REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI BOLOGNA

TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice Dott.ssa Daniela Nunno
ha pronunciato la seguente

SENTENZA NON DEFINITIVA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **2398/2021** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso i difensori

ATTORE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso il difensore

Controparte_2

[...] (C.F. *P.IVA_2*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. [redacted]

CONVENUTI

CONCLUSIONI

PARTE ATTRICE *Parte_1* :

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

"Voglia l'Ill.mo Tribunale di Bologna, ogni contraria istanza disattesa e respinta: - accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale e/od extracontrattuale dei convenuti nei confronti del signor Pt_1 per i danni da quest'ultimo subiti in conseguenza dei fatti per cui è causa, per le ragioni in fatto ed in diritto enunciati nel ricorso introduttivo;

- dichiarare tenuti e, conseguentemente, condannare i convenuti, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, in via solidale ovvero per quanto di ritenuta e rispettiva responsabilità, al risarcimento, in favore del signor Pt_1 , di tutti i danni a questi cagionati in conseguenza dei fatti descritti nel ricorso introduttivo, nella misura indicata nella parte espositiva del ricorso introduttivo, secondo i parametri e le indicazioni contenute nella CTU, ovverosia, nella diversa misura da liquidarsi anche in via equitativa, all'esito dell'espletata istruttoria.

Oltre rivalutazione monetaria ed interessi di legge dal dì del dovuto al saldo.

Con vittoria di spese, competenze e spese generali, anche del giudizio ex art. 696 bis c.p.c., oltre IVA e CPA come per legge."

PARTE CONVENUTA *Controparte_1*

"Voglia l'Ill.mo Giudice adito, contrariis reiectis,

- in via principale e nel merito, rigettare ogni domanda avanzata da parte ricorrente in quanto infondata in fatto e in diritto;

- sempre nel merito, dichiarare la nullità della CTU medico-legale svolta in sede di istruzione preventiva RG 1199/2020 Tribunale di Bologna;

- in via subordinata, nella denegata ipotesi di accertamento dell'asserita male practice sanitaria e conseguente condanna delle parti resistenti al risarcimento del danno venga accertata e determinata la precipua responsabilità in capo ai sanitari Cont senza alcuna solidarietà nei confronti dell'altra citata Controparte_4 non sussistendone i presupposti.

Con vittoria di spese e compensi professionali."

PARTE CONVENUTA *Controparte_2* [redacted] E C. [redacted] DI ALESSANDRIA:

"In via principale:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

respingere integralmente le domande ex adverso formulate nei confronti dell' [...] Controparte_2 *C.* CP_2 *di Alessandria, per tutti i motivi di cui agli atti difensivi;*
in via subordinata:

nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento delle domande attoree, ridurre l'importo dei danni e, conseguentemente, le pretese risarcitorie del ricorrente, in quanto eccessive e sproporzionate".

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. La causa, introdotta con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., perché preceduta da una consulenza collegiale ex art. 696 bis c.p.c., ha visto il mutamento del rito ed il deposito delle memorie ex art. 183/6 co. c.p.c.
L'istruttoria si è svolta con la produzione di numerosa documentazione, prova orale (interpello dell'attore e testimoniale coinvolgente personale medico della struttura) e lo svolgimento di una consulenza tecnica d'ufficio per approfondimento di taluni aspetti, alla luce della produzione documentale di una delle parti convenute, non a disposizione in sede di primo accertamento tecnico.
All'esito, la causa è stata posta in decisione, previa assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. nell'estensione massima.

