

n. 2090/2024 RG



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

*** * * * ***

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE
SEZIONE IV CIVILE

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

dott.ssa Dania Mori

Presidente

dott.ssa Maria Teresa Paternostro

Consigliere

dott.ssa Paola Caporali

Consigliere Relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di II Grado iscritta a ruolo il 25/10/2024 al n. 2090/2024 r.g.

promossa da

Parte_1 (C.F. C.F._1) Parte_2, (C.F. C.F._2), Parte_3, (C.F. C.F._3), rappresentati e difesi dall'avv. PAOLO BACALINI come da mandato in atti;

-PARTI ATTRICI RIASSUMENTI-

contro

Controparte_1 (C.F. P.IVA_1
rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] e dall'avv. [REDACTED] come
da mandato in atti;

-PARTE CONVENUTA CP 2 RIASSUNZIONE-

A seguito di ordinanza di rinvio ex art. 392 c.p.c. della Corte di Cassazione n° 17742 del 27.06.2024

trattenuta in decisione con ordinanza ex art. 127ter c.p.c. del 10.06.2026 all'esito dell'udienza del 7.05.2026 celebrata cartolarmente, con concessione dei termini ex art. 190 c.p.c., stante l'applicazione *ratione temporis* del c.d. vecchio rito, sulle seguenti

conclusioni:

Per gli attori riassunti: "per l'accoglimento delle conclusioni rassegnate nell'atto di citazione in riassunzione, con esclusione e rinuncia alla domanda relativa alla restituzione di quanto pagato dai danneggiati in adempimento della sentenza di secondo grado in quanto, nelle more del giudizio di riassunzione, l'azienda ospedaliera convenuta ha provveduto al rimborso, che pertanto si trascrivono emendate come segue: "Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello adita, in accoglimento delle domande delle parti attrici e in applicazione dei principi di diritto enunciati dalla Suprema Corte di Cassazione nell'ordinanza n. 17742/2024, pubblicata in data 27/06/2024, e previo rigetto integrale dei motivi di appello proposti dalla stessa azienda convenuta nel giudizio rubricato al n. 1536/2021 delle Corti di Appello di Firenze, accertare e dichiarare, per le causali ed i titoli di cui alla narrativa del presente atto, la responsabilità contrattuale o, in subordine, extracontrattuale o, in via ulteriormente gradata, a titolo di perdita di chances, di parte convenuta rispetto al prematuro decesso del Sig. Persona_1 in ordine ai trattamenti sanitari allo stesso praticati presso il [REDACTED] " [REDACTED] di [REDACTED] " a far data dal 16.10.12 fino al giorno del decesso occorso in data 14.04.13 e, per l'effetto, condannare parte convenuta, in persona del legale rapp.te pro tempore, a risarcire agli attori tutti i danni subiti (patrimoniali e non patrimoniali, iure proprio e iure hereditario, presenti e futuri) mediante statuizione di condanna al pagamento in favore di ciascun attore delle somme di denaro che risulteranno rispettivamente dovute e di giustizia all'esito dell'istruttoria, il tutto con maggiorazione di rivalutazione monetaria ed interessi, quantomeno al saggio legale, di natura compensativa del danno da ritardato adempimento dell'obbligazione risarcitoria dal dovuto al saldo effettivo confermando integralmente le statuizioni contenute nella sentenza n. 540 del Tribunale di [REDACTED], pubblicata il 03.07.2021, all'esito del procedimento di primo grado rubricato al n. 3780/2017 R. G., e. Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa di tutti i gradi di giudizio, comprese quelle per la fase di legittimità, **da distrarsi in favore del sottoscritto procuratore antistatario.** 2. per il rigetto delle istanze della convenuta azienda ospedaliera (reiterative di quanto sostenuto nell'originario giudizio di appello) in quanto le stesse sono infondate in fatto ed in diritto per le motivazioni esposte nell'atto di citazione in riassunzione e già esposte nella comparsa di costituzione e risposta degli odierni esponenti nell'originario giudizio di appello. In particolare l'istanza di rinnovazione della Ctu medico legale esperita in primo grado deve essere rigettata in quanto l'elaborato peritale in atti è immune da vizi ed è oggetto della strumentale critica della convenuta, non per motivi tecnici, ma evidentemente solo perché le conclusioni

sono contrarie agli interessi dell'azienda sanitaria (sul punto si rimanda a quanto argomentato da questa difesa nella contestazione del secondo motivo di appello)";

Per la convenuta in riassunzione: *"Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze, in accoglimento dei motivi di appello, in riforma della sentenza gravata, respingere la domanda attrice perchè infondata in fatto e in diritto, stante la correttezza di tutte le condotte tenute dal personale sanitario dell' Controparte_3 ; in ipotesi di rigetto della precedente domanda di appello: respingere la domanda di risarcimento del danno terminale iure hereditatis perchè infondata e sfornita di prova; rideterminare le somme dovute a titolo di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale in misura inferiore rispetto a quelle liquidate nella sentenza oggi impugnata. Con vittoria di spese e onorari di causa per entrambi i gradi di giudizio".*

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato Parte_1 , Parte_2 e Pt_3 [...] avevano convenuto davanti al Tribunale di l' [...] Controparte_4 , per sentirne dichiarare la responsabilità per la morte del loro congiunto Persona_1 (rispettivamente loro marito e padre) e conseguentemente ottenerne la condanna al risarcimento di tutti i subiti danni patrimoniali e non, sia *iure proprio* che *iure hereditario*.

In particolare gli attori avevano esposto:

- in data 16.10.2012 Persona_1 , a seguito dell'insorgenza di una sospetta tromboflebite alla gamba destra si era recato al Pronto Soccorso del , dove era stato sottoposto ad ecodoppler, cui era seguita la diagnosi di tromboflebite superficiale alla vena grande safena della gamba destra, con conseguente prescrizione, al domicilio, di terapia farmacologica a base di Clexane ed Augmentin;
- dopo un iniziale miglioramento della patologia, erano comparse tutta una serie di complicanze vascolari ed infettive, che si erano estese ad entrambi gli arti inferiori ed avevano costretto il Per_1 a ripetuti ricoveri presso il Controparte_4 ;
- il 9.03.2013, a seguito dell'ulteriore peggioramento della malattia vascolare agli arti inferiori il Per_1 era tornato nuovamente al Pronto Soccorso e, dopo qualche giorno in osservazione, era stato ricoverato presso il reparto di dermatologia per erisipela agli arti inferiori;
- dopo circa dieci giorni era stato trasferito nel reparto di chirurgia vascolare con diagnosi di ischemia agli arti inferiori con lesioni infette;

-in data 30.03.2013 era stato ulteriormente trasferito al reparto di medicina generale per intervenuto sanguinamento retroperitoneale da eparina e insorta polmonite bilaterale;

-in data 5.04.2013 il *Per_1* era stato trasferito in rianimazione per shock settico ed insufficienza respiratoria, con intubazione e sottoposizione a coma farmacologico;

-il 9.04.2013, stante l'ulteriore peggioramento delle condizioni del paziente, si decideva di eseguire l'amputazione della gamba sinistra;

-successivamente all'intervento, le condizioni di salute del *Per_1* precipitavano ed in data 14.04.2013 lo stesso decedeva per arresto cardiaco.

Gli attori avevano quindi dedotto la responsabilità della struttura sanitaria *██████████* *'per aver ritardato, senza alcuna valida motivazione, l'intervento chirurgico di amputazione degli arti inferiori in favore di una ripetuta, quanto inutile terapia farmacologica'*. Avevano altresì richiamato il contenuto della allegata consulenza di parte (prof *Persona_2* facendo proprie le relative conclusioni da cui era risultata la grave negligenza dei sanitari *'per avere gli stessi sottostimato la gravità degli eventi infettivi e vascolari a carico di entrambi gli arti inferiori del paziente, applicato un piano terapeutico del tutto inefficace, ritardato gravemente la risoluzione chirurgica del processo infettivo'*.

Si era costituita in primo grado l' *Controparte_4* contestando le pretese *ex adverso* fatte valere nei suoi confronti, deducendo che il paziente era stato adeguatamente curato e che in particolare erano state le sue compromesse condizioni di salute a non permettere di anticipare l'intervento di amputazione, che era stato peraltro programmato per entrambi gli arti.

Istruita la causa mediante produzioni documentali ed espletamento di CTU medica, il Tribunale di *██████████*, con sentenza n° 540 del 3.07.2021, inquadrata la responsabilità dell' *Parte_4* nell'ambito contrattuale da c.d. contatto sociale per quanto concerneva i danni richiesti *iure hereditario* e nell'ambito extra contrattuale per quanto riguardava invece i danni *iure proprio*, aveva accolto la domanda, evidenziando come la espletata CTU, ritenuta congruamente motivata e condivisibile, aveva permesso di verificare la negligente condotta dei sanitari e la sussistenza di un nesso causale tra le non corrette soluzioni adottate dai sanitari ed il decesso di *Persona_1*. In particolare il primo giudice evidenziava come la CTU avesse rilevato la essenziale mancanza della corretta diagnosi di linfedema cronico da stasi, risultante dal complessivo esame degli atti, ma mai individuata dai tanti medici che l'avevano avuto in cura, che dunque mai avevano prescritto i corretti trattamenti preventivi, quali terapia diuretica, elasto-

compressione terapeutica e linfo-drenaggio, limitandosi invece a trattare unicamente le complicanze infettive cutanee via via insorte e, dunque, a ritenere, erroneamente, che si trattasse di lesioni vascolari ischemiche da curare con antibiotici. Il Tribunale, sulla scorta della CTU, rilevava quindi come la mancata corretta impostazione terapeutica aveva fatto sì che la patologia di base potesse progredire, dispiegando tutti gli effetti secondari legati alle ingravescenti complicanze, fino all'*exitus*. Con riferimento ai richiesti danni, il primo giudice, esclusa la risarcibilità del c.d. danno tanatologico della vittima, riconosceva *iure hereditatis* sia il danno biologico terminale, sia il danno morale catastrofale, con riferimento all'arco temporale intercorrente tra il 9.03.2013 e la morte, liquidando a tale titolo la complessiva somma di euro 58.037,00 pari ad euro 19.346,00 per ciascuno degli attori sulla base delle rispettive quote ereditarie, oltre rivalutazione ed interessi. Erano inoltre liquidati a titolo di danni non patrimoniali subiti *iure proprio* dagli attori per la anticipata perdita del rapporto parentale con il congiunto i seguenti importi: euro 250.000 oltre interessi e rivalutazione in favore della moglie ed euro 220.000 oltre interessi e rivalutazione in favore di ciascuno dei figli, con quantificazione effettuata in base alle tabelle milanesi applicabili *ratione temporis* aggiornate al 2018. Era infine riconosciuto il danno patrimoniale in favore della sola moglie nella misura di complessivi euro 15.932,00 oltre rivalutazione e interessi, per le spese mediche, funerarie e per ctp, dalla stessa risultate sostenute. In applicazione del principio di soccombenza l' *Parte_4* era stata quindi condannata a rifondere agli attori le spese di lite e di CTU.

