R.G. N. 1852-2021

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE D'APPELLO DI BARI

Terza Sezione Civile

La Corte d'Appello, in composizione collegiale nelle persone dei seguenti Magistrati:

Dott.ssa Emma Manzionna	Presidente
Dott.ssa Paola Barracchia	Consigliere Relatore
Dott. Antonello Vitale	Consigliere

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile in grado di appello, avente ad oggetto "Responsabilità professionale", iscritta nel ruolo generale degli affari contenziosi sotto il numero d'ordine 1852 dell'anno 2021, avverso l'ordinanza emessa dal Tribunale di Foggia – Prima Sezione Civile, pubblicata il 16.11.2021

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), elettivamente [redacted] al [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che lo rappresenta e difende giusta procura in atti

APPELLANTE

CONTRO

CP_1 (C.F./P.IVA *P.IVA_1* , corrente in Foggia [redacted], in persona del legale rappresentante *pro tempore* Dott. *CP_2* , elettivamente [redacted] (BAT) alla [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che lo rappresenta e difende giusta procura in atti

APPELLATA

Conclusioni delle parti: come da note di trattazione scritta, ex art. 127 *ter* c.p.c., che qui devono intendersi riportate.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO E IN DIRITTO

1. *Parte_1* - a seguito dell'esperimento del tentativo di conciliazione della lite con *CP_1* dinanzi all'Organismo di mediazione [redacted] di [redacted] definitosi con esito negativo - con ricorso per ATP ex art. 696-*bis* c.p.c., proposto dinanzi al Tribunale di Foggia – II sezione Civile e depositato il 4 dicembre 2017, deduceva di aver subito gravi lesioni personali a causa dell'imperizia e negligenza del personale sanitario operante presso il Reparto di Ortopedia del [redacted] di [redacted]. Conseguentemente, chiedeva al Tribunale di ammettere l'accertamento tecnico preventivo e di nominare i CCTTUU al fine di accertare la natura e l'entità delle lesioni subite e della complicanza infettivologica insorta e la loro riconducibilità colposa e causale alla condotta medica e della struttura sanitaria.

1.1A seguito della perizia dei CCTTUU depositata in data 11 giugno 2019, con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato il 19 novembre 2020, il *Pt_1* evocava in giudizio, dinanzi al Tribunale di Foggia, l' *CP_1* , in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al fine di sentire accertare e dichiarare l'esclusiva responsabilità della struttura sanitaria per i danni patrimoniali e non, subiti in conseguenza dell'intervento chirurgico di *"riduzione e sintesi temporanea con fili K. e successiva stabilizzazione finale con placca a T a 5 fori"* e delle successive complicanze infettivologiche (nella specie, infezione da *staphilococcus aureus*) , per l'effetto, sentirla condannare al risarcimento di tutti i danni per le lesioni subite e, perciò, al pagamento della complessiva somma di € 92.121,57 o di quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria come per legge.

A fondamento della domanda il ricorrente deduceva, con l'ausilio dei CCTTPP nominati, che: - in data 10 luglio 2013 a seguito di un incidente in strada auto-pedone, **ovvero di infortunio sul lavoro,** riportava un trauma e veniva accolto in Pronto Soccorso presso il [redacted] di [redacted] ove con anamnesi patologica remota veniva rilevato "*trauma da schiacciamento di tibia-perone, TT SN, piccola esposizione del terzo medio della tibia .."* e con RX a gamba e caviglie sinistra veniva diagnosticata "*Frattura con frammentazione e scomposizione diafisaria distale della tibia e del perone e rime di frattura con lieve scomposizione dei malleoli tibiali. Concomita fattura del perone a livello della testa – collo .."*; data la mancanza dei posti letto, nello stesso giorno, veniva trasferito e ricoverato presso il reparto di *CP_3* del [redacted], corrente in [redacted] ove, a distanza di 6 giorni, il 16 luglio 2013, veniva sottoposto a intervento chirurgico di "*riduzione e sintesi temporanea con fili di K. e successiva stabilizzazione finale con placca a T a 5 fori"*; in data 24 luglio 2013, veniva dimesso con diagnosi definitiva di "*Frattura pilone tibiale, testa terzo distale di perone gamba sinistra*"; successivamente, il paziente – ricorrente veniva sottoposto a controlli per la frattura distale della tibia e del perone, nonché alle medicazioni per la guarigione della ferita e seguiva terapia farmacologica antidolorifica; in data 30 agosto 2013, in sede di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

medicazione, veniva rilevata "*deiscenza della ferita con esposizione del MS. Si consiglia ricovero*"; sicché, il 2 settembre 2013, il *Pt_1* veniva ricoverato nuovamente nel reparto di Ortopedia di [redacted] con diagnosi "*Gamba con deiscenza ferita chirurgica III medio-distale faccia anteriore con esposizione del mezzo di sintesi*" e nella medesima giornata veniva sottoposto a intervento chirurgico di " *RIMOZIONE DELLA PLACCA E VITI E DELLA VITE INTERFRAMMENTARIA*": "*in emostasi ed anestesia spinale, si escinde la fistola cutanea, si arriva sul focolaio di frattura ancora mobile con scarsissimo callo osseo dell'epifisi distale della tibia, abbondante tessuto reattivo sottocutaneo che viene rimosso, toilette della frattura, lavaggi con Rifocin topico puro, drenaggio in aspirazione, sutura per strati, medicazione ed immobilizzazione provvisoria della frattura*"; in data 3 settembre 2013 dal risultato dell'esame culturale del tampone sulla fistola della caviglia sinistra emergeva: *"95% di probabilità Staphyloccocus aureus*", veniva sospesa la terapia antibiotica e, successivamente, il 15 settembre 2013 il *Pt_1* veniva dimesso con diagnosi definitiva di *"Frattura esposta pilone tibiale, testa e terzo distale di perone gamba sinistra trattata con osteosintesi con placca a T alla tibia e al terzo distale di perone. Stivaletto gessato di protezione complicata da esposizione dei mezzi di sintesi della tibia ed infezione da stafilococco"*; nel periodo intercorrente tra il 14 ottobre 2013 e il 21 marzo 2014 il *Pt_1* veniva sottoposto a una serie di controlli ortopedici, alla rimozione del gesso, ad accertamenti in ordine alla dolenzia, alla presenza di edema, alla deambulazione e all'infezione in atto da parte dello stesso microbo; infine, il 27 novembre 2015 veniva effettuato ulteriore controllo ortopedico, all'esito del quale la ferita risultava ancora aperta ed eseguiva nuovamente tampone per valutare la persistenza dell'infezione. Alla data della perizia, 18 ottobre 2016, i Consulenti dichiaravano il ricorrente guarito con i seguenti postumi: *"marcato edema di tutta la gamba sinistra con tumefazione della caviglia di 4,5 cm e anchilosi totale della stessa"*.

