T R I B U N A L E D I B E N E V E N T O

II SEZIONE CIVILE

PROC. 3875/2019 RG,

Il G.I., a scioglimento della riserva ed esaminati gli atti,

• Ritenuto che la controversia - di competenza del Giudice Monocratico - non richieda una istruzione approfondita, ragion per cui può essere trattata con il rito intrapreso;

OSSERVA

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. *Parte_1* conveniva in giudizio l' *[...]* *Controparte_1* *[...]* al fine di vedere accertare la responsabilità della struttura ospedaliera per aver aggravato, a causa di un'infezione, i postumi di un intervento chirurgico di implantologia completa di protesi all'anca sinistra, effettuato in data 07.07.2014. In particolare, il ricorrente evidenziava che in seguito al suddetto intervento, in data 18.08.2014, si recava nuovamente presso la convenuta struttura ospedaliera per l'insorgenza di deiscenza della ferita a causa della quale, in data 23.08.2014, veniva sottoposto ad intervento di revisione chirurgica della ferita. Successivamente, nel corso del 2015 e del 2016, il ricorrente subiva ulteriori ricoveri ed interventi chirurgici per rimozione ed applicazione di nuovo impianto di artroplastica (in data 24.03.2015) e poi di posizionamento di una nuova protesi definitiva e non cementata (in data 09.06.2015), che fu successivamente rimossa e reimpiantata con intervento dell'08.02.2016. Pertanto, stante le complicanze cliniche subite a causa della responsabilità della struttura sanitaria in seguito al primo intervento effettuato in data 07.07.2014, il ricorrente avviava presso questo Tribunale una procedura ex art. 696 bis c.p.c. al fine di accertare i danni subiti. Espletata la CTU in tal sede, stante la mancata liquidazione delle somme di sua spettanza in virtù del danno biologico ivi accertato, il ricorrente intraprendeva il presente giudizio per accertare, previa acquisizione della CTU espletata in sede di ATP, la responsabilità della convenuta struttura ospedaliera e, per l'effetto, chiedeva la condanna al risarcimento di tutti i danni subiti, ivi compreso il danno morale, esistenziale e da perdita di chance, con applicazione della personalizzazione massima, riportandosi in via principale alla quantificazione resa dal proprio CTP -già in sede di ATP- in ordine al danno biologico (15% - quale danno differenziale casualmente riferibile alla errata condotta tecnico professionale ed alla inidonea gestione terapeutica dell'insorta complicanza- dal quale era già stato detratto il 15% di danno biologico che il paziente avrebbe comunque riportato in seguito all'intervento), deducendo la colpa esclusiva dei sanitari della struttura ospedaliera nella causazione dell'evento, oltre interessi e rivalutazione monetaria, con vittoria di spese e competenze del presente giudizio.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

Si costituiva in giudizio la *[...]* *Controparte_2* la quale, preliminarmente, eccepiva l'inammissibilità del ricorso ex art. 702 bis c.p.c., ritenendo la sommarietà della tipologia di rito intrapreso non compatibile con l'istruttoria richiesta dal ricorrente, ragion per cui chiedeva il mutamento del rito nella forma ordinaria. Nel merito, impugnava l'avversa domanda eccependo l'assenza di responsabilità della struttura sanitaria ed impugnava, altresì, la CTU espletata in sede di ATP. La resistente, in particolare, evidenziava che la deiscenza della ferita chirurgica riportata dal paziente in seguito al primo intervento di impianto della protesi era una complicanza diffusa, causata dallo stesso paziente, per essersi recato in ospedale ben 53 giorni dopo le dimissioni dal primo ricovero e, dunque, non imputabile alla struttura sanitaria, che aveva posto in essere tutte le procedure necessarie ad evitare l'insorgere dell'infezione. Per tali motivi, la resistente in via preliminare chiedeva di dichiarare inammissibile il ricorso ed in subordine chiedeva disporre il mutamento del rito da sommario ad ordinario; nel merito, chiedeva il rigetto dell'avversa domanda perché infondata e comunque non provata anche nel *quantum*, con vittoria di spese ed onorari del presente giudizio.

