# REPUBBLICA ITALIANA
# IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
# TRIBUNALE DI FIRENZE
## Quarta sezione civile

Il giudice del Tribunale di Firenze, Quarta Sezione Civile, dott. Massimiliano Sturiale, in funzione di giudice monocratico, ha reso la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. 6649 del Registro Generale Contenzioso 2025

**TRA**

nella persona del Giudice dott. Massimiliano Sturiale ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I grado iscritta al n. r.g. 6649/2025 promossa da:

*Parte_1* (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio degli avv.ti [redacted] e [redacted]

RICORRENTE

contro

*Controparte_1* (C.F. e P.I. *P.IVA_1*, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con il patrocinio dell'avv. [redacted]

RESISTENTE

nei confronti di

*Controparte_2* (C.F. *P.IVA_2*, in persona del procuratore speciale *Controparte_3*, con il patrocinio dell'avv. [redacted]

*Controparte_4* (C.F. *P.IVA_3*, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con il patrocinio dell'avv. [redacted]

TERZI CHIAMATI

CONCLUSIONI

# TRIBUNALE DI FIRENZE
## Quarta sezione civile

Parte ricorrente: "*Voglia l'Ill.mo Tribunale di Firenze, respinta ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione, previa audizione del CTU a chiarimenti sulle questioni indicate nella memoria ex art. 281 duodecies comma 4 c.p.c. della ricorrente, in via principale: accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale della società* Controparte_1 *in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in* [redacted] *a Firenze (Partita IVA e Cod. Fisc.* P.IVA_1 *PEC:* Email_1 *, per i danni subiti dalla Sig.ra* Pt_1 [...] *n proprio e quale unica erede della sig.ra* Parte_2 *e, per l'effetto, condannare la predetta struttura sanitaria a risarcire alla sig.ra* Parte_1 *come in atti rappresentata, difesa e domiciliata i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti in proprio e dalla madre* Parte_2 *mediante pagamento in suo favore: in tesi, della complessiva somma di euro 559.926,00 (di cui euro 431.331,00 a titolo di IP, euro 11.730,00 per IT, euro 110.765,00 o per il danno morale, ed euro 6100,00 per spese mediche documentate); in ipotesi: della complessiva somma di euro 40.700,00 (di cui euro 27.700,00 a titolo di IP, euro 6.900,00 o per il danno morale, ed euro 6100,00 per spese mediche documentate); in ogni caso: oltre interessi legali dal dì del dovuto e rivalutazione monetaria all'effettivo soddisfo ovvero la diversa -maggiore o minore somma - che dovesse risultare di giustizia a seguito di espletata istruttoria. I n via subordinata: accertare e dichiarare la responsabilità esclusiva e/o concorrente, parziaria o solidale della società* Controparte_1 *in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in* [redacted] *a Firenze (Partita IVA e Cod. Fisc.* P.IVA_1 *PEC:* Email_1 *e/o della* Controparte_4 [...] *con sede in* [redacted] *, in persona del Presidente del Consiglio di Amministrazione e legale rappresentante pro tempore, (Cod. Fisc.* P.IVA_3 *PEC PEC:* Email_2 *, ciascuna per il proprio titolo e proporzionalmente alla percentuale di responsabilità a ciascuna imputabile per i danni subiti dalla sig.ra* Parte_1 *in proprio e quale unica erede della sig.ra* Parte_2 *e, per l'effetto, condannare la predetta* Controparte_1 *in persona del legale rappresentante pro tempore, e/o la predetta* Controparte_4 *in solido tra loro oppure ciascuna nei limiti della propria quota di responsabilità a risarcire alla sig.ra* Pt_1

*Pt_1 come in atti rappresentata, difesa e domiciliata i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti in proprio e dalla madre Parte_2 mediante pagamento in suo favore: in tesi, della complessiva somma di euro 559.926,00 (di cui euro 431.331,00 a titolo di IP, euro 11.730,00 per IT, euro 110.765,00 o per il danno morale, ed euro 6100,00 per spese mediche documentate); in ipotesi: della complessiva somma di euro 40.700,00 (di cui euro 27.700,00 a titolo di IP, euro 6.900,00 o per il danno morale, ed euro 6100,00 per spese mediche documentate); in ogni caso: o oltre interessi legali dal dì del dovuto e rivalutazione monetaria all'effettivo soddisfo ovvero la diversa -maggiore o minore somma - che dovesse risultare di giustizia a seguito di espletata istruttoria Condannare, altresì, [...] Controparte_2 con sede in [redacted], [redacted] (C.F. P.IVA_2 PEC: Email_3, in persona del legale rappresentante pro tempore, a tenere indenne e/o a manlevare Controparte_1 e, nei limiti dell'operatività della polizza assicurativa, e a corrispondere direttamente alla sig.ra Parte_1 le somme come sopra indicate, in solido con l'assicurata Controparte_1 on vittoria di spese e competenze del presente giudizio e della procedura di richiesta di Consulenza Tecnica Preventiva ex art. 8 L. 24/2017 e art. 696-bis c.p.c. (da aumentarsi ex art. 4 comma 1 bis del D.M. 55/2014 e ss. ii. e mm.), oltre rimborso forfetario e oneri di legge, spese di CTU e CTP*".

