**Oggetto: responsabilità medica**

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Tribunale di Agrigento**

in persona del giudice Silvia Capitano, in funzione monocratica ha pronunciato la seguente

***S E N T E N Z A***

nella causa civile di primo grado iscritta al n. **1826** del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno **2017** proposta da:

*Parte_1* [redacted] *C.F._1* **-attrice -**

(Avv. [redacted] ;

nei confronti di:

*Controparte_1* **- convenuto-**

(Avv. [redacted]

**Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione**

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 05.06.2017 *Parte_1* chiedeva al Tribunale di ritenere e dichiarare responsabile la convenuta *Controparte_2*, a titolo contrattuale e/o extracontrattuale dei danni patiti dalla stessa; per l'effetto, condannarla al risarcimento dei danni quantificati in € 480.663,60, o in altra diversa somma che risulterà dovuta in esito all'espletanda consulenza tecnica d'ufficio; condannare parte convenuta al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il presente giudizio, per non aver partecipato al procedimento di mediazione obbligatoria senza ingiustificato motivo.

Esponeva in punto di fatto di essersi recata in data 10.10.2012 presso il *[...] Org_1 Controparte_3*" con diagnosi di ingresso "frattura scomposta pluriframmentaria epifisi prossimale omero dx" in seguito a sinistro stradale, pertanto veniva



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-182

ricoverata presso l *Controparte_4* del predetto nosocomio ove veniva eseguita una tac con referto "frattura scomposta della testa dell'omero con distacco del trochite e del trochine ". In data 16.10.2012 veniva sottoposta ad intervento chirurgico di osteosintesi con placca e viti.

Tuttavia, nei giorni seguenti all'intervento era emerso un rialzo della temperatura corporea ed alterazione dei parametri ematici quali la PCR; l'attrice pertanto veniva sottoposta ad ulteriore intervento di revisione ferita e pulizia chirurgica con esecuzione di tamponi intraoperatori che evidenziavano positività al Clostridium Sporgens.

Successivamente gli esami ematochimici evidenziavano una riduzione dei valori di PCR e dei globuli bianchi; veniva sottoposta a terapia antibiotica mirata, a medicazioni periodiche ma a causa della persistenza della secrezione, veniva sottoposta a trattamento con camera iperbarica. La *Pt_1* si sottoponeva ad ulteriori visite ortopediche e terapia iperbarica ed in data 17.01.2013 il tampone eseguito evidenziava la presenza di altro organismo ovvero il Corinebacterium Species. In data 29.01.2013 , l'attrice si recava presso l *Org_2* *Org_3* *[...]* [redacted] ove veniva ricoverata sino al 07.02.2013, dall'08.04.2013 al 18.04.2013, dal 26.08.2013 al 14.09.2013, dal 14.11.2013 al 22.11.2013, dal 20.02.2014 al 28.02.2014 e dal 12.01.2015 al 30.01.2015, per sottoporsi a terapia medica e antibiotica, infiltrazione pulizia chirurgica, resezione ossea, rimozione spaziatore, ed intervento di artroprotesi.

A seguito di quanto sopra l'attrice asseriva di avere subito un danno biologico del 42% da ricondurre esclusivamente alla negligenza e imperizia di parte convenuta, a responsabilità oggettiva dell'ospedale *Controparte_3* di *CP_1* nel determinismo degli eventi che hanno causato l'infezione della ferita chirurgica e la successiva osteomielite.

Si costituiva in giudizio l *CP_5* contestando le avverse pretese, evidenziando che all'atto delle dimissioni risultava debellato il Clostridium; mentre il Corynebacterium species, poteva essere stato contratto in qualunque ambiente frequentato dalla *Pt_1* , anche quello domestico, non potendo escludersi che l'attrice, dopo le dimissioni e prima del nuovo ricovero, non avesse frequentato altri nosocomi ovvero medici specialisti che hanno avuto contatto con la ferita, anche per una semplice medicazione.

La domanda veniva contestata anche sotto il profilo del quantum debeatur apparendo le pretese dell'attrice eccessive in relazione ai danni asseritamente subiti.

Il procedimento veniva istruito a mezzo di produzioni documentali e con l'espletamento di una consulenza tecnica affidata ad un collegio peritale.