Tanto premesso, il ricorrente fondava la pretesa risarcitoria nei confronti dell' *CP_1* sul presupposto che quest'ultima avesse commesso errori nella tecnica chirurgica di sintesi e riduzione della frattura alla caviglia sinistra, nonché della sussistenza della responsabilità della struttura ospedaliera relativamente all'insorgenza dell'infezione del sito chirurgico.

1.2 Si costituiva in giudizio l' *CP_1* che, in via preliminare, eccepiva la violazione dell'art. 8 comma 3 della L. n. 24/2017 chiedendo al Tribunale "*ogni provvedimento in ordine agli effetti della domanda tardivamente proposta*" e, nel merito, contestava gli avversi assunti sia in ordine all' *an* che al *quantum debeatur*, con conseguente rigetto della domanda e vittoria di spese di lite.

1.3 La causa veniva istruita con l'acquisizione della documentazione prodotta dalle parti e le risultanze della CTU espletata nel corso dell'ATP.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

1.4 Con ordinanza del 12 novembre 2021, il Tribunale di Foggia accertava e dichiarava la violazione dell'art. 8, comma 3, della L. n. 24/2017 per la mancata osservanza dei termini ivi stabiliti – ritenuti dal Giudice di prime cure perentori – per aver parte ricorrente depositato il ricorso di cui all'art. 702-*bis* c.p.c. dopo la decorrenza del termine di 90 giorni dal deposito della relazione del CTU a definizione del procedimento di ATP. Pertanto, così provvedeva: "*1) Dichiara improcedibile la domanda; 2) Condanna parte ricorrente alla rifusione in favore della controparte delle spese di lite del presente procedimento che liquida in euro 6.005,00 per compensi professionali, oltre al 15% calcolato su detto importo, dovuto per spese forfettarie, IVA e CPA come per legge. 3) Condanna parte ricorrente alla rifusione della controparte delle spese di lite per il procedimento di A.T.P. n. 6277/2020 che liquida in € 3.279,00 per compensi professionali, oltre al 15% calcolato su detto importo, dovuto per spese forfettarie, IVA e CPA come per legge. 4) Pone definitivamente le spese della C.T.U. resa nell'ambito del procedimento di A.T.P. in capo a parte ricorrente".*

……..

2.Avverso detta ordinanza, con atto di citazione in appello regolarmente notificato, *Parte_1* ha interposto tempestivo gravame, censurandola per i seguenti motivi: 1) mancata applicazione dell'art. 702-*ter* c.p.c., ai sensi del quale, qualora il giudice avesse ritenuto la domanda complessa e, dunque, non suscettibile di istruzione sommaria, avrebbe dovuto disporre la conversione del rito e concedere i termini *ex* art. 183 c.p.c. per l'integrazione delle richieste istruttorie e delle eventuali prove contrarie; 2) errata motivazione della sentenza per aver il giudice di prime cure dichiarato improcedibile la domanda, considerando il termine di cui all'art. 8 della L. 24 del 2017 perentorio; secondo la difesa dell'appellante, il suddetto termine non si riferisce alla condizione di procedibilità della domanda, bensì alla salvezza degli effetti prodotti dalla proposizione del ricorso per ATP e, dunque, alla consequenziale non utilizzabilità della relazione depositata nell'ambito di tale procedimento, pertanto, il giudice avrebbe dovuto fissare udienza *ex* art. 183 c.p.c. senza ritenere il ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c. un prosieguo dell'accertamento tecnico preventivo.

Ha chiesto, quindi, l'accoglimento delle seguenti conclusioni: *" In via preliminare, dichiarare che il ricorso presentato ex art. 702 bis c.p.c. è procedibile per le motivazioni innanzi esposte e per l'effetto: in via principale, acquisito l'elaborato del collegio peritale, formatosi nel contraddittorio tra le parti, dichiarare la responsabilità della struttura ospedaliera e condannare l'* *CP_4* *, in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dall'appellante* *Parte_1* *e quantificati in euro 60.926,49 per danno non patrimoniale (di cui euro 32.199,75 per danno biologico temporaneo, euro 22.799,00 per danno differenziale o iatrogeno, euro 5.927,74 per sofferenza soggettiva) salva diversa somma che verrà riconosciuta in corso di causa, oltre interesse e rivalutazione monetaria. In via subordinata, nella denegata ipotesi di non accoglimento della richiesta in via principale si insiste affinché, l'adito collegio, nomini un CTU per accertare la responsabilità della struttura ospedaliera e per la quantificazione dei danni dell'appellante, e quantificati in 60.926,49 per danno non patrimoniale (di cui euro 32.199,75 per danno biologico temporaneo, euro 22.799,00*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

per danno differenziale o iatrogeno, euro 5.927,74 per sofferenza soggettiva) salva diversa somma che verrà riconosciuta in corso di causa, oltre interesse e rivalutazione monetaria. Con vittoria di spese e competenze di causa del presente procedimento, oltre rimborso forfettario CAP e IVA come per legge".

Parte_2 , in persona del legale rappresentante *pro tempore*, costituitasi in giudizio, ha chiesto, in via preliminare, la conferma delle statuizioni contenute nell'ordinanza impugnata e, per effetto, l'accertamento e la declaratoria della violazione dell'art. 8, comma 3, della L. n. 24/2017; nel merito, il rigetto dell'appello in quanto infondato in fatto e in diritto; con vittoria di spese, diritti e onorari di causa del doppio grado di giudizio.

