



**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**  
**TERZA SEZIONE CIVILE**

Composta da:

EMILIO IANNELLO

Presidente

CRISTIANO VALLE

Consigliere

MARCO DELL'UTRI

Consigliere

PAOLO PORRECA

Consigliere

MARILENA GORGONI

Consigliere Rel.

Oggetto:

Responsabilità  
sanitaria

Ud.21/5/2026

CC

ha pronunciato la seguente

**ORDINANZA**

sul ricorso iscritto al n. 8452/2024 R.G. proposto da:

██████████-██████████ rappresentato e difeso dall'avvocato ██████████  
██████████ unitamente all'avvocato ██████████ ██████████, con  
domiciliazione digitale *ex lege*;

-ricorrente-

contro

██████████ ██████████ S.P.A., in persona del legale rappresentante  
*pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avvocato ██████████  
unitamente all'avvocato ██████████, con domiciliazione digitale  
*ex lege*;

-controricorrente-

contro

██████████ ██████████ S.R.L., in persona del legale rappresentante *pro*  
*tempore*, rappresentato e difeso dall'avvocato ██████████



unitamente all'avvocato [REDACTED], con domiciliazione digitale  
*ex lege*;

-controricorrente-

nonché contro

[REDACTED] SPA;

-intimati-

avverso la sentenza della Corte d'Appello di Perugia n. 714/2023,  
depositata il 12/10/2023.

Udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 21/05/2026 dal  
Consigliere Marilena Gorgoni.

### FATTI DI CAUSA

[REDACTED] conveniva, dinanzi al Tribunale di [REDACTED] [REDACTED]  
la società [REDACTED] [REDACTED] s.r.l. nonché le rispettive compagnie  
assicuratrici per la responsabilità civile, [REDACTED] [REDACTED] s.p.a. e  
[REDACTED] [REDACTED] s.p.a., chiedendo accertarsi la responsabilità  
professionale del [REDACTED] per omessa prescrizione di accertamenti  
diagnostici arteriosi, e della [REDACTED] [REDACTED] s.r.l., per omessa  
esecuzione di adeguati accertamenti ecodoppler arteriosi e venosi all'arto  
destro, e, per l'effetto, la loro condanna al risarcimento di tutti i danni  
patrimoniali e non patrimoniali subiti, ivi comprese le spese mediche già  
sostenute e future, anche per protesizzazione, nonché il danno da perdita  
della capacità lavorativa specifica.

A fondamento della domanda esponeva che, alla fine del mese di aprile  
2016, si era rivolto al proprio medico di base, il [REDACTED] per la comparsa  
di dolori crampiformi al piede destro irradiatisi al polpaccio e che, su  
indicazione di quest'ultimo, si era sottoposto ad esame ecodoppler presso  
la struttura [REDACTED] [REDACTED] S.r.l.; esame eseguito limitatamente al  
versante venoso e con esito negativo.



Deduceva che, nonostante il persistere della sintomatologia, veniva sottoposto soltanto ad ulteriori accertamenti non risolutivi (RMN, elettromiografia, ecografie), in assenza di approfondimenti sul versante arterioso, sino a quando, a seguito di aggravamento del quadro clinico, veniva ricoverato presso l'ospedale di ██████ ove gli veniva diagnosticata una trombosi arteriosa diffusa con interessamento multiorgano, esitata nell'amputazione, in data 6 luglio 2016, dell'arto inferiore destro sino al terzo medio della coscia.

Assumeva, quindi, che tale esito fosse riconducibile a condotte omissive dei convenuti, consistite, rispettivamente, nella mancata prescrizione e nella mancata esecuzione di accertamenti idonei a diagnosticare tempestivamente la patologia arteriosa, in particolare di un ecodoppler arterioso, che il ██████ sosteneva di avere prescritto oralmente, senza tuttavia avvedersi che l'esito negativo comunicatogli telefonicamente si riferiva esclusivamente all'ecodoppler venoso; quanto alla struttura sanitaria, nella esecuzione del solo ecodoppler venoso, senza individuare — tanto più in assenza di una prescrizione scritta del ██████ — l'esame diagnostico appropriato in relazione alla sintomatologia riferita dal paziente.

I convenuti si costituivano chiedendo il rigetto della domanda; il ██████ e la ██████ ██████ S.r.l. negavano la propria responsabilità, mentre le compagnie assicuratrici contestavano, oltre all'*an debeatur*, anche il *quantum*, deducendo, tra l'altro, l'infondatezza delle pretese relative alle spese di protesizzazione e al danno da lucro cessante, nonché, quanto ad ██████ s.p.a., la carenza di legittimazione passiva rispetto all'azione diretta esercitata dal danneggiato.