Il ricorso merita accoglimento nei termini di seguito specificati.

Prima di analizzare specificamente il caso in esame, si ritiene opportuno evidenziare che – per giurisprudenza di legittimità che si condivide – "*Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata*" (Cass. n. 3704 del 15.2.2018, che richiama Cass. n. 18392 del 26.7.2017, Cass. n. 26824 del 14.11.2017 e Cass. n. 26825 del 14.11.2017, *ex multis*). Occorre, inoltre, evidenziare che – trattandosi di fatto occorso nel 2014 - la vicenda processuale dovrà ritenersi assoggettata, dal punto di vista sostanziale, alla disciplina prevista dalla l. n. 189/2012 ("Legge Balduzzi") e non, invece, a quella della più recente L. n. 24/2017 ("Legge Gelli – Bianco"), entrata in vigore il 1.4.2017 (cfr. sul punto sentenza n. 28994 dell'11 novembre 2019[1] della Terza Sezione della Corte di Cassazione).

Nel caso di specie, appare necessario soffermarsi – altresì - sull'accertamento dei profili di responsabilità della struttura ospedaliera nelle ipotesi di infezioni nosocomiali, alla luce del granitico orientamento giurisprudenziale e dottrinale che riconduce la responsabilità della struttura sanitaria nell'alveo del sistema delineato dall'art. 1218 c.c., secondo cui sulla struttura sanitaria grava prioritariamente la responsabilità, non soltanto per le prestazioni di diagnosi e cura, ma anche

[1] In tema di responsabilità sanitaria, le norme poste dagli artt. 3, comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, e dall'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017, non hanno efficacia retroattiva e non sono applicabili ai fatti verificatisi anteriormente alla loro entrata in vigore

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

di natura logistica in senso lato, oltre che per le prestazioni più strettamente riconducibili al contratto d'albergo, così come statuito dalla Suprema Corte di Cassazione Civile a Sezioni Unite nella sentenza n. 577 del 2008. Orbene, stante l'inquadramento della responsabilità della struttura sanitaria nell'ambito della responsabilità contrattuale, appare opportuno evidenziare che l'onere della prova tra le parti sarà ripartito nei termini di seguito specificati: "*l'attore (id est, il paziente danneggiato) deve provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) ed allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto e/o della struttura sanitaria dimostrare che tale inadempimento non vi sia stato, ovvero che, pur essendovi stato, lo stesso non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno*" (cfr. Cass. civ., Sez. III, sent. 6 ottobre 2014, n. 2102). Ne consegue, che sulla struttura sanitaria grava l'onere di fornire la prova liberatoria circa la non imputabilità del fatto lesivo. Orbene, in materia di infezioni nosocomiali la prova della diligenza, ovvero dell'assenza di negligenza non può prescindere dall'analisi degli oneri organizzativi ricollegabili alla sicurezza delle attrezzature e dei macchinari, nonché alla vigilanza sui pazienti e all'obbligo di sterilizzazione dell'ambiente clinico, dei luoghi della degenza e delle infrastrutture, oltre alla prova dell'utilizzo da parte dei sanitari dei presidi di sicurezza necessari alla prevenzione delle infezioni. Nel caso in esame, il CTU nell'elaborato peritale espletato in sede di ATP, in seguito all'esame della documentazione clinica in atti ed alla luce delle evidenze anamnestiche, accertava che in seguito all'intervento di implantologia di protesi all'anca sinistra, subito dal paziente in data 07.07.2014, si verificò una deiscenza della ferita chirurgica con successiva infezione della protesi e necessità di sostituzione della stessa. Successivamente, in data 14.09.2014 la protesi infetta veniva sostituita con una protesi cementata antibiotica ed all'esito venivano eseguite ulteriori prestazioni mediche e chirurgiche di ordine correttivo. Pertanto, nella CTU - così come espletata in sede di ATP - veniva accertato che l'infezione/deiscenza occorsa nel postoperatorio fosse qualificabile come "a forma acuta"; in quella sede – inoltre - il CTU evidenziava che - secondo quanto previsto nell'ultima *"Consensus conference di Philadelphia*" - la maggior parte delle infezioni acute (il 48%) si manifesta entro le quattro settimane dall'intervento. Tanto premesso, accertava che la causa della deiscenza della ferita e dell'infezione della protesi impiantata, all'esito dell'operazione del luglio del 2014, fosse riconducibile a "*scarsa, inadeguata cautela nella gestione della sterilità peri operatoria da parte della struttura di cura e di quanti presso la stessa operavano* " (cfr. pag. 23 della CTU), ma evidenziava – altresì - che, allorquando il paziente si era recato, 53 giorni dopo il primo intervento di implantologia della protesi, presso la convenuta struttura ospedaliera (in data 18.08.2014) l'infezione si era già manifestata, ragion per cui, deduceva che il ritardo di cura non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

