N. R.G. 16611/2018

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. **16611/2018** promossa da:

Parte_1 con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] BOLOGNA, presso il difensore avv. [redacted]

ATTRICE

contro

parte_1, con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] BOLOGNA, presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli depositati telematicamente rispettivamente in data 4.05.2020 e 8.05.2020.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. Parte attrice ha agito in giudizio al fine di ottenere il risarcimento dei danni subiti per aver contratto un'infezione di origine nosocomiale in occasione dell'intervento di protesizzazione del ginocchio destro, eseguito presso l' *Organizzazione_1* di Bologna, in data 10.09.2014.

2. Parte convenuta, tempestivamente costituendosi in giudizio, ha chiesto il rigetto nel merito delle domande attoree ed ha formulato richiesta di chiamata in causa del dott. *Persona_1* sanitario che ha materialmente eseguito l'intervento di cui è causa. Tale ultima richiesta è stata rigettata con provvedimento del 29.01.2019.

3. La causa è stata istruita tramite l'escussione dei testi indicati da parte convenuta e tramite CTU, all'esito è stata trattenuta per la decisione con concessione dei termini *ex* art. 190 c.p.c.

4. Sulla responsabilità iatrogena in sintesi

4.1. Deve preliminarmente evidenziarsi, in via generale, che la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente va inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale e può conseguire sia all'inadempimento delle obbligazioni poste direttamente a carico della struttura stessa, sia all'inadempimento delle prestazioni medico-professionali svolte dai sanitari, ai sensi dell'art. 1228 c.c.

Il rapporto che si instaura tra paziente e struttura sanitaria, infatti, ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo – c.d. contratto di spedalità – da cui insorgono a carico della struttura sanitaria, oltre ad obblighi *lato sensu* alberghieri, anche obblighi di messa a disposizione del personale medico e di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie.

4.2. Dalla natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria – non incisa dalle disposizioni introdotte dalla l. 8 novembre 2012 n. 189 (c.d. legge Balduzzi) e dalla l. 8 marzo 2017 n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), disposizioni peraltro inapplicabili al caso di specie stante la loro irretroattività (sulla quale cfr., in relazione alla l. 8 marzo 2017 n. 24, Cass. civ. n. 26517/2017; da ultimo Cass. n. 28990/19 e n. 28994/19; per il merito cfr. Trib. Avellino 12.10.2017 n. 1806; in relazione alla l. 8 novembre 2012 n. 189, Trib. Udine 03.11.2015 n. 1429 e Trib. Rimini 03.06.2015) - discendono rilevanti conseguenze in tema di onere della prova.

E', infatti, il paziente che agisce in giudizio a dover dimostrare l'esistenza del contratto, l'aggravamento o l'insorgere *ex novo* di una patologia e il nesso causale tra tale patologia e l'intervento medico (in particolare, sull'onere della prova in tema di nesso causale, cfr. da ultimo Cass. civ. ord. n. 19204/2018), essendo invece esonerato dal provare la colpa della struttura convenuta.

Per contro, spetta alla struttura sanitaria fornire la c.d. prova liberatoria, dimostrando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza ossia che esso dipenda da causa non imputabile.

4.3. Ciò dicasi anche nel caso in cui il paziente agisca in giudizio nei confronti della struttura sanitaria ai sensi dell'art. 1228 c.c., lamentando, quindi, un inadempimento nella fase diagnostico-terapeutica da parte del personale medico, del quale la struttura si sia avvalsa indifferentemente in regime di collaborazione dipendente ovvero di collaborazione autonoma ed esterna (cfr. *ex multis* Cass. civ. n. 1620/2012 e Cass. civ. n. 8826/2007).

4.4. Nel caso di specie, a ben vedere, secondo le prospettazioni attoree è possibile astrattamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

qualificare la responsabilità imputata alla struttura sanitaria convenuta alla luce di entrambe le suddette fattispecie.

5. Sulla responsabilità della struttura sanitaria per colpa propria di organizzazione

5.1. Sotto un primo profilo, infatti, parte attrice imputa a parte convenuta una responsabilità per colpa propria, consistita, secondo la tesi attorea, nella mancata adozione di protocolli di prevenzione ed organizzazione adeguati o comunque nella mancata verifica del rispetto di tali protocolli.

5.2. Alla luce degli esiti dell'attività istruttoria svolta, tale prospettazione appare fondata.

5.3. Applicando i principi generali sul riparto dell'onere della prova desumibili dalla giurisprudenza formatasi in materia (cfr. SU n. 577/2008; ma anche nella giurisprudenza di merito, *ex multis* sul caso specifico, Trib. Agrigento, 2 marzo 2016, n. 370), deve affermarsi che anche nell'ipotesi di infezione nosocomiale, ossia contratta in ambito ospedaliero, gravi sul soggetto danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della patologia, ovvero dell'insorgenza di nuove patologie, oltre alla prova del nesso causale tra il pregiudizio lamentato e l'infezione, secondo un criterio di probabilità logica.

Diversamente, grava sulla struttura sanitaria l'onere di dimostrare, in astratto, di avere diligentemente operato sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi di igienizzazione della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive; nonché, in concreto, di aver attuato in modo puntuale e rigoroso tali profilassi nel caso oggetto di giudizio.

5.4. La conseguenza è che, il mancato raggiungimento della prova in ordine ad entrambe tali circostanze da parte della struttura sanitaria, comporta il rilievo di una responsabilità diretta nella causazione dell'infezione, per non aver messo a disposizione del paziente le attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva.

5.5. Orbene nel caso di specie, a fronte dell'adempimento dei propri oneri di allegazione e prova da parte dell'attrice – che ha provato l'esistenza del rapporto contrattuale, ha allegato l'inadempimento qualificato imputato alla controparte ed ha fornito quantomeno un principio di prova circa il nesso tra l'intervento e l'insorgenza dell'infezione, sia tramite presunzioni, sia producendo ben due consulenze di parte (cfr docc. 15 e 16), confermate in punto di accertamento del nesso causale dagli esiti della CTU medica, di cui si dirà nel prosieguo – parte convenuta non ha fornito idonea prova liberatoria.