Il Tribunale di ██████ all'esito dell'istruttoria, con sentenza n. 240/2021, accertava la responsabilità del ██████ e di ██████ ██████ S.r.l. nella misura del 50% ciascuno; accertava il diritto del ██████ al risarcimento dei danni patrimoniali, liquidando euro 34.208,00 per spese sostenute, euro



713.298,00 per spese mediche future ed euro 170.790,60 per danno da perdita della capacità lavorativa specifica; accertava il diritto al risarcimento dei danni non patrimoniali, liquidati in euro 314.138,00; condannava [REDACTED] e [REDACTED] in manleva dei rispettivi assicurati, al pagamento del 50% ciascuna dei danni in favore dell'attore; poneva a carico delle compagnie assicuratrici anche le spese di lite del primo grado.

Avverso tale decisione proponeva appello il [REDACTED] lamentando, per quanto ancora rileva: a) l'erronea quantificazione del danno non patrimoniale; b) l'erronea determinazione del danno da perdita della capacità lavorativa, anche con riferimento al periodo di capitalizzazione; c) il mancato riconoscimento integrale delle spese mediche future, con specifico riguardo alla protesizzazione avanzata e ai correlati costi; d) la mancata affermazione della solidarietà passiva tra i responsabili.

Si costituivano gli appellati proponendo appelli incidentali, con i quali venivano contestate la responsabilità accertata nonché la liquidazione del danno, in particolare in relazione alle spese mediche future per protesizzazione ed al lucro cessante, ribadendosi altresì il difetto di legittimazione passiva dell'assicuratore rispetto all'azione diretta.

La Corte d'appello di Perugia, con sentenza n. 714/2023, in parziale riforma della decisione di primo grado, ha accolto parzialmente l'appello principale e quelli incidentali.

Segnatamente, ha ritenuto:

a) che le condotte del medico curante e del radiologo in servizio presso la struttura convenuta avessero entrambe concorso causalmente alla produzione dell'evento, ciascuna integrando antecedente necessario secondo il criterio della *condicio sine qua non*, senza che alcuna potesse qualificarsi come fatto sopravvenuto idoneo a interrompere il nesso eziologico, con conseguente conferma della responsabilità paritaria ed esclusione di ogni incidenza causale e concausale del comportamento del paziente;



b) che, in presenza di un medesimo evento dannoso derivante da pluralità di condotte colpose autonome ma interdipendenti, ricorressero i presupposti della responsabilità solidale ex art. 2055 c.c., con conseguente obbligazione solidale dei sanitari nei confronti del danneggiato e diritto di regresso interno in proporzione al grado di responsabilità;

c) che la liquidazione del danno non patrimoniale fosse corretta quanto alla determinazione del grado di invalidità permanente e all'applicazione delle Tabelle di Milano, idonee a ricomprendere, in via unitaria, sia la componente biologico-relazionale sia quella morale, senza duplicazioni risarcitorie;

d) che, nondimeno, la liquidazione dovesse essere incrementata mediante personalizzazione del danno biologico, in presenza di conseguenze peculiari e ulteriori rispetto a quelle normalmente ricomprese nel valore tabellare, specificamente provate in relazione alla compromissione di attività individualizzanti della vita del danneggiato, dedito allo sport e appassionato di danza;

e) che il danno da perdita della capacità lavorativa specifica dovesse essere rideterminato distinguendo tra componente già verificatasi e componente futura, assumendo una base reddituale più aderente alla concreta evoluzione dell'attività lavorativa (non solo il reddito del 2015, ma anche il reddito del primo semestre del 2016), escludendo la detrazione dell'indennità di accompagnamento e limitando, invece, il computo del periodo lavorativo residuo a quello corrispondente all'età pensionabile;

f) che il danno futuro da perdita della capacità lavorativa specifica fosse «soggetto a capitalizzazione», e, nel contempo, che dovesse essere rideterminato il periodo di proiezione «in considerazione degli anni lavorativi sino alla data del pensionamento», oggetto di accertamento prognostico;



g) che il parametro rilevante non fosse la durata della vita del danneggiato, ma il solo arco della vita lavorativa, precisando che *«non può ristorarsi un danno patrimoniale futuro ... oltre la soglia di tempo entro cui il danneggiato avrebbe esercitato la propria attività lavorativa»*, reputando altrimenti violato il principio di integrale risarcimento senza locupletazione; di conseguenza, ha confermato la riduzione del periodo di capitalizzazione ai soli anni residui fino al pensionamento, ritenendo che la *«base imponibile, al lordo della ritenuta d'acconto»* già consentisse una liquidazione anticipata idonea a compensare anche il profilo previdenziale futuro, e con ciò escludendo che il danno possa estendersi oltre tale limite temporale;

