N. R.G. 10304/2015

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Pietro Iovino
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **10304/2015** promossa da:

_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. (C.F. , elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.

ATTORE/I

contro

CP_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.

Controparte_2 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. elettivamente domiciliato in presso il difensore avv.

CONVENUTO/I

CONCLUSIONI PRECISATE ALL'UDIENZA DEL 30.03.2017:

Email_1 . *<< Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, reiette le conclusioni formulate da*
Parte_2 *e* CP_1 *,*
t ovvero l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria facente carico ai convenuti, in ordine all'intervento chirurgico di artroprotesi del ginocchio destro effettuato il giorno 10 febbraio 2010 ed alle successive terapie e cure prestate nei confronti della sig.ra Parte_1 *come specificate e descritte negli atti di causa;*
CONDANNARE le pa lido tra loro, ex art. 1218 c.c., al risarcimento a favore di parte attrice dei danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, attesa la consulenza tecnica d'Ufficio,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

che si quantificano in euro 84.190,00 (ottantaquattromilacentonovanta/00) od in quella somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria a far data dal 10 febbraio 2010 al soddisfo.
Con vittoria di spese e compensi legali ex D.M. 55/2014 e ripetizione delle spese assolte per C.T.U. e C.T.P...>>
PROF. *CP_1* **:** *<< Precisa le conclusioni nel merito come da I memoria ex art. 183 cpc ed i a III memoria ex art. 183 cpc.>>*

Parte_2 **:** *<< Precisa le conclusioni come da memoria ex art. 183 .>>*

FATTO E DIRITTO

1. La presente sentenza è redatta senza l'esposizione dello svolgimento del processo e con motivazione consistente nella succinta esposizione dei fatti rilevanti della causa e delle ragioni giuridiche della decisione, anche con riferimento a precedenti conformi, così come previsto dagli artt. 132 comma 2 n. 4 c.p.c. e art. 118 disp. att. c.p.c. nel testo introdotto dagli art. 45 e art. 53 della L. n. 69 del 18 giugno 2009 trattandosi di disposizioni applicabili anche ai procedimenti pendenti in primo grado alla data di entrata in vigore della L. 4 luglio 2009 ai sensi dell'art. 58 comma 11.

2. La vicenda riguarda un caso di *malpractice* sanitaria, occorso durante le fasi prodromiche e successive all'intervento del 10.02.2010 di artroprotesi al ginocchio destro e alla conseguente infezione derivata, che necessitava la rimozione della protesi ed il reimpianto della stessa in due differenti interventi chirurgici, effettuati con altri sanitari e struttura, attribuita a responsabilità sia del PROF. *CP_1*, che aveva operato, sia degli *Parte_2* (in prosieguo anche *CP_3*), presso la cui struttura erano avvenuti l'intervento e la successiva fase di degenza, così tutti citati al fine di ottenere il risarcimento dei danni subiti.

Costituitesi, le parti convenute eccepivano l'assenza di ogni responsabilità iatrogena, demandando il preteso danno al particolare stato fisico preesistente e congenito, della paziente ovvero a complicanza nota e per la quale sussisteva ampio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

consenso informato e chiedevano il rigetto di ogni domanda attorea, in quanto non provata nei fatti e infondata in diritto, ritenendo non assolto l'onere probatorio in relazione al nesso causale.

2.1 Nello specifico **la** *CP_3* evidenziava che nessuna responsabilità poteva essere ascritta ai convenuti, vista la correttezza della prestazione sanitaria eseguita e l'assenza di prova sul nesso causale tra l'intervento e l'insorgenza dell'infezione.

Non idonea a provare il nesso sarebbe, infatti, la circostanza dell'asserito dolore a carico del ginocchio subito dopo l'intervento, del tutto compatibile con il periodo riabilitativo post operatorio. Inoltre l'infezione sarebbe stata rilevata solo a distanza di oltre un anno dall'intervento, mentre la cartella clinica (doc.1) certificava che al momento delle dimissioni, la paziente presentava un buon recupero funzionale e gli esami ematochimici e radiologici escludevano patologie infettive in atto. La stessa perizia di parte non specificava quale sarebbe la condotta eventualmente omissiva ascrivibile ai convenuti.

Quanto alle terapie *post* operatorie, la struttura non poteva essere chiamata a rispondere delle scelte del medico di fiducia né delle risultanze delle visite compiute dall'attrice presso strutture estranee e dopo la conclusione del rapporto obbligatorio.

Si contestava specificatamente anche il quantum,

In ulteriore particolare, la *CP_3* negava anche ogni propria responsabilità, evidenziando la propria estraneità all'atto chirurgico. Infatti, l'operazione chirurgica era avvenuta sotto la diretta responsabilità del medico di fiducia, odierno convenuto, verso il quale esperiva azione di rivalsa.

2.2 Il prof. *CP_1* eccepiva *in primis* la prescrizione quinquennale del diritto azionato: l'intervento chirurgico risaliva al 9.02.2010 e il primo atto interruttivo dei termini (domanda di mediazione) risalirebbe al 16.02.2015, posto che la lettera raccomandata del 1.07.2014 era priva della necessaria ricevuta di ritorno sottoscritta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

Nel merito, eccepiva l'impossibilità di conoscere le cause dell'infezione (i batteri agiscono più facilmente in parti del corpo provate, la paziente era tra l'altro sovrappeso, settantaseienne, anemica e con patologie vascolari già al momento dell'intervento), declinando ogni responsabilità sulla riuscita dell'intervento, mancando prova dei fatti costitutivi. Deduceva inoltre l'infondatezza anche della seconda censura, relativa alla mancata tempestiva diagnosi dell'insorgere dell'infezione: i valori erano, dopo l'intervento, in regola, la dolorabilità riferita era coerente con i postumi dell'intervento, il periodo medio oltre il quale tali disturbi si attenuano è di 9/10 mesi e il primo controllo radiografico si effettua dopo almeno 6 mesi.