5.6. Infatti, risulta provata l'adozione di protocolli astrattamente idonei per assicurare il rispetto delle precauzioni igieniche volte a prevenire l'insorgenza di infezioni ospedaliere (cfr. doc. 3 allegato al fascicolo di parte convenuta), ad indicare la corretta profilassi circa la sterilizzazione della strumentazione chirurgica (cfr. doc. 4) e circa la pulizia e disinfezione del blocco operatorio (cfr. doc. 5).

5.7. Parimenti, parte convenuta ha fornito la prova di aver predisposto idonei presidi organizzativi volti a controllare il fattivo rispetto di tali protocolli, attraverso l'intervento in fase di controllo tanto di articolazioni interne all'organizzazione della struttura (cd. *Organizzazione_2*, cfr. docc. 6 e 7 del fascicolo suddetto), quanto di enti esterni alla struttura stessa (con ricorso al controllo di società terze, cfr. doc. 8).

5.8. Ancora, la parte ha provato, tramite prova per testi, come generalmente le misure di sicurezza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

contemplate in astratto fossero attuate nella materiale esecuzione dei trattamenti chirurgici e terapeutici. Si vedano, a tal proposito, le dichiarazioni dei testi *Tes_1* *Testimone_2* *Testimone_3* ed *Testimone_4* i quali - pur ammettendo di non ricordare esattamente dell'intervento di cui è causa - hanno confermato il generalizzato rispetto delle misure di prevenzione contemplate dai protocolli sopra richiamati (cfr. verbale d'udienza del 27.06.2019).

5.9. Tuttavia non è stata di fatto raggiunta la prova della rigorosa e puntuale applicazione di tali profilassi igieniche nel caso di specie.

5.10. I testi già citati, infatti, pur confermando come generalmente tali profilassi siano rispettate, hanno apertamente riferito di non ricordare l'intervento di cui è causa, dunque non sono stati in grado di riferire sul pedissequo rispetto delle indicazioni profilattiche per la prevenzione di infezioni nello specifico caso in oggetto di giudizio.

5.11. Tale prova non viene raggiunta neanche attraverso la dichiarazione (verbalizzata nella medesima udienza di cui sopra) dalla teste *Tes_5* che ha riferito di aver svolto la propria attività di strumentista in occasione dell'intervento *de quo*, di ricordare precisamente l'operazione e di essere certa del rispetto di tutte le procedure di igienizzazione, sia del blocco operatorio sia della strumentazione utilizzata, previste dai protocolli allora vigenti.

5.12. Tralasciando che appare scarsamente credibile la circostanza che la strumentista, sentita come teste nel giugno 2019, ricordi con precisione ed esattezza ogni azione svolta nel corso di un intervento, tra i molteplici a cui si presume abbia preso parte nello svolgimento della propria attività lavorativa, risalente a circa cinque anni prima (ossia al settembre 2014) e che dunque potrebbero sollevarsi non pochi dubbi circa l'attendibilità delle sue dichiarazioni, va da sé se che le dichiarazioni della teste non coprano – e non posso ragionevolmente coprire – tutto il processo di profilassi di igienizzazione previsto dai protocolli allora vigenti.

Se è, infatti, verosimile che la teste, in qualità di strumentista, possa essersi occupata personalmente e possa dunque garantire circa l'igiene e la sterilità degli strumenti utilizzati nel corso dell'intervento, lo stesso non può di certo dirsi tanto per le procedure di igienizzazione del blocco operatorio, che la teste conferma essere state svolte da soggetti terzi – nel capitolo sul punto si parla di non meglio specificato "*personale sanitario*" – sulle cui azioni si presume che la stessa non possa avere avuto un controllo costante e diretto; quanto per il rispetto delle prescrizioni igieniche individuali da parte di tutti i soggetti presenti in sala operatoria (si osservi a tal proposito l'emblematica risposta del teste *[...] Tes_6* secondo operatore chirurgico, che richiesto di rispondere sulla circostanza che il personale sanitario abbia eseguito le procedure di igiene manuale, asepsi, antisepsi e asciugatura delle mani e degli avambracci, comprensibilmente ha risposto: "*Si è vero, io però non controllo quello che fanno gli altri operatori*" cfr verbale 27.06.2019).

5.12.1 Quanto appena espresso peraltro è corroborato dall'indiscutibile evidenza scientifica che, per quanto si osserverà in prosieguo, l'infezione ha prettamente origine nosocomiale e ciò dimostra che le procedure di sanificazione, siano esse dipendenti dal personale o dalla struttura operatoria o dagli attrezzi, non possono che aver avuto una falla, perché, altrimenti opinando, essa resterebbe inspiegabile.

5.13. Visto dunque il mancato raggiungimento della prova liberatoria richiesta alla parte convenuta alla luce dell'ordinario riparto dell'onere probatorio sopra illustrato, può di certo individuarsi un profilo di responsabilità per colpa propria della struttura sanitaria convenuta per omesso (ovvero inesatto) adempimento degli obblighi di protezione derivanti dal cd contratto di spedalità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

6. Sulla responsabilità colposa della struttura *ex* art. 1228 c.c.

6.1. Parimenti appare imputabile alla struttura un'ulteriore ipotesi di responsabilità ai sensi dell'art. 1228 c.c., in relazione al profilo di negligenza, riscontrato dal collegio dei CTU, che riguarda l'omissione (*rectius* la mancata prova) della materiale attuazione della completa profilassi antibiotica pre-operatoria da parte degli operatori sanitari coinvolti materialmente nel processo terapeutico.

6.2. Deve ribadirsi, come già sopra illustrato, che il paziente è legittimato ad agire nei confronti del presidio ospedaliero anche per danni determinati da condotte colpose del personale medico o ausiliario sanitario. Anche in questo caso, il titolo della responsabilità resta contrattualistico, ai sensi dell'art. 1228 c.c., e dunque la regola di ripartizione dell'onere probatorio già descritta nei paragrafi precedenti resta immutata in termini astratti.