2.2 Con ordinanza del 26 aprile 2023, la Corte: 1) ha dichiarato la procedibilità della domanda ritenendo che l'art. 8, comma 3 della L. 24/2017 debba essere interpretato nel senso che: *"la perentorietà del termine di 90 giorni per il deposito del ricorso ex articolo 702 bis cpc ai fini dell'introduzione del giudizio di merito deve essere intesa nel senso che il rispetto del termine sia funzionale esclusivamente a preservare gli effetti sostanziali e processuali della domanda introdotta con il ricorso per ATP e non alla procedibilità della domanda di merito. Se depositato oltre la scadenza del termine di 90 giorni, il ricorso è procedibile, ma può produrre solo ex novo i suoi effetti sostanziali e processuali"*; 2) ha nominato la CTU medica collegiale collegiale, nelle persone del medico legale Dott. *Persona_1* e del Medico Ortopedico Dott. *[...] Persona_2*

Depositata CTU, a seguito di trattazione scritta ex art. 127 *ter* c.p.c., in data 19 giugno 2024, la causa è stata riservata per la decisione con assegnazione alle parti dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

2.3 L'appello è, ad avviso della Corte, fondato nei termini di seguito esplicitati e deve essere accolto con le conseguenze di legge in materia di spese.

2.4 Il Tribunale ha ricondotto la pretesa risarcitoria avanzata dal ricorrente nell'alveo e tutele riconosciute dalla Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Bianco – Gelli) e ha dichiarato l'improcedibilità della domanda in quanto tardivamente proposta rispetto ai termini stabiliti dall'art. 8 comma 3 della medesima Legge ritenuti perentori.
Il comma 3 dell'articolo 8 della c.d. Legge *CP_5* dispone che: *"la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'art. 702 bis del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702 bis e seguenti del codice di procedura civile"*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

Il giudice di prime cure ha ritenuto, ai fini del deposito del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. e, dunque, ai fini della procedibilità della domanda ivi contenuta, il termine di novanta giorni dal deposito della relazione della CTU a definizione del procedimento di ATP o il termine di sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 696 bis c.p.c., come perentorio. Per tale ragione, accertato il decorso dei termini, ha dichiarato improcedibile il ricorso.

La decisione impugnata, ad avviso del Collegio, è errata per due ordini di ragione.

In primo luogo, la Corte Costituzionale (sentenza n. 403 del 2007) e la Corte di Cassazione (sentenza n. 967 del 2004) hanno affermato che "*le disposizioni che prevedono condizioni di procedibilità, costituendo deroga alla disciplina generale devono essere interpretate in senso non estensivo*" e, anzi, *"dovendo limitarsene l'operatività ai soli casi nei quali il rigore estremo è davvero giustificato*" (sentenza n. 6130 del 2011). A tal guisa, il Collegio conferma quanto statuito da questa Corte – in diversa composizione - nell'ordinanza del 26 aprile 2023, condividendo gli approdi interpretativi contenuti nelle Linee Guida in materia di accertamento tecnico preventivo ai sensi dell'articolo 8 della L. n. 24/2017 approvate dal Tribunale di Roma, che ha affermato, al punto 4.2., che: *"**la perentorietà del termine di novanta giorni (dal decorso dei sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 8 L. 24/2017 e 696 bis c.p.c.) per il deposito del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. ai fini dell'introduzione del giudizio di merito deve essere intesa nel senso che il rispetto del termine è funzionale esclusivamente a preservare gli effetti sostanziali e processuali della domanda** introdotta con il ricorso per ATP e non alla procedibilità della domanda di merito. **Se depositato oltre la scadenza del termine di novanta giorni, il ricorso è procedibile, ma può produrre solo effetti ex novo i"**.

In secondo luogo, come noto, nell'ultimo decennio la materia della responsabilità medica è stata oggetto di significativi interventi legislativi (c.d. Legge Balduzzi n. 189/2012 e Legge Gelli-Bianco n. 24/2017), oltre che di particolare attenzione da parte della Corte di Cassazione.

Ebbene, le parti e il Tribunale hanno ritenuto sussumibile il caso in esame nell'alveo e tutele della Legge Gelli Bianco, verosimilmente sull'errato presupposto che per l'individuazione della disciplina applicabile dovesse considerarsi la normativa in vigore al momento della proposizione della domanda. In realtà, in materia di responsabilità medica, ai fini della corretta individuazione della disciplina applicabile si ha riguardo del momento in cui i fatti dannosi da accertarsi in giudizio sono avvenuti.

Va, a tal proposito, chiarito che secondo il consolidato orientamento giurisprudenziali, le previsioni contenute nella L. n. 189/2012, al pari di quelle di cui alla L. n. 24/2017, non hanno portata retroattiva e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca precedente alla relativa entrata in vigore, atteso che non vi è stata un vero e proprio fenomeno di successione di leggi nel tempo: il legislatore, infatti, non ha introdotto una nuova fattispecie astratta entro la quale sussumere la responsabilità medica, ma ha operato a livello di qualificazione della natura giuridica della stessa (cfr. Cass. n. 28994/2019; in termini Cass. n. 28990/2019). Sulla scorta di tale precisazione e avuto riguardo all'epoca in cui i fatti oggetto di causa ebbero a verificarsi, tra luglio 2013 e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

novembre 2015, la normativa applicabile alla vicenda *de quo* va rintracciata nella Legge n. 189/2012 (c.d. Legge Balduzzi).

Peraltro, è opportuno considerare, da un lato, che parte ricorrente fa valere esclusivamente la responsabilità della struttura sanitaria e, dall'altro, che l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi non incide sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata). Ai fini della presente decisione, dunque, non viene in rilievo il dibattito giurisprudenziale sulla natura giuridica contrattuale o extracontrattuale del medico in assenza di un contratto d'opera professionale.