fosse ascrivibile ad una violazione dell'obbligo di garanzia da parte dell'equipe curante, bensì a "*violazione del rapporto di cooperazione reciproca"* da parte del paziente (pag. 23 della CTU). Pertanto, il CTU quantificava il danno biologico, alla luce di tutti i postumi invalidanti riscontrati sul paziente in seguito all'evento per cui è causa, nella misura del 25%, dal quale detraeva il 15% a titolo di danno biologico che si sarebbe comunque determinato anche se non fossero sopravvenute le circostanze censurabili (infezione peri operatoria nosocomiale) oggetto di causa. Ne consegue che il CTU in sede di ATP accertava un danno differenziale pari al 10%, ma alla luce del concorso colposo del creditore, evidenziava che: "*Il ritardo colpevole con cui il paziente ha segnalato il sopravvenire della complicanza postdegenza al curante, da cui genera un ritardo di terapia, incide per ¼ sulla causazione del danno biologico complessivo differenziale. La valutazione è di concorso colposo del "creditore" (paziente), per ritardo eccessivo ed ingiustificato nella comunicazione del problema sopravvenuto e conseguente ritardo nella cura; tale concorso è un fatto che incide per ¼ sul totale del danno: ovvero sia sul valore dell'inabilità temporanea, che del danno biologico permanente differenziale succitato.*" (pag. 24 della CTU).

Nel corso del presente giudizio, il precedente G.I. - con ordinanza del 12.06.2020 - conferiva al CTU nominato nel procedimento di ATP, l'ulteriore incarico di chiarire entro quanto tempo poteva essersi ragionevolmente manifestata la deiscenza della ferita e, di conseguenza, quale potesse essere la possibile conseguenza del ritardo, ascritto al paziente ed, ove mai il ritardo medesimo fosse stato minore dei cinquantatré giorni (così come quantificati in sede di ATP), se ed in quale misura potesse essere rilevante ai fini dell'attribuzione al ricorrente di quota di corresponsabilità nella causazione del danno. Orbene, il CTU espletava l'incarico richiesto ed in risposta al quesito formulatogli, evidenziava che il ricorrente non si era sottoposto ad alcun controllo clinico presso la struttura convenuta nei 38 giorni successivi alle dimissioni e non 53 giorni dopo, così come sostenuto erroneamente dal CTP di parte resistente ed erroneamente recepito dal CTU in sede di ATP. Pertanto, il CTU deduceva che in data 18.08.2014 il paziente si recava nuovamente in ospedale ed in sede di ricovero veniva riscontrata la deiscenza della ferita, trattata chirurgicamente in data 23.08.2014 mediante detersione della stessa e curettage dei tessuti necrotici con ulteriore controllo clinico ed applicazione di punti di sutura in data 02.09.2014. Il CTU, dunque, in riscontro al chiarimento richiesto dal G.I. in corso di causa, evidenziava che la deiscenza della ferita, in assenza di comorbilità (malattie croniche tipo diabete, malattie reumatiche e disendocrine) che rallentino la crescita dei tessuti, si manifesta abitualmente entro due settimane dal momento della sutura primigenia (pag. 5 del supplemento di CTU). Peraltro, il CTU sottolineava che tale manifestazione, ovvero il riconoscimento della sintomatologia derivante dalla deiscenza della ferita chirurgica, avrebbe potuto essere ancora più palese ad un occhio esperto e con specifiche