Avverso la suddetta pronuncia l' *Parte_4* ha interposto appello affidato ai seguenti motivi:

- 1) "nullità" della sentenza per violazione dell'art. 112 c.p.c., data la mancata corrispondenza tra il chiesto e il pronunciato;
- 2) erronea affermazione della non correttezza delle condotte tenute dal personale sanitario dell'azienda;
- 3) erroneo riconoscimento e quantificazione del danno terminale risarcito *iure hereditatis*;
- 4) erronea quantificazione del danno *iure proprio* da perdita del rapporto parentale.

Si erano costituiti gli appellati *Controparte_5* contestando la fondatezza del gravame e chiedendo la conferma della sentenza impugnata.

Con sentenza n° 2436 del 16.12.2021 la Corte di Appello di Firenze, in accoglimento del primo motivo di gravame, dichiarava la nullità della sentenza di prime cure per vizio di extrapetizione, per avere il Tribunale riconosciuto la responsabilità della convenuta

sulla base di condotte differenti da quelle tempestivamente dedotte dagli attori nei loro atti. La Corte territoriale procedeva conseguentemente a decidere nel merito la causa nei limiti dell'oggetto delineato da quelle che erano ritenute le effettive domande delle parti, escludendo, sulla base delle risultanze della CTU, il nesso causale tra la condotta ritenuta contestata ai sanitari nell'atto di citazione e nella prima memoria ex art. 183 co VI c.p.c. (ovvero la ritardata esecuzione dell'amputazione) e la morte di *Per_1* [...], dal momento che i CTU, mentre avevano valutato causalmente rilevanti i commessi errori diagnostici e terapeutici che la Corte di Appello aveva ritenuto esorbitare dalla domanda, aveva invece affermato che una amputazione bilaterale degli arti avrebbe altrettanto "verosimilmente" implicato comunque la morte del *Per_1* avuto riguardo alle condizioni generali in cui lo stesso ormai versava. In applicazione del principio di soccombenza, gli appellati erano stati quindi condannati a rifondere all'*Parte_4* le spese di lite dei due gradi di giudizio, oltre a quelle della CTU.

Ricorrevano in Cassazione i *Controparte_5* sulla base dei seguenti motivi:

- 1) nullità della sentenza di secondo grado per violazione dell'art. 112 c.p.c., per avere la Corte territoriale considerato solo parzialmente i fatti storici posti a fondamento della domanda risarcitoria quali profili di inadempimento;
- 2) vizio di motivazione ed in particolare omesso esame di fatti decisivi per il giudizio.

La Corte di Cassazione con ordinanza n° 17742 del 27.06.2024 ha ritenuto fondati entrambi i motivi di gravame e cassato la sentenza di appello con rinvio alla Corte di Appello di Firenze in diversa composizione *'che tornerà a DELIBARE LA DOMANDA DI RISARCIMENTO DEL DANNO PROPOSTO DA* *Parte_1* *Parte_2* *e* *Parte_3* *quali eredi di* *Persona_1* *nei confronti della* *Controparte_1* [...], *attenendosi agli enunciati principi e tenendo presenti le circostanze complessivamente risultanti dall'istruttoria compiuta e dalla CTU espletata nella precedente fase di merito in ordine alle condotte omissive e commissive poste in essere dai sanitari operanti nella struttura in funzione della diagnosi e della terapia dell'affezione di cui* *Persona_1* *era portatore, nonché della loro incidenza causale sull'evento dannoso finale'*. In particolare sul primo motivo il giudice di legittimità concludeva affermando che *'Gravemente illegittima si mostra dunque la sentenza d'appello, nella parte in cui ha dichiarato la nullità della sentenza di primo grado per extra-petizione, incorrendo invece essa, per converso, nella violazione della norma processuale posta a presidio del principio dispositivo in senso materiale. Il primo motivo di ricorso va pertanto accolto'*. In accoglimento anche del secondo motivo, la Corte di Cassazione censurava altresì l'omessa valutazione da parte del giudice di secondo grado

delle condotte dei sanitari ulteriori rispetto al ritardo nell'amputazione e causalmente incidenti sull'evento dannoso, evidenziando che *'corrisponde ad un orientamento consolidato di questa Corte il principio secondo il quale non è esigibile dall'attore che agisce per l'accertamento della responsabilità sanitaria della struttura o dei suoi ausiliari la specifica individuazione ex ante dei precisi profili di imperizia, di incuria o di negligenza in cui essi sarebbero incorsi, venendo in considerazione elementi tecnico-scientifici, di norma acquisibili solo all'esito dell'istruttoria e dell'espletamento di una CTU medico-legale, cosicché, all'esito di tali accertamenti, il giudice del merito, non essendo rigidamente vincolato alle prospettazioni dell'attore, può accogliere la domanda anche in caso di riscontro di profili di responsabilità diversi da quelli in origine ipotizzati, senza violare il principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato'*.

I **Controparte_5** procedevano quindi a riassumere la causa davanti alla intestata Corte di Appello chiedendo l'accoglimento delle domande formulate in ossequio ai principi dettati dalla Suprema Corte.

Si è costituita in sede di rinvio l' **Controparte_4** chiedendo il rigetto delle domande degli attori in riassunzione, riproponendo le argomentazioni a suo tempo spiegate con il secondo, il terzo ed il quarto motivo di appello, non esaminati dal giudice di secondo grado che ebbe ad annullare la sentenza del Tribunale sulla base dell'accoglimento del primo motivo di gravame.

La causa veniva trattenuta in decisione con ordinanza ex art. 127 ter c.p.c. del 9.06.2026 comunicata il 10.06.2026, sulle conclusioni delle parti, precisate come in epigrafe trascritte e decisa in camera di consiglio all'esito del decorso dei concessi termini ex art. 190 c.p.c. stante l'applicazione *ratione temporis* del c.d. vecchio rito.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Il giudizio di rinvio dalla Cassazione – In via preliminare, appare opportuno chiarire – anche per definire la materia del contendere – che il giudizio di rinvio si profila come un procedimento "chiuso", tendente ad una nuova pronuncia in sostituzione di quella cassata, e che, in tale contesto, non solo è inibito alle parti di ampliare il *thema decidendum*, formulando nuove domande e nuove eccezioni (ad esclusione delle eventuali domande restitutorie conseguenti la cassazione), ma operano le preclusioni che derivano dal giudicato implicito formatosi con la sentenza di Cassazione, con la conseguenza che neppure le questioni esaminabili di ufficio, non rilevate dalla Corte Suprema, possono in sede di rinvio essere dedotte o comunque esaminate, giacché il

loro esame tenderebbe a porre nel nulla o a limitare gli effetti della stessa sentenza di Cassazione, in contrasto con il principio della sua intangibilità.

La cognizione del giudice del rinvio è, di conseguenza, condizionata dal vizio censurato dalla Cassazione, sicché, a seconda dei casi, occorrerà applicare al caso concreto la norma di diritto come interpretata dalla Suprema Corte, o compiere un nuovo apprezzamento dei fatti, al fine di emettere una pronuncia correttamente motivata, dando al giudizio in corso carattere 'prosecutorio', ovvero, in presenza di vizio procedimentale - poiché il processo retrocede alla fase in cui si è verificato tale vizio - emendarlo e riprendere il processo in modo corretto, di talché il giudizio di rinvio viene ad assumere carattere "restitutorio".

Tanto premesso, la fattispecie in esame pone a questo Collegio un caso di giudizio di rinvio c.d. prosecutorio, in cui occorre dare compimento e pratica applicazione alle statuizioni del giudice di legittimità, per quanto concerne in particolare le condotte da porre alla base della valutazione della responsabilità dell'Azienda CP_4 .

In tal senso la peculiarità della fattispecie preclude dunque in questa sede – contrariamente a quanto sostenuto dalla parte appellata – di tornare ad esaminare i motivi di appello a suo tempo non valutati dal giudice di secondo grado che, in accoglimento del primo motivo ebbe a dichiarare nulla la sentenza del Tribunale per violazione dell'art. 112 c.p.c.: il fatto che la Suprema Corte abbia ritenuto assolutamente errata la dichiarata nullità della sentenza di primo grado non la fa infatti rivivere, come del resto confermato da consolidata giurisprudenza di legittimità a mente della quale nel giudizio di rinvio, la sentenza di primo grado riformata in appello deve considerarsi caduta definitivamente di talchè, all'evidenza, la cassazione della sentenza di secondo grado non fa rivivere l'efficacia di quella di primo grado confermata o riformata che sia (cfr. *Cass. n. 3475/01*). Risulta conseguentemente impossibile esaminare, come invece vorrebbe parte appellata, i motivi di gravame avverso una decisione ormai demolita dalla Corte territoriale che si è ri-pronunciata sul merito con decisione a sua volta ritenuta illegittima e cassata dalla Suprema Corte, imponendo dunque in questa sede di tornare a delibare sulla domanda di risarcimento del danno proposta dagli attori – come del resto chiaramente affermato con l'ordinanza di rinvio – tenendo presente il principio espresso dal giudice di legittimità in punto di condotte valutabili ai fini della ricostruzione della fattispecie di responsabilità dell' [...]

Parte_4 .