Parte resistente: "*Voglia l'Ill.mo Tribunale di Firenze, contrariis reiectis:*

− *nel merito, in tesi, rigettare integralmente la domanda della ricorrente, poiché infondata in fatto e in diritto, per tutte le ragioni esposte;*

− *in denegata ipotesi, qualora fosse accertata la responsabilità di Controparte_1 in ordine a quanto ad essa contestato da parte ricorrente e l'odierna resistente fosse condannata a risarcire il danno, in primo luogo, condannare Controparte_2 a manlevare e rilevare indenne Controparte_1 da ogni e qualsivoglia conseguenza pregiudizievole dovesse derivarle dal presente giudizio, con condanna della medesima compagnia assicuratrice al pagamento diretto in favore dell'avente diritto, ai sensi dell'art. 1917, comma 2, c.c., nei limiti di polizza; in secondo luogo, condannare Controparte_4 al pagamento*

*dell'importo che eccedesse l'oggetto di polizza o il massimale assicurato o fosse oggetto di scoperto e/o franchigia, o comunque non fosse posto a carico della compagnia assicuratrice.*

*Con vittoria di spese e compensi di lite*"

Controparte_2 "*Piaccia all'On.le Tribunale adito, previe le declaratorie del caso e gli incombenti di rito, contrariis reiectis*

*NEL MERITO ED IN VIA PRINCIPALE*

*RIGETTARE le domande spiegate dalla ricorrente in quanto infondate in fatto ed in diritto e comunque non provate.*

*NEL MERITO ED IN VIA DI SUBORDINATA*

*Nella non creduta ipotesi in cui venisse accertata e dichiarata una responsabilità, anche residuale e/o concorsuale della* CP_1 , CP_5 *la condanna della stessa, e la conseguente manleva della* Controparte_2 *, al solo risarcimento dei danni nella misura ed in relazione al grado di responsabilità accertato e comunque alla somma che Codesto Ill.mo Giudice riterrà di giustizia.*

*Il tutto, per* Controparte_2 *nei limiti ed alle condizioni generali di polizza.*

*Con vittoria di spese e funzioni di lite*"

Controparte_4 "*Piaccia all'On.le Tribunale adito, previe le declaratorie del caso e gli incombenti di rito, contrariis reiectis*

*NEL MERITO ED IN VIA PRINCIPALE*

*RIGETTARE le domande spiegate dalla ricorrente in quanto infondate in fatto ed in diritto e comunque non provate.*

*NEL MERITO ED IN VIA DI SUBORDINATA*

*Nella non creduta ipotesi in cui venisse accertata e dichiarata una responsabilità, anche residuale della Società resistente e venisse altresì accolta la domanda da questa espletata nei confronti della* Parte_3 *la condanna della stessa al solo risarcimento dei danni nella misura ed in relazione al grado di responsabilità accertato e comunque alla somma che Codesto Ill.mo Giudice riterrà di giustizia.*

*Con vittoria di spese e funzioni di lite*".

**RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE**

Con ricorso ex art. 281*undecies* c.p.c. depositato in data 29.05.2025, *Parte_1* in proprio e in qualità di erede della madre *Parte_2* ha evocato in giudizio innanzi al Tribunale di Firenze *Controparte_1* chiedendo il risarcimento dei danni (patrimoniali e non) asseritamente subiti in conseguenza della caduta dalla carrozzina occorsa alla madre il 06.07.2023 mentre era ricoverata presso la [redacted], struttura gestita dalla società convenuta.

La ricorrente ha esposto che la madre, di età avanzata e non più autosufficiente, era una paziente già nota alla RSA in quanto vi era stata ricoverata in precedenza dal 22.09.2022 al 21.10.2022. Già in occasione di tale ricovero era emerso che la *Parte_2* era una degente a rischio cadute che necessitava di essere sorvegliata a vista.

Durante la seconda degenza presso la struttura, iniziata il 03.07.2023, in data 06.07.2023 la *Parte_2* cadeva dalla carrozzina, riportando una "frattura per-trocanterica destra" e, pertanto, in data 10.07.2023 veniva sottoposta ad intervento chirurgico per la riduzione della frattura.

La ricorrente ha riferito che in seguito a detto intervento le condizioni di salute della madre peggioravano, insorgendo dapprima una anemizzazione necessitante di trasfusione e, poi, un episodio di edema polmonare. Successivamente, la *Parte_2* veniva trasferita al Pronto soccorso ove riceveva la diagnosi di "segni di ischemia miocardica"; seguiva il ricovero in diverse strutture ospedaliere fino alle dimissioni in data 18.09.2023 con la diagnosi di "ictus ischemico" con perdita della vista. La *Parte_2* decedeva in data 25.11.2023.