All'udienza del 21.7.2020, fissata con modalità trattazione scritta ai sensi dell'art. 83 comma 7 lett. h) d.l. 17 marzo n. 18 ( convertito con modifiche in legge 24 aprile 2020 n. 2), stante l'emergenza epidemologica Covid 19, il procedimento veniva assunto in riserva previa concessione alle parti dei richiesti termini ex art 190 c.p.c.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

La domanda è fondata nei limiti e con le precisazioni che seguono.

**Brevi considerazioni in diritto**

La Suprema Corte ha costantemente configurato la responsabilità dell'ente ospedaliero come di natura contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (cfr. Cass. 22 gennaio 1999, n. 589.; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv; Cass. 4 marzo 2004, n. 4400; Cass. 14 luglio 2004, n.13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133; Cass. 2 febbraio 2005, n. 2042; Cass. 18 aprile 2005, n. 7997; Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 24.5.2006, n. 12362).

Si tratta, in particolare: a) di un contratto atipico, con effetti protettivi nei confronti del terzo che fa sorgere a carico dell'ente ospedaliero (o della casa di cura privata), accanto ad obblighi lato sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, di quello paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni; b) di un contratto a prestazioni corrispettive in quanto fa sorgere anche l'obbligazione di versare il corrispettivo per la prestazione resa dalla struttura sanitaria (pubblica o privata), restando irrilevante che questa obbligazione sia estinta dal paziente, dal suo assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente.

La responsabilità contrattuale di tale struttura nei confronti del paziente può dunque derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

Il riferimento all'art. 2043 c.c. contenuto nell'art. 3 del c.d .decreto Balduzzi, convertito nella L. n. 189/2012, ha indotto qualcuno a dubitare della possibilità di continuare ad applicare in modo generalizzato i criteri di accertamento della responsabilità contrattuale.

Tuttavia non sussistono ragioni per ritenere che la novella legislativa possa aver inciso direttamente sull'attuale costruzione della responsabilità medica secondo il diritto vivente e che debba imporre un revirement giurisprudenziale nel senso del ritorno ad un'impostazione aquiliana.

In tal senso, peraltro, si è espressa la Suprema Corte affermando che "*l'art. 3 comma I del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, conv. in L. 8 novembre 2012, n. 189 ha depenalizzato la responsabilità medica in caso di colpa lieve, dove l'esercente l'attività sanitaria si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. L'esimente penale non elide, però, l'illecito civile e resta fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile che è clausola generale del neminem laedere, sia nel diritto positivo, sia con riguardo ai diritti*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

*umani inviolabili quale è la salute. La materia della responsabilità civile segue, tuttavia, le sue regole consolidate e non solo per la responsabilità aquiliana del medico ma anche per quella c.d. contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale*" (Cass. civ. Sez. III,19-02-2013, n. 4030).

Dalla natura contrattuale della responsabilità discende l'applicazione della relativa normativa in termini di prescrizione, grado della colpa, ripartizione dell'onere della prova.

Quanto al riparto dell'onere probatorio, deve sottolinearsi che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento), nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (così in generale Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008; nonché Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

**Le evidenze processuali**

L'attrice ha allegato in punto di fatto di essere stata ricoverata presso il [redacted] agrigentino per essere sottoposta, in data 16.10.2012, ad intervento chirurgico di osteosintesi con placca e viti; ha allegato pertanto che tuttavia, nei giorni seguenti all'intervento era emerso un rialzo della temperatura corporea ed alterazione dei parametri ematici; i tamponi intraoperatori effettuati evidenziavano positività al Clostridium Sporgens. Successivamente, dopo le terape del caso, il tampone eseguito evidenziava la presenza di altro organismo ovvero il Corinebacterium Species; la situazione ha reso necessari lunghi periodi di terapia e cure, incidenti anche sotto il profilo del danno esistenziale in termini di sconvolgimento della quotidianità e delle abitudini di vita. L'attrice ha chiesto pertanto l'accertamento della responsabilità della convenuta quantificando il danno biologico patito nella misura del 42%.

Le allegazioni hanno trovato riscontro nell'accertamento tecnico medico legale compiuto.