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

conoscenze (riferendosi alla circostanza che il Dott. *Pt_1* odierno ricorrente, è un medico ortopedico, ragion per cui avrebbe dovuto, presumibilmente, riconoscere la presenza di deiscenza della ferita dovuta all'infezione del sito chirurgico). Pertanto, il CTU in ordine all'accertamento del nesso di causalità tra l'insorgere dell'infezione, imputabile alla responsabilità dei sanitari della struttura ospedaliera, e l'aggravio dei postumi invalidanti a carico del paziente, evidenziava, in conclusione, che: "*Nel caso in esame, il ricorso all'ospedale è accaduto dopo 38 giorni. Pertanto, sono trascorsi, verosimilmente, una ventina di giorni (conto presuntivo) tra il probabile manifestarsi della deiscenza e la sua cura ospedaliera. Di conseguenza, la possibile consistenza del ritardo, ascritto all'* *Pt_1* *è di 20 giorni circa. Rivelandosi minore dei cinquantatré giorni, e segnatamente di probabili e presunti venti giorni, ai fini dell'attribuzione al ricorrente di quota di corresponsabilità nella causazione del danno, esso ritardo si ritiene essere incidente per 1/5. Da ciò consegue che il danno biologico postumo differenziale può indicarsi nella misura dell'otto per cento. "*(cfr. pag. 6 del supplemento di CTU).

Orbene, in ordine alle risultanze della CTU è opportuno evidenziare che nell'elaborato peritale espletato in sede di ATP, il dott. *Pt_2* evidenziava che il 48% delle infezioni/deiscenze della ferita occorse nel post operatorio a forma acuta (come quella riscontrata sul paziente nel caso di specie) si manifestano entro le quattro settimane dall'intervento, richiamando a sostegno di tale affermazione le risultanze della "Consensus conference di Philadelphia per la gestione di una ferita chirurgica su esiti di artroprotesi" (pag. 20 della CTU). Nel supplemento di CTU espletato in corso di causa, invece, il CTU deduceva che nel caso di specie sarebbero trascorsi presumibilmente una ventina di giorni "*tra il probabile manifestarsi della deiscenza e la sua cura ospedaliera. Di conseguenza, la possibile consistenza del ritardo, ascritto all'* *Pt_1* *è di 20 giorni circa."* (cfr. pag. 6 del supplemento di CTU).

In virtù del criterio del *più probabile che non*, anche in ragione del fatto che il paziente all'epoca dell'intervento svolgeva la professione di medico ortopedico (ragion per cui è plausibile che abbia prontamente riconosciuto il manifestarsi della sintomatologia ricollegabile alla deiscenza del sito chirurgico) ed alla luce delle risultanze della CTU (resa in sede di ATP e del supplemento disposto in corso di causa), non è possibile ascrivere al dott. *Pt_1* alcuna corresponsabilità nella causazione dell'evento. Tanto si evidenzia in quanto- rilevando una contraddittorietà tra quanto dedotto dal CTU in sede di ATP relativamente all'insorgenza della deiscenza della ferita (entro quattro settimane dall'intervento) e quanto evidenziato nel supplemento di CTU, nel quale si fa riferimento al minor lasso di tempo di venti giorni, senza richiamare le linee guida sul punto - non può dedursi con assoluta certezza che l'infezione sia insorta dopo venti giorni dal primo intervento, né tantomeno ascrivere al paziente una corresponsabilità nella causazione dell'evento per essersi recato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