6.3. Purtuttavia, a ben vedere, in questi casi cambia il contenuto dell'onere di prova gravante sulla struttura in concreto: oggetto di prova liberatoria è, infatti, non più la sola circostanza di aver adempiuto ai propri oneri organizzativi inerenti il c.d. contratto di spedalità o di aver correttamente scelto i propri collaboratori o vigilato su di essi, bensì l'assenza di qualsivoglia rimprovero di colpa in capo agli operatori sanitari operanti presso le proprie strutture.

La casa di cura, per rendersi esente da responsabilità *ex* art. 1228 c.c., è, in breve, tenuta a fornire specifica prova che i propri ausiliari abbiano agito conformemente a parametri di perizia, prudenza e diligenza, tali da indurre a ritenere che siano state adottate e osservate tutte le procedure necessarie ad evitare l'insorgere e la diffusione del processo infettivo, da intendersi come conseguenza, sebbene astrattamente prevedibile, in concreto non evitabile dell'intervento chirurgico *de quo*.

6.4. Ciò sul presupposto, ribadito finanche dalle ultime pronunce delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (cfr. sentenza n. 28987/2019), che la *ratio* della responsabilità solidale della struttura sanitaria ai sensi dell'art. 1228 c.c. si fonda sul principio per cui l'attività dell'ausiliario si incardina nel programma terapeutico originariamente elaborato dalla struttura, per la cui realizzazione essa si è necessariamente avvalsa dell'incaricato, essendogli naturalisticamente preclusa, *ipso facto*, ogni possibilità di adempimento diretto.

Per tale motivo, il citato art. 1228 c.c. "*fonda, l'imputazione al debitore degli illeciti commessi dai suoi ausiliari sulla libertà del titolare dell'obbligazione di decidere come provvedere all'adempimento, accettando il rischio connesso alle modalità prescelte, secondo la struttura di responsabilità da rischio d'impresa (cuius commoda eius et incommoda) ovvero, descrittivamente, secondo la responsabilità organizzativa nell'esecuzione di prestazioni complesse*" (cfr. sent. cit.)

6.5. In breve, se la struttura si avvale dell'opera dei sanitari persone fisiche, la stessa si trova anche a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati, non già per mera colpa *in eligendo* degli ausiliari o *in vigilando* circa il loro operato, bensì per il rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (così Cass. n. 6243/2015).

6.6. Ciò premesso in via generale, si è detto come nel caso di specie possa individuarsi un profilo di responsabilità, ulteriore rispetto a quello illustrato ampiamente nei paragrafi precedenti (cfr. paragrafi 5 ss), posto che "*sussiste un'inosservanza di doverosa regola di condotta (i.e. mancata prova documentale di avvenuta somministrazione di profilassi antibiotica) nella fase preoperatoria dell'intervento chirurgico di posizionamento di protesi totale di ginocchio eseguito in data 10.09.2014* (così a pag. 32 CTU), ossia nella somministrazione di tale profilassi che non risulta adeguatamente provata.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

6.7. Un simile inadempimento è stato puntualmente riscontrato dal collegio dei CTU, le cui conclusioni sono da ritenersi pienamente condivisibili in questa sede, non essendo emerse ragioni per discostarsene, vista anche la complessità tecnica della materia, che richiede necessariamente alte competenze scientifiche, ed il rigore scientifico e logico intrinseco dell'elaborato, che non viene sconfessato, bensì corroborato, dagli ulteriori elementi emersi dagli atti di causa.

6.8. Orbene, la CTU è addivenuta a tale rilievo di colpa evidenziando alcune importanti discrepanze ed incongruenze nella documentazione medica contenuta nella cartella clinica in atti.

In particolare, viene evidenziato che:

- correttamente, nella *"Scheda terapia somministrazione unica"* dei farmaci, compilata da un medico la cui firma risulta non leggibile, si indica la prescrizione della somministrazione per via endovenosa di 2 gr dell'antibiotico *Pt_2* , alle ore 8 del 10.09.2014 (cfr. cartella clinica *sub* doc. 1 fascicolo attoreo ma anche figura 1 pag. 15 CTU).

  Tale prescrizione appare astrattamente conforme alla profilassi contro le infezioni ospedaliere, pur indicando una tempistica di somministrazione anticipata di 15 minuti rispetto all'orario previsto dalla letteratura di merito (ovvero 30 minuti prima dell'intervento chirurgico, che è iniziato nel caso di specie alle ore 8:45) e pur essendo il *Pt_2* una cefalosporina di 3ª e non 2ª generazione (mentre "*dalle Linee Guida dedotte dal primo Consensus Meeting Mondiale sulle infezioni periprotesiche di Philadelphia del 2013 è stata confermata l'indicazione all'utilizzo di una cefalosporina di prima o seconda generazione per la profilassi pre-operatoria chirurgica di routine"*, così pag.17 CTU);

- nella *"Scheda terapeutica"* è invece genericamente riportata la somministrazione del suddetto antibiotico a partire dal 10.09.2014 fino al 14.09.2014 *(*cfr. cartella clinica *sub* doc. 1 fascicolo attoreo ma anche figura 2 pag. 16 CTU), senza ulteriori specificazioni di sorta;

- nella *"Cartella anestesiologica"* riferita all'intervento eseguito in data 10.09.2014 (pur riportante la data del 13.01.2014), non risulta indicata alcuna somministrazione di farmaci antibiotici prima dell'intervento (cfr. cartella clinica *sub* doc. 1 fascicolo attoreo ma anche figura 3 pag. 16 CTU);

- più in generale, manca una "*check list*" pre-operatoria che consenta, da un lato, di integrare le varie informazioni cliniche e farmacologiche presenti in cartella e, dall'altro, provi l'osservazione del CTP di parte convenuta per cui la "*scheda terapia somministrazione unica*" sarebbe stata compilata "*come solitamente accade*" "*direttamente dal medico anestesista in sala operatoria, prima dell'intervento e prima dell'anestesia, e firmata dalla infermiera professionale Pt_3 a conferma della procedura effettuata*", mentre la "*scheda terapeutica"* sarebbe stata "*compilata dall'internista del reparto*" "*come solitamente accade*" (così pag. 1 e 2 osservazione CTP di parte convenuta).