h) che le spese future per la protesizzazione non fossero risarcibili, in difetto di prova circa la loro necessità, congruità ed effettiva prevedibilità, nonché alla luce della possibilità di accesso alle prestazioni del servizio sanitario nazionale e della mancanza di prescrizione specialistica idonea a giustificare il ricorso a soluzioni ulteriori; ha infatti preliminarmente riconosciuto, in linea di principio, che *«il danneggiato può richiedere ... il ristoro delle spese mediche ... per una protesizzazione tecnicamente più avanzata»*, ma ha subito circoscritto tale affermazione ritenendo che, nel caso concreto, *«parte attrice ha omesso di allegare qualsivoglia prescrizione di medico del SSN ... idonea a comprovare l'effettiva necessità ... delle protesi»*; ha quindi valorizzato la possibilità di accesso alle prestazioni pubbliche, osservando che *«non può ignorarsi il contributo del SSN»* e che non risultava provato *«che ... il Sig. ██████ non possa usufruire gratuitamente delle medesime protesi ... ovvero godere di contributo del SSN»*; da tale presupposto ha tratto la conclusione che la liquidazione avrebbe comportato una indebita sovrastima del danno, trattandosi di *«spese non provate, che il danneggiato potrebbe non trovarsi mai a dover affrontare»*;



i) che, pertanto, il danno patrimoniale fosse riconoscibile solo nei limiti dell'esborso dimostrato, risultando insuscettibili di ristoro le poste non supportate da prova certa o ritenute meramente eventuali; la Corte, infatti, ha costruito il rigetto della protesizzazione non solo sulla specifica carenza di prescrizione, ma anche su una più ampia premessa secondo cui non possono essere liquidate *«spese non provate»* né costi che non risultino *«effettivamente ... sostenuti o dovuti»*, così ancorando il riconoscimento del danno patrimoniale a un criterio rigoroso di attualità e concretezza del pregiudizio;

l) che la manleva assicurativa dovesse operare in modo rigorosamente delimitato, stabilendo che ciascuna compagnia è tenuta a manlevare l'assicurato *«per la sola quota di danno direttamente e personalmente imputabile ... al netto delle somme già versate, entro il massimale di polizza, salva la franchigia»*; in tal modo, la Corte ha configurato l'obbligazione dell'assicuratore come funzionalmente distinta e limitata rispetto all'obbligazione risarcitoria principale, escludendo che essa possa automaticamente rifluire su tutte le poste derivanti dal rapporto processuale, e ciò anche in relazione alle questioni di spese di lite e restituzioni;

m) che la regolazione delle spese di lite dovesse essere improntata al criterio della reciproca soccombenza, sulla base di una valutazione complessiva dell'esito del giudizio di appello; dopo aver ricostruito l'esito parzialmente favorevole a entrambe le parti (*«l'appello principale è parzialmente fondato ... gli appelli incidentali ... sono parzialmente fondati»*), ha ritenuto conseguente la scelta di compensazione, disponendo in dispositivo che *«Compensa tra le parti le spese di lite del presente grado di giudizio»*; analogo criterio è stato applicato al primo grado, in connessione con la ritenuta inammissibilità della domanda diretta verso le assicurazioni, giacché *«l'inammissibilità della citazione diretta ... giustifica la compensazione delle spese di lite del giudizio di*



*primo grado*», così sostituendo integralmente il precedente assetto fondato sulla soccombenza

Avverso tale sentenza il [REDACTED] ha proposto ricorso per cassazione affidato a tre motivi, cui hanno resistito con controricorso [REDACTED] [REDACTED] s.r.l. e [REDACTED] [REDACTED] s.p.a.

La trattazione del ricorso è stata fissata ai sensi dell'art. 380-*bis* 1 c.p.c.

Il ricorrente e [REDACTED] [REDACTED] s.r.l. hanno depositato memoria.

### **RAGIONI DELLA DECISIONE**

1. Con il primo motivo il ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione degli artt. 91 e 92 c.p.c., nonché dell'art. 1917 c.c. e dell'art. 24 Cost., censurando la regolazione delle spese di lite operata dalla Corte d'appello, sull'assunto che la decisione impugnata abbia violato il principio di soccombenza, poiché, a fronte dell'accertata responsabilità dei convenuti e dell'obbligo di manleva delle assicurazioni, non è stata riconosciuta al ricorrente alcuna rifusione delle spese, né in primo né in secondo grado, senza adeguata giustificazione.

Il ricorrente rileva che la Corte d'appello, dopo aver ritenuto inammissibile l'azione diretta nei confronti delle compagnie, ha tuttavia riconosciuto la loro permanenza in giudizio a titolo di manleva (p. 5) e quindi la loro legittimazione passiva; ciononostante ha escluso ogni loro condanna alle spese, ponendo interamente a carico dell'attore – pur vittorioso in primo grado – i relativi oneri, in violazione dell'art. 91 c.p.c.

Deduce che, una volta riconosciuta la responsabilità dei convenuti principali ([REDACTED] [REDACTED] S.r.l. e [REDACTED]) le spese avrebbero dovuto gravare su di essi quali soccombenti, ovvero sulle rispettive compagnie a titolo di manleva, anche in forza dell'art. 1917 c.c., che impone all'assicuratore di tenere indenne l'assicurato di quanto dovuto al terzo.

La decisione impugnata risulterebbe inoltre contraddittoria e irragionevole, poiché produce l'effetto paradossale di negare il rimborso delle spese alla parte vittoriosa, mentre consente ai responsabili di



rivalersi verso le assicurazioni per le proprie spese; né ricorrerebbero i presupposti per derogare al principio di soccombenza mediante compensazione.

