre interessi legali dal pagamento.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *Parte_1* avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. del Tribunale di Siena in data 10.2.2022, ogni altra domanda, istanza, eccezione, deduzione disattesa od assorbita, così provvede:

in riforma della sentenza impugnata, condanna l'appellata a corrispondere all'appellante la somma di euro 234.441,30, oltre accessori come meglio indicato in motivazione;

condanna altresì l'appellata a corrispondere all'appellante le spese di lite, che liquida per il primo grado in euro 14.103,00 e per il secondo grado in euro 14.317,00, il tutto oltre rimborso spese generali, iva e cap come per legge;

dispone che le spese delle ctu espletate gravino in via definitiva sull' *CP_3*

condanna l'appellata a restituire all'appellante quanto eventualmente percepito a titolo di spese del primo grado, oltre interessi legali dalla data della percezione.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 9.9.2026.

Il Consigliere estensore

dott.ssa Giulia Conte

Il Presidente

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.