N. R.G. 2022/5450

TRIBUNALE ORDINARIO di ANCONA

SECONDA CIVILE

Nella causa civile iscritta al n. r.g. **5450/2022** promossa da:

e_1 (C.F. , con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. ( ) , elettivamente domiciliato in il difensore avv.

ATTORE/I

contro

(C.F. , con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente il difensore avv.

CONVENUTO/I

(C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.

TERZO CHIAMATO

(C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.

INTERVENUTO

Il Giudice dott. Pietro Merletti,
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 26/05/2023,
ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Parte_1 chiede al Tribunale di Ancona con procedura sommaria la condanna al risarcimento del danno da lui patito per essere stato colto nella struttura da infezione nosocomiale, contratta per la mancata adozione da parte della struttura delle idonei protocollo per contenere e mitigare la frequenza di tali infezioni, oltre che per la mancanza di controlli longitudinali della loro effettiva applicazione. Quantifica il danno in circa 50 mila euro oltre spese di giustizia, e spese dovute alle cure sanitarie. La Casa di cura si costituisce contestando in Totò le affermazioni dell'attore, e facendo notare che tutte le sue asserzioni contenute nel ricorso per accertamento tecnico preventivo erano state poi smentite della consulenza tecnica depositata in quella sede. La causa dell'infezione non poteva risiedere nella presunta mancata copertura antibiotica alla dimissione e non potere derivare dalla asserita precoce rimozione del drenaggio intrarticolare che sarebbe avvenuta in occasione del ricovero del 3- 5 luglio 2019. I consulenti hanno affermato senza alcun dubbio che la condotta dei sanitari del punto di vista del rispetto dei protocolli e delle linee guida risulta ineccepibile. La

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951

gestione del drenaggio effettuata dai sanitari della CP_1 è assolutamente corretta in base alla letteratura scientifica in merito. Nel caso di specie a distanza di quaranta giorni si manifestavano segni clinici compatibili con una condizione di infezione del sito chirurgico , quindi infezione da stafilococco epidermidis e gemella haemolisans, che ben si attagliava a quanto di più frequente si osserva in questa tipologia di complicanza iatrogena. Si sono dimostrati casi pur rarissimi di presenza di gemella haemolisans in casi di chirurgia ortopedica. Soddisfatto quindi il nesso di causalità tra l'intervento chirurgico alla spalla destra con protesizzazione e la successiva infezione del sito chirurgico profondo. Le condotte sanitarie dell'esordio dell'infezione fino alla guarigione clinica sono da ritenersi congrue ed opportune. Non hanno chiarito i consulenti il determinismo del mancato esame dell'emo-cromo, pur prescritto al paziente entro cinque giorni e non effettuato dallo stesso, essendo evidente che tale esame ha avuto sicuro impatto nell'omesso tempestivo rilevamento della infezione e della correlata cura, con condotta colposa del paziente che ha