Sicché, dando continuità all'insegnamento consolidato della giurisprudenza avallato dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 9556 del 2002 e sent. n. 577 del 2008), lo statuto normativo applicabile al rapporto fra paziente e struttura ospedaliera è quello proprio della responsabilità da inadempimento contrattuale, di cui all'art. 1218 c.c.. In particolare, il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura (o ente ospedaliero) trova la sua fonte nel contratto atipico c.d. di spedalità, concluso tra le parti per *facta concludentia*, ossia mediante la mera accettazione del malato presso la struttura. Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale (Cass. n. 13953/2007).

Ebbene, nel caso *de quo* è pacifico e non contestato che *Parte_1* in data 10 luglio 2013 si ricoverava presso il reparto di Ortopedia dell' *CP_6* di [redacted] così perfezionandosi tra le parti un contratto atipico di spedalità.

Tanto chiarito, per quanto attiene agli oneri probatori ricadenti sulle parti con specifico riguardo alla responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, vengono in rilievo i più recenti approdi della Corte di Cassazione, che hanno apportato significativi correttivi al risalente indirizzo giurisprudenziale inaugurato da Cass., S.U. 13533/2001, a tenore del quale, in tema di inadempimento di un'obbligazione, il creditore che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento (o del non esatto adempimento) della controparte, gravando viceversa sul debitore convenuto l'onere della prova del fatto estintivo, impeditivo o modificativo dell'altrui pretesa.

In altri termini, ai fini della configurazione della struttura sanitaria nei confronti del paziente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1218 c.c., è un *prius* logico accertare la sussistenza del nesso causale tra l'inadempimento delle obbligazioni dei sanitari, che devono operare secondo la diligenza richiesta dall'art. 1176 c.c., e l'evento lesivo occorso al paziente. Successivamente, è onere della struttura sanitaria nei confronti della quale è rivolta la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

pretesa risarcitoria provare la mancanza di inadempimento, di aver operato secondo le regole della diligenza e secondo le *leges artis*.

Come chiarito dalla Corte di Cassazione (sentenze n. 28991/2019 e n. 28992/2019 nel riprendere il principio di diritto già enunciato con la sentenza n. 18392/2017) il paziente deve allegare l'inadempimento, allegare e provare l'insorgenza di nuove patologie o l'aggravamento di quelle esistenti (che costituisce il c.d. danno evento) nonché il nesso di causalità materiale di queste rispetto alla condotta del medico. A mitigare gli effetti di tale soluzione si ammette che la prova della causalità materiale da parte del creditore può essere data attraverso le presunzioni (Cass. n. 26907/2020). Ove sia dedotta una responsabilità contrattuale del medico o della struttura sanitaria, sul paziente danneggiato grava l'onere di allegare e provare la sussistenza del contratto, l'aggravamento della situazione patologica o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, ed il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, in base al criterio della normalità causale, cioè del *"più probabile che non"* (Cass. n. 10050/2022). Se il creditore allega e prova, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del medico, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, diviene onere del debitore, interessato all'esonero della propria responsabilità, allegare e provare l'adempimento, ovvero che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile.

L'appellante – ricorrente si duole dell'intervento chirurgico eseguito *CP_1* deducendo che la struttura sanitaria abbia commesso errori nella tecnica chirurgica di sintesi e riduzione della frattura alla caviglia sinistra, che hanno causato algia, deficit funzionale della caviglia, rigidità articolare.

Facendo applicazione delle suddette coordinate normative ed ermeneutiche, nel caso di specie non vi è dubbio che il paziente danneggiato abbia assolto al proprio onere probatorio, avendo allegato l'inadempimento dei medici dell' *CP_1* che, nel corso degli interventi chirurgici del 16 luglio 2013 e del 2 settembre 2013, l'uno di riduzione e sintesi della frattura della tibia e del perone l'altro di "rimozione della placca e viti e della vite interframmentaria", gli provocavano postumi invalidanti permanenti e il prolungamento dei tempi di invalidità temporanea, questi ultimi dovuti anche alla infezione da stafilocco , come risulta dall'ampio compendio probatorio allegato.

La Corte, all'esito dell'attenta disamina della documentazione allegata dalle parti, delle consulenze di parte e di ufficio espletate - le cui conclusioni sono condivise dal Collegio perché complete, corrette e sorrette da dati scientifici approfonditi - ritiene che vi siano state nel caso in esame condotte mediche imperite e l'omissione di condotte diligenti che il caso avrebbe imposto, sia con riguardo all'esecuzione del trattamento chirurgico, sia relativamente agli accertamenti eseguiti e da eseguirsi nella fase post-operatoria.

Emerge, infatti, che le condotte dei sanitari, che ebbero in cura il *Pt_1* , hanno aggravato il deficit articolare a carico della caviglia che sarebbe comunque residuato (per la complessità della frattura) qualora la prestazione medica fosse stata conforme alla *leges artis*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

Nella relazione depositata dai CCTTPP nominati dal Parte_1 si legge: "*a fronte di una scelta giusta per ciò che riguarda la tipologia dell'intervento da eseguire* [tecnica ORIF], *non è corrisposta una altrettanto corretta tecnica chirurgica"*. In primo luogo, i consulenti hanno evidenziato che **il *timing* dell'intervento non è stato rispettato:** *"Il sig. Pt_1 rimane vittima dell'infortunio il 10.0.2013, lo stesso giorno alle prime ore del pomeriggio è ricoverato in Ortopedia a [redacted] In ossequio alla letteratura scientifica doveva essere operato entro 72 ore (prima che si instaurasse l'edema), oppure dopo 7-10 giorni (risoluzione dell'edema). Invece, viene operato in sesta giornata post-trauma, dopo le 72 ore e prima dei canonici 7 giorni. Nell'immediatezza viene posto in trazione transcheletrica, ma non vi erano ragioni per cui l'intervento fosse differito. In ogni caso, quand'anche si voleva intervenire con ritardo, ciò non doveva avvenire prima dei 7-10 giorni dal trauma*". I medesimi hanno, poi, rilevato errori di esecuzione del trattamento chirurgico: *"Se guardiamo bene la lastra eseguita il 14.08.2013, un mese circa dopo la sintesi chirurgica, si nota che la quarta vite della placca sulla tibia, partendo dall'alto, è libera, lontana dalla placca ed è stata inserita nel focolaio di frattura, dove non ha nessuna presa. Le viti terza e quinta non raggiungono la corticale ossea opposta, a differenza delle prime tre, per cui anch'esse non hanno tenuta, tanto è vero che sono chiaramente allentate e sfilate. Ciò ha impedito di ottenere una sintesi stabile, una ricostruzione quanto più rispettosa dell'anatomia articolare ed una precoce mobilizzazione*"; tale conclusione viene avvalorata dai medici interpellati anche sulla base della circostanza che l'applicazione della stecca gessata al Pt_1 non sarebbe stata necessaria qualora la frattura fosse stata ridotta e sintetizzata chirurgicamente in modo corretto da essere stabile. Emerge, infatti, che la mancata stabilità della sintesi si è tradotta in una distasi dei frammenti di tibia e ha prolungato i tempi di recupero della mobilità.