La ricorrente ha, quindi, promosso ricorso ex art. 696-*bis* c.p.c. nei confronti di *CP_1 [...]* e all'esito di tale procedimento (r.g. n. 10714/2024) ha instaurato il presente giudizio di merito, al fine di veder accertata la responsabilità di *Controparte_1* per le lesioni occorse alla madre in conseguenza della caduta per cui è causa.

In particolare, parte ricorrente ha dedotto la configurabilità di profili di negligenza nella sorveglianza assicurata alla madre dagli operatori della RSA i quali, pur essendo a conoscenza

che la *Parte_2* era un soggetto ad elevato rischio di caduta, avrebbero omesso di frenare la carrozzina e di prestare la vigilanza necessaria ad impedire alla degente di cadere a terra.

La *CP_1* si è costituita in giudizio, chiedendo il rigetto della domanda attorea in quanto infondata sia in ordine all'*an* sia al *quantum*. In particolare, parte resistente ha contestato che la caduta della *Parte_2* sia stata causata da una condotta negligente degli operatori della RSA, deducendo che la caduta poteva essere evitata soltanto dall'applicazione di una cintura pelvica, misura di contenzione non prescritta dal medico curante della *Parte_2*

La società convenuta ha, poi, formulato istanza di chiamata in causa di *[...] Controparte_2* sua compagnia assicurativa, chiedendone la condanna a tenerla indenne in caso di accoglimento della domanda avversaria, nonché della *Controparte_4* ditta appaltatrice dei servizi socio sanitari assistenziali presso la [redacted], chiedendone la condanna per quanto eventualmente non coperto dalla polizza assicurativa.

Differita la prima udienza per consentire la citazione e la costituzione dei terzi chiamati in causa, sia la compagnia assicurativa sia la società appaltatrice si sono costituite in giudizio, entrambe chiedendo il rigetto della domanda risarcitoria avanzata dalla ricorrente, deducendo che alcuna responsabilità è configurabile in capo alla RSA per la caduta occorsa alla *Parte_2* che, in quanto repentina e imprevedibile, non poteva essere evitata dagli operatori della struttura.

La causa, ritenuta sufficientemente istruita mediante il compendio tecnico e documentale in atti, è stata trattenuta in decisione all'udienza del 27.10.2026 a seguito di discussione orale.

**La responsabilità per la caduta occorsa a *Parte_2***

La presente controversia ha ad oggetto l'analisi della condotta degli operatori sanitari in relazione alla caduta occorsa alla *Parte_2* il 06.07.2023 durante la sua degenza presso la [redacted].

Prima di esaminare nel merito la controversia, si ritiene utile premettere che la responsabilità della struttura convenuta ha natura contrattuale, considerato che parte

ricorrente chiede il risarcimento *iure hereditatis* dei danni subiti dalla madre (a suo dire) a causa dell'inadempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità pacificamente intercorso tra la degente e l'odierna convenuta.

Come noto, la qualificazione della responsabilità della struttura come responsabilità contrattuale comporta, in punto di riparto degli oneri probatori, che il paziente che agisce per ottenere il risarcimento del danno deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto, il danno e l'esistenza del nesso di causalità tra quest'ultimo e la condotta dei sanitari, mentre spetta alla struttura sanitaria dimostrare che la prestazione è stata correttamente adempiuta o che l'inesatto adempimento è dovuto a causa a sé non imputabile, provando che l'inadempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile e inevitabile con l'ordinaria diligenza (cfr. Cass. civ. n. 745 del 12/01/2025; Cass. civ. n. 5808 del 27/02/2023).

Ebbene, nel caso di specie occorre accertare se risulti o meno configurabile una condotta negligente degli operatori in servizio presso la RSA e se la caduta della *Parte_2* sia stata causata proprio dall'inadempimento della struttura della prestazione di sorveglianza dovuta.

Secondo la prospettazione di parte ricorrente, la caduta in questione è stata causata da una condotta negligente del personale sanitario, il quale avrebbero omesso di frenare la carrozzina sulla quale la madre si trovava seduta nonché di sorvegliare adeguatamente la stessa così da impedirle di cadere.

Di contro, parte resistente ha eccepito che nessun inadempimento risulta imputabile alla RSA, poiché si è trattato di una caduta repentina ed improvvisa, come tale non prevedibile né evitabile dagli operatori sanitari.