in ospedale nei successivi diciotto giorni. In vero, dalla cartella clinica relativa al secondo ricovero del 18.08.2014, allegata alla produzione di parte ricorrente, si evince che all'esame del sito chirurgico mediante campione prelevato in data 18.08.2014 - attraverso tampone effettuato direttamente sulla ferita - non veniva riscontrata la presenza né di batteri aerobi o anaerobi, né di miceti (vedasi referto del campione n. [redacted] espletato in sede di ricovero sul paziente). Per tali motivi, in ragione della circostanza che la terapia antibiotica fu somministrata in sede di ricovero, in data 18.08.2014, allorquando gli esami colturali della ferita erano già stati espletati (vedasi pag. 8 della summenzionata cartella clinica), deve ritenersi, in applicazione del principio del *più probabile che non*, che il paziente - anche in ragione della sua esperienza di medico ortopedico - si sia prontamente recato presso la struttura sanitaria convenuta al manifestarsi della sintomatologia di deiscenza della ferita, non essendo clinicamente ancora riscontrabile al momento del secondo ricovero la presenza di batteri sul sito chirurgico, ma solo evidenze sintomatologiche, così come evidenziate nella diagnosi espletata dai sanitari in data 18.08.2014 all'esame obiettivo locale effettuato sul paziente, allorquando veniva diagnosticata la deiscenza della ferita, insorta, dunque dopo circa 40 giorni dal primo ricovero, in linea con le risultanze della CTP di parte ricorrente. Pertanto, appare evidente l'effettiva dipendenza causale dell'infezione dalla degenza ospedaliera nel corso del primo ricovero espletato in seguito all'intervento di implantologia della protesi all'anca sinistra, anche in applicazione del criterio temporale e/o cronologico in virtù del quale l'insorgenza delle infezioni del sito chirurgico è soggetta ad un periodo di incubazione, così come congruamente indicato dallo stesso CTP di parte ricorrente nella propria perizia tecnica, ritendo che l'infezione al momento del secondo ricovero si fosse già manifestata, ma fosse ancora ad uno stadio iniziale, in quanto non rilevabile all'esame colturale, bensì soltanto all'esame obiettivo del sito chirurgico. Tanto premesso, appare opportuno precisare che l'origine nosocomiale dell'infezione insorta è indicativa, peraltro, di precise responsabilità della struttura ospedaliera, la quale nel corso del giudizio non ha fornito prova in ordine alla effettiva sterilità dei locali in cui il paziente fu ricoverato, né relativamente alla strumentazione utilizzata per la cura del paziente ed in ordine ai presidi igienico sanitari posti in esser per prevenire le infezioni, limitandosi a dedurre di aver applicato tutti i protocolli vigenti. Per giurisprudenza consolidata, invece, resta a carico dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che l'infezione sia stata determinata da un evento imprevisto e imprevedibile (*ex multis*, Cass. sentenza n. 4400/2004; n. 9085/2006). Si aggiunga, inoltre, che nella CTU espletata in sede di ATP il dott. *Pt_2* evidenziava che la deiscenza della ferita e la conseguente infezione della protesi impiantata fossero la conseguenza di scarsa e inadeguata cautela nella gestione della sterilità peri operatoria, ma non approfondiva quanto dedotto dal CTP di parte ricorrente circa la mancata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