Inoltre, i consulenti hanno affermato che "*la sintesi non corretta, l'instabilità della frattura del pilone tibiale e la flogosi infettiva hanno condizionato l'insorgenza di processi reattivi sottocutanei abbondanti, fibrosanti, duri, che allo stato sono la causa dell'anchilosi della caviglia, dell'edema duro della gamba e della marcata tumefazione*".

Le conclusioni alle quali sono pervenuti i CCTTPP dell'appellante-ricorrente sono contestuali alla documentazione in atti e coerente con quanto relazionato dai CCTTUU nella perizia espletata nell'ambito del procedimento di ATP, ovvero: *"la frattura di cui il paziente era portatore in seguito al trauma stradale era una frattura "complessa" con frammentazione e scomposizione metaepifisaria distale della tibia e diafisaria distale del perone di sinistra, con interessamento della rima articolare tibiale distale, dalla quale sarebbe comunque esitato un deficit articolare a carico dell'arto inferiore sinistro. Pur tuttavia la insoddisfacente riduzione chirurgica dell'epifisi tibiale ha aggravato il processo artrosico e quindi la funzionalità articolare tibio-tarsica ed ha determinato una completa anchilosi. I sanitari dell'U.O. di CP_3 del [redacted] di [redacted] in base a quanto risulta evidente dall'esame della documentazione in atti, nonché dalla rilettura degli esami rx grafici, non eseguirono, in data 16.7.13, una valida riduzione della frattura e tanto aggravò la già grave condizione*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

fratturativa del ricorrente. Infatti, da uno studio dettagliato delle radiografie, portate in visione dal ricorrente in sede di operazioni peritali, si rileva chiaramente la non corretta riduzione della frattura tibiale già in data 14.8.13. […] ***Nel caso del sig.*** *Pt_1* ***l'intervento con placche e viti mancò nell'esecuzione di una adeguata riduzione della frattura; tanto è rilevabile dalle immagini radiografiche, nonché dall'evoluzione anchilotica dell'articolazione tibio-tarsica di sinistra***".

Orbene, la Corte condivide le coerenti conclusioni alle quali sono pervenuti i CCTTUU nel presente grado di giudizio, i quali hanno confermato che i sanitari del reparto ortopedico di [redacted] hanno eseguito una "***insoddisfacente riduzione chirurgica della metapifisi tibiale***" e che tale inadeguato trattamento ha aggravato il *"deficit della funzionalità articolare tibiotarsica con una conseguente artrosi precoce fino all'anchilosi. Sulla base della lettura della radiografia del 16 luglio, è possibile affermare quindi che gli ortopedici non eseguirono una valida riduzione della frattura. Anche dalla lettura della radiografia del 14 agosto 2013 si rileva una non corretta riduzione della frattura tibiale*".

Nella fase post-operatoria la struttura sanitaria ha omesso, altresì, di effettuare i controlli che la tipologia di intervento avrebbe richiesto e che avrebbero consentito di rilevare gli errori sin da subito, consentendo così un decorso post-operatorio più breve e una guarigione più rapida, nonché di evidenziare le anomalie nell'esecuzione del trattamento chirurgico in tempi congrui a una correzione immediata. Dalla CTP, confermata anche dalle allegazioni del *Pt_1*, emerge che: "*dopo la sintesi chirurgica del 16.07.2013, non viene eseguita una radiografia di controllo prima della dimissione e ciò costituisce una grave omissione perché ha impedito di rilevare errori di natura tecnico-chirurgica che potevano essere corretti immediatamente"*. La malpractice medica viene avvalorata anche dai consulenti di ufficio, nominati in sede ATP, che nel rilevare che la radiografia alla gamba sinistra è stata effettuata solo il 14 agosto 2013, sottolineavano che l'esame *"già mostrava un difetto di riduzione della frattura [..] ma tanto fu sottovalutato dai sanitari che proseguirono le cure della ferita chirurgica e in data 26.8.2013 fu confezionata colla di zinco"*.

L'appellante deduce, inoltre, che l'inosservanza delle buone pratiche mediche ha causato l'insorgenza delle seguenti complicanze: deiscenza della ferita e infezione da *staphylococcus aureus*.