Al riguardo, è opportuno rilevare che, secondo il costante insegnamento della giurisprudenza di legittimità, "*dal contratto stipulato tra il paziente e la struttura sanitaria che ne accetta il ricovero derivano naturalmente, a carico della seconda, ai sensi dell'art. 1374 cod. civ., oltre all'obbligazione principale di apprestare al primo le cure richieste dalla sua condizione (che la struttura adempie mediante il personale sanitario, rispondendone ex art. 1228 cod. civ.) - e oltre alle obbligazioni accessorie di carattere lato sensu organizzativo-alberghiero (che la struttura adempie direttamente, rispondendone ex art.1218 cod. civ.) -,*

*anche la specifica obbligazione di assicurare la protezione, mediante sorveglianza, delle persone di menomata o mancante autotutela, per le quali detta protezione costituisce parte essenziale della cura*" (da ultimo, Cass. civ. n. 31998 del 09/12/2025).

La Cassazione ha altresì chiarito che l'estensione e il contenuto dell'obbligazione di protezione gravante sulla struttura sanitaria variano in relazione alle circostanze del caso concreto e, in particolare, alle specifiche condizioni psico-fisiche del paziente. In questo senso, l'obbligo di sorveglianza è tanto più intenso quanto maggiore è la vulnerabilità del degente e il rischio che lo stesso possa subire danni (cfr. Cass. civ. n. 31998/2025).

Ciò posto, nella vicenda in esame si tratta di verificare se la struttura convenuta ha garantito alla *Parte_2* una assistenza e una protezione adeguate alle condizioni di salute della paziente.

Al riguardo, la consulenza tecnica espletata in via preventiva ha rilevato la ricorrenza nelle condizioni di salute della *Parte_2* di plurimi fattori di rischio di cadute tra quelli individuati dalla "*Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*" del Ministero della salute (quali, l'età superiore a 65 anni, l'incontinenza, il deterioramento dello stato mentale, la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività quotidiane, la riduzione del visus, nonché l'assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa).

Il CTU ha, inoltre, rilevato che il quadro clinico della degente (caratterizzato da encefalopatia multinfartuale e decadimento cognitivo, ipertensione arteriosa, diabete mellito complicato da polineuropatia periferica, insufficienza renale cronica, osteoporosi, ipovisus a sinistra) "*determinava la necessità di supporto in tutte le aree basali (vestizione, igiene) e nella deambulazione possibile solo con supervisione e con la necessità di carrozzina*" (pp. 25-26 della relazione peritale).

In particolare, con riferimento alla deambulazione, dalla scheda di accesso relativa al primo ricovero della paziente presso la [redacted] nel settembre 2022 emerge che la *Parte_2* non aveva alcuna autonomia nel movimento, possibile soltanto mediante l'utilizzo

di carrozzina, e che anche nello spostamento con tale ausilio ella era totalmente dipendente, non essendo in grado di avanzare autonomamente neppure per brevi tratti.

Il CTU ha, pertanto, concluso che la *Parte_2* doveva essere considerata un soggetto ad elevato rischio di caduta.

Ciò posto, quanto alla dinamica del sinistro, è pacifico che la *Parte_2* cadeva dalla carrozzina, nel tentativo di alzarsi dalla stessa, mentre si trovava seduta sulla sedia a rotelle a guardare la televisione insieme agli altri ospiti nel salone al piano terra della struttura. Parimenti non contestata è la circostanza che in tale occasione i freni della carrozzina non erano stati attivati, come si evince dal registro delle cadute tenuto dalla RSA ove risulta barrata la voce "letto/carrozzina non frenati".

Al riguardo, il consulente tecnico, considerato che l'adeguatezza degli ausili per la deambulazione rientra nelle prescrizioni ministeriali, ha rilevato che "*le condotte in concreto esigibili si compendiavano nella sorveglianza della paziente comprendente anche il corretto uso dei presidi, in particolare della carrozzina*" (p. 26 della relazione), concludendo che "*la mancata attivazione del freno della sedia a rotelle delinea una falla assistenziale che ha reso possibile la caduta*" (p. 25 della relazione).

Sul punto, parte resistente ha eccepito che non risulterebbe dimostrato che il mancato azionamento dei freni sia stato la causa della caduta, deducendo che soltanto l'utilizzo di una cintura pelvica avrebbe evitato il sinistro, mezzo di contenzione non prescritto alla *CP_6* dal suo medico curante.

Tale tesi non può essere condivisa.

Risulta, infatti, evidente che una carrozzina non frenata presenta una instabilità sicuramente maggiore tale da rendere – come rilevato condivisibilmente dal consulente tecnico – più probabile che non che la mancata attivazione dei freni abbia determinato la caduta della *Parte_2*

Né rileva la circostanza rappresentata dalla difesa di parte resistente secondo cui nella domanda di ingresso il medico curante della *Parte_2* non ha inserito il freno della carrozzina nel rigo "altro" della sezione "Utilizzo di presidi precauzionali" né in quello della sezione

"Utilizzo di mezzi di contenzione restrittivi" "evidentemente al fine di non impedire del tutto il modesto libero movimento di cui era capace la Sig.ra *Parte_2* in un ambiente come il salone" (p. 11 della comparsa). Invero, l'attivazione dei freni della carrozzina non può evidentemente ritenersi riconducibile né ai "presidi precauzionali" né tantomeno ai "mezzi di contenzione restrittivi", trattandosi piuttosto di una normale cautela la cui predisposizione deve ritenersi senz'altro esigibile secondo un canone di ordinaria diligenza, non occorrendo alcuna specifica prescrizione medica al riguardo. Tanto più che la degente non aveva alcuna autonomia nella deambulazione con la carrozzina, non essendo in grado di avanzare autonomamente neppure per brevi tratti (cfr. domanda di ingresso e fascicolo socio-sanitario integrato); di talché non si comprende la ragione in base alla quale il meccanismo frenante della carrozzina non dovesse essere attivato.