influito sul verificarsi della infezione in misura esclusiva o concorrenziale quanto meno prevalente. Tutte le procedure di prevenzione delle infezioni sono state scrupolosamente seguite a CP_1 . I protocolli venivano seguiti ed aggiornati scrupolosamente. La responsabilità da infezione non è oggettiva e presuppone un comportamento inadempiente nella specie non provato. Tutte le misure di profilassi e prevenzione sono state adottate come da checklist contenuta nella cartella clinica che fa prova fino a querela di falso. Se la diagnosi, le procedure ed I trattamenti adottati sono corretti non può esservi responsabilità di CP_1 . In subordine contesta la resistenza la quantificazione del risarcimento e l'inerenza delle spese mediche, non documentate, di cui si chiede il rimborso. Condotta istruttoria con prova per testi, la causa è stata spedita in decisione. L'accertamento tecnico preventivo avuto il seguente oggetto: se dall'analisi della documentazione medica in atti, gli interventi eseguiti nel 2019, in particolare quello del 3 luglio 2019, sul ricorrente, siano state eseguite nel rispetto delle linee guida e delle buone pratiche, ovvero se vi sia stata negligenza, imprudenza o imperizia nella condotta dei sanitari; se i sanitari dovevano prescrivere una cura antibiotica a seguito dei valori risultanti dagli esami ematochimici eseguiti dopo il primo intervento sino alle dimissioni, ovvero dal 3 luglio 2019 al 5 luglio 2019; se tenuto conto del quadro clinico del ricorrente, il drenaggio sia stato rimosso nei tempi corretti; in caso di risposta negativa al capitolo precedente, se la precoce rimozione del drenaggio sia stata la causa della complicanza infettiva patita dal ricorrente; se con la lettera di dimissioni del 5 luglio 2019 al ricorrente doveva essere prescritta una terapia antibiotica e se tra gli esami fatti successivamente gli è stato controllato l'emocromo; se la riabilitazione fisiokinesiterapia è stata prescritta alla ricorrente con ritardo; se i trattamenti prescritti al ricorrente successivamente agli interventi eseguiti siano stati corretti; le attuali condizioni di salute e le capacità del ricorrente di attendere i bisogni quotidiani conseguenti ai fatti descritti in narrativa e indichi il danno biologico e l'inabilità temporanea conseguente all'errore medico in questione, nonché la congruità delle spese mediche affrontate; accertino se l'infezione sia di origine nosocomiale e con che grado di probabilità S, alla luce delle buone pratiche clinico assistenziali e della letteratura medica, le condotte poste in essere dai sanitari del CP_1 siano state corrette; qualora si ravvisi la responsabilità medico sanitaria procedano i consulenti a differenziare in modo adeguato e rigoroso le singole condotte dei medici convenuti e della struttura individuandone il rispettivo apporto causale e determinando la quota di responsabilità direttamente imputabile a ciascuno dei sopra detti resistenti. Relativamente all'emocromo eseguito prima della dimissione, si rilevava leggera leucocitosi ed alterazione degli indici di flogosi, coerenti con l'attività