somministrazione della raccomandata profilassi antibiotica preoperatoria al fine di evitare l'insorgenza di infezioni postoperatorie (poi verificatasi nel caso di specie). Orbene, dall'esame della cartella clinica relativa al primo ricovero allegata alla produzione di parte ricorrente, si evince che nel giorno antecedente all'intervento effettuato in data 07.07.2014, al paziente veniva somministrato soltanto un farmaco per la profilassi del tromboembolismo venoso (Clexane 4000), ma non vi è alcun riferimento alla somministrazione di terapia antibiotica. In assenza di prova in tal senso, in applicazione del criterio del *più probabile che non*, per i motivi surrichiamati, va totalmente ascritta alla responsabilità della struttura sanitaria l'insorgere della deiscenza della ferita e della conseguente infezione della protesi impiantata in seguito al primo intervento espletato, escludendo una corresponsabilità del paziente nella causazione dell'evento per essersi recato tardivamente in ospedale per le ragioni surrichiamate. Tanto premesso, appare opportuno precisare che si farà riferimento alla quantificazione medico legale dei danni subiti dal ricorrente in seguito all'infezione, così come effettuata dal CTP di parte ricorrente dott. *Per_1* Sul punto è opportuno precisare che, escludendo la percentuale di incidenza del comportamento del creditore così come quantificata dal CTU, le quantificazioni rese dal CTP e dal CTU non appaiono distanti l'una dall'altra: mentre il CTU – infatti - quantifica il danno permanente alla persona in misura del 25% di danno biologico, il CTP lo quantifica al 30%, citando, però, le "linee guida per la valutazione del danno alla persona in sede civilistica". Appare opportuno, dunque, far riferimento alla quantificazione operata dal CTP di parte ricorrente, in virtù del chiaro riferimento alle linee guida, la cui applicazione è esplicitamente richiesta dalla legge Balduzzi. Tanto premesso, sia il CTU che il CTP di parte ricorrente, deducevano che in considerazione del trattamento di artroprotesi totale dell'anca, così come subito dal paziente, sarebbero comunque residuati postumi anatomo-funzionali stimabili nella misura del 15% di danno biologico. Per tali ragioni il danno biologico differenziale- casualmente riferibile all'errata condotta tecnico- professionale dei sanitari della struttura ospedaliera convenuta per aver provocato l'infezione da corrispondere al paziente è **pari al 15% di danno biologico**.

In ordine alla valutazione dell'invalidità temporanea appare condivisibile, altresì, quanto dedotto dal CTP di parte ricorrente che di seguito si riporta: "*Per quanto concerne la valutazione dell'invalidità temporanea, periodo nel quale il p., per effetto della degradazione dei fenomeni morbosi connessi sia con l'evento avverso che con il suo trattamento terapeutico e facendo ovviamente astrazione dal periodo di convalescenza atteso per un intervento di artroprotesi di anca non complicato, è stato dapprima totalmente e poi parzialmente incapace di attendere alle ordinarie occupazioni, può essere complessivamente valutata in 132 giorni. Va ulteriormente detto che la stessa, in ossequio alla comune esperienza clinica ed a quanto compare nella*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

documentazione sanitaria disponibile, può essere stadiata ***in una totale (ITT) di 72 giorni ed una parziale (ITP) sul 75 % per 30 giorni e sul 50 % per ulteriori 30 giorni."*** (cfr. pag. 23 e 24 della CTP di parte ricorrente). In definitiva, quindi, alla luce dei principi giurisprudenziali citati e degli accertamenti espletati, nonché dall'esame della documentazione clinica in atti, riportandosi alle conclusioni rese dal CTP di parte ricorrente, facendo riferimento, in assenza di un intervento legislativo che uniformi i criteri risarcitori a livello nazionale, alle tabelle di liquidazione del danno biologico predisposte dal Tribunale di Milano per il 2021 (depositate il 10.3.2021), che oramai da tempo vengono regolarmente utilizzate da questo Tribunale così come dalla maggior parte degli uffici giudiziari italiani e la cui applicazione è resa ormai obbligatoria dalla sentenza n. 12408/2011 della Suprema Corte[2] all'attrice vanno riconosciute le seguenti somme:

• **€ 36.378,00** a titolo ***di danno non patrimoniale derivante da lesione permanente dell'integrità psico-fisica*** (considerando 15 punti per una persona di 67 anni, all'epoca dell'evento),