Neppure può ritenersi, come sostenuto dalla difesa della società convenuta, il carattere imprevedibile della caduta che, in quanto tale, non sarebbe stata evitabile dagli operatori presenti nella sala.

Secondo quanto riferito dalla stessa parte resistente, la *Parte_2* è caduta nel tentativo di alzarsi in piedi dalla carrozzina con l'intento di recarsi in bagno. Tale condotta non può certamente considerarsi imprevedibile, trattandosi di un movimento senz'altro normale secondo l'*id quod plerumque accidit* e, come tale, non idoneo ad interrompere il nesso causale tra la condotta dei sanitari e la caduta.

La circostanza allegata dalla società convenuta relativa alla presenza nella sala di tre operatori socio-assistenziali non è di per sé sufficiente ad escludere l'addebitabilità della caduta alla struttura.

Evidentemente il personale presente al momento del sinistro ha omesso di controllare a vista la *Parte_2* la quale necessitava di una sorveglianza costante e ravvicinata date le sue condizioni di salute.

Tanto più che nella diaria relativa al primo ricovero presso la RSA, alla data del 17.10.2022 risulta annotato che trattasi di "*ospite da controllare a vista perché si alza in continuazione rischia di cascare*" (cfr. doc. 11 del fascicolo ATP di parte ricorrente). Inoltre,

anche nella domanda di ingresso del 22/09/2022 si legge che "*La paziente è a rischio caduta. Si alza per andare in bagno" e che "è a rischio cadute ricorrenti*" (doc. 7A fascicolo ATP del ricorrente)

Parte resistente eccepisce che si tratta di annotazioni risalenti nel tempo e che alcuna annotazione simile si rinviene nel diario della degenza relativa al secondo ricovero del luglio 2023 nell'ambito del quale si è verificata la caduta di cui è causa; riferisce, anzi, che nei giorni immediatamente precedenti al sinistro la *Parte_2* è stata descritta sempre "tranquilla".

Tuttavia, come condivisibilmente rilevato dal consulente tecnico, non è ragionevole ritenere che nel periodo di neppure un anno intercorrente tra il primo e il secondo ricovero le condizioni di salute della *Parte_2* siano migliorate. In quest'ottica, la circostanza che l'apposizione di sponde al letto è stata prescritta anche in occasione del secondo ricovero, in continuità con il precedente risalente al settembre del 2022, conferma che il quadro clinico della *Parte_2* sicuramente non era migliorato, al più era rimasto invariato.

Pertanto, anche in occasione del secondo ricovero del luglio 2023 le condizioni di salute della degente imponevano alla RSA di predisporre un'assistenza più mirata e una sorveglianza più stringente.

Ne consegue che, per tutte le ragioni sinora esposte, deve affermarsi la responsabilità della società convenuta per la caduta occorsa alla *Parte_2*

**La quantificazione dei danni risarcibili**

Accertata per le ragioni anzidette la sussistenza della responsabilità della società convenuta, è ora possibile passare ad esaminare il *quantum debeatur*.

Parte ricorrente ha chiesto il risarcimento *iure hereditatis* del danno non patrimoniale patito dalla madre in conseguenza dell'inadempimento della società convenuta, quantificato in euro 553.826,00 (e, in subordine, in euro 34.600,00), nonché il ristoro del danno patrimoniale per le spese medico-legali sostenute, quantificato in euro 6.100,00.

In particolare, quanto al risarcimento del danno non patrimoniale, secondo le risultanze della consulenza medico-legale espletata in sede preventiva, in conseguenza della caduta la

Parte_2 ha subito la frattura del collo del femore destro con coinvolgimento del massiccio trocanterico che ha richiesto intervento di correzione chirurgica.