Il Collegio peritale ha innanzitutto inquadrato la tematica delle infezioni nosocomiali evidenziando che, in accordo alla definizione del National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS), per infezione del sito chirurgico (SSI, surgical site infection) è da intendersi un'infezione che si verifica entro 30 giorni dall'intervento chirurgico (o entro 1 anno se in seguito alla procedura chirurgica viene lasciato in situ un impianto, ovvero un corpo estraneo impiantabile, di origine non umana) e che può interessare il tessuto incisionale o profondo nel sito dell'intervento.

Le infezioni in questione colpiscono mediamente il 2-5% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico elettivo e rappresentano complessivamente la più comune e la più costosa delle infezioni correlate all'assistenza. Viene stimato che il 60% circa dei casi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

potrebbe essere prevenuto con una adesione alle indicazioni delle linee guida di prevenzione.

Dalla descrizione dell'intervento chirurgico cui si sottopose la *Pt_1* si evince che gli stessi sanitari eseguirono la profilassi antibiotica in data 16.10.2012 anche se non è possibile verificare l'orario di somministrazione della prima dose del farmaco da loro utilizzato, rappresentato dal *Pt_2* (ceftazidima, una cefalosporina di III generazione).

La somministrazione della profilassi antibiotica perioperatoria per quanto attiene agli interventi chirurgici di fissazione di frattura chiusa, come nel caso de quo in cui i sanitari applicavano dei mezzi di sintesi quali placche e viti, è raccomandata.

Per tale profilassi, tuttavia, il collegio ha evidenziato che la scelta dovrebbe ricadere su una cefalosporina di I generazione (come la cefazolina), come indicato dal Sistema Nazionale per le Linee Guida in materia di Antibiotico profilassi nell'adulto del 2011. Le stesse Linee Guida rilevano come le cefalosporine di III e IV generazione non sono raccomandate a scopo profilattico, in quanto è preferibile utilizzarle a scopo terapeutico, per contrastare patogeni multiresistenti. La scelta dell'antibiotico utilizzato, Glazidim (cefalosporina di III generazione), non appare del tutto adeguata a quanto promanante dalle Linee Guida del 2011 e quindi risulta criticabile.

In data 25.10.2012 i sanitari annotavano sul Diario Clinico la fuoriuscita di materiale siero-purulento dalla ferita chirurgica e dal drenaggio chirurgico e, pertanto, programmavano intervento di revisione e pulizia della ferita chirurgica, che i sanitari eseguivano in data 26.10.2012, durante il quale effettuavano tamponi intraoperatori per esame colturale, al fine di identificare il patogeno responsabile dell'infezione.

In data 25.10.2012, dopo nove giorni dall'esecuzione del primo intervento chirurgico di osteosintesi con placca e viti eseguito in data 16.10.2012, si verificava una secrezione siero-purulenta dalla ferita chirurgica e dal drenaggio chirurgico che coinvolgeva la cute ed i tessuti sottocutanei, e da cui veniva identificato, mediante tamponi intraoperatori sottoposti ad esame colturale il patogeno responsabile dell'infezione, rappresentato da un Clostridium Sporogenes multi-resistente, batterio che di norma non fa parte della classica flora batterica della cute dell'essere umano.

Per tali motivazioni, secondo il collegio peritale, l'infezione sviluppata dalla *Pt_1*, in corrispondenza del sito chirurgico, è da considerarsi infezione correlata all'assistenza (o infezione nosocomiale), in quanto non presente all'ingresso del paziente nell'ambiente di ricovero ma insorta 15 giorni dopo il ricovero e condotta da germe multi-resistente agli antibiotici.

L'infezione era sicuramente prevedibile e anche prevenibile ed evitabile attraverso il rispetto delle misure di prevenzione, considerato anche che l'intervento cui fu sottoposta la *Pt_1*, si poteva categorizzare in una classe di intervento "pulito o pulito-contaminato",

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

classe questa che presenta il minor rischio di sviluppare un'infezione del sito chirurgico (La letteratura internazionale è infatti concorde nel ribadire che circa il 60% delle infezioni del sito chirurgico sia prevenibile attraverso l'adesione alle indicazioni delle linee guida di prevenzione).