2. Il principio di diritto enucleato dalla Suprema Corte – Con l'ordinanza di rinvio il giudice di legittimità, nel cassare la decisione con la quale la Corte di Appello aveva

dichiarato la nullità della sentenza di primo grado sul presupposto che la stessa si basasse su fatti diversi rispetto a quelli posti a fondamento della domanda risarcitoria, ha evidenziato, con particolare riferimento alle obbligazioni in materia di responsabilità sanitaria, che l'onere di allegazione gravante sulla parte attrice *'resta circoscritto ai fatti conosciuti e conoscibili dalla parte, in ragione delle informazioni ad essa accessibili e delle cognizioni tecnico-scientifiche esigibili, e non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore, essendo sufficiente la contestazione dell'aspetto colposo dell'attività medica secondo quelle che si ritengono essere, in un dato momento storico, le cognizioni ordinarie in ordine all'attuale stato dei profili di responsabilità del sanitario'*. Ha quindi affermato, con specifico riferimento alla domanda risarcitoria per inadempimento di un'obbligazione sanitaria, che *'per un verso, la deduzione di profili di colpa diversi e ulteriori rispetto a quelli originariamente allegati, fondati su circostanze emerse all'esito della consulenza tecnica d'ufficio, non integra domanda nuova, poiché non determina alcun mutamento della causa petendi e dell'ambito dell'indagine processuale (Cass. 15/03/2024, n. 7074; Cass. 23/04/2024, n. 10901); per altro verso, il giudice non è rigidamente vincolato alle iniziali prospettazioni dell'attore, dovendosi considerare il fatto costitutivo, idoneo a delimitare l'ambito dell'indagine, nella sua essenzialità materiale, senza che le specificazioni della condotta, inizialmente indicate dall'attore, possano avere portata preclusiva stante la inesigibilità della individuazione ab initio di specifici elementi tecnico-scientifici, di norma acquisibili solo all'esito dell'esperimento probatorio e peritale'*.

Alla luce delle suesposte considerazioni, con riferimento allo specifico giudizio, la Cassazione ha quindi sottolineato come nel caso in esame risultasse chiaramente *'che gli attori, sin dall'atto introduttivo originario (cui questa Corte, in quanto investita del sindacato su un error in procedendo, può accedere quale giudice del fatto processuale) avevano allegato, quale condotta inadempiente contestata ai sanitari operanti presso la struttura convenuta, in funzione dell'affermazione della responsabilità contrattuale di quest'ultima, non solo il ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico demolitivo, ma anche omissioni ed errori diagnostici e terapeutici, per avere "sottostimato la gravità degli eventi, infettivi e vascolari a carico di entrambi gli arti inferiori" e "applicato un piano terapeutico del tutto inefficace", somministrando "al paziente una inutile terapia farmacologica. La sentenza di primo grado, all'esito della CTU espletata, aveva accertato la sussistenza sia dell'omessa diagnosi (per non avere i sanitari preso atto che*

l'affezione di cui Persona_1 era portatore era "linfedema da stasi") sia dell'errore terapeutico (per avere trattato sintomatologicamente le lesioni ischemiche vascolari con terapia antibiotica, anziché con terapia diuretica, elasto-compressione, linfodrenaggio e, al limite, intervento chirurgico di necrosectomia). Dopo avere rilevato altresì – sempre sulla scorta della CTU – l'incidenza causale di tali errori ed omissioni sull'evento di danno, il giudice di primo grado aveva dunque correttamente emesso la pronuncia di merito sulla domanda proposta, nei limiti di essa, in perfetta conformità al disposto dell'art. 112 cod. proc. civ.'

Specularmente, accogliendo anche il secondo motivo che investiva la decisione nel merito – con la quale il secondo giudice si era limitato ad esaminare la fattispecie di responsabilità sanitaria unicamente con riferimento alla ritardata esecuzione dell'amputazione – la Cassazione ha rilevato che *'La Corte di merito, però, avrebbe dovuto considerare anche le ulteriori circostanze accertate dal CTU all'esito dell'indagine medico legale (in particolare, le omissioni diagnostiche e gli errori terapeutici) che erano state invece ritenute determinanti in relazione alla progressiva ingravescenza della patologia e all'esito letale della stessa. L'argomentazione per cui di tali profili di inadempimento, benché causalmente incidenti sull'evento dannoso, non potesse tenersi conto in quanto non specificamente allegati e prospettati dagli attori come causa del pregiudizio, è erronea in iure, non solo perché – come si è detto – nella fattispecie l'onere di allegazione era stato effettivamente assolto dagli attori con l'atto introduttivo della domanda, ma anche perché – come pure si è ampiamente osservato – corrisponde ad un orientamento consolidato di questa Corte il principio secondo il quale non è esigibile dall'attore che agisce per l'accertamento della responsabilità sanitaria della struttura o dei suoi ausiliari la specifica individuazione ex ante dei precisi profili di imperizia, di incuria o di negligenza in cui essi sarebbero incorsi, venendo in considerazione elementi tecnico-scientifici, di norma acquisibili solo all'esito dell'istruttoria e dell'espletamento di una CTU medico-legale, cosicché, all'esito di tali accertamenti, il giudice del merito, non essendo rigidamente vincolato alle prospettazioni dell'attore, può accogliere la domanda anche in caso di riscontro di profili di responsabilità diversi da quelli in origine ipotizzati, senza violare il principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato'.*

Ciò significa, dunque, che la nuova delibazione sulla domanda di responsabilità medica e conseguente risarcimento danni di cui al presente giudizio di rinvio, dovrà tenere in considerazione e valutare dal punto di vista causale tutte le condotte dedotte dagli attori e complessivamente risultanti dalla espletata CTU, commissive ed omissive, poste in

essere dai sanitari sia in funzione della diagnosi, che della terapia dell'affezione di cui **Persona_1** era portatore.

Al contempo deve ritenersi che i chiari riferimenti alle condotte risultate accertate in sede di CTU di cui la Cassazione ha ritenuto doverosa la valutazione appaiono già di per sé preclusive rispetto alla rinnovazione della CTU anche in questa sede auspicata dalla parte convenuta in riassunzione (e di cui si dirà meglio *infra*).

3.1 fatti di causa – Non è contestato e risulta dalla documentazione in atti che **Per_1** [...] decedeva in data 14.04.2013 presso il reparto di chirurgia vascolare del ██████████ "██████████" di ██████████, ove era stato ricoverato per la cura di lesioni vascolari ischemiche agli arti inferiori, ritenute originate da un processo tromboflebitico riscontrato sin dall'ottobre dell'anno precedente presso il Pronto Soccorso della stessa struttura, progressivamente aggravatesi mediante infezione e poi necrosi ed esitate in un quadro irreversibile di ischemia microvascolare e di infezione multiorgano, al cospetto del quale era stato deciso di praticare l'intervento chirurgico demolitivo dell'amputazione di entrambi gli arti; intervento che era stato eseguito solo sulla gamba sinistra in data 9 aprile 2013 e programmato sulla gamba destra, ma che non si era potuto completare con l'amputazione del secondo arto per il sopravvenire dello shock settico e conseguente decesso del paziente.

In particolare, risulta dalla documentazione sanitaria in atti e dal relativo esame tratto dalla CTU, che in data 16.10.2012 **Persona_1**, all'epoca di anni 64, giungeva al Pronto Soccorso dell'██████████ ██████████ ██████████ ██████████ per sospetta tromboflebite superficiale alla gamba destra; qui veniva sottoposto ad esami ematochimici che evidenziavano rialzo della proteina C reattiva, nonché ad ecodoppler degli arti inferiori, all'esito del quale i sanitari rilevavano un quadro di edema bilaterale diffuso, diagnosticando una tromboflebite della safena interna della gamba destra. Il paziente era dimesso con prescrizione di terapia antibiotica e controllo dopo circa 28 giorni.

Veniva quindi effettuato un successivo controllo ecodoppler in data 15.11.2012 da cui emergeva che l'arto inferiore destro si presentava pervio e compressibile con completa ricanalizzazione del tratto interessato dalla diagnosticata flebite.

In data 1.02.2013 risulta un ulteriore accesso al medesimo Pronto Soccorso ove il **Per_1** giungeva per edema agli arti inferiori; sottoposto ad ecodoppler che dava esito negativo per problemi circolatori e trombosi, era dimesso con prescrizione di terapia a base di Meliven, consigliandosi rx alle caviglie, visita ortopedica, eco-cuore e visita cardiologica.

Nuovamente, in data 9.03.2013 il **Per_1** si rivolgeva allo stesso Pronto Soccorso per formazione di ulcera al dorso del piede sinistro (già valutato per lo stesso motivo circa 1 mese prima) già in trattamento con medicazioni. Il paziente veniva inviato ad effettuare una consulenza dermatologica che confermava la diagnosi di ulcere croniche e veniva mandato a casa con antibiotico terapia. In data 12.03.2013 il **Per_1** veniva ricoverato presso il reparto di Dermatologia del medesimo ospedale con diagnosi di accettazione di erisipela (ovvero infezione diffusa dei tessuti). Il paziente, che era descritto presentare *'lesioni multiple eritematose al dorso del piede sinistro e malleolare mediale destro+ lesione ulcerativa perimalleolare esterna destra'*, veniva sottoposto a tampone delle ulcerazioni per esame colturale ed eventuale antibiogramma, nonché a visita ed ecocolordoppler da parte di uno specialista chirurgo vascolare. A seguito di tale ultima consulenza specialistica, sulla cui base non venivano rilevate alterazioni di tipo arterioso, era consigliata terapia con eparina sodica in infusione continua e nuovo controllo nelle 24 ore. Gli esami ematici evidenziavano valori elevati della proteina C reattiva e della VES da infiammazione acuta; l'esito del tampone permetteva di rilevare una infezione da *staphylococcus aureus* e *pseudomonas aeruginosa*, inducendo i medici ad intraprendere una terapia antibiotica con Vancomicina. Dalla documentazione clinica così come compendiata dai CTU, risulta quindi che dopo circa 24 ore, gli esami ematochimici mostravano un ulteriore peggioramento degli indici di flogosi e una iniziale alterazione della funzionalità epatica e della glicemia, mentre la visita pneumologica confermava il quadro di asma da isocianati in trattamento cronico e rilevava altresì una positività dell'espettorato per gli stessi germi isolati dal tampone dell'ulcera.

In data 16/03 veniva eseguita la medicazione delle lesioni cutanee e, stante il perdurante, ingravescente dolore agli arti, il paziente era trattato con antidolorifici.