Quanto al successivo deterioramento delle condizioni di salute della *de cuius* il Consulente ha rilevato quanto segue: "*La frattura e l'intervento chirurgico hanno portato ad anemizzazione che, in via di preponderante probabilità, è all'origine del primo fatto ischemico miocardico, con recidiva a breve distanza di tempo. Non risultano ulteriori episodi di questa natura. La successiva complicanza di natura cerebro-vascolare, in ragione della storia e dei dati angiografici, non è riferibili al trauma*" (p. 26 dell'elaborato peritale). In particolare, con riferimento al decesso, ha osservato che "*Per la correlazione causale tra la frattura e il decesso della Sig.ra* Parte_2 *non si dispone di dati medici successivi alla dimissione dal centro di riabilitazione del 18.9.2023 che permettano di ricostruire in termini di accettabile precisione la patogenesi del decesso. Ciò in ragione delle molteplici patologie coesistenti che di per sé possono giustificare il decesso in relazione a aggravamenti delle patologie medesimo (con particolare riferimento ala diabete, alla cardiopatia ischemica) o a complicanze intercorrenti in primo luogo di tipo infettivo. Per quanto evidenziabile dalla documentazione, all'atto della dimissione definitiva il quadro complessivo era da considerare stabilizzato nella sua gravità ampiamente condizionata dalla patologia neuropsichica aggravata dal danno visivo secondario all'ictus del 23.7.2023*" (pp. 26-27 della relazione).

Il Consulente ha, pertanto, concluso rilevando che "*per questi motivi la causa di morte è da considerare non definibile, con ciò venendo meno il presupposto di qualunque valutazione rispetto alla correlazione causale con la frattura del 6.7.2023*" (p. 27).

Parte ricorrente eccepisce l'incompletezza e la contraddittorietà della consulenza tecnica svolta in sede di ATP, sostenendo che il medico legale avrebbe errato nell'escludere la sussistenza del nesso causale tra la caduta e il successivo aggravamento delle condizioni cliniche della *de cuius,* sino al suo decesso.

Invero, questo Tribunale ritiene superfluo l'ulteriore approfondimento tecnico richiesto dalla ricorrente, avendo il CTU già puntualmente risposto alle osservazioni formulate dal consulente di parte e risultando le conclusioni dell'elaborato peritale logiche e coerenti.

In particolare, quanto alla cardiopatia ischemica (che, secondo la prospettazione della ricorrente, sarebbe insorta nella *de cuius* a causa dell'anemizzazione conseguente alla correzione chirurgica della frattura) il Consulente d'ufficio – in replica alle osservazioni del perito di parte ricorrente – ha precisato che "*In sostanza, è fondatamente prospettabile l'esistenza di una malattia coronarica (in ragione di rilevanti fattori di rischio – ipertensione arteriosa e diabete – e della coesistente grave vasculopatia cerebrale), di modo che la cardiopatia ischemica è espressione di questa condizione e certamente non può essere ricondotta a un calo transitorio di emoglobina che, al più, la ha resa manifesta clinicamente; inoltre, gli episodi successivi si sono manifestati in una fase in cui l'anemizzazione era stata superata e con una localizzazione che depone per un deficit di perfusione segmentario (parete antero-settale – per ipocinesia localizzata al controllo ecocardiografico) e non diffuso*" (p. 29 della perizia).

In ordine, poi, all'origine dell'ictus, il Ctu ha rilevato che "*emerge un assetto di arteriopatia avanzata che rende conto di per sé dell'ictus indipendentemente da fenomeni di embolizzazione trombotica a partenza cardiaca che non vede corrispettivi morfologici all'ecocardiografia effettuata il 23.7 (oltre che dai rilievi ECG richiamati)*", aggiungendo che "*Peraltro, che si trattasse di un distretto vascolare precario emerge anche dalla presenza di esiti ischemici di data non recente a carico del cervelletto e del lobo occipitale destro, tutte aree la cui perfusione dipende dal circolo posteriore del poligono di Willis (sistema basilare – cerebrali posteriori)*" (pp. 29-30 della relazione).

Infine, quanto alla correlazione causale tra la caduta e il decesso, il Consulente d'ufficio ha ribadito che non emergono elementi oggettivi che consentano di individuare quale sia stata la causa della morte della *de cuius*. In considerazione di ciò, posto che è onere del danneggiato dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno, con la conseguenza il rischio della causa ignota grava sul medesimo (cfr., *ex multis*, Cass. civ. n. 6835 del 21/03/2026), nel caso di specie non può affermarsi che il decesso della *Parte_2* sia causalmente riferibile alla caduta di cui è causa.

Ciò posto, prima di procedere alla quantificazione del danno non patrimoniale, occorre premettere che la Corte di cassazione, in sede di rinvio pregiudiziale ex art. 363-*bis* c.p.c., ha statuito che "*La Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12 del 2025, quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria, potendo il giudice discostarsene nel caso concreto, eventualmente applicando una tabella "pretoria", solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell'àmbito regolato oggettivamente, ratione materiae, dalla* CP_7 (Cass. civ. n. 8630 del 07/04/2026).