6.9. A tale ultimo proposito, deve osservarsi come, la suddetta giustificazione fornita dal CTP di parte convenuta alle incongruenze riscontrate in cartella clinica, oltre ad essere fondata sulla mera allegazione di prassi tuttavia prive di qualsivoglia riscontro concreto ed univoco, appare parziale, non giustificando affatto la mancata indicazione della somministrazione del farmaco antibiotico che emerge dalla "*Cartella anestesiologica*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

6.10. Parimenti infondate appaiono le ulteriori censure mosse all'elaborato peritale da parte convenuta nella propria comparsa conclusionale.

6.10.1 In primo luogo, infatti, non appare condivisibile l'affermazione per cui l'accertamento operato dal CTU appaia esorbitante rispetto al quesito sottoposto.

Gli esiti della CTU sono invero del tutto conferenti – nel verificare il rispetto integrale dei protocolli di igiene e profilassi pre, intra e post operatoria - rispetto al quesito, con il quale si chiedeva agli ausiliari del giudice di accertare "*in base a criteri medici in genere, traumatologici e/o chimico fisici che vorrà specificare- se le lesioni denunciate siano obiettivamente riconducibili alla dinamica del fatto dannoso quale emerge dagli atti di causa (inclusi i rapporti di pubbliche autorità e le deposizioni dei testi o interrogatorio di parti) con particolare riferimento all'infezione nosocomiale attribuita all' intervento del settembre 2014, valutando sia l'adeguatezza dell'intervento praticato sia di quelli successivi sia l'operato dei medici ivi coinvolti* […] *In particolare affermi come il caso avrebbe dovuto essere trattato secondo le linee guida e le buone prassi accreditate dalla comunità scientifica e se le determinazioni terapeutiche adottate nel caso specifico fossero congrue e comportassero o meno la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, tenuto nel debito conto i protocolli di igiene e profilassi adottati dai convenuti e la loro attuazione per come emersa dalla prova testimoniale espletata*" (cfr. verbale 21.05.2019).

6.10.2 Neppure coglie nel segno la censura circa l'asserita mancanza di una specifica allegazione di parte attorea in merito alla peculiare condotta colposa individuata dai CTU.

L'allegazione attorea in merito all'inadempimento dei sanitari, infatti, appare sufficientemente specifica, ove indica nell'"*aver omesso le misure precauzionali nelle tre fasi preoperatoria, operatoria e postoperatoria*" (così pag. 11 dell'atto di citazione) la violazione di diligenza imputata alla convenuta.

Tale allegazione appare altresì qualificata (secondo la definizione fornita dalle Sezioni Unite n. 577/2008), ove l'attrice individua l'inadempimento allegato come causa efficiente astrattamente idonea a cagionare i danni lamentati.

6.10.3 Peraltro, anche in forza del principio di vicinanza della prova e data la natura contrattualistica della responsabilità *de qua*, sarebbe stato irragionevole richiedere alla paziente uno più specifico onere di allegazione, obbligandola di fatto ad indicare il particolare segmento del trattamento sanitario posto in essere senza la dovuta osservanza delle profilassi igieniche astrattamente previste, a cui possa dirsi in concreto collegato il contagio.

Tanto più che tale individuazione appare estremamente difficoltosa in caso di insorgenza nosocomiale dell'infezione, anche all'esito di un approfondito esame tecnico, posto che lo stesso CTU ha riferito che è pressoché impossibile identificare il momento esatto dell'insorgenza dell'infezione, specie ove manchi – come nel caso di specie – idonea prova che documenti che tutti i mezzi atti a scongiurare tale infezione siano stati messi in atto (cfr. pag. 28 CTU). Come già in parte anticipato e come meglio si dirà in seguito, è evidente che, data la particolare natura dell'agente patogeno isolato, il contagio non può che essere avvenuto nella struttura sanitaria e che è del tutto inverosimile ipotizzare una causa alternativa del contagio lecita o comunque con portata "scriminante" per il debitore della prestazione sanitaria.

6.11. Superate dunque tali censure e tornando al merito delle valutazioni operate dal CTU, appare evidente che le discrasie documentali accertate non consentono di ritenere la cartella clinica in atti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

completa e dunque idonea a provare il corretto espletamento della profilassi antibiotica pre-operatoria indicata dalle linee guida in materia.

Se è, infatti, vero che la giurisprudenza (cfr da ultimo Cass. civ. Ord. n. 27471/2017) ritiene che le attestazioni contenute in una cartella clinica, redatta indifferentemente da un'azienda ospedaliera pubblica o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico, hanno natura di certificazione amministrativa, cui è applicabile lo speciale regime di cui agli artt. 2699 e ss. c.c., quantomeno limitatamente alle trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, è altrettanto vero che appare arduo applicare un simile principio al caso in cui la cartella clinica manifesti forti carenze sotto il profilo dell'integrità, della completezza e della coerenza delle informazioni ivi contenute. In particolare, poi, la Suprema Corte ha costantemente e condivisibilmente ricordato che "*Le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova; in ogni caso, le attestazioni della cartella clinica, ancorché riguardante fatti avvenuti alla presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti (e non la valutazione dei suddetti fatti) non costituisce prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo il quale nessuno può precostituire prova a favore di se stesso.*" (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 10695 del 27/09/1999 Rv. 530296 – 01; e conformemente Cass. Sez. 3, Sentenza n. 5296 del 18/09/1980 Rv. 409152 – 01)

D'altronde la stessa giurisprudenza di legittimità, in più di un'occasione, ha affermato che "*in tema di responsabilità medica, la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato*" (così Cass. n. 27561/2017, ma anche tra le altre, Cass. n. 1538/2012; Cass. n. 10060/2010; Cass. n. 6209/2016).

6.11.1 E' dunque evidente come proprio l'incompletezza (ovvero l'incoerenza) delle informazioni riportate nella cartella clinica sia una circostanza di fatto che il giudice può legittimamente valutare ai fini della prova della condotta colposa del medico astrattamente idonea a causare il danno.