Il 18/03 alle ore 10.30 circa era segnalato un peggioramento del quadro clinico del **Per_1** che, come annotato nel diario clinico, per via del dolore intenso, era costretto a tenere l'arto in scarico. Era altresì evidenziato un cospicuo sanguinamento della lesione (che appariva ora necrotica) del dorso del piede sinistro e un peggioramento dei segni di ischemia (pallore, cianosi, ipotermia). Veniva quindi eseguita la sutura del vaso sanguinante. Alle ore 12.00 dello stesso giorno il paziente risultava ipoteso ed era chiesta una consulenza internistica a seguito della quale veniva apportata solo qualche modifica alla terapia farmacologica in atto. Alle ore 13.00 dello stesso giorno il paziente era sottoposto a nuova valutazione del chirurgo vascolare che confermava la presenza di ulcere degli arti inferiori, escludendo tuttavia una componente vascolare arteriosa. Risultava ripreso il trattamento con eparina sodica. In data 19/03 una ulteriore

consulenza del chirurgo vascolare evidenziava uno stato di anemizzazione del paziente (per cui era consigliata la sospensione del trattamento eparinico). Lo stesso giorno il paziente iniziava trasfusioni di sangue e la espletata esofago-gastrosopia evidenziava la presenza di colonie fungine a carico della mucosa esofagea. In data 20/03 il *Per_1* era trasferito nel reparto di chirurgia vascolare, ove la effettuata consulenza di terapia antalgica concludeva indicando la natura ischemica del dolore, con conseguente modifica della relativa terapia antidolorifica, con aggiunta di oppiacei e morfina. Nel frattempo gli esami continuavano ad evidenziare un quadro di anemizzazione, di ipoalbuminemia e di segni di flogosi acuta. In data 22/03 la Tac del torace escludeva la presenza di una tromboembolia polmonare. Il 25/03 all'esito della consulenza infettivologica veniva indicata l'utile prosecuzione della terapia antibiotica. Un ulteriore ecocolordoppler risultava negativo per problemi circolatori e la consulenza internistica concludeva in termini di 'Edema arti inferiori' consigliando il controllo della diuresi. In data 26/03 una consulenza anestesiologicala evidenziava una situazione clinica grave che sconsigliava al momento una eventuale anestesia generale con nuova valutazione all'esito del riequilibrio del paziente. In data 27/03 venivano effettuate una serie di nuove consulenze con infettivologo, internista, anestesista. Il 27/03 era posizionato PIC. Il 28/03 un nuovo ecocolordoppler risultava negativo per problemi arteriosi e il 30/03 gli esami ematochimici confermavano il peggioramento degli indici di flogosi e la comparsa di quelli di un iniziale insufficienza multiorgano: il *Per_1* veniva trasferito nel reparto di Medicina Interna per insufficienza respiratoria e shock settico con positività al tampone delle ulcere degli arti inferiori a *pseudomonas aeruginosae staphylococcus aureus*. In data 04/04 la TAC all'addome rilevava un quadro di ileo riflesso secondario e la presenza di un vasto ematoma dello spazio pararenale posteriore destro senza segni di sanguinamento attivo. Era evidenziata anche la presenza di multipli focolai polmonari di verosimile significato flogistico. In data 05/04, continuando a salire gli indici di infiammazione diffusa, il *Per_1* veniva trasferito in rianimazione per shock settico, insufficienza respiratoria e positività al tampone delle vie respiratorie all'*acinetobacter bowmanii* *stenotrophomonas maltophilia*; era quindi intubato e sottoposto a coma farmacologico. In data 08/04 i chirurghi vascolari indicavano la necessità di eseguire un intervento di amputazione bilaterale. Il successivo 09/04/2013 l'arto inferiore sinistro veniva sottoposto ad amputazione della coscia, con diagnosi di gangrena dei tessuti molli. Il 10/04 i medici dermatologi effettuavano una *punch biopsy* alla coscia destra per indagine istopatologica, il cui esito, pervenuto il 12/04, evidenziava '*...segni di fibrillogenosi, lieve incremento di piccoli vasi, modesti infiltrati*

linfocitari perivasali, presenza di saltuari siderofagi ...' I medici rilevavano come detti reperti potevano essere espressione di una dermatite da stasi e di un edema cronico. Non veniva documentata flogosi essudativa, né vasculite, né fenomeni occlusivi vascolari. Il 13/04 il paziente risultava essere già anurico ed instabile ed il chirurgo vascolare evidenziava che la necrosi a carico dell'arto inferiore destro (già amputato) era progredita fino alla radice della coscia con marezze cutanee dell'addome. Il 14/04 il paziente giungeva all'*exitus* con diagnosi di shock settico.

4. La richiesta di rinnovo della CTU - Quanto alla richiesta di ulteriore rinnovazione della ctu espletata in primo grado, per come richiesta dalla odierna parte convenuta in riassunzione, l'istanza non appare accoglibile, considerato che le critiche sollevate avverso la stessa (erroneo rilievo di linfedema diffuso fin dall'ottobre 2012, quando l'edema era solo monolaterale da tromboflebite, mentre l'edema bilaterale sarebbe invece comparso per la prima volta in occasione della visita di febbraio 2013; mancata considerazione della documentazione medica da cui emergeva la prescrizione al *Per_1* di elasto-compressione per alcuni mesi) non appaiono fondate - per come meglio si dirà in seguito - e dunque non sono idonee a giustificare una rinnovazione o una richiesta di chiarimenti.

La relazione si presenta infatti logica, coerente e completa, non potendo la rinnovazione trovare la propria giustificazione nella mera divergenza di contenuto tra l'elaborato del ctu e quello del ctp., compiutamente confutato, per come *infra* meglio specificato.

5. L'inquadramento giuridico della responsabilità - Va premesso che, come ribadito anche di recente dalla giurisprudenza di legittimità, la responsabilità della struttura sanitaria per i danni da perdita del rapporto parentale, invocati *iure proprio* dai congiunti di un paziente deceduto, è qualificabile in termini di responsabilità extracontrattuale, mentre unicamente per i danni per i quali i prossimi congiunti facciano valere pretese risarcitorie *iure hereditario*, già consolidate nella sfera del loro dante causa quali crediti derivanti dall'inadempimento del rapporto di ospitalità, potranno agire con l'azione contrattuale. Invero, in base al condivisibile insegnamento della Suprema Corte "(...) *il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, comma 2, c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità*

extracontrattuale (da ultimo, Cass. n. 11320 del 2022; v. anche Cass. n. 21404 del 2021). Ne consegue che, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della obbligazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione dei terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di ospedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art.1372, secondo comma, c.c.); pertanto, per un verso, non è predicabile un "effetto protettivo" del contratto nei confronti di terzi, per altro verso, non è identificabile una categoria di terzi (quand'anche legati da vincoli rilevanti, di parentela o di coniugio, con il paziente) quali "terzi protetti dal contratto". Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subito in proprio delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria (impropriamente definiti "danni mediati o riflessi"), non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro di tali pregiudizi. Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova" (cfr. in motivazione Cass. Sentenza n. 6386 del 03/03/2023). La giurisprudenza di legittimità nel delineare i termini della suddetta responsabilità di tipo aquiliano, ha in proposito ribadito come spetti agli attori l'onere di fornire la prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità extra contrattuale della struttura, ovvero condotta del danneggiante, evento dannoso, nesso causale tra condotta ed evento, e, infine, colpa o dolo dello stesso danneggiante (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 35062 del 30/12/2024).

Detto questo, nel caso di specie, i Controparte_5 hanno fornito la prova della responsabilità dell'azienda ospedaliera universitaria sia sotto il profilo contrattuale – riferita ai danni richiesti *iure hereditario* – sia sotto il profilo extra contrattuale, relativo ai danni domandati *iure proprio*, per come di seguito specificato.

5.1. Le condotte dei sanitari dell'azienda ospedaliera universitaria ed il nesso di causa con la morte del paziente – I CCTTUU con adeguata motivazione e seguendo un percorso argomentativo scevro da vizi logici, hanno ricavato dalla complessiva lettura della documentazione in atti che Persona_1 era affetto da linfedema cronico da stasi, mai compiutamente diagnosticato dai sanitari che l'ebbero in cura e che si limitarono al solo trattamento delle relative complicanze.

I consulenti dell'Ufficio hanno infatti evidenziato come in occasione del primo ricovero al PS nell'ottobre del 2012 era stata rilevata la presenza di un edema diffuso ad entrambi

gli arti, ma nessuno si era posto il problema di individuarne le cause ovvero di stabilire se si trattasse di un edema medico legato ad una insufficienza cardiaca o un linfedema da stasi. Aggiungevano come neppure ci si era interrogati sulle cause della tromboflebite in paziente che non appariva soffrire di insufficienza venosa cronica e/o di varici, come chiaramente evidenziato dai ripetuti ecodoppler effettuati. Veniva dunque curata la sola complicanza tromboflebitica, che migliorava, rimanendo tuttavia insoluto il problema edematoso che interessava entrambi gli arti. Anche in occasione del secondo accesso al PS nel febbraio 2013 i consulenti evidenziano come continuasse a mancare una diagnosi e, soprattutto, una terapia specifica per l'edema: si sottolineava come il referto dell'ecodoppler, pur confermando la negatività per problemi circolatori, non si esprimeva sull'edema, evidentemente presente, essendosi limitati i sanitari a prescrivere una serie di approfondimenti cardiologici, mai tuttavia correlati al fenomeno edematoso. In occasione del terzo accesso al PS, nel marzo 2013, il **Per_1** tornava con la comparsa delle prime gravi complicanze che l'edema, protraendosi non diagnosticato e dunque non curato, aveva cominciato a manifestare, ovvero il fenomeno ulcerativo al piede. I consulenti hanno evidenziato come anche in questa occasione, pur essendo presente un conclamato edema bilaterale agli arti inferiori, i sanitari si erano limitati a trattare la sola complicanza, ovvero l'ulcera, indirizzando il paziente al reparto di dermatologia, anche se non si trattava affatto di un problema della pelle.