• **€ 10.840,50** a titolo di danno biologico temporaneo (così suddiviso: € 7.128,00 per 72 gg di ITT, € 2.227,50 per 30 gg di ITP al 75, ed € 1.485,00 per 30 gg di ITP al 50%, calcolato tenendo conto del fatto che l'importo liquidabile *pro die* è pari € 99,00),

per un totale di **€ 47.218,50**, somma già rivalutata all'attualità, in quanto calcolata applicando le tabelle Milanesi del 2021, ragion per cui non si ritiene di dover applicare anche una ulteriore rivalutazione. Sul punto occorre precisare che l'attrice non provava in alcun modo di aver subito un ulteriore danno (superiore rispetto alla rivalutazione già applicata) e, anzi, a ben vedere il decorso del tempo le ha consentito di avvantaggiarsi di una maggiore rivalutazione (applicando, infatti, le tabelle Milanesi risalenti al 2014 il danno biologico permanente sarebbe stato valutato meno).

Per quanto attiene all'applicazione della percentuale di personalizzazione del danno biologico in relazione all'ulteriore quantificazione del danno morale, va richiamato un recente orientamento giurisprudenziale in base al quale la natura onnicomprensiva del danno non patrimoniale va intesa nel senso che, nella liquidazione di qualsiasi danno, il giudice dovrà considerare tutte le conseguenze dell'evento dannoso, nessuna esclusa, evitando sia duplicazioni risarcitorie, con l'attribuzione di definizioni diverse a pregiudizi identici, sia risarcimenti cd. bagatellari. Spetterà al giudice del merito, dopo aver identificato l'indispensabile situazione soggettiva tutelata

[2] "Nella liquidazione del danno biologico, quando manchino criteri stabiliti dalla legge, l'adozione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. deve garantire non solo una adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, essendo intollerabile e non rispondente ad equità che danni identici possano essere liquidati in misura diversa sol perché esaminati da differenti Uffici giudiziari. Garantisce tale uniformità di trattamento il riferimento al criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, essendo esso già ampiamente diffuso sul territorio nazionale - e al quale la S.C., in applicazione dell'art. 3 Cost., riconosce la valenza, in linea generale, di parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ. -, salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono. L'applicazione di diverse tabelle, ancorché comportante liquidazione di entità inferiore a quella che sarebbe risultata sulla base dell'applicazione delle tabelle di Milano, può essere fatta valere, in sede di legittimità, come vizio di violazione di legge, solo in quanto la questione sia stata già posta nel giudizio di merito".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

costituzionalmente, effettuare una rigorosa analisi e una conseguente valutazione, sul piano probatorio, sia dell'aspetto della sofferenza interiore, sia del mutamento *in pejus* della vita quotidiana della vittima (*ex multis* Cass. n. 901/2018). Si aggiunga che il giudice non può riconoscere una liquidazione ulteriore, in difetto di dimostrazione della presenza di circostanze di fatto, specifiche e peculiari, idonee a consentire il superamento delle conseguenze "ordinarie" già liquidate con la liquidazione del danno non patrimoniale in applicazione delle Tabelle Milanesi. Pertanto, incombe sul danneggiato l'onere di allegare e provare adeguatamente la presenza di circostanze diverse da quelle che normalmente derivano da un'ipotesi di danno riconducibile ad un fatto analogo.