Infine, viene censurata anche la compensazione delle spese di appello, ritenendosi che non vi fosse una reale soccombenza reciproca, dovendosi invece valutare la soccombenza in senso sostanziale, dalla quale emergerebbe la prevalente soccombenza delle controparti.

2. Con il secondo motivo il ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione degli artt. 61 e 191 c.p.c., nonché degli artt. 115 e 116 c.p.c., in relazione agli artt. 1223, 2043 e 2059 c.c., censurando la sentenza impugnata nella parte in cui ha escluso il danno patrimoniale futuro da spese di protesizzazione (ivi comprese protesi "avanzate", protesi per lo sport e costi accessori), sul rilievo che la Corte territoriale avrebbe: i) preteso un livello di prova incompatibile con la natura prognostica del danno futuro; ii) introdotto, quale condizione di risarcibilità, la produzione di una prescrizione del servizio sanitario nazionale e la dimostrazione dell'impossibilità di ricorrere alle prestazioni pubbliche; iii) negato l'ammissione di un approfondimento tecnico, pur a fronte di un tema (congruità dei costi e articolazione del programma protesico-riabilitativo) su cui i C.T.U. avevano dichiarato di non potersi esprimere.

3. Con il terzo motivo il ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione degli artt. 1223, 1226, 2056 e 2057 c.c., nonché dell'art. 3 Cost., censurando la sentenza nella parte in cui ha limitato la liquidazione del danno da lucro cessante al periodo compreso tra l'evento lesivo e l'età pensionabile.

Si duole, in particolare, del fatto che la Corte territoriale non abbia considerato anche le utilità economiche successive alla cessazione dell'attività lavorativa, assumendo che l'invalidità avrebbe inciso non soltanto sul reddito da lavoro, ma anche sulla formazione del trattamento



pensionistico e, quindi, sulla capacità di sostentamento negli anni successivi alla quiescenza.

La censura muove dall'assunto che il danno da perdita della capacità lavorativa debba essere parametrato all'intera aspettativa di vita, sul rilievo che l'evento lesivo si proietterebbe negativamente anche nella fase successiva al pensionamento.

4. Vanno esaminati prioritariamente i motivi secondo e terzo, perché l'eventuale accoglimento di uno di essi o di entrambi determinerebbe la necessità di rivedere la liquidazione delle spese di lite con conseguente assorbimento del primo motivo che riguarda proprio la liquidazione delle spese.

5. Il secondo motivo merita accoglimento.

La Corte territoriale, nel paragrafo 13, ha accolto i motivi dell'appello incidentale di ██████ (quinto e sesto), di ██████ (settimo) e di ██████ (quarto), ritenendo erroneo l'accertamento e la liquidazione del danno patrimoniale futuro connesso alle spese di protesizzazione bionica, e ha rigettato il quarto motivo dell'appello principale del ██████ che pretendeva l'ulteriore liquidazione delle voci riferite alla protesi sportiva, alle spese di viaggio necessarie a raggiungere la struttura riabilitativa e ad ulteriori spese correlate (manutenzione, sostituzione, ecc.). Innanzitutto, ha distinto il danno passato dal danno futuro, affermando che le spese di protesizzazione eventualmente sostenute dal momento dell'evento lesivo sino alla decisione avrebbero cessato di essere danno futuro e sarebbero divenute danno patrimoniale passato, soggetto alla prova dell'effettivo esborso nel suo preciso ammontare, rilevando che l'appellante aveva omesso allegazioni idonee a fondare tale prova e aggiungendo che non risultava neppure che egli si fosse attivato con il SSN per ottenere il contributo di cui all'art. 1, comma 5, d.m. 332/1999. Detta statuzione non è stata attinta da alcuna censura.



Passando alle spese preventivate per il periodo successivo, qualificate come danno patrimoniale futuro, la Corte territoriale ha escluso che vi fosse prova della necessità e della concreta prevedibilità dei costi indicati nel preventivo del tecnico ortopedico [REDACTED] con riferimento alle protesi temporanee, definitive, di riserva e per lo sport "[REDACTED]" al programma di riabilitazione, all'inesistenza di un'officina di fornitura e riparazione più vicina e alle conseguenti spese di viaggio. A fondamento di tale conclusione ha valorizzato, anzitutto, la premessa del medesimo tecnico ortopedico secondo cui «la prescrizione costituisce parte integrante» del programma riabilitativo e che la prima prescrizione deve comprendere diagnosi circostanziata, indicazione del dispositivo e programma terapeutico di utilizzo; su questa base, ha richiamato l'art. 4 del d.m. 332/1999, intendendo la diagnosi circostanziata e la prescrizione del dispositivo protesico (redatta da medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato) come parte integrante del programma riabilitativo, e ha enunciato la propria *ratio* decisiva nel senso che, «fermo il principio» per cui il danneggiato può ottenere, a titolo di danno futuro, il ristoro delle spese necessarie per una protesizzazione più avanzata rispetto a quella fornita dal SSN, nella specie il [REDACTED] aveva omesso di allegare qualsivoglia prescrizione di medico del SSN «idonea a comprovare l'effettiva necessità, idoneità ed adeguatezza» delle protesi indicate nel preventivo.