Sulla scorta di ciò, in base alle risultanze della consulenza tecnica esperita nel giudizio di ATP, le conseguenze pregiudizievoli possono essere liquidate assumendo quali parametri una percentuale di invalidità permanente pari al 15%, cui si sommano 16 giorni di inabilità temporanea totale. Pertanto, tenuto conto che la *Parte_2* al momento del sinistro aveva 86 anni e considerato che la circostanza che la stessa sia deceduta prima dell'instaurazione del giudizio non incide sulla liquidazione del risarcimento, posto che la *de cuius* al momento dell'evento lesivo aveva superato l'aspettativa di vita, si ritiene equo liquidare a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale complessivamente considerato la somma di euro 41.139,32, oltre interessi sulla sorte capitale, devalutata alla data dell'evento, e poi via via annualmente rivalutata in base agli indici ISTAT in base al periodo di riferimento.

Non sussistono i presupposti per incrementare tale somma a titolo di personalizzazione del danno, considerato che parte ricorrente non ha allegato circostanze specifiche ed eccezionali tali da rendere il danno subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado sofferte da persone della stessa età e condizione di salute (cfr. Cass. civ. n. 9317 del 04/04/2023).

In ordine, poi, al danno patrimoniale, parte ricorrente chiede il rimborso delle spese medico-legali sostenute per la perizia stragiudiziale allegata al ricorso ex art. 696*bis* c.p.c.. Tali spese, costituendo un danno emergente conseguente al sinistro di cui è causa, devono essere liquidate nella misura accertata documentalmente di euro 6.100,00 (cfr. doc. 21 del fascicolo di ATP di parte ricorrente).

**Sulle domande formulate nei confronti delle terze chiamate**

Posto che nei termini sopra indicati la domanda risarcitoria avanzata dalla ricorrente nei confronti di *Controparte_1* è stata accolta, deve essere ora esaminata la domanda di manleva svolta da parte resistente nei confronti di *Controparte_2* in virtù della polizza assicurativa n. [redacted] doc. 8, 9 e 10 allegati alla comparsa).

Al riguardo, si rileva che la compagnia assicurativa non ha sollevato alcuna contestazione in ordine all'operatività della polizza, essendosi limitata a richiedere che la condanna a manlevare l'assicurata sia contenuta "nei limiti ed alle condizioni generali di polizza".

Ne consegue che *CP_2* dovrà tenere indenne *Controparte_1* al netto dello scoperto di polizza contrattualmente previsto (pari al 20%, con minimo di euro 50.000,00 e massimo di euro 150.000,00) di quanto quest'ultima sia tenuta a corrispondere alla ricorrente, incluse le spese di lite nella misura liquidata in dispositivo.

Considerato che *Controparte_1* ha chiesto la condanna ex art. 1917 co. 2 c.c. della compagnia assicurativa al pagamento diretto in favore della ricorrente e che quest'ultima in seguito alla chiamata in causa di *CP_2* ha tempestivamente esteso la domanda risarcitoria anche alla compagnia assicurativa, ne consegue che *CP_2* deve essere condannata a corrispondere direttamente alla ricorrente quanto a quest'ultima dovuto da *Controparte_1*

Infine, va esaminata la domanda avanzata da *Controparte_1* nei confronti della terza chiamata *Controparte_4* volta ad ottenere la condanna di quest'ultima "*al pagamento dell'importo che eccedesse l'oggetto di polizza o il massimale assicurato o fosse oggetto di scoperto e/o franchigia, o comunque non fosse posto a carico della compagnia assicuratrice*".

A fondamento di tale domanda, la società resistente ha invocato l'art. 10 del contratto di appalto del 13.12.2021 con il quale essa ha affidato (con decorrenza dal 01.01.2022) alla cooperativa chiamata in causa la gestione dei servizi socio sanitari assistenziali presso la [redacted].

Tale disposizione contrattuale stabilisce che "*La gestione integrata è fornita dalla Cooperativa in autonomia, con conseguente integrale responsabilità a proprio carico per tutti i danni, a persone o cose, eventualmente arrecati a* CP_1 *, al personale, agli ospiti o a terzi. La Cooperativa assume altresì a proprio esclusivo carico ogni responsabilità derivante dalla eventuale inosservanza delle norme e dei provvedimenti amministrativi che disciplinano lo svolgimento del proprio servizio e si impegna sin d'ora a tenere indenne* CP_1 *da ogni onere o danno che dovesse derivarle*".

Ebbene, posto che la caduta della Parte_2 è imputabile agli operatori socio-assistenziali pacificamente alle dipendenze della cooperativa – la quale peraltro non ha contestato nell'*an* la pretesa avanzata nei suoi confronti da Controparte_1 – la domanda della resistente nei confronti della terza chiamata CP_4 deve trovare accoglimento. Ne consegue che la [redacted] deve essere condannata a rifondere a Controparte_1 quanto da quest'ultima eventualmente pagato alla ricorrente in forza della presente sentenza per la parte eccedente i limiti dello scoperto di polizza suindicati.

La condanna della Cooperativa non può invece essere estesa alla ricorrente, considerato che quest'ultima ha chiesto la condanna della società CP_4 in via subordinata all'accoglimento della domanda principale proposta esclusivamente nei confronti di CP_1 [...]