In merito a quanto asserito dall *Cont* convenuta che ha rilevato come l'infezione da Clostridium Sporogenes all'atto delle dimissioni fosse stata debellata è necessario evidenziare che in data 29.11.2012, data delle dimissioni della *Pt_1* , i sanitari annotavano nel Diario Clinico che si rilevava una "modesta secrezione sierosa delle ferite"; secrezione della ferita chirurgica che veniva annotata dai sanitari anche durante i successivi controlli ambulatoriali dal 01.12.2012 fino al 18.12.2012; dal 21.12.2012, inoltre, i sanitari annotavano anche la deiscenza della ferita chirurgica e in data 27.12.2012 anche la formazione di una fistola secernente. I sanitari eseguivano tamponi della ferita chirurgica che risultavano negativi fino al 22.01.2013, data in cui il tampone risultava positivo al Corynebacterium spp.

Pertanto, come rileva il collegio, "*non è possibile affermare che all'atto delle dimissioni della Pt_1 , avvenute in data 29.11.2012, l'infezione fosse stata debellata. Al contrario, è possibile affermare che l'infezione non sia mai stata debellata, tanto che dai controlli eseguiti dagli stessi sanitari dell Cont convenuta, la ferita risultava sempre secernente fino ad arrivare alla creazione di un tramite fistoloso".*

Per quanto riguarda l'identificazione del patogeno Corynebacterium è necessario rilevare che tale patogeno è naturalmente presente nella flora cutanea dell'uomo. Pertanto, il ritrovamento di questo patogeno, che non presentava delle antibiotico-resistenze particolari, nell'infezione del sito chirurgico a carico della *Pt_1* , è da ricondurre ad una contaminazione di origine endogena a partenza dalla cute della paziente stessa e categorizzabile anch'essa come infezione correlata all'assistenza dovuta, probabilmente, alla violazione di norme di prevenzione nella cura post-chirurgica della ferita operatoria.

Alla luce di tali considerazioni il collegio ha ritenuto che, secondo la regola probatoria del "più probabile che non", che a causa dell'infezione del sito chirurgico la paziente ha sviluppato una osteomielite cronica che ha comportato l'esigenza di una toelettatura importante del sito chirurgico nonché, successivamente, il posizionamento di una artroprotesi inversa di spalla.

Allo stato attuale, la *Pt_1* presenta un quadro clinico stabilizzato che si estrinseca in postumi permanenti rappresentati in via principale da:

- "Esiti di protesizzazione di spalla – Classe I " → 17%;
- "Disturbo da sintomi somatici di grado lieve", caratterizzato prevalentemente da aspetti ansioso depressivi vissuti con scarsa consapevolezza soggettiva e principalmente attraverso il canale somatico, che comportano una compromissione psichica permanente pari al 10%;

Pregiudizio estetico complessivo da lieve a moderato – estese aree cicatriziali agli arti" da

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

ricondurre ai plurimi rimaneggianti chirurgici alla spalla destra → 5%.

Tali postumi sono tali da concretare in un danno biologico complessivo quantificabile nella misura del 32% (trentadue per cento) secondo i baremes di riferimento.

Tuttavia in assenza di infezione del sito chirurgico, e con intervento di applicazione di placca e viti corretto, alla *Pt_1* sarebbero comunque residuati dei postumi permanenti rappresentati in analogia da "Esiti dolorosi di frattura diafisaria di omero trattata chirurgicamente, con mezzi di sintesi in sede, senza significative limitazioni funzionali delle articolazioni contigue", tale da concretare un danno biologico nella misura del 8%, secondo i baremes di riferimento. Inoltre, considerando che sarebbe in ogni caso residuata una cicatrice chirurgica, per certo meno estesa e più lineare, è necessario ridurre il pregiudizio estetico almeno della metà (2,5%).

Pertanto, nel caso de quo il collegio ha fatto riferimento al "danno differenziale" tra il danno biologico che sarebbe comunque residuato alla paziente in assenza di infezione del sito chirurgico e il danno biologico residuato in seguito all'infezione del sito chirurgico, tale per cui il danno biologico addebitabile alla infezione nosocomiale sia del 21% (ventuno per cento).