2.3 L'istruttoria si è svolta con la produzione di numerosa documentazione, relativa anche ai ricoveri ed accertamenti ospedalieri, non solo, in occasione del primo intervento, ma anche, di quelli successivi, legati alla travagliata vicenda sanitaria, che ha reso necessari ulteriori ricoveri ed interventi chirurgici, nonché con lo svolgimento di una consulenza tecnica d'ufficio ed un'ampia prova testimoniale in ordine ai protocolli ed al loro rispetto, di sanificazione e sterilizzazione della sala operatoria e dei presidi medico-chirurgici.

All'esito, la causa è stata posta in decisione con assegnazione dei termini ex art. 190 cpc nell'estensione massima.

La domanda di parte attorea è fondata e merita perciò accoglimento per quanto di ragione.

Invero l'esclusiva responsabilità nell'occorso del personale sanitario non può che ritenersi comprovata dalle concordi risultanze degli atti istruttori raccolti.

3. In via preliminare, è opportuno ricordare e riaffermare, che la responsabilità in tema di colpa medica, va qualificata come contrattuale, in quanto derivante dal contratto (o dal contatto sociale) intervenuto tra la paziente e la struttura ospedaliera o casa di cura, convenuta, avente ad oggetto le prestazioni medico sanitarie.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

Ulteriore precisazione in fatto è anche quella che vede il medico odierno come ortopedico di fiducia di parte attorea, al quale la stessa si è rivolta in libera professione, così come liberamente aveva scelto di operarsi presso la struttura sanitaria convenuta.

Si deve tenere conto, perciò, che il medico o in genere il personale non medico, che opera all'interno di quella struttura sanitaria, poiché svolge un'attività a contenuto professionale, è tenuto nell'adempimento delle proprie obbligazioni, non già alla diligenza generica del buon padre di famiglia, bensì a quella più accurata e specifica del debitore qualificato, come prescrive l'art. 1176, 2° comma, c.c.; ciò comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica (Cass. 4852/99, 5945/00, 6386/01, 3492/02).

Aderente a una siffatta impostazione, deve rilevarsi il recente autorevole intervento sul punto della Suprema Corte, i cui condivisibili principi <<….*la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate, e non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la c.d. responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale. PUNTO fermo, ai fini della filomachia, gli arresti delle sentenze delle Sezioni unite nel novembre 2008, e tra queste la n.26973, ed in particolare nel punto 4.3 del c.d. preambolo sistematico, che attiene ai c.d. contratti di protezione conclusi nel settore sanitario, ed agli incipit giurisprudenziali ivi richiamati, e seguiti da decisioni di consolidamento*. >> (cfr. Cass. civ. Sez. III, Sent., 19.02.2013, n. 4030) è sufficiente qui richiamare come precedente conforme e condiviso [e conformemente Cass. n. 6093 del 2013; Corte di Cassazione, sez. III Civile, sentenza n. 26358/13; depositata il 25 novembre; Cass Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 8940 del 17/04/2014 (Rv. 630778) e quanto al merito Tribunale di Arezzo sentenza 14 febbraio 2013].

3.1 Per una maggior completezza deve evidenziarsi che **il cd Decreto Balduzzi** ha fondamentalmente inciso sul concetto di responsabilità penale del medico (e solo su questa), in ipotesi di colpa lieve, introducendo un'esimente speciale, contenuta nel primo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

periodo dell'art. 3 L. 189/2012, come modificato in sede di conversione del D.L., la quale prevede appunto l'esclusione della responsabilità penale per colpa lieve in favore dei sanitari, che si attengano alle linee guida ed alle buone pratiche accreditate, mentre la norma del secondo periodo ha la funzione di precisare che l'esclusione della responsabilità penale non fa venire meno la risarcibilità del danno, atteso che il richiamo all'art. 2043 cod. civ. è limitato alla individuazione di un obbligo, senza alcuna indicazione in merito ai criteri da applicare nell'accertamento della responsabilità risarcitoria (cfr. Tribunale di Arezzo 14 febbraio 2013; Tribunale di Cremona 19 settembre 2013).

Deve allora pervenirsi alla conclusione che, conformemente al suo tenore letterale, alla collocazione sistematica ed alla *ratio* certa dell'intervento legislativo, da individuarsi con sicurezza nella parziale depenalizzazione dell'illecito sanitario, la norma del secondo periodo non ha inteso operare alcuna scelta circa il regime di accertamento della responsabilità civile, ma ha voluto soltanto far salvo ("resta comunque fermo") il risarcimento del danno anche in caso di applicazione dell'esimente penale, senza così imporre alcun ripensamento sull'inquadramento contrattuale della responsabilità sanitaria. **Del resto in presenza, come anche accaduto nello specifico, di un vero e proprio contratto, perché non è contestato che la scelta del sanitario e della struttura ospedaliera sia stata frutto di pura elezione, non si vede come qualificare il rapporto e la conseguente responsabilità delle parti, se non in termini di responsabilità contrattuale**. Né ad opinione differente può pervenirsi, quand'anche la scelta del legislatore fosse stata meno imprecisa ed infelice, posto che il carattere delle norme, come noto, contrassegnato da generalità e astrattezza, non può certo sovvertire il ben noto principio dell'autonomia privata, con la conseguenza che non può imporsi dall'alto una qualificazione in termini di responsabilità aquiliana ad una fattispecie espressamente connotata dal cd contratto di spedalità, che sorga indipendentemente dal cd contatto sociale tra parte medica e paziente.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

E’ evidente, quindi, che il significato del mutamento della norma dell’art. 3 in sede di conversione del decreto legge, con l’effettiva elisione del riferimento alla tipica responsabilità da inadempimento, inequivocabilmente posta dai richiami normativi (artt. 2236 e 1176 cc), debba essere ricercato altrove (peraltro inutilmente nei lavori preparatori non essendovi traccia di una tale *revirement*) e non certo nell’intento di qualificare a prescindere la responsabilità iatrogena esclusivamente in termini di responsabilità ex art. 2043 cc.