I CCTTUU hanno in proposito spiegato come *'gli edemi degli arti inferiori infatti si distinguono sinteticamente in: edemi sistemici (da insufficienza renale, epatica, cardiaca, da disprotidemia); edemi da stasi (venosa, linfatica, veno linfatica)'* sottolineando l'importanza, ai fini terapeutici, di una tempestiva diagnosi che individui l'eziologia dell'edema, atteso che *'se l'edema è sistemico, va curata la malattia di base (il cuore, il rene, le proteine ecc) e di solito la terapia è medica (Diuretici e così via) -se l'edema è da stasi il diuretico serve a poco o nulla e la terapia è calza elastica o comunque elasto compressione nel caso di un problema venoso; calza elastica, elasto compressione o linfodrenaggio meccanico o manuale in caso di linfedema'.*

Nel caso di specie i consulenti dell'Ufficio hanno evidenziato come dall'analisi documentale non risultasse che **Persona_1** avesse *'problemi importanti di tipo sistemico (non aveva insufficienza epatica, renale, cardiaca, renale, ipoproteinemia)'*, concludendo che *'quindi per esclusione si può dire che l'edema era da stasi'*, precisando in proposito che *'L'esame ecocolor Doppler ha evidenziato un episodio di tromboflebite superficiale ma non varici essenziali o trombosi venose profonde da giustificare un edema, per giunta bilaterale. Doveva perciò trattarsi di un edema linfatico e quindi di*

*un linfedema da stasi'. Contrariamente a quanto sostenuto dalla convenuta, il fatto che i CCTTUU abbiamo individuato la suddetta diagnosi in via di 'esclusione' non è affatto sintomatico di un approccio superficiale, avendo i CCTTUU tratto le logiche conseguenze, in termini differenziali, dei dati clinici risultanti dagli atti. In primo luogo la presenza di edema in entrambi gli arti, evincibile fin dal primo accesso al PS dell'ottobre 2012, era da ritenere ormai conclamata in occasione accesso al PS del febbraio 2013, ma l'anamnesi escludeva che il paziente soffrisse di cardiopatia, in tal senso non essendo sufficiente la rilevata ipertensione che risultava essere adeguatamente curata. Doveva quindi escludersi che si trattasse di un edema cardiaco, ovvero derivante da problemi renali di cui il **Per_1** non risultava soffrire. I CCTTUU sottolineavano come invece la correttezza della diagnosi di edema di origine linfatica da stasi risultasse chiaramente anche dal tipo di complicanze che si andavano manifestando, spiegando: *'Che si possa parlare di un linfedema è inoltre deducibile dalla evoluzione del caso. Infatti, in genere, quando, nonostante ci si accorga dell'edema, non si intraprende la terapia corretta, le gambe continuano a gonfiare fino a quando non trovano una soluzione naturale che può essere una infezione per trasudazione ed evaporazione della linfa sulla superficie cutanea (chiamata erisipela) o attraverso la formazione di vescicole contenenti appunto linfa, che poi scoppiando lasciano delle ulcerazioni'*.*

In proposito i consulenti hanno quindi rilevato come i sanitari della struttura convenuta si erano limitati a diagnosticare e curare la sola complicanza (erisipela), giustamente trattata con la terapia antibiotica, ma allo stesso tempo non avevano adottato nessun provvedimento e o terapia che potesse prevenire le recidive delle complicanze o l'aggravamento della situazione edematosa alla base delle insorte problematiche (così come poi è avvenuto). Anche con riferimento alla prescrizione di calza elastica, i CCTTUU non hanno trascurato di evidenziare come dal diario clinico fosse emerso che il paziente avesse fatto un temporaneo trattamento elasto compressivo (prescrittogli nel novembre 2012), ma sottolineavano come era risultato che al paziente fosse stata prescritta solo una calza riposante e non terapeutica, come sarebbe invece stato necessario (a tale gambaleto da riposo si riferisce il diario clinico relativo al ricovero del 12.03.2013 in cui si fa riferimento all'utilizzo di tale calza nei tre mesi precedenti). Dunque, dal momento in cui il paziente si era rivolto al PS, per tre volte di seguito, mai risulta essere stato indirizzato verso una cura, ovvero una terapia che potesse prevenire le recidive delle complicanze o l'aggravamento della situazione. Da una parte il dermatologo, via via consultato, aveva somministrato una terapia della complicanza (senza mai inquadrare il problema, anche perché non si trattava di una malattia della cute); il chirurgo

vascolare, più volte chiamato a fornire consulenza, per come specificato dai CCTTUU, *'ha sempre eseguito l'esame ecocolordoppler senza mai fare diagnosi completa, o comunque senza mai dichiarare che il caso non era di sua competenza, adottando anche terapie come la infusione di eparina sodica (che di solito si adotta in casi di trombosi, mai evidenziata nel nostro caso) e che purtroppo ha portato il paziente a complicanze emorragiche che hanno peggiorato le sue condizioni cliniche già compromesse, con la necessita di essere trasfuso'.*

Dunque, la mancanza di una corretta diagnosi della patologia da cui il Per_1 era affetto non soltanto aveva comportato il progredire della malattia non curata, ma anche la somministrazione di trattamenti errati (vedi appunto l'eparina) che non avevano fatto altro che aggiungere ulteriori complicanze a quelle già proprie dell'evoluzione patologica in atto.

I consulenti hanno in proposito spiegato come *'L'equivoco verosimilmente nasce dal fatto che trattandosi di lesioni cutanee infette e poi necrotiche si è sempre pensato, purtroppo non correttamente, che si trattasse di lesioni vascolari ischemiche, in realtà mai confermate in qualsiasi consulenza od esame ecocolordoppler fatta dai chirurghi vascolari. Nel frattempo le ulcerazioni si sono trasformate in lesioni necrotiche da cellulite necrotizzante cioè un quadro di infezione grave che evolve verso la ischemia microvascolare del tessuto cutaneo e sottocutaneo (come si è dimostrato poi ad un certo punto con un esame biotico della cute della coscia). Le infezioni si sono susseguite e aggravate non perché non trattate adeguatamente e con corretta antibiotico terapia (suffragate tutte da esami culturali e antibiogrammi e consulenze infettivologiche ma perché nel frattempo si continuava a trattare le complicanze infettive e cutanee e non la eziologia della malattia). Una volta instauratosi un percorso vizioso di complicanze su complicanze il caso è scivolato verso la irreversibilità delle lesioni. Le infezioni cutanee ripetute si sono trasformate in infezioni generalizzate e multiorgano fino allo shock settico. Le lesioni cutanee da ulcerazioni semplice sebbene estese, in vere e proprie necrosi'.*

Sulla base dei suddetti elementi è pertanto possibile affermare che i medici della struttura sanitaria convenuta che ebbero in cura Persona_1 omisero di effettuare la corretta diagnosi della patologia da cui lo stesso era affetto e, conseguentemente, limitandosi a trattare le sole complicanze via, via insorte, non gli somministrarono le cure adeguate per il linfedema da stasi, che aveva continuato quindi a progredire con conseguenze sempre più gravi, dispiegando tutti gli effetti secondari legati alle ingravescenti complicanze, fino all'*exitus*. In proposito i CCTTUU hanno sottolineato

come si trattasse di una diagnosi doverosa usando la diligenza del professionista mediamente diligente, atteso che *'Appare inoltre scontato il pretendere dai sanitari di una struttura pubblica ospedaliero universitaria di rilievo nazionale l'obbligo di porre una corretta diagnosi ed un idoneo trattamento terapeutico di una patologia di non infrequente riscontro, ben definita nei suoi profili nosografici diagnostici e terapeutici e del tutto affrontabile positivamente con la comune diligenza e perizia del bravo ed accorto professionista. Neppure, d'altra parte, si intravede nella fattispecie l'esistenza di altre cause totalmente svincolate dal processo patologico di base, siano state in grado di interrompere il nesso tra condotta inadeguata e decesso del paziente'*.

E' altresì possibile ritenere la sussistenza di un nesso causale tra le suddette condotte e la morte del paziente, atteso che i CCTTUU hanno evidenziato come *'con elevata probabilità, se il paziente sin dal primo momento avesse ricevuto un trattamento eziologico, non sarebbe andato incontro alle complicanze più gravi'. E ancora: 'Se avesse ricevuto una trattamento di terapia diuretica, elasto compressiva, piuttosto che linfodrenaggio manuale o meccanico, è del tutto verosimile che si sarebbe interrotta la spirale viziosa che lo ha condotto alle complicanze più gravi e quindi alla morte'*.

Hanno aggiunto i CCTTUU che anche al momento in cui erano comparse le lesioni cutanee più gravi e la cellulite necrotizzante *'il trattamento chirurgico corretto, in teoria, da eseguire, sarebbe potuto essere la asportazione di tutto il tessuto cutaneo e sottocutaneo (fino alla fascia muscolare di entrambe gli arti ... scarificazione e necrosectomia)'* osservando come invece *'La amputazione dell'arto si prende in considerazione solo quando le condizioni cliniche e locali del paziente sono tali da metterlo in pericolo di vita, ben sapendo sia il chirurgo che l'anestesista che si tratta di interventi a volta salva vita ma anche ad alto rischio di mortalità'*. A tale ultimo proposito i consulenti dell'Ufficio in sede di risposta alle osservazioni di parte evidenziavano come *'quando i sanitari si sono decisi a procedere all'amputazione della gamba sinistra, il paziente era già in condizioni di grave shock settico a cui però non sarebbe mai arrivato se fosse stata tempestivamente posta la diagnosi e si fosse approntata la corretta terapia'*.

E' allora evidente che Persona_1, a causa della *malpractice* accertata, non è stato semplicemente privato della possibilità (*chance*) di ottenere il risultato sperato - richiesta in via di subordine - ma è stato privato del risultato stesso della prosecuzione della vita in condizioni di salute migliori che, senza la condotta omissiva, "più probabilmente che non" avrebbe ottenuto.

Alla luce di tali conclusioni, che appaiono adeguatamente motivate sotto il profilo tecnico e sorrette sul punto da iter logico esaustivo e immune da censure, deve ritenersi la responsabilità della azienda ospedaliera universitaria [redacted] per la morte di [redacted] *Per_1* [...] .

Tale ricostruzione appare infine conforme ai principi espressi dalla giurisprudenza di legittimità, secondo cui *"in ipotesi di morte del paziente dipendente (anche) dall'errore medico, qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, tale ultima dovendosi ritenere lo stato patologico non riferibile alla prima, l'autore del fatto illecito risponde "in toto" dell'evento eziologicamente riconducibile alla sua condotta, in base ai criteri di equivalenza della causalità materiale, potendo l'eventuale efficienza concausale dei suddetti eventi naturali rilevare esclusivamente sul piano della causalità giuridica, ex art. 1223 cod. civ., ai fini della liquidazione, in chiave complessivamente equitativa, dei pregiudizi conseguenti, ascrivendo all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose da rapportare, invece, all'autonoma e pregressa situazione patologica del danneggiato (cfr. ex multis: Cass. Civ. Sez. III, sentenza n. 35998 del 27.12.2023; Cass. Civ., Sez. III, sentenza n. 26851 del 19.09.2023; Cass. Civ. Sez. III, ordinanza n. 21602 del 28.07.2025).*

6. Il danno non patrimoniale da morte iure hereditatis – Con riferimento al richiesto risarcimento *iure hereditario* del danno biologico terminale e catastrofico, sofferto dal *de cuius* nel periodo di degenza ospedaliera culminato nella sua morte, va premesso come secondo i più recenti arresti giurisprudenziali (cfr. Cass. 17/09/2019 n. 23153; 05/07/2019 n. 18056; S.U. 22/7/2015 n. 15350), in caso di morte cagionata da un illecito, nel periodo di tempo interposto tra la lesione e la morte ricorre il danno biologico terminale, cioè il danno biologico *stricto sensu* (ovvero danno al bene "salute"), al quale, nell'unitarietà del *genus* del danno non patrimoniale, può aggiungersi un danno morale peculiare improntato alla fattispecie ("danno morale terminale"), ovvero il danno concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza psicologica (agonia), derivante dall'avvertita imminenza dell'*exitus*, se nel tempo che si dispiega tra la lesione ed il decesso la persona si trovi in una condizione di "*lucidità agonica*", in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte, essendo quindi irrilevante, a fini risarcitori, in tale ipotesi, il lasso di tempo intercorso tra la lesione personale ed il decesso.