Ciò non in modo automatico, ma accertando se:

- l'accertamento della colpa del medico ovvero l'esistenza del nesso di causa tra condotta del medico e danno del paziente non possa essere accertata proprio a causa della incompletezza della cartella;

- il medico abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a causare il danno (così Cass. 12218/2015, che richiama la sentenza capostipite Cass. n. 12103/2000 e poi, nello stesso senso, Cass.. n. 10060 /2010 e Cass. n. 12273/2004).

Nel caso concreto, possono ritenersi sussistenti entrambi questi presupposti.

Da un lato, infatti, emerge un evidente profilo di incertezza circa il corretto espletamento della profilassi antibiotica indotto dalla difettosa tenuta della cartella clinica; all'altro, una condotta alternativa dei sanitari conforme a tale profilassi avrebbe potuto evitare il danno patito da parte attrice, potendosi dunque dedurre una astratta idoneità della condotta concreta dei sanitari a causare il danno.

6.11.2 Dunque può ben dirsi che la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari pregiudicherebbe sul piano probatorio il paziente, se allo stesso – anche in ossequio al principio di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

vicinanza della prova – non venisse consentito di ricorrere a presunzioni a fronte dell'impossibilità di fornire prova diretta della condotta colposa, a causa dello stesso comportamento negligente nella tenuta della documentazione medica della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato (così Cass. Sent. n. 6209/2016, ma anche Cass. 12218/2015).

6.12. A ciò si aggiunga, che tale impostazione appare coerente con il riparto dell'onere probatorio che regola la materia di cui è causa, poiché se sono la struttura ed i sanitari a dover fornire la prova liberatoria *ex* art. 1218 c.c., il mancato raggiungimento di tale prova, o anche il mero dubbio sull'esattezza dell'adempimento, tanto più se determinato proprio dalla condotta dei sanitari che siano stati negligenti nella tenuta della documentazione medica, non può che ricadere a loro carico.

6.13. Dunque, è evidente che sia possibile attribuire alla struttura, oltre alla responsabilità per colpa propria in organizzazione, un profilo di responsabilità *ex* art. 1228 c.c., per non aver la stessa adempiuto al proprio onere di fornire prova liberatoria in merito all'assenza di qualsivoglia profilo di colpa nell'operato dei sanitari, non essendo stato dimostrato né che gli operatori sanitari abbiano diligentemente adempiuto ad una completa profilassi antibiotica pre-operatoria, né che l'inesatto adempimento sia stato determinato da un evento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza.

7. Sul nesso causale

7.1. Da ultimo, si osserva come appaia altresì provato il nesso causale tra il duplice inadempimento colposo descritto nei precedenti paragrafi 5 e 6 (ossia l'incompleta profilassi antibiotica che, combinata alla falla nella profilassi igienica, ha consentito l'insorgere dell'infezione da contaminazione batterica) ed i danni lamentati da parte attrice.

7.2. Posto che è pacifica la difficoltà - se non la sostanziale impossibilità - di identificare l'esatto momento al quale ricondurre l'infezione, è evidente come al fine di accertare la sussistenza del nesso causale si possa (e si debba necessariamente) far ricorso a presunzioni e ad un criterio logico-probabilistico.

Non può, infatti, che ritenersi sussistente il nesso causale ove si accerti una concreta relazione probabilistica tra una determinata condotta colposa (in tal caso, l'omesso completo esperimento della profilassi antibiotica pre-operatoria) e un determinato evento di danno (nel caso di specie, l'infezione batteria), in base al canone logico del "più probabile che non", da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata (in questo caso volta proprio a scongiurare l'insorgenza di infezioni batteriche).

7.3. Orbene, appare evidente come, nel caso di specie, tale relazione probabilistica sussista.

7.4. Il collegio dei CTU ha ben evidenziato come le caratteristiche microbiologiche del batterio che ha determinato l'infezione, il sito in cui la stessa si è sviluppata e l'andamento clinico della paziente nel periodo post-operatorio, da quanto emerge dalla documentazione medica in atti, possano considerarsi indici presuntivi, che consentono di classificare l'infezione, secondo un criterio di alta probabilità, come di origine nosocomiale, anche alla luce della letteratura medico-scientifica sul tema (pag. 29 CTU).

7.5. Quanto al primo aspetto, relativo alle caratteristiche microbiologiche del batterio, i CTU hanno infatti rilevato come "*i risultati degli esami colturali effettuati su liquido di artrocentesi in data 09.12.2014 e sui tessuti periprotesici prelevati in occasione dell'intervento di rimozione della protesi in data 25.02.2015, evidenziavano la presenza di un batterio del tipo Staphylococcus epidermidis e*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

confermavano il sospetto di mobilizzazione settica sollevato dal Dott. Per_1 *in occasione della visita del 09.12.2014. Tale riscontro è in accordo con i dati desunti dalla Letteratura scientifica; infatti, le infezioni ospedaliere sono sostenute per la maggior parte da batteri anaerobi con prevalenza dello Staphylococcus epidermidis (94%). Dai referti di antibiogramma eseguiti sulle colture di Staphyloccus epidermidis emerge che questo microrganismo fosse resistente a plurimi antibiotici, ulteriore elemento a sostegno di una infezione promossa da un batterio acquisito in ambito ospedaliero, ambiente foriero di infezioni da parte di batteri multiresistenti"* (pagg. 20 ss CTU).

7.6. Quanto al secondo aspetto, circa il sito dell'infezione, è emblematico come la stessa si sia sviluppata proprio nella medesima zona (ginocchio destro) sottoposta solo poco tempo prima all'insorgere dei sintomi infiammatori ad intervento chirurgico, tanto da determinare mobilizzazione settica della protesi, già ipotizzata nel dicembre 2014 e, poi, accertata in data 25.02.2015 con conseguente necessità di intervento di "*rimozione delle protesi in tutte le componenti presenti, ampio cutterage e debridment dei tessuti ossei e dei tessuti molli*" (docc. 3 e 4 fascicolo attoreo).