In seguito all'infezione del sito chirurgico è derivata invece un'inabilità temporanea totale di 125 giorni (ITA = 125) corrispondenti a tutti i giorni di ricovero che la *Pt_1* ha effettuato nel periodo compreso tra il 25.10.2012 (primo giorno della secrezione della ferita chirurgica) e il 03.04.2015; un'inabilità parziale al 50% di 11 giorni (ITP 50% = 11) corrispondenti al numero di visite di controllo in regime ambulatoriale eseguite nel periodo compreso tra il 01.12.2012 e il 24.01.2013; un'inabilità temporanea parziale al 25% di 90 giorni (ITP 25% = 90) corrispondenti al tempo necessario per il recupero funzionale residuo dell'arto di destra della paziente.

Le conclusioni del collegio peritale vengono condivise dal Tribunale e fatte proprie per l'affermazione della sussistenza di un sicuro nesso causale tra l'intervento chirurgico a cui si sottopose la *Pt_1* e l'infezione ivi contratta.

Sulla base di quanto appena esposto, non residuano dubbi sull'esclusiva responsabilità dell *Cont* per "*colpa organizzativa";* va infatti rilevato in punto di onere probatorio che la convenuta aveva consapevolezza dell'infezione contratta dall'attrice (tant'è che in comparsa evidenzia, sia pur erroneamente, che all'atto delle dimissioni risultava debellato il Clostridium) e, oltretutto, non ha dimostrato – in applicazione del principio della "vicinanza della prova" - che fosse predisposto, in concreto, un sistema finalizzato all'effettiva sanificazione degli ambienti e delle sale operatorie onde scongiurare qualsiasi contaminazione critica del campo operatorio; così come è rimasta indimostrata l'adozione, nel caso concreto, di tutte le precauzioni necessarie per la neutralizzazione del rischio della paziente con una profilassi antibiotica sia pre che post operatoria.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Passando adesso al quantum questo Tribunale, tuttavia, ritiene di discostarsi dalla quantificazione operata dal c.t.u. nella misura del 10%, in relazione al "Disturbo da sintomi somatici di grado lieve caratterizzato da aspetti ansioso depressivi", patologia da ricomprendere nella più ampia categoria del danno esistenziale e quindi in termini di pregiudizio permanente, oggettivamente accertabile e provocato sul fare areddituale del soggetto il quale altera le sue abitudini di vita e gli assetti relazionali che gli erano propri, inducendolo a scelte di vita diverse.

E' compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, a prescindere dal nome attribuitogli, individuando quali ripercussioni negative sul valore persona si siano verificate; del resto è nei poteri del giudice disattendere, motivatamente, le opinioni del consulente tecnico e porre a fondamento della sua decisione tutti gli altri elementi utili acquisiti al processo, avvalersi delle nozioni di comune esperienza e delle presunzioni.

Invero, nella fattispecie, se è indubitabile che gli eventi patiti dall'attrice e, soprattutto la perdita dell'autonomia del braccio, abbia determinato una modifica peggiorativa delle proprie abitudini e dello stile di vita personale e familiare, non può sottacersi che la *Pt_1*, per sua stessa ammissione, per come emerge dai colloqui con il c.t.u., ha seguito una terapia anche farmacologica per una diagnosi di "Disturbo ansioso depressivo reattivo di grado lieve" (v. certificazione *Organizzazione_4* di [redacted] solo per un brevissimo intervallo di tempo nell'anno 2014 e che, da allora, non ha più effettuato alcun tipo di cura perché non ne ha più avvertito la necessità. Quindi, il fatto che la *Pt_1* abbia ritenuto di sospendere la cura e non abbia a mai sentito l'esigenza, negli anni, di riprendere un percorso di terapia, appare circostanza certamente rappresentativa di una certa capacità dii adattamento autonomo in forza di proprie risorse interiori.

Alla luce delle circostanze che precedono appare quindi congruo contenere la richiamata voce di danno nella misura del 5%.