Probabilmente l’*intentio legis* potrebbe essere stata quella di voler ammonire l’interprete sul fatto che la *culpa* *Per_1*, se esclude la responsabilità penale nell’ipotesi di rispetto delle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non è comunque idonea ad escludere conseguenze risarcitorie civilistiche, in nessun caso neppure nell’ipotesi dell’art. 2043 cc. Viceversa si sarebbe potuto porre il problema della portata scriminante anche in sede civilistica dell’ipotesi della *culpa levis*, problema che certamente non si può porre sulla base positiva della norma, che non tollera interpretazioni differenti.

E’ evidente infine che a voler diversamente opinare, sarebbe stato lecito attendersi una volontà legislativa molto più chiara e lineare, in presenza della posizione giurisprudenziale granitica della Suprema Corte, delle Corti di Merito ed invero anche dell’intero panorama dottrinale, tanto che la natura della responsabilità come contrattuale era dato acquisito dall’intera comunità scientifica.

3.1.1 Del tutto ininfluente, poi, nel caso di specie si rivela ogni riferimento **alla cd. legge Gelli-Bianco** (l. *8/03/2017, n. 24*), atteso che è pacifico tra le parti il contratto d’opera professionale sussistente tra parte attorea ed il medico operatore, come si desume inequivocabilmente dalle complessive difese delle stesse.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

3.2 Da ciò discende l'infondatezza dell'eccepita **prescrizione**, non essendo decorso il termine decennale ordinario, discendente dalla qualificazione in termini di responsabilità contrattuale.

4. Sotto il profilo del grado di colpa, di cui il medico o il personale sanitario in genere, deve rispondere, il disposto dell'art. 2236 c.c. va interpretato nel senso che la limitazione di responsabilità alle sole ipotesi di dolo e colpa grave non ricorre con riferimento ai danni causati per negligenza o imperizia, ma soltanto per i casi che richiedono la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (perché trascendono la preparazione media o non sono stati ancora studiati a sufficienza, ovvero dibattuti con riguardo ai metodi da adottare; cfr. Cass., Sez. III, sent. n. 5945 del 10.5.2000; Cass., Sez. III, sent. n. 4852 del 19.5.1999; Cass., Sez. III, sent. n. 11440 del 18.11.1997).

Per quanto attiene, poi, alla ripartizione dell'onere probatorio tra paziente e medico, la natura contrattuale della predetta responsabilità implica che, in forza della presunzione di colpa di cui all'art. 1218 c.c., il paziente ha solo l'onere di allegare il peggioramento delle proprie condizioni di salute, imputandone la causa all'intervento del medico. E' invece onere di quest'ultimo dimostrare che l'esito negativo non è ascrivibile alla propria negligenza od imperizia, e che la sua prestazione implicava la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà. Ne consegue che, qualora il medico non assolva in maniera idonea questo suo onere probatorio, l'inesatto adempimento della sua prestazione – ovvero anche solo l'incertezza degli esiti probatori in ordine all'esatto adempimento - va posta a suo carico e ciò comporta l'accoglimento della domanda risarcitoria, fondata sulla responsabilità contrattuale. Del resto, quanto al riparto dell'onere probatorio in tema di colpa medica, la costante giurisprudenza di legittimità ritiene che «*…l'attore 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», mentre ha solo l'onere di allegare (ma non di provare) la colpa del*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

medico. Invece, rimane «a carico del medico convenuto dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno.» (*ex plurimis*, Cass. 4792/2013, rv. 625765).

Alla luce dei predetti principi e della ritenuta natura contrattuale della responsabilità medica, si osserva che nel caso in esame la parte convenuta non ha assolto all'onere probatorio dianzi descritto e, quindi, non può ritenersi l'ipotesi dell'esatto adempimento né quella dell'inadempimento non imputabile.

4.1 Tale giudizio coinvolge ovviamente sia il medico, che ha condotto l'intervento chirurgico in prima persona, sia la *CP_3*, che ha consentito a quest' ultimo di operare, mettendo a disposizione strutture e personale anche medico per il buon esito sia dell'intervento sia per la gestione della fase di ricovero pre e post operatorio, senza le quali quell'intervento chirurgico non si sarebbe potuto svolgere, così accettando il rischio di un proprio coinvolgimento per aver fornito mezzi ed assistenza indispensabili alla complessa fase del complessivo trattamento sanitario a carico del "cliente" e "paziente", rispetto al quale certamente si è assunta l'obbligazione propria e tipicamente riservata al debitore della prestazione sanitaria e, quindi, di garante di essa, ossia del suo corretto ed esatto svolgimento.

Del resto per giurisprudenza costante <<… *la responsabilità della* *CP_3* *ha natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 c.c. all'inadempimento direttamente a suo carico, nonché ai sensi dell'art. 1228 c.c. all'inadempimento della prestazione medico professionale svolta direttamente dal sanitario, quale ausiliario necessario, anche nel caso in cui non vi sia un rapporto di lavoro subordinato: infatti sussiste comunque un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale della casa di cura, non rilevando in contrario, la circostanza che il sanitario risulti essere anche di fiducia dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto*.>> (cfr. Cass. 14/07/2004 N. 13066).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

Con rifermento a tale questione, la Suprema Corte negli ultimi anni ha affermato espressamente la responsabilità ex art. 1228 c.c. della Casa di Cura anche per il fatto del medico non dipendente, in quanto il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo, insorgono a carico della casa di cura, accanto a quelli di tipo *latu sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Di conseguenza la responsabilità della *CP_3* nei confronti del paziente può conseguire sia all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico sia 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, non rilevando, al riguardo, la circostanza che il sanitario risulti essere anche di fiducia del paziente o comunque dal medesimo scelto [cfr. in termini ex multis Cass. civ. Sez. III, 26/01/2006, n. 1698 (rv. 587618); Cass. Civ. 14.06.2007 n. 13953; Cass. civ. Sez. III Sentenza, 26/06/2012, n. 10616 (rv. 624915); Cass. civ. Sez. III, 03/02/2012, n. 1620 (rv. 621457); Cass. civ. Sez. III, 12/03/2010, n. 6053 (rv. 612243); e più in generale per il concorso di cause indipendenti e la conseguente solidarietà Cass.Civ. 30.03.2010 n. 7618, Cass. Civ. 11.05.2012 n. 7404]

Si tratta in buona sostanza di un'ipotesi di responsabilità oggettiva [cfr. Cass. civ. Sez. III, 20-04-2016, n. 7768 (rv. 639496)[1]].