7.7. Infine, quanto all'andamento clinico post operatorio, lo stesso è stato esaustivamente ricostruito dal collegio dei CTU (pag 19 ss CTU), e mostra come:

- la paziente, già durante il ricovero e nei giorni successivi all'intervento, presentava un rialzo leucocitario ed un ginocchio "*tumido e dolente*" ancora in data 19.09.2014 (dunque nove giorni dopo l'intervento). Tali sintomi lasciano desumere, secondo il parere dei CTU, che già durante la degenza presso il Organizzazione_3, l'odierna attrice manifestasse una infiammazione al ginocchio dovuta, non solo, ai naturali esiti dell'intervento, ma anche, all'infezione batterica già in atto;

- la stessa veniva dimessa "*in assenza di segni di sofferenza*" in data 23.09.2014, senza che a lettera di dimissioni riporti "*alcuna obiettività del ginocchio operato*" (pag. 28 CTU). Posto che tale laconico referto non consente di appurare quale fosse lo stato obiettivo del ginocchio operato al momento della dimissione, può tuttavia osservarsi l'incongruenza tra il documento di dimissione, che riferisce l'assenza di segni di sofferenza, ed il "*raccordo anamnestico reso in occasione delle indagini peritali"*, posto che "*la sig.ra* Parte_4 *dopo la dimissione del 23.09.2014 ha continuato a manifestare dolore al ginocchio operato e, dopo la radiografia programmata per il 10.10.2014, è stata sottoposta ad una seconda radiografia in data 28.11.2014 per indagare il motivo del persistere della sintomatologia algo-disfunzionale"* (pag. 28 cit.);

- l'esame radiografico del 28.11.2014 evidenziava un "*vallo di radiotrasparenza in sede periprotesica*" che non era riscontrabile nella precedente radiografia del 10.10.2014. Tale circostanza – lungi dal corroborare la generica, e non provata, allegazione di parte convenuta per la quale l'infezione sarebbe stata contratta in epoca successiva all'intervento e dunque per cause indipendenti dal proprio operato – appare giustificata dalla necessità del trascorrere di un certo arco temporale perché l'infiammazione generi esiti ossei evincibili dall'esame radiologico (pag. 20 CTU). Tale evoluzione corrobora dunque la tesi dell'origine nosocomiale e risalente all'intervento di protesizzazione di cui è causa, essendo indice, sempre secondo il condivisibile parere dei CTU, di una infiammazione articolare risalente e perdurante;

- già in data 09.12.2014, il Dott. Per_1 sollevava un sospetto di "*mobilizzazione settica*" ed effettuava esami colturali sul liquido di artrocentesi del ginocchio operato, rilevando la presenza di *Staphylococcus epidermidis*;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

- in data 25.02.2015 la Sig.ra Pt_1 che ancora presentava "*ginocchio destro globoso, caldo, mobile per 90° con dolore*", veniva sottoposta ad intervento di "*rimozione di protesi e posizionamento di spaziatore dinamico*", in quell'occasione venivano effettuati prelievi di tessuto periprotesici, risultati positivi a *Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus mitis/oralis*, batteri peraltro risultanti, dai referti di antibiogramma, resistenti a plurimi antibiotici, caratteristica tipica dei batteri acquisiti in ambiente ospedaliero.

Dunque, anche il decorso post operatorio fa ragionevolmente presumere l'insorgenza nosocomiale dell'infezione, da ricondursi con elevato grado di probabilità proprio all'intervento di protesizzazione del settembre 2014.

7.8. Ciò posto, appare opportuno prendere brevemente posizione sulle censure mosse, in sede di comparsa conclusionale, da parte convenuta circa tale ricostruzione del nesso causale operata dal CTU:

- in primo luogo, deve osservarsi come non sia condivisibile affermare che "*le problematiche lamentate dalla Sig.ra Pt_1 si sono verificate a distanza di mesi dall'intervento"*(doc. 15).

Il decorso post operatorio come descritto nei paragrafi precedenti, infatti, dimostra come indici di un'infezione già in atto possono riscontrarsi negli esami ematologici svolti nei giorni successivi all'intervento, come la danneggiata abbia continuativamente riferito dolore nei giorni a seguire e come già con esame radiografico del 28.11.2014 (dunque a poco più di due mesi dall'intervento) si siano manifestati esiti ossei di una infezione molto verosimilmente risalente nel tempo.

Dunque può dirsi che la danneggiata abbia manifestato i primi segni dell'infezione già nel primo mese a seguire l'intervento, tanto da indurre i CTU a qualificare l'infezione *de qua* come infezione precoce "*nella stragrande maggioranza dei casi dovuta a contaminazione diretta dei materiali e/o dell'arena operatoria"* e che generalmente, come anche nel caso di specie, coinvolge patogeni come "*stafilococchi meticilino-resistenti e coagulasi negativi come lo Staphylococcus epidermidis*" cfr. pag. 19 CTU);

- neppure appare provata l'affermazione per cui sarebbe stato l'intervento di altri specialisti, che avrebbero visitato la danneggiata presso altre e diverse strutture, a cagionare il peggioramento alla salute lamentato dall'attrice.

Va in merito osservato che è onere specifico della convenuta provare eventuali eventi idonei a interrompere il nesso causale tra la propria condotta ed il danno e che tale onere non sia stato affatto adempiuto nel caso di specie.

Premesso, infatti, che la generica allegazione suddetta non è corroborata da alcuna prova che attesti l'incidenza causale di tali ulteriori interventi sulle condizioni di salute dell'attrice, l'affermazione sembra altresì smentita da quanto emerge dagli atti di causa (e non è per vero contestato da parte convenuta, che anzi riconosce espressamente tale circostanza a pag. 16 della comparsa conclusionale), circa il fatto che la danneggiata si sarebbe rivolta ad altri specialisti solo dopo l'insorgere dei sintomi dell'infezione, circostanza che esclude che tali soggetti terzi possano aver avuto un ruolo causale diretto nell'insorgenza della stessa.

7.9. Tutti i rilievi fin qui svolti, unitamente al fatto che non sono emersi, né per vero sono stati contestati, pregressi interventi invasivi posti in essere sul ginocchio antecedentemente all'intervento di cui è causa o comunque uno stato infettivo pregresso a carico dell'articolazione operata, consentono di ritenere provato con un ragionevole grado di certezza che l'infezione sia insorta in occasione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

dell'intervento chirurgico *de quo* o comunque nelle giornate immediatamente successive (i.e. "*tramite la soluzione di continuo suturata creata con l'intervento*" cfr. 32 CTU).