Il giudice *a quo* ha quindi svalutato la C.T.P. resa dal dott. [REDACTED] rilevando che essa non conteneva alcuna valutazione di idoneità del paziente alla protesizzazione mediante protesi della specie di quelle indicate nel preventivo, limitandosi ad affermazioni generiche sulle future spese non quantificabili; ha altresì qualificato la relazione dell'ortopedico come «mera perizia estimativa dei costi», inidonea a fondare la prova della necessità della protesi in capo al paziente.



Nel prosieguo del ragionamento ha riportato le conclusioni dei C.T.U. che si erano detti non «in grado di valutare la congruità del preventivo depositato» né se esistessero strutture private con costi inferiori, «fatta eccezione naturalmente per il Servizio Sanitario Nazionale che non avrebbe costi o ne avrebbe di inferiori»; e, con riguardo alle spese di viaggio, dopo avere richiamato la premessa del tecnico ortopedico secondo cui tali costi avrebbero dovuto essere considerati nel caso in cui l'officina di riferimento non si trovasse in regione, ha concluso che, ferma l'omessa prova del complessivo programma riabilitativo e, soprattutto, nel difetto di prova dell'inesistenza di un'officina di fornitura e riparazione nel territorio umbro, anche la necessità di sostenere tali spese risultava non provata.

Nel paragrafo 13.1, infine, ha introdotto un ulteriore argomento fondato sull'art. 1, comma 5, del d.m. 332 (trascritto nel testo come "d.m. 332/1992"), riportandone il contenuto nel senso che, ove l'assistito scelga un modello di dispositivo non incluso nel nomenclatore ma riconducibile per omogeneità funzionale a quello prescritto, l'azienda sanitaria autorizza la fornitura e remunera il fornitore entro la tariffa del dispositivo incluso; da ciò ha tratto che, ove fosse stata ravvisata necessità terapeutica, il medico specialista del SSN avrebbe potuto prescrivere la protesi senza escludere la possibilità per l'assistito di ricevere la prestazione, eventualmente corrispondendo solo la differenza rispetto alla remunerazione pubblica, ma ha concluso che non vi fosse prova né di tale prescrizione specialistica, né dell'eventuale esborso differenziale che il danneggiato aveva sostenuto o avrebbe dovuto sostenere.

Il motivo è fondato.

Sotto un primo profilo, la Corte territoriale, là dove ha in concreto escluso l'accoglimento delle spese future per la protesizzazione più avanzata facendo leva sull'assenza di una prescrizione del servizio sanitario nazionale, ha erroneamente trasposto sul piano della



responsabilità civile criteri propri dell'accesso alle prestazioni pubbliche, così introducendo un requisito - la prescrizione del SSN - che non costituisce condizione del diritto al risarcimento.

In aggiunta, non ha tenuto conto del fatto che i costi sostenuti o da sostenersi per i trattamenti delle patologie causalmente riconducibili all'illecito sono, di regola, integralmente risarcibili, anche quando effettuati presso strutture private o estere, purché si tratti di prestazioni necessarie o comunque utili e la relativa scelta risulti ragionevolmente giustificata dalle circostanze del caso concreto. Tale principio trova il suo limite nell'art. 1227, comma 2, c.c., la cui applicazione, tuttavia, presuppone che il danneggiante eccepisca e dimostri rigorosamente che il maggior costo sia evitabile con l'ordinaria diligenza, trattandosi cioè di spesa superflua, perché sostituibile, senza sacrifici apprezzabili, con prestazioni equivalenti disponibili presso il servizio sanitario pubblico o convenzionato. Ne deriva che non è configurabile, in capo al danneggiato, alcun obbligo di rivolgersi al servizio sanitario nazionale, sicché la mera astratta possibilità di accedervi non vale, di per sé, a escludere il diritto al risarcimento, potendo rilevare, al più, ai fini della quantificazione del danno, nei limiti in cui sia dimostrata l'effettiva equivalenza e accessibilità delle prestazioni alternative (Cass. 23 ottobre 2023, n. 29308; Cass. 3 novembre 2025, n. 29054).