Quanto all'ulteriore osservazione critica della convenuta circa l'interruzione del nesso causale tra l'intervento e i successivi ricoveri presso l *Organizzazione_5* [redacted] in relazione alla diagnosi di "infezione periprotesica spalla destra" va osservato che in tema di responsabilità civile, per l'accertamento del nesso causale vige la regola del "più probabile che non" che comporta un'analisi specifica di tutte le risultanze probatorie e, quindi, anche di tutte le eventuali concause o cause alternative idonee a produrre l'evento.

Orbene è evidente che facendo applicazione dei criteri medico legali che consentono giudizi di ammissione o di esclusione del nesso causale, tenuto conto che l'infezione di cui alle diagnosi citate riguarda sempre il sito chirurgico, risulta rispettato sia il criterio di continuità fenomenica (che verifica, in successione logica e cronologica, le manifestazioni cliniche della causa lesiva, tenuto conto, non solo delle caratteristiche di decorso della patologia indotta,


Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-182

ma anche delle connotazioni di eventuali fattori causali patogeni che intervengano o si sovrappongano al quadro clinico), che il criterio cronologico, essendovi comunque una congruità temporale fra epoca di intervento della causa lesiva e momento di comparsa dei relativi effetti.

Ma soprattutto, non emergono dagli atti altre cause che abbiano potuto incidere nel determinismo dell'evento; così pertanto non vi sono elementi per poter sostenere che l'infezione periprotesica possa essere spiegata eziopatogeneticamente in modo diverso da quanto ritenuto dallo specialista medico legale nominato nel presente giudizio.

Venendo alla liquidazione, già da tempo la giurisprudenza ha individuato nelle tabelle di Milano i parametri di valutazione uniformi sul tutto il territorio nazionale (principio enunciato da Cass. 7.6.2011, n. 12408, più volte ribadito anche da Cass. 15.10.2015, n. 20895).

Le tabelle di Milano elaborate ed aggiornate al 2018, in aderenza all'indirizzo giurisprudenziale prevalente della Corte di Cassazione, operano una liquidazione congiunta sia "*del danno non patrimoniale conseguente a lesione permanente dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale, sia nei suoi risvolti anatomo-funzionali e relazionali medi ovvero peculiari*", sia "*del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore e sofferenza soggettiva, in via di presunzione in riferimento ad un dato tipo di lesione",* includendo nei nuovi valori del c.d. "punto" anche la componente di danno non patrimoniale relativa alla sofferenza soggettiva (v. le esplicazioni dei criteri tabellari aggiornati, formulate dall'Osservatorio).

Tenuto conto dell'età dell'attrice al momento del fatto (53 anni) e del danno biologico riconosciuto alla luce delle considerazioni già espresse (16%) si giunge ad danno biologico permanente di € 44.178,00, Nell'ottica della personalizzazione del danno appare congruo operare un aumento di poco inferiore al 15%, tenuto conto delle sofferenze patite negli anni dall'attrice per effetto dell'infezione contratta e il disagio di doversi sottoporre a cicli di infiltrazioni, terapia antibiotica e altre cure mediche del caso.

Si giunge così all'importo complessivo di € 64.994.00 (€ 50.000,00 a titolo di danno biologico permanente ed € 14.994,00 quale totale del danno biologico temporaneo, di cui € 12.250,00 per invalidità temporanea totale; € 539,00 per invalidità temporanea parziale al 50%, € 2.205,00 per invalidità temporanea parziale al 25%),

L'importo predetto, espresso in moneta attuale, va devalutato a ritroso alla data dell'evento (16.10.2012) sotto uno stretto profilo monetario ai fini del calcolo degli interessi sugli importi da rivalutare di anno in anno, per poi essere maggiorato di rivalutazione monetaria e degli interessi legali in applicazione dei correnti criteri civilistici (v. Cass. Civ. Sez. Un., 12 febbraio 1995, n. 1712), giungendo così alla somma finale di € 68.815,76 (importo devalutato € 63.285,30, Rivalutazione + Interessi: € 5.530,46); su tale importo


Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-182

decorreranno poi gli interessi dalla data della pubblicazione della sentenza fino al soddisfo.

Quanto al danno di natura patrimoniale, non sono state allegate spese mediche (v. al riguardo anche le conclusioni del collegio peritale) venendo in rilievo invece spese di viaggio e soggiorno durante il ricovero nella clinica privata [redacted] per € 16.245,00 circa.