[1] Cfr. in motivazione nella parte in cui la Suprema Corte corregge la motivazione del giudice d'appello, che aveva ritenuto una responsabilità *per culpa in eligendo*: <<Dopo aver correttamente affermato che la responsabilità contrattuale della casa di cura non rimane esclusa in ragione dell'insussistenza di un rapporto contrattuale che leghi il medico alla struttura sanitaria, la corte di merito ha a tale stregua disatteso il principio affermato da questa Corte secondo cui in base alla regola di cui all'art. 1228 c.c. (e all'art. 2049 c.c.) il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro (v. Cass., 24/5/2006, n. 12362; Cass., 4/3/2004, n. 4400; Cass., 8/1/1999, n. 103), ancorchè non siano alle sue dipendenze (v. Cass., 11/12/2012, n. 22619; Cass., 21/2/1998, n. 1883; Cass., 20/4/1989, n. 1855).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

4.2 La C.T.U. del prof. *Persona_2* Ordinario di medicina legale nell'Università *Controparte_4*, coadiuvato dall'ausiliario Dott. *Per_3* *[...]*, specialista infettivologo –la quale appare logicamente coerente e adeguatamente motivata in ordine all'individuazione della patologia ed all'eziogenesi di essa in relazione ai trattamenti terapeutici praticati ed alla quale si rimanda per gli aspetti di maggior dettaglio– ha consentito di accertare una responsabilità in ambito sanitario, secondo quanto si andrà ad esporre.

Va in ogni caso segnalato che, pur a tutto concedere alla tesi delle parti convenute, dove tale evidenza non voglia ritenersi è comunque egualmente evidente che **l'incertezza nella causazione ricade sul medico e sulla struttura sanitaria**, in ragione di quanto già posto in rilievo in ordine all'assolvimento dell'*onus probandi*.

4.2.1 Il Consulente, dopo un'ampia disamina delle possibili cause del contagio, nonché dei tempi e dei modi di manifestazione dell'infezione, ha affermato come l'infezione contratta da *Parte_1* (di tipo ospedaliero o nosocomiale) si sia generata durante il ricovero del febbraio 2010, in cui si procedeva ad intervento di artroprotesi di ginocchio destro, che ha, poi, determinato l'insorgenza di una infezione

---

La responsabilità per fatto dell'ausiliario (e del preposto) prescinde infatti dalla sussistenza di un contratto di lavoro subordinato, irrilevante essendo la natura del rapporto tra i medesimi intercorrente ai fini considerati, fondamentale rilievo viceversa assumendo la circostanza che dell'opera del terzo il debitore comunque si sia avvalso nell'attuazione della propria obbligazione, ponendo la medesima a disposizione del creditore (v., da ultimo, Cass., 27/8/2014, n. 18304; e con riferimento a diverse fattispecie, Cass., 6/6/2014, n. 12833; Cass., 26/5/2011, n. 11590), sicchè la stessa risulti a tale stregua inserita nel procedimento esecutivo del rapporto obbligatorio.

La responsabilità che dall'esplicazione dell'attività di tale terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa invero sul principio cuius commoda eius et incommoda, o, più precisamente, dell'appropriazione o avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino.

Trattasi pertanto di ipotesi non già di responsabilità per colpa bensì di responsabilità oggettiva.

A tale stregua, la struttura sanitaria è direttamente responsabile allorquando l'evento dannoso risulti come nella specie da ascriversi alla condotta colposa posta in essere dal medico della cui attività essa si è comunque avvalsa per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, pure se questi abbia effettuato (quand'anche a sua insaputa: cfr. Cass., 17/5/2001, n. 6756) un intervento di tipo diverso rispetto a quello originariamente pattuito con il paziente. Nella specie, la debitrice e odierna ricorrente *Parte_3* "(OMISSIS)" risponde direttamente di tutte le ingerenze dannose che ai dipendenti o ai terzi preposti o ai debitori (nel caso, i sanitari *Org_*– Gu. e N. della divisione del presidio sanitario "(OMISSIS)"), della cui opera comunque si è avvalso, sono state rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che i medesimi hanno potuto arrecare in ragione di quel particolare contatto cui sono risultati esposti nei loro confronti creditori/danneggiati (nel caso, la partoriente *Per_* – il neonato *Per_* – onchè il sig. *Pt_4* marito della prima e padre del secondo).

In tali termini va pertanto corretta la motivazione dell'impugnata sentenza sul punto. >>

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

periprotesica di tipo ritardato –come anche sostenuto dal consulente di parte attrice dott. *Persona_6* manifestatasi un anno e due mesi dopo l'intervento, non sussistendo, nella storia clinica della paziente, ulteriori episodi di possibili sorgenti di infezione.

In particolare, il CTU ha evidenziato la sussistenza del nesso di causa tra l'infezione periprotesica ed il ricovero del febbraio 2010 come altamente probabile, in base a requisiti di idoneità, cronologico, topografico, di ininterrotta continuità fenomenica –in relazione al carattere delayed dell'infezione – e di esclusione di altra causa, criteri che sono usualmente utilizzati in medicina legale (pag. XL), concludendo: " 2. *E' possibile affermare che trattasi di infezione del sito chirurgico (ISC) contratta durante il ricovero del febbraio 2010, che ha poi determinato l'insorgenza di una infezione periprotesica di tipo ritardato*." (pag. LII).

Inoltre dallo studio del caso effettuato dal consulente d'ufficio non è emerso con certezza il rispetto da parte dei convenuti dell'onere probatorio in relazione al corretto e diligente adempimento delle rispettive prestazioni professionali.