Orbene, la decisione impugnata si pone in contrasto con tali principi. La Corte territoriale, infatti, dopo aver riconosciuto in astratto la risarcibilità delle spese di protesizzazione, ne ha escluso in concreto il ristoro valorizzando: l'assenza di prescrizione del servizio sanitario nazionale; la possibilità di accesso alle prestazioni pubbliche; la mancata prova del ricorso o della impossibilità di ricorrere a tali prestazioni. In tal modo, tuttavia, ha fatto discendere la negazione del danno, in parte, da un criterio automatico fondato sulla sola esistenza del servizio sanitario pubblico, senza accertare in concreto né la effettiva disponibilità di



trattamenti equivalenti, né la loro idoneità a evitare il pregiudizio, né, soprattutto, la concreta evitabilità dei maggiori costi con l'ordinaria diligenza; in parte, svalutando le relazioni di parte, la C.T.P. [REDACTED] e la relazione [REDACTED] aggiungendovi la risposta incompleta sul punto della C.T.U. Così operando, ha trasformato la mera possibilità di accesso al servizio sanitario nazionale in una condizione ostativa al riconoscimento del danno, applicando in modo implicito e generalizzato l'art. 1227, comma 2, c.c. in assenza dei relativi presupposti e senza che risultasse accertata, con prova a carico dei danneggiati, la superfluità delle spese prospettate.

Sotto un secondo profilo, ancor più decisivo, la Corte territoriale ha utilizzato l'incompletezza del quadro tecnico - posto che la documentazione prodotta è stata qualificata come inidonea e che neppure gli ausiliari «sono stati in grado di valutare la congruità del preventivo depositato» - quale ragione per escludere il danno, arrestando l'accertamento sul difetto di prova. Ma proprio il riconoscimento della rilevanza della questione tecnica e la rilevata insufficienza degli elementi istruttori disponibili in ordine alla necessità e alla quantificazione delle spese di protesizzazione imponevano al giudice di merito non già di negare il ristoro richiesto, ma di fare ricorso all'ausilio della consulenza tecnica d'ufficio, quale strumento necessario per la valutazione dell'*an* e del *quantum* del danno alla luce degli elementi già acquisiti. In una fattispecie nella quale la stessa decisione dà atto della protesizzabilità del danneggiato e, al contempo, della inadeguatezza delle valutazioni tecniche disponibili, il ricorso alla consulenza tecnica non si configurava come surrogato dell'onere probatorio, ma come indispensabile mezzo di accertamento del fatto rilevante ai fini della decisione; di talché il rilievo attribuito al difetto di prova, in presenza di una accertata esigenza di approfondimento tecnico e della disponibilità dello strumento officioso a tal



fine previsto, si è tradotto in una violazione delle regole che governano l'accertamento del danno futuro.

A ciò si aggiunge il fatto che la Corte territoriale ha applicato al danno futuro un criterio probatorio modellato sul danno già verificatosi, mentre la risarcibilità del danno futuro richiede la verifica della sua ragionevole prevedibilità secondo normalità causale. Nel caso di specie, l'amputazione dell'arto inferiore e la riconosciuta possibilità di protesizzazione costituivano elementi idonei a fondare, secondo *l'id quod plerumque accidit*, la rilevante probabilità del sostenimento di spese protesiche nel corso della vita, sicché non era consentito escludere in radice tale voce di danno per difetto di una prova puntuale.

Peraltro, in tema di danno futuro, la «certezza» richiesta non coincide con la prova piena del suo verificarsi in ogni dettaglio, ma con la fondata attendibilità della sua verifica secondo normalità causale: non basta la mera eventualità, ma è sufficiente che il pregiudizio si presenti come naturale sviluppo di fatti concretamente accertati ed inequivocabilmente sintomatici della relativa probabilità, secondo un criterio di normalità fondato sulle circostanze del caso concreto. La diminuzione patrimoniale futura è risarcibile quando sia caratterizzata da «rilevante probabilità» e costituisca lo sviluppo naturale di fatti accertati: v. Cass. 9 dicembre 2025, n. 31986, che ribadisce che il danno futuro, tanto come danno emergente quanto come lucro cessante, non può essere valutato con i medesimi criteri di certezza del danno già verificatosi, ma secondo la logica della rilevante probabilità, ancorata a normalità causale e circostanze del caso concreto.

In una fattispecie come quella in esame, l'amputazione dell'arto inferiore e la stessa affermazione, in sentenza, della protesizzabilità del danneggiato costituivano dati che avrebbero dovuto far ritenere fisiologica, e non meramente eventuale, l'esigenza di un percorso protesico-riabilitativo con costi di impianto, adattamento, manutenzione e



rinnovo; e ciò tanto più se si considera che la giurisprudenza qualifica talune spese future connesse a condizioni invalidanti permanenti come pregiudizi che si producono "de die in diem", imponendo, sul piano liquidatorio e probatorio, una distinzione netta tra il danno già verificatosi e il danno futuro ragionevolmente destinato a determinarsi lungo l'arco di vita residua. In particolare, è stato affermato che il danno patrimoniale per spese di assistenza vita natural durante è un pregiudizio permanente "de die in diem", e che la liquidazione richiede, da un lato, la prova del danno passato (anche per presunzioni semplici) e, dall'altro, criteri necessariamente prognostici per il danno futuro (Cass. 13 giugno 2023, n. 16844); ed è proprio questa puntualizzazione a mostrare, per contrasto, che la severità sul piano probatorio è coerente con il danno già verificatosi, non con il danno futuro, che esige diverse regole di accertamento (Cass. 13 novembre 2024, n. 29307).