Nell'ipotesi specifica di complicanze di intervento, la Suprema Corte ha chiarito che *"Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'articolo 1218 c.c. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una complicanza, rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi a un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile"* (Cass. n. 9198/2024; Cass. n. 28985/2019).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

In merito alla deiscenza della sutura chirurgica il Collegio condivide quanto dichiarato dai CCTTUU di II grado, che hanno sottolineato la non imputabilità della riapertura della ferita alla condotta dei sanitari, essendo una "*complicanza frequentemente riscontrabile negli interventi chirurgici sulla caviglia per l'anatomia di tale sede*". Parimenti, anche i CCTTUU nominati nel procedimento di ATP, hanno rappresentato che la deiscenza della ferita "***non è addebitabile ad un errato operato dei medici del*** [redacted] ***di*** [redacted] *Ricordiamo infatti che "deiscenza" è un termine medico che indica la riapertura spontanea parziale o in toto di una ferita chirurgica precedentemente suturata. Fatta eccezione per rarissimi casi in cui la deiscenza è attribuibile ad una sutura inadeguata, tale evenienza, può colpire ogni settore chirurgico ed è una complicanza prevedibile ma non prevenibile. La letteratura in merito individua alcune sedi e procedure più a rischio di altre: le deiscenze più frequentemente riscontrabili sono quelle che si verificano dopo interventi sul ginocchio e sul tratto distale della gamba, proprio a causa dell'anatomia della sede coinvolta*". È opportuno precisare, altresì, che dalla documentazione non risulta alcuna prova di una cattiva gestione della ferita, né si può accertare tale evento dannoso in termini probabilistici, mancando ogni elemento che possa ricondurre la deiscenza a una malpractice medica, dovendosi concludere che la deiscenza rientra nei normali rischi in cui il paziente, che venga sottoposto a intervento chirurgico di osteosintesi alla gamba, incorre.

Nondimeno, relativamente all'insorgenza della complicanza infettivologica da Staphilococco aureo che ha causato l'ostiomielite e si è risolta con la terapia farmacologica prescritta dai sanitari, la Corte, all'esito di un'attenta indagine, rileva la sussistenza di condotte mediche censurabili alle quali ricondurre l'insorgere dell'infezione. I CCTTUU nominati dal Collegio hanno indicato l'**infezione della ferita da Staphylococcus aureus quale conseguenza della condotta negligente e imperita dei sanitari del** [redacted] **di** [redacted] Tale infezione, infatti, è stata "*verosimilmente causata da* ***inadeguate procedure di disinfezione durante il trattamento chirurgico di osteosintesi****"*.

A tal riguardo, anche i CCTTUU del procedimento di ATP si sono espressi nello stesso senso, deducendo che: *"Molto probabilmente il batterio causa dell'osteomielite, lo Staphilococco aureo, penetrò in circolo in conseguenza dell'applicazione di placca e viti a causa di una non sufficiente sterilità, ma poiché la terapia antibiotica riuscì ad eradicare il batterio causa dell'infezione, tale evento determinò di fatto esclusivamente un prolungamento dei tempi di guarigione e non un danno permanente"*.

Peraltro, osserva la Corte, l'imputabilità della complicanza infettivologica alla condotta dei sanitari è rimasta incontestata da parte dell'appellata, la quale non ha prodotto alcuna documentazione attestante l'esecuzione della procedura di sterilizzazione/disinfezione della sala operatoria e dello strumentario chirurgico.

Alla luce di quanto finora specificato, ad avviso del Collegio: 1) le allegazioni fattuali e istruttorie sono idonee a comprovare l'incidenza della condotta dei sanitari dell' *CP_1* nell'eziologia dell'evento lesivo; la tecnica chirurgica eseguita non è conforme alla *leges artis* applicabile al caso clinico del paziente, conseguentemente si ritiene sussistente il nesso di causalità tra le condotte imperite e negligenti dei sanitari e l'evoluzione anchilotica

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

dell'articolazione tibio-tarsica di sinistra (danno permanente) e il prolungamento dei tempi di guarigione. 2) Il personale della struttura sanitaria ha tenuto una condotta indenne da qualsiasi addebito di scarsa diligenza o di imperizia in ordine alla deiscenza della sutura chirurgica, complicanza astrattamente prevedibile ma non evitabile; 3) l'infezione del sito chirurgico è imputabile all'appellata che non ha adottato adeguate procedure di disinfezione e sterilizzazione, di talché l'infezione da *staphylococcus aureus* è addebitale alla condotta dei sanitari e ha causato un differimento dei tempi di guarigione.

Stabilita la responsabilità medica dell'appellata, si procede alla liquidazione dei danni patiti dal *Pt_1* e, nello specifico del danno biologico permanente residuato.

Parte_1 è stato sottoposto alle cure del [redacted] di [redacted] per una "*frattura pluriframmentaria articolare del pilone tibiale con diastasi del grosso frammento mediale, frattura malleolare esterna obliqua e frattura diafisaria distale del perone*", "*frattura complessa, classificabile nel tipo 43-C2* (classificazione [redacted] di Muller e coll.)"; al momento dell'arrivo nella struttura sanitaria presentava una "*frammentazione e la scomposizione metaepifisaria distale della tibia e diafisaria distale del perone di sinistra con interessamento della rima articolare tibiale distale*".

Ebbene, trattandosi di frattura complessa, come evidenziato dalla CTU espletata nel corso del presente grado di giudizio, "*anche qualora il trattamento chirurgico fosse stato corretto, sarebbe comunque residuato un deficit articolare a carico della caviglia sinistra proprio per la complessità del predetto quadro clinico*".

Quanto alla complicanza infettivologica (risolta con adeguata cura antibiotica) che ha cagionato l'ostiomielite, i suddetti CCTTUU hanno appurato che "*il processo osteomielitico instauratosi, causalmente correlato al predetto intervento chirurgico, determinò un prolungamento della durata della malattia*".

In caso di coesistenza – come nel caso de quo– di una menomazione non imputabile ad errore medico e di altra menomazione ad esso riconducibile, vi è spazio per il riconoscimento del diritto al risarcimento del **danno differenziale**, qualora si accerti che le due tipologie di postumi, quella indipendente dall'errore medico e quella provocata dall'errore medico, siano in rapporto di concorrenza e non di semplice coesistenza, ovvero che la presenza della prima tipologia di postumi incida negativamente, aggravando la situazione del soggetto leso, sui postumi derivanti dall'errore medico.

Anche la CTU in sede di ATP ha rilevato che *"trattandosi di frattura 'complessa' di gamba, conseguente ad un trauma da sinistro stradale, dalla quota di danno attualmente presente bisogna sottrarre quella che sarebbe comunque esitata da tale traumatismo fratturativo anche qualora trattato secondo lege artis*".