Infatti, il CTU ha rilevato che l'insorgenza dell'infezione dell'artroprotesi sia compresa tra 1.6-2.6%, trattandosi, quindi, di una complicanza prevedibile in questo tipo di intervento, che presenta un'incidenza non elevata, ma che rimane una delle complicanze più temute nell'artroprotesi di ginocchio e spesso si realizza tramite il contatto manuale ad opera del personale medico o sanitario.

Per un comportamento diligente degli operatori sanitari "*al fine di ridurre al minimo le infezioni, è necessario ottimizzare le condizioni della ferita ed aumentare al massimo la risposta immunitaria del paziente. La previsione delle infezioni deve iniziare con la profilassi antibiotica e con la stretta osservanza di una tecnica asettica in sala operatoria*" (pag. XXXI).

Risulta, poi, fondamentale anche il controllo dei comportamenti del personale ospedaliero circa "*l'utilizzo obbligatorio di maschere, camici e cuffie che sono utilizzate*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

come barriere per microrganismi disseminati su cute esposta e su mucose, al fine di diminuire la contaminazione da e nell'ambiente e, conseguentemente, dei degenti. Anche i guanti, di lattice o vinile, sterili o non sterili a seconda delle evenienze, sono un indispensabile presidio per proteggere il personale dalla contaminazione e dalla seguente propagazione di microrganismi; tuttavia, a tale fine, è indispensabile che venga messo in atto anche uno scrupoloso e costante lavaggio delle mani, che si è dimostrato un atto utile a fini preventivi" (pag. XXXVII)…….. *Per questo motivo è necessario che la struttura ed il personale*

documentino adeguatamente le manovre eseguite ed il rispetto di linee-guida e protocolli in tema di asepsi. A tal proposito si fa presente che sono stati visionati i documenti inerenti il protocollo di "Pulizia e disinfezione del blocco operatorio" e di "Procedura di sterilizzazione", redatti dall' *Organizzazione_2* *[...]* *, unitamente al documento sulla "Determinazione della carica microbica totale sulle superfici e nell'aria delle sale operatorie", redatto dalla società* *CP_5* *ed alle dichiarazioni rese dai testi, che senza dubbio rappresentano indicazioni importanti per la prevenzione e riduzione del fenomeno di cui la struttura si è dotata.*" (pag. XXXVIII).

Il CTU prosegue, evidenziando che in ogni caso non è possibile elidere in toto il rischio di infezioni anche nel rispetto più rigoroso delle più appropriate regole di asepsi, perché la complicanza infettiva può essere stata determinata da innumerevoli momenti produttivi, tuttavia "*Per quanto attiene agli elementi di criticità nell'assistenza della paziente in relazione al rischio infettivo, non è possibile, nel caso di specie, accertare che le pratiche di medicazione della ferita chirurgica siano sempre avvenute in condizioni di totale asetticità, in quanto in cartella clinica manca la descrizione dettagliata delle procedure di medicazione che sono state seguite."(pagg. XXXVIII-XXXIX),* non può, quindi, escludersi che il contagio infettivo sia avvenuto proprio in tale fase.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

Ma immediatamente dopo, circa la imprescindibile necessità di documentare adeguatamente le operazioni eseguite, il CTU prosegue, asserendo che "*Mancante risulta, anche, nel verbale operatorio, l'attestazione del mantenimento delle condizioni di asepsi, eccezion fatta per la menzione ad una "ottima sterilità", non ulteriormente descritta. Vi è una carenza documentale e non è possibile, dunque, accertare se siano stati messi in atto tutti gli accorgimenti necessari atti a garantire una completa asepsi intraoperatoria. Facciamo riferimento al cambio dei guanti, all'uso del casco, che sono citati nel protocollo della struttura, ma che nella descrizione dell'atto operatorio non sono riportati, a differenza di quanto non sia avvenuto nel successivo intervento di riprotesizzazione*." (pag. XXXIX).

Quanto alla fase *post* operatoria, il CTU ha evidenziato: "*La procedura di somministrazione di ulteriori due dosi postoperatorie a 24 ore di distanza non è invece da ritenersi adeguata. Come precedentemente descritto, si ribadisce che la revisione della letteratura specifica e delle prove di efficacia disponibili in tema di antibioticoprofilassi, ha confermato l'indicazione ad eseguire una profilassi a breve termine, con dose singola o con un massimo di tre dosi postoperatorie e, comunque, limitato alla prima giornata postoperatoria. Si considera ciò rammentando che l'antibioticoprofilassi non rappresenta che uno dei tanti elementi che concorrono a prevenire la sequela infettiva e, pertanto, come tale deve far parte di una strategia di prevenzione più ampia ed integrata*" (pag. XXXIX).

Infine per ciò che riguarda l'immediata fase post-operatoria il CTU riprende il proprio discorso evidenziando un aspetto importante, che pone in luce come "*...Nulla inoltre è citato relativamente alle procedure di medicazione post-operatoria, né è possibile escludere che proprio in questa fase si sia verificata l'infezione. A questo proposito, ricordiamo che in data 14 e 15 febbraio 2010 nel diario clinico vengono descritti quelli che sono i tipici segni di flogosi acuta quali rubor, tumor e dolor unitamente a perdita ematica tra i punti di sutura, segni clinici che sono fortemente*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

suggestivi per l'infezione del sito chirurgico. Questi sintomi avevano per altro fatto ritenere ai curanti che vi fosse in atto una trombosi venosa profonda, per gli accertamenti clinici, di laboratorio e strumentali che hanno posto in essere in quei giorni. Gli esami effettuati su questo sospetto diagnostico risultavano negativi e il personale medico ha fatto ricorso a somministrazione di terapia farmacologica antibiotica a base di amoxicillina/acido clavulanico, come si conviene nei casi di infezione della ferita chirurgica.