Infine, là dove la motivazione impugnata ha valorizzato la mancanza di prova di singoli esborsi accessori (come spese di viaggio o spese correlate a percorsi di cura), va ricordato che la giurisprudenza ammette, in presenza di elementi oggettivi documentati che rendano fisiologico l'insorgere di tali costi, la liquidazione equitativa ex art. 1226 c.c. anche in assenza della prova minuta di ogni pagamento (Cass. 27 marzo 2019, n. 8442).

5. Il terzo motivo è fondato.

Va premesso che, secondo consolidato orientamento di questa Corte, il danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica va accertato mediante un giudizio prognostico fondato su elementi concreti e individuali e non può essere desunto automaticamente dalla sola invalidità permanente, essendo necessario dimostrare la reale incidenza della menomazione sulla capacità di produrre reddito nonché, ai fini della quantificazione, la concreta contrazione dei redditi futuri (in tal senso, tra



le più recenti, Cass. 25 luglio 2025, n. 21322; nello stesso senso già Cass. 7 aprile 2017, n. 9094; Cass. 4 aprile 2018, n. 7513).

Né può trascurarsi che la scelta del criterio di capitalizzazione, come pure la verifica della sua attualità e adeguatezza scientifica, integra un apprezzamento di fatto rimesso al giudice del merito, dovendo essere compiuta alla luce dei dati disponibili al momento della decisione e non essendo, di per sé, sindacabile in sede di legittimità, ove sorretta da motivazione non apparente né illogica (Cass. 3 novembre 2025, n. 29054), fermo restando che il sindacato di legittimità resta consentito allorché il percorso motivazionale si fondi su presupposti giuridicamente erronei e, in particolare, come in questo caso, su automatismi in contrasto con il principio secondo cui il danneggiato ha diritto a conseguire tutto ciò che gli spetta, ma senza arricchimento, quale desumibile dall'art. 1223 c.c. e dal complessivo sistema delineato dagli artt. 1223, 1225, 1226 e 1227 c.c.

La Corte territoriale ha ritenuto che la liquidazione dovesse essere limitata al periodo lavorativo residuo, in quanto l'estensione oltre tale limite temporale comporterebbe una indebita locupletazione del danneggiato, aggiungendo che la «base imponibile, al lordo della ritenuta d'acconto» già consentirebbe una liquidazione anticipata idonea a compensare anche il profilo previdenziale futuro, con conseguente esclusione di qualsiasi ulteriore proiezione.

In tal modo, tuttavia, la motivazione si fonda su un duplice presupposto che non può essere condiviso, attenendo non già al mero esercizio del potere equitativo, ma – appunto – all'individuazione del contenuto del danno risarcibile: da un lato, l'identificazione del danno da perdita della capacità lavorativa con la sola perdita di redditi da lavoro fino all'età pensionabile; dall'altro, la ritenuta idoneità della capitalizzazione anticipata a compensare automaticamente anche le ricadute economiche successive alla cessazione dell'attività lavorativa.



Detto percorso argomentativo viola, infatti, l'art. 1223 c.c. che delinea il criterio legale di delimitazione del danno risarcibile, selezionandone le componenti secondo il parametro della causalità giuridica e, così, assicurando la completezza del danno giuridicamente rilevante nei limiti tracciati dagli artt. 1225, 1226 e 1227 c.c.

È stato, in particolare e ai fini che qui rilevano, chiarito che la riduzione o perdita del reddito da lavoro, ove incida – come ordinariamente accade – su un sistema previdenziale fondato sul principio contributivo, è destinata a riflettersi anche sulla futura prestazione pensionistica, atteso che la misura di quest'ultima dipende dal livello dei redditi percepiti e dei contributi versati nel corso della vita lavorativa (Cass. 21 dicembre 2024, n. 34108; Cass. 29 aprile 2025, n. 11320); di talché non è più sostenibile l'assunto per cui la capitalizzazione del reddito perduto, parametrata al solo periodo lavorativo, eviterebbe una sovrastima del danno, atteso che «con la cessazione della vita lavorativa non cessano i redditi del pensionato, ma semplicemente – di norma – si riducono, in quanto il reddito da lavoro è sostituito dal trattamento pensionistico», e che tale trattamento, essendo fondato sul sistema contributivo, dipende «dal numero di anni di vita lavorativa e dal livello del reddito», sicché «il danno da riduzione del reddito ha sempre ripercussioni anche sul trattamento previdenziale» (Cass. n. 34108/2024, cit.).

Ne deriva che il danno da perdita della capacità lavorativa non si esaurisce, di regola, nel solo periodo di attività, ma si proietta anche nella fase successiva, incidendo sulla capacità di sostentamento del danneggiato negli anni successivi al pensionamento; di talché la limitazione automatica del danno alla sola vita lavorativa residua, ove non accompagnata da una specifica liquidazione della componente di pregiudizio incidente sul trattamento previdenziale, si risolve in una sottostima del danno risarcibile.