Nel caso di specie si ritiene che non possa essere applicato l'aumento personalizzato del danno morale (comprensivo del danno nocicettivo), neppure in ordine all'ulteriore danno da perdita di chance, così come richiesti da parte ricorrente, in assenza di prova circa un concreto ed ulteriore pregiudizio arrecato alla vita di relazione dell'attore in seguito all'evento *de quo*. Dalla prova testimoniale espletata in corso di causa si rileva, infatti, che il paziente in seguito all'evento per cui è causa subiva delle conseguenze ordinarie che si verificano nella maggior parte dei casi simili, non ravvisandosi circostanze peculiari ed ulteriori. Sul punto è opportuno precisare che, anche qualora non fosse insorta una deiscenza della ferita chirurgica, il paziente avrebbe comunque riportato un danno biologico del 15%, così come dedotto dallo stesso CTP di parte ricorrente, ragion per cui comunque non avrebbe potuto compiere le stesse attività praticate prima dell'intervento, quali la caccia e/o giocare a bocce (come dichiarato dal teste *Testimone_1*), né possono assumere rilevanza le circostanze, pure emerse nel corso dell'espletata prova testimoniale, che il dott. *Pt_1* non riuscisse a raggiungere il piano superiore della propria abitazione o che abbia ricevuto assistenza dai familiari in seguito all'intervento, anche negli spostamenti in macchina e/o per l'espletamento delle ordinarie attività di vita quotidiana, in quanto conseguenze ordinarie già ricomprese nella liquidazione del danno non patrimoniale, così come effettuata.

Non può essere accolta, inoltre, la richiesta di condanna della parte soccombente al pagamento delle spese sostenute da parte ricorrente per la consulenza tecnica di parte in quanto non adeguatamente documentate, infatti, *"In tema di spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, non è possibile disporre la condanna del soccombente al pagamento delle stesse in mancanza di prova dell'esborso sopportato dalla parte vittoriosa, dovendosi escludere che l'assunzione dell'obbligazione sia sufficiente a dimostrare il pagamento*." (cfr. Cass. Civ. sez. 3. ord. n. 21402 del 06.07.2022).

Le spese di lite seguono la soccombenza e saranno liquidate in dispositivo per quanto concerne la procedura di ATP in virtù del DM 55/2014, poiché vigente all'epoca in cui fu conclusa tale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623

procedura di istruzione preventiva, mentre le spese di lite relative al presente giudizio saranno liquidate ex DM n.147 del 13 agosto 2022 (pubblicato in G.U. n. 236 in data 08.10.2022). Ai sensi dell'art. 7 del summenzionato decreto, infatti, le prestazioni professionali operate nel presente giudizio risultano esaurite, stante il deposito delle note conclusionali in data 30.11.2022, successivamente all'entrata in vigore del decreto (avvenuta in data 23.10.2022, ovvero quindici giorni dopo la sua pubblicazione in G.U.), così come precisato dalla Suprema Corte di Cassazione con ordinanza n. 33482 del 14.11.2022.

P.Q.M.

1) In accoglimento della domanda, CONDANNA la *[...]* *Controparte_2* in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento in favore di *Parte_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale della somma complessiva di **€ 47.218,50,** oltre interessi come per legge dalla data della messa in mora sino al soddisfo;

2) CONDANNA la *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento delle spese di lite relative all'espletato procedimento di ATP, direttamente in favore dell' avv. [redacted] dichiaratosi antistatario, per la somma di **€ 3.053,00** (di cui € 286,00 per C.U. e diritti, € 1.620,00 per la fase di studio, € 1.147,00 per la fase introduttiva) oltre IVA, CPA e rimborso spese forfettario come per legge;

3) CONDANNA la *Controparte_2* *[...]* in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento delle spese di lite relative al presente giudizio, direttamente in favore dell' avv. [redacted] dichiaratosi antistatario, per la somma di **€ 6.163,50** (di cui € 286,00 per C.U. e diritti, € 1.701,00 per la fase di studio, € 1.204,00 per la fase introduttiva, € 1.806,00 per la fase istruttoria ed € 1.452,50 per la fase decisionale) oltre IVA, CPA e rimborso spese forfettario come per legge;

3) Pone definitivamente a carico della parte soccombente le spese relative alla CTU, come già liquidate all'esito del giudizio di ATP n. 3875/2019 RG, con obbligo di rimborsarle a chi le abbia anticipate.

Benevento, 8.3.2023

Il Giudice

(dott.ssa Ida Moretti)

Redatta con la collaborazione della dott.ssa [redacted] Addetta all'Ufficio per il Processo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-623