È dunque possibile affermare, che nel caso di specie ci si trova, con elevata probabilità, di fronte ad un'infezione del sito chirurgico (ISC) contratta durante il ricovero del febbraio 2010, che ha poi determinato l'insorgenza di una infezione periprotesica di tipo ritardato. " [2](pag. XL).

Conseguentemente e condivisibilmente, il perito evidenzia come "*In conclusione, il nesso di causa tra l'infezione periprotesica occorsa alla sig.ra* *Pt_1* *ed il ricovero del febbraio 2010 è* ***da ritenersi altamente probabile****, in base ai requisiti di idoneità, cronologico, topografico, di ininterrotta continuità fenomenica –in relazione al carattere delayed dell'infezione- e di esclusione di altra causa, criteri che sono usualmente utilizzati in medicina legale.*

Non vi sono tuttavia elementi per individuare se il comportamento omissivo nel caso della infezione ospedaliera occorsa alla sig.ra *Pt_1* *sia da ascrivere al singolo professionista della salute od alla struttura ospedaliera, avendo già fatto presente che l'individuazione dello specifico elemento eziologico è nella gran parte dei casi non possibile.*" (pag. XL-XLI/ n.b. enfasi non presente nell'elaborato originale).

[2] Ricordiamo a maggior chiarezza e precisione che in precedenza il perito aveva indicato quelli che secondo la trattatistica sono i sintomi i sintomi "sentinella" nei casi di infezioni periprotesiche: "*una storia di tumefazione soggettiva, di eritema o di prolungata secrezione della ferita è un quadro indicativo di infezione di artroprotesi di ginocchio", dovendosi, altresì, "sospettare un'infezione in ogni paziente con un'artroprotesi francamente dolorosa o con un attacco doloroso acuto in un quadro di artroprotesi prima indolore e ben funzionante*"(pag. XXXII) ed antecedentemente illustrando il diario clinico ha posto in rilievo che " Durante la degenza era stata impostata terapia antibiotica con cefazolina (Totacef 2 gr, somministrata endovena, nelle giornate del 10, 11 e 12 febbraio) e con amoxicillina/acido clavulanico (Augmentin 1 gr, 1 cps x 2, somministrata per os, dal 13 al 20 febbraio). " (pag. VII) .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

4.2.2 Il CTU ha, quindi, precisato, più specificamente per l'operato del convenuto prof. CP_1 che nessuna censura va mossa circa la scelta iniziale e la tecnica strettamente chirurgica dell'intervento. Tuttavia s'interroga sul perché nel periodo post operatorio non ha prescritto e consigliato l'esecuzione di esami radiologici ed accertamenti ematici, nonostante l'innalzamento degli indici laboratoristici indicativi di flogosi e la presenza di una protesi articolare dolorante, che avrebbero consentito di individuare precocemente la comparsa del processo infettivo, in quanto <<… *In presenza di una protesi articolare dolorante, è necessario sospettare una infezione protesica, almeno che tale ipotesi non possa essere ragionevolmente esclusa mediante esami adeguati ed una spiegazione alternativa convincente per la sintomatologia doloros).*>> (cfr. pag. XLI), evidenziando che <<… *Una VES più alta di 30 mm/h (si rammenta che già nell'ottobre 2010 i valori si attestavano sui 51 mm/h) viene considerato un valore anormale e più che il singolo valore occasionale assume maggior valore l'evoluzione nel tempo di questi valori…..Per quanto appreso, il Prof.* CP_1 *effettuava la prescrizione di terapia farmacologica, senza l'esecuzione di esami scintigrafici, che venivano indicati da un altro specialista, trascurando dunque i dati clinici e laboratoristici della sig.ra* Pt_1 *Nel periodo dall'aprile al luglio 2011, la complicanza infettiva era già in atto e probabilmente non più evitabile, risultando pertanto ininfluente la condotta che egli ha tenuto nella determinazione del danno..*>> (cfr. pag. XLI).

In chiusura, onde fugare ogni dubbio in ordine alle errate indicazioni sia di parte attorea sia di quella convenuta prof. CP_1 si afferma che quest'ultimo ha avuto in cura la paziente sino al luglio 2011 e, pertanto, per un periodo ben più lungo, come dimostrano le prescrizioni medico-farmacologiche redatte di pugno dal professionista e prodotte in causa (cfr. doc. 2 attoreo).

4.2.3 Viceversa il successivo iter clinico, curato e sovrainteso da differenti medici e struttura sanitaria, non evidenzia alcun elemento ascrivibile a responsabilità iatrogena, risultando la paziente trattata correttamente fino alla completa risoluzione del problema

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

infettivo, sia pure a seguito di altri due interventi chirurgici per espianto e reimpianto di nuova protesi.

4.3 Siffatte determinazioni hanno incontrato solo in parte il favore dei CCTTPP prof. *Per_7* (parte attorea) e prof. *Per_8* (parte convenuta *CP_3* , nonché l'assenza di osservazioni del dott. *Persona_9* (parte convenuta prof. *CP_1*); mentre il primo ha obiettato unicamente in relazione alla stima dei postumi, il secondo ha anche osservato l'assenza di prova in ordine al nesso di causalità.

Per doverosa completezza, quanto alle contrapposte ragioni di puro ordine tecnico, premesso che vanno espunte ogni eventuale allegazione e argomentazione rifuggite all'ampio contraddittorio tecnico tra CTU e CCTTPP premesso che quest'ultimo si ritiene esaustivo ed ampiamente rispettoso del diritto di difesa, essendosi instaurato attraverso il deposito di una bozza preliminare all'elaborato definitivo, e ricordando che gli accertamenti strumentali, comunque disposti ed effettuati in tempi non sospetti, avvengono e sono filtrati nelle valutazioni del consulente d'ufficio, tenuto al giuramento di verità, a differenza di quelli di parte, che ne fa privilegiare la fede, proprio per quella posizione di terzietà, che è invece esclusa nelle valutazioni delle parti, ciò premesso e valutato, il Tribunale deve evidenziare che le ipotesi causalistiche alternative, ipotizzate dalle difese della struttura e del medico convenuti, hanno trovato una evidente smentita nelle ragioni e nella argomentazioni esposte nella consulenza.