Non è più sostenibile – secondo questa Corte – l’assunto secondo cui la capitalizzazione dei redditi perduti sulla base della durata della vita media, senza applicazione dello scarto tra vita fisica e vita lavorativa, determinerebbe una sovrastima del danno, giacché, al contrario, applicando automaticamente tale riduzione, «il risarcimento ad ess[e] dovuto viene sottostimato, e non sovrastimato», atteso il fisiologico riflesso della perdita reddituale sulla posizione previdenziale.

È stato ulteriormente precisato che, nella generalità dei casi, una corretta liquidazione del danno può avvenire solo secondo una duplice alternativa: o si procede alla liquidazione autonoma del cd. danno pensionistico, «consistente nella presumibile percezione di una pensione minore», ovvero, qualora tale voce non venga separatamente considerata – soluzione ritenuta consentita nell’ambito della liquidazione equitativa – «non potrà applicarsi nessuna riduzione per scarto tra vita fisica e vita lavorativa» (ancora Cass. n. 34108/2024).

Tale principio, benché affermato in una fattispecie in cui era stata censurata la mancata applicazione dello scarto, esprime un criterio di sistema, il quale opera anche nell’ipotesi opposta, quale quella per cui è causa, in cui la riduzione sia invece applicata automaticamente; in entrambe le situazioni, infatti, ciò che rileva è la verifica della conformità della liquidazione al principio di integralità del risarcimento, di cui all’art. 1223 c.c., non essendo consentito comprimere il ristoro mediante automatismi fondati su presupposti astratti.

Ebbene, la Corte territoriale ha applicato lo scarto tra vita fisica e vita lavorativa senza procedere ad alcuna verifica in concreto della incidenza della perdita di reddito sulla futura posizione previdenziale, limitandosi a valorizzare la funzione della capitalizzazione anticipata della base imponibile come strumento idoneo a compensare anche il profilo previdenziale; così operando, ha finito per ridurre il risarcimento sulla



base di un criterio che, nel vigente assetto del sistema previdenziale, è strutturalmente idoneo a determinare una sottostima del pregiudizio.

La capitalizzazione, infatti, costituisce una tecnica di attualizzazione del danno futuro, volta a tener conto dell'anticipata corresponsione di utilità che sarebbero maturate nel tempo, ma non è idonea, di per sé, a neutralizzare o assorbire componenti autonome del pregiudizio, quale quella derivante dalla riduzione della futura prestazione pensionistica; in tal senso, la Corte territoriale ha confuso il piano della tecnica liquidatoria con quello dell'individuazione del contenuto del danno risarcibile, utilizzando la prima per delimitare, in via generale e astratta, l'ambito del pregiudizio.

Né tale conclusione può essere giustificata richiamando il divieto di locupletazione, giacché la corretta considerazione anche delle ricadute previdenziali della perdita di reddito non comporta un arricchimento indebito, ma costituisce applicazione coerente del principio di integrale reintegrazione del patrimonio lesso.

D'altra parte, proprio la natura prognostica del danno futuro imponeva al giudice di verificarne la sussistenza sulla base di un giudizio di rilevante probabilità ancorato alle circostanze concrete, e non consente di escluderne aprioristicamente intere componenti sulla base di presunzioni generali.

Ne consegue che, una volta ritenuto di non procedere ad una autonoma liquidazione del danno c.d. pensionistico, la Corte territoriale non poteva, in aggiunta, limitare la liquidazione al solo periodo lavorativo residuo, dovendo invece assicurare, attraverso una diversa modulazione della liquidazione equitativa, il ristoro integrale del pregiudizio.

La sentenza impugnata deve pertanto essere cassata sul punto, con rinvio alla Corte territoriale, che procederà a nuova liquidazione attenendosi al principio secondo cui la perdita della capacità lavorativa può spiegare effetti anche oltre il periodo di attività lavorativa, dovendosi



valutare, in concreto, se e in quale misura la riduzione del reddito incida anche sulla futura posizione previdenziale del danneggiato, ovvero, in alternativa, escludere l'applicazione dello scarto tra vita fisica e vita lavorativa, così evitando una sottostima del danno.

7. L'accoglimento del secondo e del terzo motivo determina l'assorbimento del primo. La sentenza va cassata in relazione ai motivi accolti con rinvio alla Corte d'appello di Perugia, in diversa composizione, che provvederà anche alla liquidazione delle spese del giudizio di cassazione.

8. Va disposto che, in caso di utilizzazione del presente provvedimento in qualsiasi forma, ai sensi dell'art. 52 del d.lgs. n. 196/2003, sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi di [REDACTED] [REDACTED]

### **P.Q.M.**

La Corte accoglie il secondo e il terzo motivo, dichiara assorbito il primo, cassa in relazione ai motivi accolti l'impugnata sentenza con rinvio alla Corte d'appello di Perugia, in diversa composizione, anche per la liquidazione delle spese del giudizio di cassazione.

Dispone l'oscuramento dei dati come in motivazione.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 21/05/2026.

Il Presidente

Emilio Iannello