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951

chirurgica seguita del paziente; A seguito della dimissione non era eseguito ulteriore emocromo di controllo per circa un mese ed i sanitari non ne ribadivano la necessità, tuttavia dal punto di vista clinico non vi era evidenza di alcuna problematica in atto. La mancata esecuzione dell'emocromo risulta irrilevante in considerazione della successiva evoluzione degli eventi ed il decorso era totalmente regolare ed aderente a quello che si realizza in casi consimili, prima dell'esordio della suppurazione. agli inizi di agosto si rendeva evidente una sintomatologia locale sospetta, con arrossamento, fascicolazioni della ferita chirurgica, e pertanto era iniziata terapia antibiotica empirica; successivamente si assisteva a deiscenza della ferita chirurgica ed emissione di pus; il paziente era precocemente ricoverato e sottoposto alle opportune terapie.Le culture batteriche locali risultarono tutte positive per Stafilococcus Epidermidis e *Persona_1*
La causa dell'infezione della ferita chirurgica, poi approfondita si è divenuta infezione protesica, quindi, è riconducibile a due germi commensali della cute, che in qualche maniera hanno raggiunto i tessuti profondi.l'antibiogramma di questi due germi indica discreto livello di resistenza, lasciando supporre una multi resistenza di origine nosocomiale; ciò, tuttavia, è da negare in considerazione del fatto che la resistenza può essere stata acquisita a seguito della terapia antibiotica empirica pregressa. Esiste un piano nazionale del 2017 in cui non si trovano questi germi. Entrambi i germi sono sensibili ad una terapia antibiotica piuttosto comune, secondo antibiogramma, ovvero a doxiciclina, augmentin, rifampicina. Nessuna infezione nosocomiale è trattabile attraverso farmaci così comuni, usata dalla medicina territoriale. Il consulente di parte del ricorrente riassumeva gli addebiti del caso in tre punti: drenaggio della spalla andava mantenuto più allungo, in considerazione dell'elevato quantitativo di fluidi siero ematici prodotti dalla ferita chirurgica; l'esame emocromocitometrico alla dimissione risultava alterato rispetto all'ingresso, con spiccata neutrofilia e innalzamento degli indici di flogosi, senza che ciò, tuttavia, portasse i sanitari a prescrivere una terapia antibiotica di copertura; non era, inoltre, ripetuto a sette giorni di distanza, come sarebbe stato necessario; la terapia antibiotica era somministrata solo in ambito di profilassi perioperatoria, prima e dopo l'intervento, ma non era prescritta al momento della dimissione, come sarebbe stato indicato in base alle anomalie emocromocitometriche. Il paziente, di 79 anni, ha riferito dolore a livello della regione del tuo idea, esteso sino alla scapola, particolarmente rappresentato a livello della coracoideo.è un dolore costante, presente anche a riposo e nelle ore notturne.alla mobilizzazione della spalla percepisce, talvolta, una sensazione di scatto articolare. Segnala lievi parestesie ipoestesie alla superficie anteriore del braccio e volo mediale dell'avambraccio di destra, talvolta anche alla punta delle dita della mano omolaterale, in costanti, ma frequenti. È presente, inoltre, sensazione di minor destrezza nei movimenti fini della mano, che comportano impaccio, ad esempio, nell'afferramento di piccoli oggetti, quali tazzine o bicchieri. Riferisce ripetuti episodi di lussazione della spalla. Dopo i fatti in esame non ha avuto ulteriori manifestazioni cutanee di arrossamento o siderazione. Ha difficoltà nel vestirsi e nello svolgimento delle pratiche relative all'igiene personale. All'esame obiettivo della spalla destra i consulenti hanno riscontrato un marcato atteggiamento antalgico, da contrattura da difesa, che determina alterazione della postura, con inclinazione del busto verso destra ed alterazione del profilo delle spalle, con spalla destra abbassata rispetto alle mi somma controlaterale.si apprezza complesso cicatriziale lineare, ipocromiche rispetto alla cute circostante, esteso dalla coracoide al terzo medio del braccio destro, marcatamente in fossato. Perimetria dei due arti, con circonferenza di braccia ed avambracci. L'abduzione dell'arto destro è possibile sino a 110° con arresto anelastico contro 160° dell'arto controlaterale, l'elevazione è possibile fino a 90°, rispetto ai 180 dell'arto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951