In tema di liquidazione del danno differenziale, la Suprema Corte di Cassazione (sent. n. 26851/2023) ha chiarito che: "*La liquidazione del danno biologico cd. differenziale, rilevante qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., sottraendo dalla percentuale complessiva del danno*, interamente ascritta all'agente sul piano della causalità materiale, la percentuale di danno non imputabile all'errore medico". La monetizzazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

conseguentemente deve essere effettuata – sempre considerando i parametri stabiliti dalle Tabelle di Milano vigenti – calcolando la differenza tra il valore del danno biologico permanente all'esito dell'intervento e il danno che sarebbe comunque residuato anche se i medici non avessero commesso errori. Tale modalità è confermata dalla Corte di Cassazione (Ordinanza n. 21261 del 2024 che ha richiamato il principio espresso nella sent. n. 6341 del 19.3.2014) ha così statuito: "*allorquando un intervento medico si esegua su una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente e risulti, secondo le regole di una sua esecuzione ottimale e per quanto accertato a posteriori, che la situazione avrebbe potuto essere ripristinata soltanto in parte e non integralmente, e che, dunque, l'intervento comunque avrebbe lasciato al paziente una percentuale di compromissione della integrità, qualora la cattiva esecuzione dell'intervento abbia determinato una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente ulteriore rispetto alla percentuale che non si sarebbe potuta eliminare, il danno-evento dev'essere individuato nella compromissione della integrità dal punto percentuale corrispondente a quanto non sarebbe stato eliminabile fino a quello corrispondente alla compromissione effettivamente risultante. Ne consegue che, ai fini della liquidazione con il sistema tabellare deve assumersi come percentuale di invalidità non quella corrispondente al punto risultante dalla differenza fra le due percentuali, bensì la percentuale corrispondente alla compromissione effettivamente risultante, di modo che da quanto monetariamente indicato dalla tabella per esso deve sottrarsi quanto indicato per la percentuale di invalidità non riconducibile alla responsabilità*".

Orbene, come osservato dai CCTTUU (nominato nel giudizio d'appello), lo stato patologico che attualmente affligge il soggetto, in base ai riferimenti tabellari, è stimabile nella misura del 15% di danno biologico (*"dismetria di lunghezza degli arti inferiori di 2 cm, con minus a sinistra ed una subanchilosi della caviglia sin (flessione plantare 20-30 gradi, flessione dorsale non possibile, inversione bloccata, eversione 20-30 gradi, intrarotazione ed extrarotazione nella norma). La deambulazione è risultata autonoma, possibile anche sulle punte e sui talloni ma con difficoltà"*; i postumi permanenti occorsi al *Pt_1* , a seguito dell'incidente stradale, qualora non vi fosse stato l'errore dei sanitari, avrebbero avuto un riconoscimento autonomo del 7%.

Quanto al prolungamento del periodo di malattia, i medesimi CCTTUU hanno osservato che "*qualora non vi fosse stato l'errore dei sanitari, la durata dell'inabilità temporanea sarebbe stata di circa 60 giorni (di cui 15 gg legati al ricovero per l'osteosintesi). L'effettiva durata dell'inabilità temporanea totale, relativa ai periodi di ricovero ospedaliero, è stata invece di giorni 29 (ventinove); la durata dell'inabilità temporanea al 75% fu di gg. 155 (centocinquantacinque); la durata dell'inabilità temporanea mediamente al 50% fu di gg. 174 (centosettantaquattro)"*.

Ciò considerato, alla luce delle indicazioni fornite dalla Corte di Cassazione per la liquidazione del danno differenziale, tenuto conto altresì dell'età del danneggiato al momento dell'intervento chirurgico (43 anni) e dei parametri stabiliti dalle Tabelle di Milano vigenti al momento della presente decisione, il risarcimento, in termini

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

monetari, a titolo di danno biologico permanente differenziale che il Collegio riconosce in favore dell'appellante deve essere calcolato come segue:

- 15%, misura della compromissione effettivamente risultante (danno biologico permanente) = € 38.056,00;

- 7 %, percentuale di postumi permanenti non riconducibili all'errore medico (danno biologico permanente) = € 11.557,00

Orbene, il danno biologico permanente differenziale ammonta ad **€ 26.449,00 (**€ 38.056,00 - € 11.557,00).

Quanto al periodo di inabilità temporanea, considerato che i CTUU hanno stabilito che se non ci fosse stato errore medico, il *Pt_1* avrebbe subito 60 giorni di inabilità temporanea totale (comprensiva di degenza per l'intervento di osteosintesi) mentre a seguito di colpa medica ha dovuto sopportare 29 giorni di inabilità totale + 155 giorni di inabilità temporanea al 75% + 174 giorni di inabilità temporanea al 50% (comprensivi del periodo di infezione nosocomiale che non ha lasciato danni permanenti) occorre riconoscere 31 giorni di inabilità totale (60 -29) 155 giorni di inabilità temporanea al 75% + 174 giorni di inabilità temporanea al 50% pari ad **€ 26938,75**

Conseguentemente il danno biologico permanente e temporaneo complessivamente ammonta a **€ 53.387,75** (€ 26449,00 + 26938,75).

L'appellante-ricorrente non ha chiesto il riconoscimento del danno da perdita della capacità lavorativa; negli atti di causa peraltro mancano argomentazioni in ordine a tale voce di danno, né sono stati allegati documenti comprovanti la situazione reddituale preesistente del danneggiato e quella successiva conseguita ai postumi permanenti. Pertanto, non si può procedere alla liquidazione di tale danno.