Parte convenuta ha contestato le suddette voci di spesa non riguardanti prestazione di diagnosi, riabilitazione e/o terapia.

In effetti, deve rilevarsi che le spese in questione, peraltro non strettamente ospedaliere, sono riconducibili ad una autonoma scelta dell'attrice avendo deliberatamente ed autonomamente optato per il ricovero e l'intervento operatorio presso una struttura privata non convenzionata, peraltro molto lontana dal luogo di residenza, senza provarne la necessità e indispensabilità e urgenza terapeutica, visto che identiche prestazioni con non dissimili prospettive di esito favorevole potevano comunque essere ottenute quantomeno nell'ambito della stessa regione.

Trattasi pertanto di spese che il danneggiato avrebbe potuto evitare - o comunque contenere - usando l'ordinaria diligenza. Si ritiene pertanto che le somme in questione non possano essere oggetto di ripetizione.

In definitiva, la convenuta va condannata al risarcimento del danno nei termini sopra indicati nonché alla rifusione delle spese per l'attivazione delle spese di mediazione pari a € 97,60.

Peraltro, quanto alla mediazione va rilevato che, ai sensi dell'art.8, comma 4bis secondo periodo del Dlgs. 28/2010, "*il giudice condanna la parte costituita che, nei casi dell'art 5 non ha partecipato al procedimento (di mediazione) senza giustificato motivo, al versamento all'entrata del bilancio dello stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio".*

La materia della responsabilità medica è ricompresa nell'elencazione tassativa dei procedimenti per i quali viene prevista la mediazione obbligatoria; peraltro, in questi ultimi anni il legislatore guarda con favore la conciliazione in materia di responsabilità medica, prova ne è che, sempre in un'ottica deflattiva e conciliativa, la L 24/2017 (c.d Legge Gelli Bianco) ha introdotto l'Accertamento Tecnico Preventivo con il fine di addivenire ad una composizione bonaria della controversia.

Va quindi stigmatizzata la condotta di parte convenuta che non ha partecipato, senza giustificazione alcuna e senza addurre alcun impedimento, alla procedura di mediazione obbligatoria che avrebbe potuto condurre ad una conciliazione della controversia e, quindi, evitare l'instaurazione del presente giudizio.

Ne deriva che ai sensi dell'art. 8 comma 4 bis secondo periodo del Dlgs. 28/2010, già citato, parte convenuta va condannata al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio pari a € 1214,00. Vengono definitivamente poste a suo carico anche le spese per la consulenza tecnica già liquidate con separato decreto .

Le spese di lite, liquidate in dispositivo ai sensi del DM 55/2014, seguono come di consueto il criterio della soccombenza.

***p.q.m.***

Il Tribunale, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* nei confronti di *Controparte_1* , ogni altra istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così provvede:

ACCERTA e DICHIARA l'esclusiva responsabilità dell *Controparte_1* *[…]* per i danni patiti dall'attrice per i fatti di cui in parte motiva;

CONDANNA, per l'effetto, la convenuta in persona del l.r.p.t., al pagamento in favore dell'attrice della somma, già rivalutata, di € 68.815,76, oltre interessi legali dalla pubblicazione della sentenza sino all'effettivo soddisfo;

CONDANNA altresì la parte convenuta alla rifusione in favore dell'attrice delle spese di lite che si liquidano in complessivi € 8.000,00 per compensi professionali, in € 1241,00 per esborsi e, infine, in € 97,60 per l'attivazione del tentativo di mediazione obbligatoria, oltre spese forfettarie e accessori di legge;

CONDANNA infine parte convenuta, ai sensi dell'art. 8 comma 4 bis secondo periodo del Dlgs. 28/2010 al versamento all'entrata del bilancio dello Stato dell'importo di € 1214,00, corrispondente al C.U. dovuto per il presente giudizio, stante la mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alla procedura di mediazione obbligatoria;

PONE definitivamente a carico di parte convenuta le spese per la c.t.u. già liquidata con separato decreto.

Così deciso in Agrigento, 22 dicembre 2020

Il Giudice

Silvia Capitano

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it