8. Sui danni risarcibili e sulla loro quantificazione

8.1. Accertato il nesso di causalità materiale tra le condotte colpose imputabili alla parte convenuta e l'insorgenza dell'infezione batterica, è necessario selezionare, nell'ambito del più ampio quadro menomativo che interessa l'odierna attrice, quali siano i danni risarcibili poiché connessi in via immediata e diretta, in base ad un nesso di cd. causalità giuridica, agli illeciti imputati alla parte convenuta.

8.2. In particolare, dall'esame della documentazione medica in atti e dagli esiti della CTU medico-legale, emerge come gli esiti, eziologicamente connessi alle condotte colpose sopra accertate, siano consistiti nella "*mobilizzazione settica della protesi totale di ginocchio posizionata in data 10.09.2014, con persistente gonalgia destra, versamento endoarticolare e deficit funzionale articolare a carico del ginocchio operato e necessità di intervento di rimozione della protesi stessa in data 25.02.2015 e di intervento di revisione con impianto di componenti non cementate in data 18.06.2015 e successivo sviluppo di un "Quadro Morboso Finale", stabilizzato, caratterizzato da gonalgia destra continua, lieve deficit flessorio del ginocchio destro, lieve deficit deambulatorio e cicatrice nastriforme ipocromica in posizione pararotulea mediale, retraente nel terzo medio."* (così pag. 22 CTU).

8.3. A fronte di tale rilievo appare utile analizzare le singoli voci di danno così da pervenire ad un loro corretta quantificazione in termini risarcitori.

9. Sul danno biologico permanente

9.1. Gli esiti permanenti del quadro menomativo riscontrato dai CTU, consistono in "*esiti cicatriziali ipocromici alla superficie anteriore del ginocchio in corrispondenza della proiezione cutanea della rotula, sindrome algo-disfunzionale a carico del ginocchio destro e deficit flessorio di 25 gradi della gamba sulla coscia in ri-protesizzazione del ginocchio."* (pag. 33 CTU).

9.2. Ai fini della corretta quantificazione dei danno biologico risarcibile, è tuttavia necessario evidenziare come la maggiore invalidità permanente descritta, derivata dall'insorgere dell'infezione, sia andata ad indebolire un organo già compromesso, aggravando gli esiti fisiologici di un intervento che si era già reso necessario vista patologia pregressa all'articolazione del ginocchio da cui la danneggiata era affetta.

9.3. Ciò posto, al fine di pervenire ad una corretta quantificazione di tutti e soli i danni eziologicamente connessi alla condotta illecita della convenuta, è necessario escludere dalla quantificazione dei danni risarcibili la percentuale di menomazioni che si sarebbero in ogni caso prodotte a seguito di un intervento di protesizzazione di ginocchio correttamente eseguito, ove dunque non si fosse manifestata alcuna l'infezione nosocomiale.

9.4. A tal fine, a fronte di una invalidità complessiva residuata dall'intervento a carico dell'odierna attrice quantificata dai CTU in una percentuale compresa tra il 19 ed 20 % di invalidità, gli esiti fisiologici ed inevitabili dell'intervento, reso necessario dalla pregressa sofferenza dell'articolazione del ginocchio operato, sono stati quantificati dal CTU nella misura del 15%, e dunque il danno differenziale risarcibile, in quanto strettamente connesso all'insorgere dell'infezione nosocomiale, è stimabile tra il 4 ed il 5%.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

9.5. Tale percentuale, contestata dal CTP di parte convenuta e finanche dalla difesa della parte stessa in comparsa conclusionale, è stata congruamente giustificata dai CTU in forza della "*obiettività rilevata in sede di visita medico-legale durante le operazioni peritali, che, in base agli orientamenti di guida suggeriti dalla Org_4 , permette di collocare la sig.ra Pt_1 nella classe II degli esiti di intervento di protesi di ginocchio anziché nella classe I, classe alla quale apparterrebbe se non avesse subito un'infezione nosocomiale del ginocchio con conseguente mobilizzazione settica della protesi, necessità di un intervento di rimozione e di un successivo intervento di revisione della protesi stessa."* (pag. 29 CTU).

9.6. Orbene, applicando le coordinate fornite in tema di danno differenziale dalla più recente giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. n. 28986/2019), è evidente che degli esiti che si sarebbero comunque prodotti in capo alla danneggiata "*si deve tenere conto nella liquidazione del risarcimento, non già nella determinazione del grado percentuale di invalidità permanente, il quale va determinato sempre e comunque in base all'invalidità concreta e complessiva riscontrata in corpore, senza innalzamenti o riduzioni, i quali si tradurrebbero in una attività liquidativa esulante dai compiti dell'ausiliario medico-legale* […], *monetizzando l'invalidità accertata e quella ipotizzabile in caso di assenza dell'illecito, e sottraendo l'una dall'altra entità*".

Orbene, quanto al primo passaggio - ossia alla quantificazione della percentuale di invalidità permanente, si è già detto come essa sia stata complessivamente quantificata dal CTU in una percentuale compresa tra il 19% ed il 20%.

Venendo invece al secondo passaggio - quello relativo alla concreta liquidazione del danno, nel rispetto di criteri che siano conformi ai principi generali di integralità e proporzionalità del risarcimento - la stessa giurisprudenza di legittimità ritiene che il danno biologico risarcibile debba consistere nella differenza "*tra le conseguenze complessivamente patite dalla vittima dell'infortunio (i postumi complessivi), e le più lievi conseguenze dannose che la vittima avrebbe invece teoricamente dovuto tollerare[…] se l'infortunio non si fosse verificato*."(cfr. Cass. cit.).