In particolare quest'ultima ha dato una chiara spiegazione tecnica anche in merito agli aspetti più controversi: l'esistenza o meno, di un nesso causa in termini di causalità adeguata, ossia nel rispetto del principio causalistico di derivazione giurisprudenziale insito nel broccardo del "più probabile che non", spiegato da una sindrome infettiva periprotesica come infezione ritardata, ben conosciuta nella letteratura scientifica e che può manifestarsi anche entro due anni dall'intervento chirurgico (causa ritenuta dal CTU come la più probabile – cfr. da ultimo pagg. L-LI e segg.), della cui insorgenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

risulta sintomatico l'evento del 14 e 15 febbraio 2010 <<*...Per quanto riguarda l'evento del 14 e 15 febbraio 2010, questo non è verosimilmente ascrivibile ad un "un evento frequente nel decorso post-operatorio di soggetti sottoposti ad interventi di protesizzazione", in quanto presentava sintomi piuttosto suggestivi per un fenomeno infettivo ed il ricorso a terapia antibiotica a base di amoxicillina/acido clavulanico conferma il sospetto clinico dei sanitari, in assenza di ulteriori segni e sintomi clinici in grado di giustificare l'assunzione di tale terapia farmacologica. ....*>>.

Profili questi ampiamente trattati dal consulente d'ufficio, specie in risposta al CTP della *CP_3* prof. *Per_8* ed ai quali per ovvia brevità si rimanda, come emerge anche dagli scritti conclusivi finali delle parti, che dichiarano di non condividere gli argomenti scientifici esposti.

4.4 Quanto al riparto di responsabilità tra struttura, personale medico ed infermieristico, si osserva per chiarezza finale che <<*...3. Non vi sono tuttavia elementi per individuare se il comportamento omissivo nel caso della infezione ospedaliera occorsa alla sig.ra* *Pt_1* *sia da ascrivere al singolo professionista della salute od alla struttura ospedaliera, avendo già fatto presente che l'individuazione dello specifico elemento eziologico è nella gran parte dei casi non possibile. ....*>> (cfr. da ultimo pagg. LII), con la conseguenza che l'evento deve attribuirsi in egual misura e in maniera paritaria a tutti i convenuti.

4.5 Quanto al valore da accordare alla perizia è evidente che la meticolosità dell'accertamento, l'ampia garanzia di contraddittorio assicurata ed esercitata dalle parti convenute, l'assenza di elementi oggettivi contrastanti e soprattutto di elementi di incongruità, specie se si tiene nel debito e doveroso conto quanto assunto in replica alle osservazioni dei CCTTPP delle parti, rendono del tutto inutile disporre un nuovo accertamento nel presente processo civile.

Una siffatta valutazione, oltre che presidio dei principi di economia dei mezzi giuridici e della ragionevole durata del processo, come voluta dall'art. 111, 2^ co., Cost., è inoltre

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

supportata da elementi obiettivi legati al fatto che anche l'eziopatogenesi ignota ricadrebbe comunque, sotto il profilo processuale probatorio, sulla parte convenuta e ciò in ragione di quanto già visto.

4.5.1 Quanto all'asserita contraddizione in cui sarebbe incorso il CTU, sovrapponendo in pratica **complicanza** ed errore iatrogeno, si può brevemente richiamare il e rimandare al, principio di diritto della Suprema Corte, secondo la quale *<< Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. 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 ad 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*.>> [cfr. Cass. civ. Sez. III, 30-06-2015, n. 13328 (rv. 636015)]. Con l'ulteriore aggiunta doverosa che il fatto non prevedibile o non evitabile deve essere, *in primis*, individuato in maniera specifica ed, *in secundis*, deve soddisfare in maniera ancora più incisiva il criterio causalistico del "più probabile che non" rispetto al fatto causale addebitabile a responsabilità iatrogena.

5. Procedendosi perciò alla liquidazione del danno, quello **patrimoniale**, attese le risultanze di causa, non può essere riconosciuto.

Nonostante gli anni trascorsi dall'evento, non è stata quantificata o documentata alcuna spesa, come riferito anche dal CTU, con la conseguenza che, non solo, non può farsi corso alla valutazione equitativa suggerita, in quanto la parte era certamente in grado di dimostrare le affermate spese di assistenza di malattia, vitto speciale, prestazioni assistenziali, medicinali non mutuabili, peraltro allegate in maniera così generica che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

non occorrerebbe alcun ulteriore valutazione, ma anche, è evidente il potenziale soccorso *in parte qua* sia del Servizio Sanitario nazionale sia delle Assicurazioni Sociali.

5.1. Il danno **non patrimoniale**, alla luce dei criteri in uso presso questo Tribunale, che fanno riferimento alle **tabelle milanesi 2014**, rielaborate a seguito della sentenza delle Sezioni Unite dell'11.11.2008, tenendo in considerazione anche il ristoro dovuto per la sofferenza morale soggettiva, va quantificato, vista l'età del danneggiato al momento del sinistro (**75 anni**), come segue: danno biologico permanente (IP) nella misura massima stimata dal c.t.u del **12%** pari a **Euro 23.142,00**=.

5.1.1 Passando alla liquidazione del danno non patrimoniale conseguente alla ritenuta **invalidità temporanea** (gg.40 al 100%; gg.90 al 50%), anche al riguardo la Terza Sezione Civile ha adottato la liquidazione congiunta del danno biologico e morale, come quantificato nelle citate tabelle 2014 del Tribunale di Milano in una forbice giornaliera da un minimo di € 96,00 ad un massimo di € 145,00; nel caso in esame, poiché la sofferenza temporanea patita causalmente ricollegabile all'intervento risulta nella norma, atteso comunque il calvario sanitario e la lunghezza del periodo, appare equa una quantificazione giornaliera corrispondente all'importo di € 120,00 per il valore massimo del 100%; il complessivo ammontare di tale danno risulta così pari ad **€ 10.200,00** (4.800,00+5.400,00).