**Le spese di lite**

In applicazione del principio della soccombenza, nei rapporti tra Parte_1 e [...] CP_1 le spese di lite vanno poste integralmente a carico di quest'ultima e sono liquidate, nella misura indicata in dispositivo, con applicazione dei parametri medi di cui al DM 147/2022 per le fasi di studio, introduttiva e di trattazione della causa, e dei parametri minimi per la fase decisoria, tenuto conto dell'attività effettivamente svolta.

Le spese di ctu, già liquidate in atti di ATP, vanno poste definitivamente a carico di parte resistente e se ne ordina la refusione a favore della ricorrente.

Quanto alle spese di consulente tecnico di parte la ricorrente ne chiede il rimborso (doc. 8) mentre parte resistente ne contesta l'eccessività. Ora sul punto occorre osservare che le S.U. della suprema corte hanno recentemente specificato che "*La condanna del soccombente alla refusione delle spese di consulenza tecnica di parte sostenute dalla controparte in giudizio - le quali, a differenza di quelle sostenute per la consulenza professionale stragiudiziale, rientrano nelle spese di lite di cui all'art. 91 c.p.c. - richiede soltanto la prova che la parte vittoriosa abbia assunto la relativa obbligazione e non anche quella dell'avvenuto pagamento, stante la presunzione di onerosità del mandato ex art. 1709 c.c., sicché, ove la parti documenti il costo sostenuto per remunerare il consulente di parte, le spetterà la rifusione del relativo importo - salvo che il giudice non lo ritenga superfluo od eccessivo ai sensi dell'art. 92, comma 1, c.c. - mentre in difetto di tale prova, la liquidazione potrà essere compiuta dal giudice d'ufficio, applicando le tariffe professionali se esistenti, ovvero in via analogica le tariffe previste dal d.m. 30 maggio 2002 in tema di compensi dovuti ai consulenti d'ufficio*" (Cfr. Cass. Civ. Sez. U n. 24699 del 18/08/2026). Nel caso di specie come detto parte ricorrente ha allegato la fattura saldata del suo ctp la quale non appare eccessiva tenuto conto di quanto liquidato ai ctu per lo svolgimento dell'attività

Nei rapporti tra *Controparte_1* e *CP_2* le spese di lite vanno poste a carico della compagnia assicurativa, mentre nei rapporti tra *Controparte_1* e *Controparte_4* le spese di lite sono poste a carico di quest'ultima, e sono liquidate, nella misura indicata in dispositivo, con applicazione dei parametri medi di cui al DM 147/2022 per le fasi di studio, introduttiva e di trattazione della causa, e dei parametri minimi per la fase decisoria, tenuto conto dell'attività effettivamente svolta.

**P.Q.M.**

Il Tribunale di Firenze, definitivamente decidendo, ogni diversa domanda ed eccezione rigettata o assorbita, così provvede:

1) accoglie la domanda risarcitoria proposta da *Parte_1* nei confronti di *Controparte_1* e, per l'effetto,

2) condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale della somma di euro **41.139,32**, oltre interessi e rivalutazione come in motivazione;

3) condanna *Controparte_1* a risarcire a *Parte_1* la somma di euro **6.100,00** a titolo di danno patrimoniale, oltre interessi e rivalutazione come in motivazione;

4) accoglie la domanda di manleva proposta da *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_2* e, per l'effetto, condanna quest'ultima a tenere indenne *Controparte_1* da quanto sarà tenuto a pagare in esecuzione della presente sentenza nei limiti dello scoperto di polizza indicato in motivazione, mediante pagamento diretto in favore di *Parte_1*

5) accoglie la domanda di regresso proposta da *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_4* e, per l'effetto, condanna quest'ultima a rimborsare alla parte resistente quanto da essa eventualmente pagato in esecuzione della presente sentenza nella misura eccedente i limiti dello scoperto di polizza indicato in motivazione;

6) condanna *Controparte_1* a pagare nei confronti di parte ricorrente le spese di lite che liquida in complessivi euro 6.164,00 per onorari, oltre esborsi documentati, spese generali, IVA e CPA come per legge;

7) pone le spese di CTU, già liquidate in atti di ATP, nonché di CTP di parte ricorrente a carico di parte resistente e ne ordina la refusione alla ricorrente;

8) condanna *Controparte_2* a pagare nei confronti di parte resistente le spese di lite che liquida in complessivi euro 6.164,00 per onorari, oltre esborsi documentati spese generali, IVA e CPA come per legge;

9) condanna *Controparte_4* a pagare nei confronti di parte resistente le spese di lite che liquida in complessivi euro 6.164,00 per onorari, oltre esborsi documentati, spese generali, IVA e CPA come per legge.

Firenze, 13.11.2026

Il Giudice

dott. Massimiliano Sturiale

*Alla stesura della presente sentenza ha collaborato la dott.ssa SARA FORTE magistrato ordinario in tirocinio.*