Nel caso di specie la domanda è fondata sotto entrambi i profili di danno.

Seppure l'inizio della condotta negligente dei sanitari sia da far coincidere – per quanto già detto sopra – con il primo accesso al PS in data 16.10.2012, il primo momento in cui è possibile collocare una situazione di gravità tale da porsi nella prospettiva della morte del paziente è il 12.03.2013, ovvero 33 giorni prima del decesso del Per_1 avvenuto il 14.04.2013. Tale data coincide infatti con il ricovero nel reparto di dermatologia (dopo la dimissione dal PS del 9.03.2013) a fronte di lesioni ulcerative ormai plurime e infette, con elevati valori di proteina C reattiva e VES, nonché rilevamento con tampone di infezione da *staphylococcus aureus* e *pseudomonas aeruginosa* che appariva diffusa anche a livello polmonare. Dall'esame del diario clinico in atti risulta che da tale data in avanti gli esiti degli esami ematici evidenziavano un continuo peggioramento degli indici di flogosi, di pari passo con una compromissione della funzionalità epatica, glicemica e respiratoria. Il 16.03 è annotato che il paziente continuava ad avere dolore agli arti ed era trattato con antidolorifici, con effettuazione di nuova consulenza della terapia antalgica. In data 18/03 alle ore 10.30 risulta annotato un ulteriore peggioramento del quadro clinico del paziente che, per via del dolore intenso, è costretto a tenere l'arto in scarico. Si segnala inoltre un cospicuo sanguinamento della lesione del dorso del piede sinistro divenuto necrotico che viene suturata. Il 19.03. una nuova consulenza vascolare evidenziava che il paziente era anemizzato, l'avampiede ipoperfuso, tanto che il giorno successivo iniziavano ad essergli praticate trasfusioni di sangue, mentre a livello gastroesofageo era rilevata la presenza di colonie fungine a carico della mucosa esofagea. Intanto i rilievi clinici annotati facevano ritenere che il dolore sofferto dal Per_1 fosse ormai divenuto insopportabile, tanto che, in data 20.03, trasferito nel reparto di chirurgia vascolare, gli veniva modificata la terapia antalgica con aggiunta di oppiacei e morfina. Sottoposto a consulenza anestesiologicala il 26.03 veniva rilevata una situazione clinica grave, tale da sconsigliare una eventuale anestesia generale. Nei giorni successivi i valori ematici continuavano a peggiorare e in data 30.03 era annotato che gli esami ematochimici confermavano l'aggravamento degli indici di flogosi e quelli di un iniziale insufficienza multiorgano. Era trasferito nel reparto di medicina per sanguinamento retroperitoneale da eparina, con contestuale polmonite bilaterale. Nella stessa data risulta sottoscritto dal paziente un consenso informato per la pratica delle trasfusioni di sangue. In data 04/04 una TAC addome evidenziava un quadro di ileo riflesso secondario e un vasto ematoma dello spazio pararenale posteriore destro senza segni di sanguinamento attivo, oltre a multipli focolai polmonari di verosimile significato flogistico. Il 5.04 il Per_1 era trasferito nel reparto di rianimazione per shock settico e insufficienza

respiratoria, intubato e sottoposto a coma farmacologico. In data 8.04 i chirurghi indicavano la necessità dell'amputazione bilaterale degli arti inferiori. Il 9.04, in chirurgia vascolare, era sottoposto all'amputazione dell'arto inferiore sinistro a livello della coscia con diagnosi di gangrena dei tessuti molli. Il 13/04 il paziente risultava già anurico ed instabile ed il chirurgo vascolare evidenziava che la necrosi a carico dell'arto inferiore destro era progredita fino alla radice della coscia, con mazzette cutanee dell'addome. Il 14/04 il paziente giungeva all'*exitus* mortale con diagnosi di shock settico.

Nel caso di specie dunque dal momento del ricovero in dermatologia del 12.03.2013 fino al trasferimento in rianimazione del 5.04.2013 dalle annotazioni del diario clinico risulta che il paziente fosse vigile, tanto che era in grado di dare il consenso alle trasfusioni, si presentava sensibile al dolore, tanto da necessitare del rafforzamento delle relative terapie antalgiche.

Sulla base di detto *excursus*, caratterizzato da una progressiva ingravescenza del quadro clinico, dispiegatosi in un arco temporale durante il quale il *Per_1* assisté al lento e inesorabile declino delle proprie aspettative di recupero fisico, fino al ricovero in rianimazione in condizioni ormai disperate, deve ritenersi soddisfatto l'onere probatorio a carico degli attori riassunti in ordine all'esistenza del danno catastrofico in capo al loro *de cuius*.

Sulla base dei dati a disposizione è dunque possibile affermare che il paziente – le cui ingravescenti condizioni cliniche risultano una vera e propria costante nelle annotazioni del diario clinico che ebbe a seguire il ricovero del 12.03 e del quale non risulta mai documentata una totale perdita di coscienza nei momenti che ne hanno preceduto il ricovero in rianimazione, in guisa da poter presumere il permanere in lui di uno stato di lucidità agonica fino al 5.04 - ebbe modo di percepire il progressivo scadimento delle proprie condizioni di salute, assistendo consapevolmente al lento peggioramento del proprio stato fisico divenuto alla fine così critico da far ragionevolmente presumere che egli, con il passare dei giorni, fosse ben conscio dell'irreversibilità della situazione e di una prognosi negativa del suo sopravvivere, con conseguente stato di prostrazione e di afflizione morale derivante dalla tragica consapevolezza dell'imminente ed ineluttabile fine.

Accanto alla suddetta componente morale catastrofica è possibile riconoscere anche il c.d. danno biologico terminale che, al contrario della c.d. *formido mortis*, ha fondamento medico legale e consiste nella forzata rinuncia alle attività quotidiane durante il periodo della invalidità culminata nella morte e fino alla data della stessa.

Invero, il diritto al risarcimento del cd. danno biologico terminale è configurabile allorché tra l'evento lesivo e il decesso intercorra un apprezzabile lasso temporale, tale da consentire di ravvisare una effettiva compromissione dell'integrità psico-fisica della vittima, distinta e autonomamente valutabile rispetto all'esito letale. A tale riguardo, la Suprema Corte ha precisato che la soglia minima per configurare il danno biologico terminale ricorre solo quando la vittima sopravviva per un periodo di alcuni giorni (cfr. *Cass. Civ., Sez. III, sentenza n. 21060 del 16.03.2016; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7923 del 23/03/2024*) e, o, nei casi limite, di almeno un giorno, tale essendo la durata minima, per convenzione legale, ai fini dell'apprezzabilità dell'invalidità temporanea, essendo, (cfr. *Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 18056 del 05/07/2019*).

Per la configurabilità di siffatto danno alla salute, consistente, come detto, nel fatto che per un certo apprezzabile lasso di tempo il soggetto non abbia potuto oggettivamente svolgere le sue attività quotidiane (danno che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità proprio per la prossimità dell'evento morte), è invece irrilevante che durante tale periodo la vittima abbia mantenuto lucidità ed è quindi indifferente lo stato di incoscienza (cfr. *Cass. n° 18056/2019*).

Nel caso in esame, potendosi considerare integrata la irreversibile lesione del bene della salute, che ha poi portato al decesso del Per_1 nel momento in cui la sommatoria delle condotte tenute dai sanitari ha reso la situazione di tale gravità, da essere ormai inesorabilmente volta alla morte, il lasso temporale in questione deve essere fatto decorrere dalla data del 12.03.2013, giorno del ricovero con accertamento di molteplici e diffuse lesioni infette, fino al decesso del 14.04.2013.

Deve essere ritenuto un 'apprezzabile lasso di tempo', trattandosi di una sopravvivenza protrattasi per 33 giorni, durante i quali, per come sopra specificato, il paziente ha versato in uno stato di gravissima invalidità, che l'ha costretto in uno stato di crescente dolore e progressiva perdita di tutte le proprie funzioni biologiche.

Con riguardo al *quantum* di tale danno, secondo il costante orientamento della Cassazione (cfr. da ultimo *Cass. n° 4658/2024*), la determinazione del risarcimento dovuto a titolo di danno biologico *iure hereditatis*, nel caso in cui il danneggiato sia deceduto dopo un apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo ed a causa dello stesso, va parametrata alla menomazione dell'integrità psicofisica patita dallo stesso per quel determinato periodo di tempo, con commisurazione all'inabilità temporanea da adeguare alle circostanze del caso concreto, tenuto conto del fatto che, detto danno, se pure temporaneo, ha raggiunto la massima entità ed intensità, senza possibilità di

recupero, atteso l'esito mortale (cfr. Cass. n. 22228 del 2014; fra le tante si vedano anche Cass. n. 15491 del 2014, n. 16592 del 2019 e n. 17577 del 2019).

L'invalidità temporanea perdura, infatti, in relazione alla durata della patologia, e viene a cessare o con la guarigione, con il pieno recupero delle capacità anatomico-funzionali dell'organismo, o, al contrario, con la data della morte, ovvero ancora con l'adattamento dell'organismo alle mutate e degradate condizioni di salute (cd. stabilizzazione dei postumi). Solo in tale ultimo caso, il danno biologico subito dalla vittima dev'essere liquidato anche alla stregua di invalidità permanente pura e semplice (cfr. Cass. n. 35416 del 2022), mentre nel caso che le lesioni siano sfociate nell'esito mortale non rimarrà alcuno spazio per il risarcimento di un autonomo danno da lesione permanente, assorbito dalle diverse poste risarcitorie correlate all'avvenuto decesso. Il fatto che sia intervenuta la morte come conseguenza delle condotte dei sanitari non è infatti evento di cui non si possa tenere conto in termini di commisurazione del danno alla salute da riconoscere ai congiunti *iure hereditatis* e che non potrà che coincidere con un danno da invalidità temporanea 'rafforzato' in termini di maggior gravità conseguente all'essere la malattia sfociata nel decesso, piuttosto che in un consolidamento degli esiti lesivi.