controlaterale, intra rotazione limitata di due terzi; extra rotazione pressoché abolita. Deformità della regione scapolare destra che risulta abbassata e con masse muscolari ipotrofiche. Applicato protocollo intra operatorio con acido tranexamico.paziente in decubito semiseduto beach chair; si affronta campo sterile all'arto superiore destro con telini antimicrobici sterili, previa disinfezione cutanea, lavaggio chirurgico degli operatori e vestizione sterile con caschi monouso.incisione cutanea anteriore obliqua alla spalla, a partenza dall'apice della coracoide. Si sviluppa il piano intermuscolare del tuo ideo pettorale secondo l'accesso chirurgico di Langhi. Si giunge per via smussa al piano capsulare disinserendo il sottoscapolare che appare leso /integro. Capsulotomia e lussazione della testa omerale.si identifica il canale endomidollare omerale e si posiziona la guida osteotomia.si esegue l'osteotomia della testa e si protegge il piano di taglio osseo con disco metallico dedicato.osteo Feat Ector mia e debridement glenoideo. Si espone quindi la glena e si identifica il punto di inserimento per il filo-guida.si procede alla fresatura della glena correggendo nella versione secondo il planning pre operatorio.si posiziona il metal back con strumentario dedicato, fissando con quattro viti misura 36,30, 24,24. si continua, infine, la preparazione omerale e si brucia il canale endomidollare con diametri crescenti fino ad ottenere la tenuta ottimale. Si posizionano gli elementi di prova e si eseguono prove di stabilità e di articolarità.si impiantano quindi gli elementi protesici definitivi e si ripetono le prove.risultano impiantati sistema delta Xstand Depuy, metà glena non cementata, vite inferiore 36, vite superiore 30, viti a P 24;Glenosfera ste 38, stelo omerale 10, epifisi eccentrica 1, inserto standard +6, accurata emostasi, posizionamento di un drenaggio in aspirazione, sutura per piani anatomici acute in clips metalliche.medicazione sterile e posizionamento del tutore post operatorio. Nella diagnosi si consiglia: pale Xia, mantiene il tutore per quattro settimane come da programma riabilitativo allegato, alla rimozione del tutore può iniziare fisiokinesiterapia riabilitativa, continua la propria terapia domiciliare, torno a controllo per medicazione 37 o 10 giorni, torna a controllo ortopedico con il chirurgo di riferimento tra 30 40 giorni, Clexane 4000 1 fiala ore 8:00 per 30 giorni; controllo emocromo fra quattro giorni, prognosi 30 giorni salvo complicazioni. il 16 agosto 2019 fu riscontrata una verosimile infezione in artroprotesi spalla sinistra. Obiettivamente comparsa di tumefazione arrossata al di sotto della cicatrice chirurgica da circa sette 10 giorni, con corrispettivo aumento del dolore.mai febbre.si effettua artrocentesi profondamente alla spalla previa accurata disinfezione ed in asepsi: secca.si effettua prelievo del liquido dal di sotto della cicatrice chirurgica. Si invia per esame colturale ed antibiogramma. si consiglia emocromo VES e PCR; Rocefin per 10 giorni, Levoxacin 500 1 al giorno per 10 giorni, *Pt_2* , da rivalutare. Il 18 settembre è stato nuovamente operato il ricorrente, per sospetta infezione periprotesica alla spalla destra.il primo impianto fu eseguito il 3 luglio 19.la sintomatologia infettiva ha iniziato a palesarsi al 16 agosto 2019 e furono eseguiti prelievi per esame culturale negativo e chimico fisico sospetto per infezione. recentemente ha intrapreso terapia orale con linezolid 600 mg e non ha mai manifestato formazione di fistole, pustole, o secrezioni spontanee dalla ferita chirurgica.con il nuovo intervento è stato eseguito un abbondante Debridement, rimuovendo tutto il tessuto che appariva di natura sospetta.questo, dal colore bianco grigiastro, la consistenza molle e corpuscolato filamentoso, si presentava attratti incapsulato entro la porzione profonda della cicatrice chirurgica. Una raccolta più voluminosa si presentava nello spazio subacromiale, completamente capsulata, teso elastica.il materiale rimosso è stato inviato ad esame colturale prolungato per aerobi, anaerobi e i ceti. nella speranza che queste informazioni risultino utile per la prosecuzione della terapia medica il chirurgo chiede aggiornamenti sulla stessa. (relazione del chirurgo *Persona_2*). Il 27