9.7. La Suprema Corte ha precisato altresì che "*una volta stabilito il grado di invalidità permanente effettivo patito della vittima, e quello presumibile se il sinistro non si fosse verificato, la liquidazione del danno non può certo avvenire sottraendo brutalmente il secondo dal primo*", posto che il risarcimento del danno alla salute "*sia quando è disciplinato dalla legge, sia quando avvenga coi criteri introdotti dalla giurisprudenza, avviene comunque con modalità tali che il quantum debeatur cresce in modo più che proporzionale rispetto alla gravità dei postumi*".

In concreto, dunque, dovrà procedersi al calcolo del danno biologico permanente risarcibile come conseguenza immediata e diretta delle responsabilità accertate ai sensi dell'art. 1223 c.c., in primo luogo, stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo (risultante cioè dalla somma tra la menomazione complessiva e quella causata dall'illecito) e convertendola in denaro; in secondo luogo, stimando in punti percentuali l'invalidità teoricamente indipendente dall'illecito e convertendola in denaro; infine, sottraendo il secondo importo al primo.

9.8. Applicando nel caso di specie tali indicazioni, considerato che l'invalidità complessiva accertata sulla danneggiata, di anni 67 ai tempi dell'intervento, è stata quantificata in una percentuale del 19-20% (operando la conversione in denaro dei punti di invalidità macroscopica con riferimento ai valori di cui alle Tabelle di Milano nell'ultima versione aggiornata, pari ad Euro 56.372,00) e considerato che l'invalidità astrattamente indipendente all'illecito è stata quantificata in una percentuale 15% (operando la medesima conversione di cui sopra, pari ad Euro 35.882,00), il danno biologico permanente va quantificato in complessivi 20.490,00 Euro.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

10. Sul danno da invalidità temporanea

10.1. Venendo alla domanda attorea di liquidazione del danno da invalidità temporanea, le menomazioni accertate dai CTU – non contestate peraltro né da parte convenuta né da parte attrice, che anzi le ha espressamente richiamate nella propria comparsa conclusionale - sono consistite in "*persistente gonalgia destra, versamento endoarticolare e deficit funzionale articolare a carico del ginocchio operato, e piastrinopenia*", per la durata complessiva di 10 mesi, determinando in particolare:

- 34 giorni di invalidità temporanea totale;
- 30 giorni di invalidità temporanea al 50%;
- 240 giorni di invalidità temporanea al 25%.

Calcolando, dunque, per ogni giorno di invalidità temporanea al 100% il valore risarcitorio minimo della forbice indicata dalle Tabelle di Milano aggiornate al 2018 (pari a 98,00 Euro) – il danno da invalidità temporanea dovrà essere quantificato in complessivi 10.682,00 Euro.

11. Sulla domanda di personalizzazione

Va invece rigettata la domanda di personalizzazione formulata dall'attrice, posto che – oltre ad essere la stessa assolutamente generica – non sono stati affatto provati i relativi presupposti.

11.1. La misura *standard* del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (nel caso di specie, le Tabelle di Milano aggiornate al 2018) può infatti essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, posto che le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'*id quod plerumque accidit* (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento (*ex multis* Cass. civ. n. 23469/2018).

Orbene nel caso di specie non è affatto emerso che le lesioni patite abbiano inciso negativamente su specifici e peculiari aspetti della dimensione dinamico-relazionale di parte attrice, la quale – anche a fronte della necessità di sottoporsi ad un ulteriore intervento chirurgico di rimozione della protesi impiantata il 10.09.2014, con il relativo prolungamento dell'*iter* clinico – non ha subito un grado di sofferenza di entità eccezionale, bensì di entità media nei primi due mesi dall'intervento e di entità medio- lieve o lieve nel rimanente periodo di inabilità temporanea (cfr. 34 CTU).

11.2. A fronte di tale valutazione, può ben dirsi che la danneggiata non ha affatto patito conseguenze anomale, eccezionali e peculiari tali da indurre il riconoscimento della personalizzazione richiesta.

12. Sul risarcimento del danno patrimoniale

Dovrà invece essere accolta la domanda di risarcimento del danno patrimoniale ed in particolare di rifusione delle spese mediche come allegate e documentate da parte attrice (cfr. docc. 19-40 fascicolo attoreo), nonché ritenute congrue dai CTU, da quantificare in complessivi 916, 50 Euro.

13. Sulla rivalutazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

13.1. Sulle somme tutte indicate, previa ovvia devalutazione – ove necessario - trattandosi di somme non perfettamente attualizzate alle Tabelle Milanesi 2018, andranno corrisposti l'ulteriore rivalutazione, secondo gli indici ISTAT di categoria dalla data dell'intervento ovvero dell'esborso effettivo (per le sole spese), 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 della danneggiata qual era prima del fatto illecito che ha generato il danno, sino alla data della decisione definitiva.

13.2. 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).

13.3. 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*.

14. Sulle spese di lite

Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo, tenuto conto dei valori indicati da DM 55/2014 in base ai valori medi riconosciuti per le fase di studio, introduttiva, istruttoria e decisionale, in relazione allo scaglione di riferimento individuato in base al valore della quota della domanda accolta.

Le spese di CTU, seguendo il medesimo criterio di soccombenza, sono altresì definitivamente poste a carico di parte convenuta, che va condanna a rimborsare a parte attorea quanto dalla stessa già anticipato a tale titolo.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- Condanna *CP_1* *Controparte_1* a corrispondere a *Parte_1*, a titolo risarcitorio, le seguenti somme:
  - 20.490,00 Euro a titolo di risarcimento da invalidità permanente;
  - 10.682,00 Euro a titolo di risarcimento da invalidità temporanea;
  - 916,50 Euro a titolo di risarcimento del danno patrimoniale;

  oltre ad interessi e rivalutazione come indicati in parte motiva;
- condanna altresì *Controparte_1* a rimborsare a *Parte_1* le spese di lite, che si liquidano in € 835,80 per spese, € 7.254,00 per compensi, oltre spese generali 15%, IVA e CPA;
- pone le spese di CTU definitivamente in capo alla parte convenuta *Controparte_1*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516

CP_1 , che condanna a rimborsare a parte attorea quanto dalla stessa già anticipato a tale titolo.

Bologna, 10.12.2020

Il Giudice

dott. Pietro Iovino

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-516