Si dovrà dunque risarcire il danno da invalidità temporanea assoluta al 100% per tutto il lasso temporale intercorrente tra il 12.03.2013 e la morte intervenuta il 14.04.2013, considerando altresì la componente morale da c.d. lucida agonia fino al momento in cui il Per_1 ha perso coscienza ovvero alla data del suo ricovero in rianimazione il 5.04.2013.

Proprio la peculiarità di tale particolare forma di invalidità temporanea nell'imminenza della morte, ben differente e 'rafforzata' rispetto alla comune invalidità temporanea destinata a sfociare nei postumi di una malattia, fa ritenere preferibile l'applicazione delle tabelle milanesi rispetto alla Cont, considerato che solo le prime contengono una espressa modalità di computo di tale specifica forma di invalidità temporanea che deve tenere conto di alcune caratteristiche peculiari: ovvero l'appesantimento della diaria giornaliera trattandosi di persona morente; il valore decrescente con il passare del tempo; la contestuale valutazione dei sovrapposti particolari profili biologico correlato alla perdita delle proprie funzioni fino all'*exitus* e morale in termini di lucida agonia.

Ciò detto, considerato che nel caso di specie si tratta di liquidare un danno la cui domanda era stata accolta con la sentenza di primo grado annullata dall'appello la cui pronuncia di rigetto nel merito è stata Cassata, le tabelle milanesi di riferimento da utilizzare saranno quelle vigenti al momento della presente decisione, atteso che il

giudice ha comunque l'obbligo di utilizzare i parametri vigenti al momento del risarcimento del danno (cfr. Cass. n. 11/05/2012 7272; v. anche Cass. 25485/ 2016; Cass. 22265/ 2018 e Cass. 30516/19), posto che la liquidazione effettuata sulla base di tabelle non più attuali si risolve in una non corretta applicazione del criterio equitativo previsto dall'art. 1226 c.c.

Dovranno quindi trovare applicazione le tabelle milanesi – aggiornate al 2024 – che prevedono un valore unico per componente biologica e morale terminale e precisamente per i primi tre giorni di agonia un importo massimo di complessive euro 35.247,00 e per i successivi giorni – come detto fino ad un massimo di 100 – un valore complessivo *pro die* progressivamente decrescente partendo da un importo di euro 1175,00 nella versione delle tabelle aggiornata al 2024, con possibile personalizzazione fino al 50% nei casi di particolare sconvolgimento della persona morente.

Nel caso in esame, considerato che nella detta valutazione unitaria deve considerarsi da una parte la incidenza della componente morale solo fino alla data del 5.04.2013 – essendo destinata per quanto detto ad arrestarsi al momento della perdita di coscienza da parte del *de cuius* 9 giorni prima della morte – dall'altra l'elevato carico di dolore subito dal paziente a far data dal 12.03 e fino alla morte preceduta anche dall'amputazione di un arto in gangrena che ha continuato nel processo di degenerazione, si ritiene congruo riconoscere euro 25.000 per i primi tre giorni di agonia e un importo *pro die* per i giorni successivi al terzo di euro 1175 per il quarto, con progressivo decremento fino ad arrivare ad euro 854,00 per il 33° giorno di agonia, per un importo di complessive euro 55.442,00 (euro 25.000,00 + euro 30.442,00)

Trattandosi di debito di valore, a tale somma, già rivalutata, devono aggiungersi gli interessi compensativi, da computarsi sulla somma devalutata al momento del fatto (pari ad euro 44.212,12) e rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza, così pervenendosi alla somma complessiva di **euro 63.924,68**; a tanto, maggiorato degli interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, l' Controparte_4

[...] deve essere condannata a risarcire agli attori, ciascuno per la rispettiva quota ereditaria di spettanza.

7.I danni non patrimoniali iure proprio da perdita parentale – Gli attori hanno richiesto il risarcimento, *iure proprio*, del danno da perdita parentale.

In via preliminare si osserva come nella fattispecie in esame il detto danno è rappresentato dalla perdita del rapporto *tout court* e non dalla perdita anticipata della vita del congiunto, atteso che, come accertato dai CCTUU le cause della morte del paziente sono correlate alla omessa corretta diagnosi della patologia da cui era affetto

e dalla conseguente omissione delle adeguate cure che, secondo il più probabile che non, avrebbero evitato il susseguirsi delle sempre più gravi complicanze, fino al decesso. Ne deriva che gli attori hanno diritto di rivendicare il danno da perdita del rapporto parentale, con riferimento al quale la struttura sanitaria convenuta ha contestato la quantificazione.

Ciò premesso, secondo un ormai consolidato orientamento giurisprudenziale *“L'esistenza del vincolo affettivo che consente ad un familiare di chiedere il risarcimento del danno non patrimoniale conseguente alla fine o alla lesione del rapporto parentale può sempre essere oggetto di una prova presuntiva; la presunzione, del resto, è a tutti gli effetti una prova. Ciò che cambia, però, è la consistenza del requisito iniziale, cioè l'intensità del vincolo e, di conseguenza, l'intensità della prova che dovrà essere fornita. Il che viene a significare che, mentre per i componenti della famiglia nucleare sussiste pur sempre il fatto notorio nel senso spiegato dall'ordinanza n. 3767 del 2018, per cui è connaturato all'essere umano soffrire per la perdita di un figlio, del coniuge, di un fratello o di un genitore, a mano a mano che il vincolo di parentela si allarga, il fatto notorio perde progressivamente di significato, per cui la prova presuntiva dovrà essere corroborata da elementi maggiormente significativi (cfr. da ultimo Cass. Civ., sent. n. 21988/2025).*

Pertanto nel caso, come quello di specie, in cui vengano in rilievo i rapporti tra coniugi e tra genitore e figli, la giurisprudenza di legittimità ha spiegato come *“la sussistenza di effettivi rapporti di reciproco affetto e solidarietà con il congiunto è assistita da una presunzione 'iuris tantum', fondata sulla comune appartenenza al medesimo 'nucleo familiare minimo', che può essere superata dalla prova contraria fornita dal convenuto, anch'essa imperniata su elementi presuntivi tali da far venir meno (ovvero attenuare) la presunzione suddetta, dovendo in ogni caso il giudice procedere, ai sensi dell'art. 2729 c.c., a una valutazione complessiva della gravità, precisione e concordanza degli elementi indiziari a sua disposizione” (cfr. Cass. n. 9010/2022).*

Nel caso di danno da perdita di componenti della famiglia c.d. minima, ovvero genitori, coniuge, figli o fratelli della vittima, l'uccisione del congiunto fa dunque presumere, di per sé sola, una sofferenza in capo agli stretti congiunti, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti, tutte circostanze che vanno ad influire unicamente nel *quantum* del risarcimento; in tal caso, grava sul convenuto l'onere di provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti e/o in odio e che, di conseguenza, la morte della prima non abbia causato pregiudizi non

patrimoniali di sorta al secondo (cfr. *da ultimo* Cass. n° 22397/2022; *conformi* Cass. n. 25774/2019; Cass. n. 3767/2018).

Nel caso in esame, a fronte dell'allegazione degli attori di aver subito il danno da perdita del rapporto rispettivamente con il coniuge e con il padre – rapporto comprovato dal certificato prodotto in atti - non sono state di contro dedotte e provate da parte della **Pt_4** convenuta circostanze concrete idonee a dimostrare l'assenza di un legame affettivo tra la vittima e i familiari superstiti.

Orbene, con riferimento alla quantificazione dei relativi danni, in base al condivisibile indirizzo della giurisprudenza di legittimità *'al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre l'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella'* (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 10579 del 21/04/2021).

Dunque, ai fini della liquidazione di tale danno in favore delle parti attrici in riassunzione, per quanto detto sopra, si farà ricorso ai criteri tabellari individuati dal Tribunale di Milano nel 2024 vigenti al momento della presente liquidazione, ove, per la perdita di un genitore, di un figlio o di un coniuge, è stabilito il "valore punto" di € 3.911,00.

Va altresì tenuto conto, ai fini risarcitori, dei seguenti parametri: A) età del danneggiato primario, B) età del danneggiato secondario, C) convivenza, D) sopravvivenza di altro/i congiunti del nucleo familiare primario del *de cuius*, E) qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto.

Ciò premesso si perviene ai seguenti risultati:

Con riferimento alla coniuge **Parte_1 :**

- per il criterio A) - età della vittima primaria (che al momento del decesso era entrata nel suo sessantacinquesimo anno di età): **16 punti**;
- per il criterio B) - età della vittima secondaria - (**Parte_1** all'epoca del sinistro aveva compiuto 57 anni): **18 punti**;

-per il criterio C) – convivenza (comprovata da certificazione e documento di identità):

16 punti

- per il criterio D) – familiari superstiti della famiglia primaria: **12 punti** (essendo due i familiari superstiti, ovvero i due figli)

-per il criterio E) – qualità ed intensità della relazione affettiva: **20 punti**.

Con riferimento all'ultimo criterio sub E) - che per l'intensità del legame affettivo prevede una forbice da 0 a 30 punti - deve essere ritenuta la congruità del valore di 20 punti considerata la convivenza dei coniugi che avevano cresciuto insieme due figli e con riferimento al cui rapporto non risultavano attriti di sorta (il cui onere probatorio per quanto detto sopra spettava alla parte convenuta).

Si perviene così all'attribuzione a *Parte_1* di complessivi **84 punti** e dunque ad un danno da perdita parentale di **euro 320.702,00** (euro 3911,00 x 82).

Trattandosi di debito di valore, a tale somma, già rivalutata, devono aggiungersi gli interessi compensativi, da computarsi sulla somma devalutata al momento del fatto (pari ad euro 255.743,22) e rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza, così pervenendosi alla somma complessiva di **euro 369.237,31**; a tanto, maggiorato degli interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, l'azienda ospedaliera universitaria *Parte_1* deve essere condannata a risarcire in favore di *Parte_1*.