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951

settembre 2019 fu rinnovata la medicazione in infezione periprotesica spalla destra, fu destrutturata in asepsi e e fu aspirata raccolta sottocutanea.fu consigliato nuovo controllo alla luce degli antibiogrammi poteva sospendere gli antibiotici in atto ed eseguire nuova valutazione infettivologica urgente per impostazione terapia mirata. il 26 settembre 19 intraprese terapia iperbarica presso centro di [redacted] La cultura di un tampone intrarticolare è risultata positiva per stafilococcus epidermidis sensibile ad acido fusidico,Synercid, Cefalotina, Fosfomicina ,gentanicine, Kanamicina, Minociciina, nitrofuratoina, rimfapicina tetraciclina tobramicina Vancomicina (Teicoplnina,oxacillina, chinolonici, macrolidi, clindamicina, cotrimossazolo e Linezolid resistente) e Gemella Haemolisans, sensibile a amikacina, amoxicillina/acido clavulanico, cefalotina, fosfomicina, gentamicina, tetraciclina, tobramicina e resistente a tutti gli altri. Si consiglia, bassado,rifadin, augmentin, fintanto assume rifadin incrementa tegrestol controllo emocromo ves per transaminasi creati una glicemia fibrinogeno d-dimero ogni due settimane. Secondo una consulenza di parte in conseguenza della negligente condotta posta in essere dei medici con la evidente sottovalutazione del quadro clinico del ricorrente, lo stesso ha subito un danno biologico da intendersi quale danno alla salute e all'integrità psicofisica, consistente nella ripercussione negativa che dalla lesione della salute deriva alla complessiva qualità del soggetto offeso. si ritiene che il maggior danno patito dal ricorrente sia quantificabile in un danno biologico temporaneo assoluto pari a 10 giorni, corrispondenti ai ricoveri resi necessari per la revisione protesica e per la riduzione della lussazione, a tale periodo vanno aggiunti 90 giorni di inabilità temporanea parziale al 75% corrispondente al periodo di riabilitazione ed esecuzione di terapia iperbarica ed ulteriori 60 giorni di inabilità temporanea parziale al 50% per la necessità di sottoporsi a plurimi controlli strumentali, clinici e laboratoristici e per la necessità di assumere Polly terapia antibiotica. E, ulteriore periodo di 60 giorni al 25% per la definitiva stabilizzazione della lesione. Il danno biologico permanente può essere stimato nella misura del 13,14% per la severa limitazione funzionale nei movimenti della spalla destra in destrimane, accompagnata da attendibile sintomatologia dolorosa. percentuale portata al 20-25% per la severa limitazione funzionale nei movimenti della spalla destra, in destrimane, accompagnata da attendibile sintomatologia dolorosa e limitazioni funzionali che sono incrementati nel tempo ad oggi. All'epoca dei fatti, *Parte_1* aveva 76 anni. Gli interventi eseguiti nel 2019 sul paziente furono eseguiti nel rispetto delle linee guida e delle buone pratiche e non si ravvisano pertanto profili di negligenza imprudenza ed imperizia da parte dei sanitari. la riabilitazione eseguita è stata prescritta nei tempi corretti e nelle giuste modalità. Sulla base dei dati ematochimici così emersi dalla tipologia dell'intervento eseguito, dall'aspetto della ferita, giudicata asciutta e non flogosata, i consulenti ritengono che non vi fosse indicazione di terapia antibiotica domiciliare per il paziente, la quale infatti non era prescritta.era stato prescritto al paziente di eseguire emocromo a distanza di cinque giorni; ciò attendibilmente per controllo relativamente alla terapia con Knox a parigina.dall'analisi della documentazione non risulta poi effettuato nei tempi previsti, seppure prescritto. Il 9 luglio il paziente era controllato clinicamente; la ferita era giudicata in ordine, erano assenti segni di flogosi locale ed era pertanto correttamente prescritta solo terapia analgesica.il 16 luglio era rimossa la sutura e la ferita era descritta asciutta e pulita. Il 6 agosto 19 alla visita di controllo la ferita chirurgica era considerata guarita. Al controllo del 16 agosto 2019 era rilevata tumefazione arrossata al di sotto della cicatrice chirurgica con aumento del dolore, in assenza di febbre; era prelevato il liquidò al di sotto della cicatrice chirurgica e inviato il materiale per esame culturale ed antibiogramma; a questo punto era consigliato emocromo, ves e cpr, terapia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951