5.2 Sulle somme tutte indicate, previa ovvia devalutazione –ove necessario- trattandosi di somme attualizzate alle Tabelle Milanesi 2014, andranno corrisposti l'ulteriore rivalutazione, secondo gli indici *Org_3* dalla data del sinistro, alla data della presente pronuncia, e gli interessi legali, questi ultimi da calcolarsi sulle somme rivalutate anno per anno a decorrere dal sinistro (cfr. in termini Cass. SU 1712/95) fino alla presente decisione.

Infatti, trattandosi di debito di valore, va accolta la richiesta di rivalutazione monetaria, determinata secondo gli indici *Org_* mirante a ripristinare la situazione patrimoniale del danneggiato quale era prima del fatto illecito che ha generato il danno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

sino alla data della decisione definitiva. Considerato che la maggior somma così attribuita rappresenta il valore monetario del bene perduto dal danneggiato, va riconosciuto anche il danno provocato dal ritardato pagamento in misura pari agli interessi legali, facendo ricorso, al riguardo, a criteri presuntivi ed equitativi, da calcolare sulla somma via via rivalutata, (cfr., in termini, Cass. S.U. n. 1712/1995).

A seguito della liquidazione qui operata il debito di valore si converte in debito di valuta e su di esso dovranno computarsi gli interessi moratori *ex lege*.

5.3 Null'altro va riconosciuto a titolo di danno patrimoniale e non.

In particolare si evidenzia che la quantificazione percentuale della invalidità permanente riguarda una valutazione di carattere globale in ambito di danno biologico, quest'ultimo considerato in un aspetto statico, corrispondente al bene primario della integrità psico-fisica in sé per sé considerata, ed in un aspetto dinamico, corrispondente alle manifestazioni o espressioni quotidiane del bene salute, che riguardano sia l'attività lavorativa che extra-lavorativa, assumendo in tal senso un contenuto più ampio e totalizzante comprensivo di tutte quelle figure di danno come la capacità lavorativa generica, il danno alla vita di relazione, alla sfera sessuale e il danno estetico etc..

Per quanto appena detto non va concessa un'ulteriore somma a titolo di risarcimento del danno morale o altro, ritenendola ricompresa nella liquidazione complessiva del danno non patrimoniale *sub specie* di danno biologico da invalidità permanente. La giurisprudenza prevalente, alla luce degli arresti della Suprema Corte a Sezioni Unite (Cass. SU 11.11.2008 nn. 26795; 26794; 26973 e 26792), definisce il danno non patrimoniale quale categoria omnicomprensiva all'interno della quale le voci di danno morale, esistenziale, da vita di relazione sono delle categorie descrittive ricomprese nel concetto di danno biologico nella sua accezione ampia di pregiudizi attinenti agli spetti dinamico relazionali della vita del danneggiato: ne consegue che in sede di liquidazione del risarcimento del danno non patrimoniale non devono trovare spazio le duplicazioni risarcitorie. Pertanto, il danno estetico, il danno alla vita di relazione, il danno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

esistenziale ed il danno sportivo, stante la natura unitaria del danno non patrimoniale, non costituiscono pregiudizi autonomamente risarcibili.

5.3.1 Per le medesime ragioni non può riconoscersi alcuna **personalizzazione** in ragione sia degli esiti accertati, che non paiono particolarmente rilevanti o significativamente sintomatici di una apprezzabile sconvolgimento delle abitudini quotidiane sia per l'assenza di rigorosa prova di esso sconvolgimento e comunque di un maggior *pretium doloris*, ciò dicasi conformemente all'orientamento della Terza Sezione del Tribunale adito, competente in via esclusiva per i danni alla salute.

6. *Azione di regresso*. La CASA *CP_3* ha domandato, in via subordinata che, in caso di accoglimento della domanda attorea, il PROF. *CP_1* fosse condannato a tenerla indenne. Anche quest'ultimo ha svolto omologa e contrapposta domanda.

Preliminarmente si osserva che una siffatta domanda deve essere qualificata come domanda riconvenzionale trasversale, posto che è stata formulata da un convenuto nei confronti di altro convenuto del medesimo giudizio.

Nel merito, tale contrapposta e reciproca domanda deve essere respinta per quanto emerso in ordine alla indistinguibilità di un differente o esclusivo apporto alla determinazione del danno.

7. Le spese, liquidate in parte dispositiva, seguono la soccombenza nei reciproci rapporti.

Le spese di CTP, come documentate e ritenute congrue, andranno rimborsate in applicazione del medesimo principio ed analogamente quelle per CTU, negli importi già liquidati, andranno definitivamente poste a carico delle parti convenute, con conseguente obbligo di rimborso a favore di quella attorea di quanto dalla stessa già anticipato a tale titolo.

P.Q.M.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705

Definitivamente pronunciando, ogni altra domanda, istanza ed eccezione disattese o assorbite, così provvede:

A. accoglie la domanda proposta da *Parte_1* nei confronti di *[...]* *CP_6* e di *Parte_2* e, per l'effetto, dichiarata la responsabilità contrattuale dei convenuti, li condanna al pagamento in solido, in favore di parte attorea, per le causali indicate in parte motiva, delle seguenti somme o poste:

a) **Euro 23.142,00 + Euro 10.200,00** a titolo di danno non patrimoniale, oltre interessi e rivalutazione come indicati in parte motiva;

b) delle spese di lite, che liquida in Euro 3.660,00 (per CTP) + 806,00 per spese ed Euro 10.800,00= per compensi, oltre rimborso forfetario 15%, oltre IVA, CPA, se dovuti e nelle aliquote legali;

c) delle spese per CTU, negli importi già liquidati, con conseguente obbligo e condanna, al rimborso a favore di parte attorea di quanto dalla stessa eventualmente già anticipato a tale titolo,

B. Dichiara la presente sentenza esecutiva ex lege.

Bologna 14.09.2017

Il Giudice

Dott. Pietro Iovino

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-705