Con riferimento al figlio *Parte_2* :

- per il criterio A) - età della vittima primaria (che al momento del decesso era entrata nel suo sessantacinquesimo anno di età): **16 punti**;

- per il criterio B) - età della vittima secondaria - (*Parte_2* che al momento del fatto era entrato nel suo trentacinquesimo anno): **22 punti**;

-per il criterio C) – convivenza (non comprovata al momento del decesso, riferendosi sia il certificato di stato di famiglia sia il documento di identità al 2003): **0 punti**

- per il criterio D) – familiari superstiti della famiglia primaria: **12 punti** (essendo due i familiari superstiti ovvero il fratello e la madre)

-per il criterio E) – qualità ed intensità della relazione affettiva: **20 punti**.

Con riferimento all'ultimo criterio sub E) - che per l'intensità del legame affettivo prevede una forbice da 0 a 30 punti - deve essere ritenuta la congruità del valore di 20 punti considerati i riferimenti a contatti contenuti anche in cartella clinica e in relazione al quale non risultavano attriti di sorta (il cui onere probatorio per quanto detto sopra spettava alla parte convenuta)

Si perviene così all'attribuzione a *Parte_2* di complessivi **70 punti** e dunque ad un danno da perdita parentale di **euro 273.770,00** (euro 3911,00 x 70).

Trattandosi di debito di valore, a tale somma, già rivalutata, devono aggiungersi gli interessi compensativi, da computarsi sulla somma devalutata al momento del fatto (pari ad euro 218.317,38) e rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza, così pervenendosi alla somma complessiva di **euro 315.202,59**; a tanto, maggiorato degli interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, l'azienda ospedaliera universitaria [redacted] deve essere condannata a risarcire **in favore di** [redacted] *Parte_2* .

Con riferimento al figlio [redacted] *Parte_3* :

- per il criterio A) - età della vittima primaria (che al momento del decesso era entrata nel suo sessantacinquesimo anno di età): **16 punti**;
- per il criterio B) - età della vittima secondaria - ([redacted] *Parte_3* che al momento del fatto era entrato nel suo quarantesimo anno): **22 punti**;
- per il criterio C) – convivenza (esclusa dai dati di cui al documento di identità allegato):
0 punti
- per il criterio D) – familiari superstiti della famiglia primaria: **12 punti** (essendo due i familiari superstiti ovvero l'altro fratello e la madre)
- per il criterio E) – qualità ed intensità della relazione affettiva: **20 punti**.

Con riferimento all'ultimo criterio sub E) - che per l'intensità del legame affettivo prevede una forbice da 0 a 30 punti - deve essere ritenuta la congruità del valore di 20 punti considerato il rapporto padre figlio che risulta comprovato anche dai riferimenti contenuti in cartella clinica e in relazione al quale non risultavano attriti di sorta (il cui onere probatorio per quanto detto sopra spettava alla parte convenuta)

Si perviene così all'attribuzione a [redacted] *Parte_3* di complessivi **70 punti** e dunque ad un danno da perdita parentale di **euro 273.770,00** (euro 3911,00 x 70).

Trattandosi di debito di valore, a tale somma, già rivalutata, devono aggiungersi gli interessi compensativi, da computarsi sulla somma devalutata al momento del fatto (pari ad euro 218.317,38) e rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza, così pervenendosi alla somma complessiva di **euro 315.202,59**; a tanto, maggiorato degli interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, l'azienda ospedaliera universitaria [redacted] deve essere condannata a risarcire **in favore di** [redacted] *Parte_3* .

8.I danni patrimoniali – Non è contestato e risulta dalla documentazione in atti che la [redacted] *Parte_1* ha sostenuto le spese funerarie per euro 3.732,00, nonché le spese delle ctp rispettivamente per euro 7320,00 per quella del dott. [redacted] *Per_3* ed euro 4880,00 per quella del dott. [redacted] *Per_4*

L'Azienda ospedaliera universitaria [redacted] deve essere condannata a risarcire a [redacted] *Parte_1* la complessiva somma di euro 15.932.00 a titolo di danno

patrimoniale. Trattandosi di debito di valore, a tale somma, già rivalutata, devono aggiungersi gli interessi compensativi, da computarsi sulla somma devalutata al momento dei richiesti pagamenti (pari complessivamente ad euro 12.704,94) e rivalutata anno per anno fino alla presente sentenza, così pervenendosi alla somma complessiva di **euro 18.343,13**; a tanto, maggiorato degli interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo, l'Azienda ospedaliera CP_4 deve essere condannata a risarcire **in favore di** Parte_1 .

9. Le spese di lite - La modifica della sentenza della Corte d'Appello di Firenze, cassata dalla Suprema Corte, impone in questa sede la revisione d'ufficio delle spese legali, relativamente all'intero giudizio (cfr. Cass. Civ. 23123/19).

Il principio, previsto dall'art. 336 co I c.p.c., secondo il quale la cassazione parziale ha effetto anche sulle parti della sentenza dipendenti da quella cassata (cosiddetto effetto espansivo) comporta infatti che la caducazione, in sede di legittimità, della pronuncia nel merito del giudice di appello si estende alla statuizione relativa alle spese processuali, con la conseguenza che il giudice di rinvio ha il potere di rinnovarne totalmente la regolamentazione alla stregua dell'esito finale della lite. L'assunto è ormai consolidato nella giurisprudenza di legittimità secondo cui "*la cassazione della sentenza di appello travolge la pronuncia sulle spese di secondo grado, perché in tal senso espressamente disposto dall'articolo 336 primo comma del codice di procedura civile*" (cfr. Cass. Civ. Sez. III, 18/01/2006, n. 827).

Il suddetto effetto 'espansivo' vale anche per le spese del primo grado di giudizio, atteso che secondo un orientamento ormai unanime nella giurisprudenza di legittimità (cfr. *ex multis* Cass. n. 3475 del 9 marzo 2001, Cass. 14892 del 17 novembre 2000 e Cass. n. 5901 del 18 giugno 1994), nel giudizio di rinvio, la sentenza di primo grado riformata in appello deve considerarsi caduta definitivamente e, all'evidenza, la cassazione della sentenza di secondo grado non fa rivivere l'efficacia di quella di primo grado confermata o riformata (cfr. Cass. n. 3475/01 cit.).

Le suddette spese dovranno essere liquidate, unitamente a quelle del presente grado di giudizio, in base all'esito complessivo della lite (cfr. Cass. Civ. 21172/19), dal momento che la valutazione della soccombenza opera, ai fini della liquidazione delle spese, in base ad un criterio unitario e globale (cfr. Cass. n° 9064/2018).

Nel regolare tali spese, si deve muovere dalla premessa che, all'esito del giudizio, considerato nel suo complesso e in modo unitario, i Controparte_5 si sono visti riconoscere ragione sia in punto di *an*, sia di *quantum*, con la conseguenza che l' [...]

Controparte_4, in applicazione del principio di soccombenza dovrà essere condannata a rifondere in loro favore le spese di lite di tutti i gradi di giudizio. Le suddette spese si liquidano come in dispositivo in base al DM 55/14, così come aggiornati al D.M. nr. 147/2022, tenuto conto del valore del *decisum* (ricompreso nello scaglione da € 260.000,01 a € 520.000,00) e dell'impegno difensivo prestato (medio per tutte le fasi ad eccezione della fase di istruttoria/trattazione sia del secondo grado, sia del presente giudizio di rinvio stante il mancato espletamento di prove in senso tecnico e la sola trattazione, per la quale si reputa congruo il valore minimo). Trattandosi di difesa di posizioni processuali relative a più soggetti, ma tali da non comportare l'esame di specifiche distinte questioni di fatto e di diritto - essendo al contrario i principi applicati del tutto analoghi - ai sensi dell'art. 4 co 4 DM 55/14 si applica una riduzione del 30% del compenso; deve però poi seguire l'aumento del 30% per ogni posizione ulteriore alla prima ai sensi dell'art. 4 co 2 DM cit. Quindi, considerato che nel caso di specie due sono i soggetti difesi ulteriori al prima, all'esito dell'applicazione delle due suddette norme l'aumento applicabile è del 30%. *Con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario (avv. Paolo Bacalini) ex art. 93 c.p.c.*

P.Q.M.

la Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando a seguito di rinvio dalla Cassazione, ogni diversa eccezione disattesa e respinta, così statuisce:

1) accerta la responsabilità della *Controparte_4* per la morte di *Persona_1*

E per l'effetto

2) condanna l' *Controparte_4* a rifondere a *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3*, ciascuno per la quota ereditaria di spettanza, l'importo di complessivi euro **63.924,68 a titolo di danno non patrimoniale iure hereditatis** oltre interessi legali dalla presente sentenza all'effettivo soddisfo;

3) condanna l' *Controparte_4* a rifondere a *Parte_1* euro **369.237,31 iure proprio a titolo di danno non patrimoniale da perdita parentale** ed euro **18.343,13 a titolo di danno patrimoniale**, in entrambi i casi oltre interessi legali dalla presente sentenza all'effettivo soddisfo;

4) condanna l' *Controparte_4* a rifondere a *Parte_2* euro **315.202,59 iure proprio a titolo di danno non patrimoniale da perdita parentale** oltre interessi legali dalla presente sentenza all'effettivo soddisfo;

5) condanna l' *Controparte_4* a rifondere a *Parte_3* euro **315.202,59 iure proprio a titolo di danno non patrimoniale da perdita parentale** oltre interessi legali dalla presente sentenza all'effettivo soddisfo;

6) condanna l' *Controparte_4* a rifondere a *Parte_1* , *Parte_2* e *Parte_3* , le spese di lite di tutti i gradi di giudizio che si liquidano: *quanto al primo grado* in euro 29.194,10 per compenso da maggiorare del 15% per rimborso forfetario spese ed oltre IVA e CPA come per legge; *quanto al secondo grado* in euro 22.332,70 per compenso da maggiorare del 15% per rimborso forfetario spese ed oltre IVA e CPA come per legge; *quanto al giudizio di legittimità* in euro 14.004,90 per compenso da maggiorare del 15% per rimborso forfetario spese ed oltre IVA e CPA come per legge; *quanto al giudizio di rinvio* in euro 22.332,70 per compenso da maggiorare del 15% per rimborso forfetario spese ed oltre IVA e CPA come per legge; *con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario (avv. Paolo Bacalini) ex art. 93 c.p.c.*;

7) pone le spese di CTU, liquidate come in atti, definitivamente a carico dell' [...] *Controparte_4* .

Così deciso nella camera di consiglio dalla Corte di Appello di Firenze in data 5.10.2026 su relazione della dott.ssa Paola Caporali

Il Consigliere relatore
dott.ssa Paola Caporali

Il Presidente
dott.ssa Dania Mori

Nota

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