antibiotica con *Org_1* e *Org_2* . Il primo emocromo eseguito successivamente alla dimissione era il 19 agosto 2019, quando si erano palesati segni clinici altamente suggestivi di infezione post chirurgica in atto. la rimozione del drenaggio in prima giornata post operatoria appare corretta ed in linea con le buone pratiche clinico assistenziali. L'infezione della sede di incisione dei tessuti molli è una complicanza comune, prevedibile e potenzialmente evitabile, di qualunque procedura chirurgica.l'impianto di qualsiasi materiale protesico aumenta il rischio di infezione della ferita e del sito chirurgico, in quanto riduce le difese dell'ospite. In presenza di materiale protesico è infatti sufficiente una carica batterica bassa per causare l'infezione.solitamente raccomandata una profilassi antibiotica quando l'intervento comporta l'impianto di materiale protesico, come avveniva nel caso in esame. La profilassi peri operatoria operata nel caso in esame appare in linea con le raccomandazioni in materia di profilassi perioperatoria per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Per scelta di molecola, e modalità di somministrazione. Si ricorda che la somministrazione profilattica di antibiotici allo scopo di impedire che i batteri venuti a contatto con il campo operatorio nel corso della fase contaminante dell'intervento si annidino nel sito chirurgico e aderiscano al materiale protesico impiantato. È importante sottolineare il fatto che la profilassi antibiotica si aggiunge ad una buona tecnica chirurgica, ma non la sostituisce; la profilassi antibiotica si affianca e completa tale pratica, ma non si sostituisce ad essa. In aggiunta si precisa che l'applicazione di una terapia antibiotica perioperatoria, idonea per scelta della molecola, per modalità e tempistiche di somministrazione, non esclude la possibilità di sviluppare un'infezione, poiché tale pratica allo scopo di ridurre la carica batterica del campo operatorio, non impedendo quindi l'attecchimento di micro organismi patogeni su device impiantati. Hanno pertanto ritenuto che la causa dell'infezione sia stata l'intervento chirurgico eseguito nella inosservanza delle manovre di asepsi. Nello specifico non sono state adottate idonee misure di contenimento e mitigazione. La recente sentenza 16900/23 della Cassazione in tema di infezioni nosocomiali ha affermato che: In tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico).Le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951

linee guida sono state prodotte; mancano però i report basati sui dati microbiologici di laboratorio, e la prova di un'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e notifica; nulla si sa su come venivano impiegati i disinfettanti all'epoca e come venissero custoditi. I testi affermano che procedure venivano eseguite, come del resto indicate nella cartella clinica; il problema è la verifica della qualità; questa poteva darla la struttura con dati obiettivi di laboratorio, e non lo ha fatto. In sostanza, in atti mancano i report relativi al sistema di sorveglianza che si dice attivato all'epoca dei fatti, secondo le linee guida, e gli esiti di laboratorio; anche per apprezzare la frequenza con cui il laboratorio di microbiologia effettuava concretamente tali indagini (mancano appunto i trimestri di riferimento). Idonee sono le linee guida, la Cassazione giustamente pretende la prova che siano state seguite attraverso il deposito di report ed analisi, che non possono essere sostituite da mere testimonianze. Non essendo stata quindi fornita la prova dell'effettiva applicazione dei protocolli, ed anzi avendosi la prova attraverso la Ctu che essi non siano stati attivati per via della sicura origine iatrogena dell'infezione e della relativa facilità con cui questi germi commensali possono essere prevenuti nelle sale operatorie, se solo si pone in atto quello che è previsto nei protocolli, la struttura va condannata al risarcimento del danno come richiesto dal *Pt_1* ove fossero stati prodotti report e dati obiettivi dell'epoca dei fatti, si sarebbero richiamati a chiarimenti i consulenti sulla interpretazione di tali dati. All'attore, tenuto conto del grado di sofferenza, e riconoscendo anche le spese per arrivare a [redacted] (provate per testi; la prescrizione era di *CP_1*); vanno riconosciuti complessivi, tenuto conto della distanza di tempo in cui si è verificato il fatto e della attualizzazione del punto , oltre che del fatto che indubbiamente il ricorrente ha bisogno di assistenza per la sua ridotta mobilità, euro 37576,90, oltre interessi, in misura legale, dalla data della pubblicazione della presente sentenza al saldo, applicando le tabelle di Milano aggiornate. Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

P.Q.M.

Accoglie la domanda e condanna *Controparte_1* a pagare a *Parte_1* euro 37.576,90, oltre interessi, in misura legale, dalla data della pubblicazione della presente sentenza al saldo effettivo. Condanna la resistente alla rifusione delle spese di costituzione e rappresentanza, che liquida in euro 3809 per compensi, 1528 euro per la fase di Atp, oltre spese di ctu in atp come liquidate e spese di ctp in atp come fatturate.

Ancona, 17 Luglio 2023. il giudice Pietro Merletti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-951