Nondimeno la Corte ritiene che, nel caso in esame, alla luce delle risultanze istruttorie, ricorrano i presupposti per il danno da lesione della "cenestesi lavorativa". Sul punto la giurisprudenza di legittimità (ord. n. 16628 del 2023) ha stabilito che: " *Il danno di natura patrimoniale, derivante dalla perdita di capacità lavorativa specifica, richiede un giudizio prognostico sulla compromissione delle aspettative di lavoro in relazione alle attitudini specifiche della persona, mentre il danno della "cenestesi lavorativa", di natura non patrimoniale, consiste nella maggiore usura, fatica e difficoltà incontrate nello svolgimento dell'attività lavorativa, non incidente, neanche sotto il profilo delle opportunità, sul reddito della persona offesa, risolvendosi in una compromissione biologica dell'essenza dell'individuo*". *Tale tipologia di danno, configurabile solo ove non si superi la soglia del 30% del danno biologico, va liquidato onnicomprensivamente come danno alla salute, potendo il giudice, che abbia adottato per la liquidazione il criterio equitativo del danno differenziato del punto di invalidità, anche ricorrere ad un appesantimento del valore monetario di ciascun punto".*

Ebbene, la specifica mansione lavorativa del *Pt_1* , all'epoca dei fatti operaio agricolo, richiede un impegno fisico elevato e conseguentemente la piena efficienza degli arti per realizzare gli atteggiamenti posturali necessari allo svolgimento delle attività lavorative.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

Il *Pt_1* , in sede di anamnesi davanti ai CTUU, ha dichiarato di non lavorare più, poiché non riesce a mantenere a lungo la posizione eretta. La CTU espletata nel presente grado di giudizio, ha rilevato che "*i postumi permanenti accertati incidono in maniera rilevante sul lavoro manuale pesante (operaio agricolo) svolto dal sig. Pt_1 all'epoca dei fatti per cui è causa".*

Alla luce di quanto innanzi specificato, il Collegio riconosce in favore del *Pt_1* il danno delle "cenestesi lavorativa", consistente in un *plus* del danno biologico permanente, che quantifica nella misura suggerita dalla CTU espletata in sede di ATP pari a 1/3 del danno conseguenza attribuibile all'errato operato dei medici.

In termini monetari, il danno biologico permanente (differenziale) - sopra determinato – deve dunque essere aumentato nella misura di 1/3; 1/3 di € 26.449,00 = **€ 8.816,33** (danno da cenestesi lavorativa).

Nulla può essere riconosciuto né a titolo di danno morale né a titolo di personalizzazione, non essendoci prova a riguardo.

Complessivamente dunque il risarcimento del danno riconosciuto in favore dell'appellante è pari a **€ 62.204,08** (di cui € € 53.387,75 complessivamente a titolo di danno biologico ed € 8.816,33, a titolo di danno da cenestesi lavorativa).

Sulle somme, già rivalutate all'attualità, trattandosi di debito di valore vanno riconosciuti gli interessi compensativi sulla somma devalutata alla data dell'evento dannoso (10 luglio 2013) e rivalutata anno per anno sino alla data della presente sentenza; con la liquidazione, il debito di valore si trasforma in debito di valuta e sono dovuti gli ulteriori interessi legali al soddisfo (Cass. S.U. n. 1712 del 1995).

Infine va osservato che la *Cont* afferma che l'incidente in cui è occorso il *Pt_1* sia un incidente verificatosi in costanza di attività lavorativa e pertanto chiede che dalle eventuali somme riconosciute siano detratte le somme versate dall'INAIL. Senonchè trattasi di mera affermazione sfornita di prova.

L'appello va pertanto accolto nei termini sopra esplicitati e la *Cont* va condannata a pagare, a titolo di risarcimento del danno, in favore del *Pt_1* , della somma di € 62204,08 oltre interessi e rivalutazione come sopra enunciati.

2.5 In virtù del principio della soccombenza, le spese di entrambi i gradi di giudizio vanno poste a carico dell'appellata, nella misura indicata in dispositivo, secondo i parametri medi di cui al D.M. 147/2022, con riferimento allo scaglione € 52.000,00 - € 260.000,00, tenuto conto del criterio del *decisum* (Cass. n. 10984 del 2021) e della complessità della causa. A carico della *Cont* vanno poste anche le spese di ATP (sia come spese del giudizio, sia come spese di CTU) e le spese di CTU svolta nel presente grado di giudizio nella misura liquidata con separato decreto

P.Q.M.

La Corte di Appello di Bari, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *Parte_1* nei confronti dell' *CP_1* , in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, avverso l'ordinanza emessa dal

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033

Tribunale di Foggia – I sezione civile in data 16 novembre 2021, ogni altra istanza, deduzione, ed eccezione disattesa o assorbita, così provvede:

1. Accoglie l'appello e, per l'effetto, condanna l'appellata al pagamento in favore del sig. *[...]* *Pt_1* della somma di **€ 62.204,08** (di cui € € 53.387,75 complessivamente a titolo di danno biologico ed € 8.816,33, a titolo di danno da cenestesi lavorativa), oltre interessi e rivalutazione come in parte motiva
2. Condanna l' *CP_1* alla rifusione, in favore dell'appellante, delle spese del doppio grado di giudizio, che liquida:
    - per il primo grado in complessivi € 14482,50 (di cui € 14.103,00 per compensi professionali ed € 379,50 per spese), oltre rimborso delle spese forfettarie nella misura del 15%, I.V.A. e C.A.P., come per legge;
    - per il secondo grado in complessivi € 15455,50 (di cui 14.317,00 per compensi professionali ed € 1138,50 per spese), oltre rimborso delle spese forfettarie nella misura del 15%, I.V.A. e C.A.P., come per legge.
3. Condanna [redacted] *CP_1* [redacted] lla rifusione, in favore dell'appellante, delle spese di lite del procedimento di ATP che liquida in € 3279,00, oltre rimborso delle spese forfettarie nella misura del 15%, I.V.A. e C.A.P., come per legge, nonché delle spese di CTU espletata nel giudizio di ATP nella misura già liquidata dal giudice di primo grado
4. Pone definitivamente a carico della *Cont* [redacted] le spese di CTU medica collegiale espletata nel presente grado di giudizio, nella misura liquidata con separato decreto.

Così deciso in Bari, nella Camera di Consiglio della Terza Sezione Civile in data 8 gennaio 2025.

Il Consigliere Estensore

Dott.ssa Paola Barracchia

Il Presidente

Dott.ssa Emma Manzionna

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-033