2. L'attore ha agito in giudizio al fine di ottenere il risarcimento dei danni non patrimoniali subiti a seguito di *malpractice* ipotizzata in capo ai sanitari che hanno operato presso le strutture convenute.
In particolare, l'attore ha dedotto che, a seguito di una caduta accidentale riportata in data 30 settembre 2016, subiva una frattura scomposta pluriframmentaria sottotrocanterica del femore sinistro, per la quale si sottoponeva ad intervento di osteosintesi endomidollare in data **3 ottobre 2016** presso l' Controparte_1 di Bologna (d'ora in avanti Cont).
In ragione della comparsa di dolore all'anca sinistra con associata impotenza funzionale, si sottoponeva a controllo ortopedico presso il medesimo istituto dove veniva ricoverato con diagnosi "*ri-frattura femore sinistro con rottura mezzi di sintesi*" per sottoporsi a nuova osteosintesi con chiodo endomidollare gamma lungo, eseguita il **29 marzo 2017**.
Il decorso post-operatorio si presentava regolare e il 3 aprile 2017 veniva dimesso.
Successivamente, a causa del persistere di coxalgia con grave limitazione funzionale all'arto, si sottoponeva ad ulteriori accertamenti che consentivano di appurare una nuova rottura del mezzo di sintesi con osteolisi del femore prossimale, per cui veniva posta

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

indicazione di rimozione del chiodo endomidollare e impianto di protesi totale dell'anca sinistra.
Fino al 19 giugno 2018 rimaneva ricoverato presso il reparto di Ortopedia dell' *CP_5* di Alessandria a seguito di nuovo intervento di rimozione dei mezzi di sintesi, di ricostruzione con osso spongioso autologo e di protesizzazione totale dell'anca sinistra, eseguito in data 11 giugno. Alla dimissione, veniva trasferito struttura riabilitativa con dimissione a domicilio il 30 giugno 2018.
A causa della comparsa di secrezione persistente in sede di ferita chirurgica, dopo ulteriori controlli ortopedici, veniva nuovamente ricoverato dal 25 luglio al 6 agosto 2018 presso il reparto di Ortopedia dell' *CP_5* di Alessandria per intervento, praticato il **26 luglio 2018**, di fistolectomia e revisione della protesi di anca sinistra con re-impianto di testa, collo ed inserto in polietilene, in diagnosi di fistola cutanea in sospetta infezione protesica; gli esami colturali eseguiti sui tamponi prelevati in sede di intervento risultavano negativi per controllo di batteri.
Seguivano successive visite mediche ed accertamenti presso [redacted] di Alessandria ed in occasione della visita del 27 settembre 2016 veniva riscontrata "*flogosi pericicatriziale femore sinistro*".
Il decorso clinico dell'attore seguiva con ulteriori visite ed accertamenti anche presso il [redacted] di Vercelli, dove in data 15 aprile 2019, veniva sottoposto ad intervento di rimozione della protesi totale di anca sinistra e di bonifica ossea con artrotomia di *Girdlestone*; quindi veniva dimesso a domicilio con prescrizione di terapia antibiotica ed antitrombotica e con programmazione di controlli ambulatoriali e di esami di laboratorio.

L'attore ha allegato di aver riportato un danno permanente a seguito del negligente operato dei sanitari delle strutture convenute, costituito dagli esiti dell'artrotomia coxofemorale sinistra sec. *Persona_1* , che gli renderebbero impossibile lo svolgimento della quasi totalità delle attività in precedenza svolte.
Ha chiesto pertanto il risarcimento del danno biologico accertato in sede di CTU svolta nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c., i cui esiti sono stati poi confermati a seguito della nuova CTU svolta nell'ambito del giudizio dopo il mutamento del rito. L'attore ha chiesto altresì la personalizzazione danno, allegando (invero solo in sede di comparsa conclusionale) le ragioni di tale invocato aumento da individuarsi nello sconvolgimento delle proprie abilità ed abitudini di vita quotidiana, lavorative, ricreative e di impegno sociale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

Le strutture convenute, costituitesi, hanno chiesto il rigetto della domanda attorea ritenendola infondata; in subordine, hanno chiesto che il risarcimento fosse contenuto rispetto a quanto richiesto da controparte.
Inoltre, l *Cont* ha eccepito altresì la nullità della CTU espletata in sede di ATP per mancato inoltro della bozza preliminare ai difensori.

3. Prima di esaminare nel merito le domande attoree, giova osservare come, in via generale, 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.
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) - 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. 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.

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).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

Nel caso di specie, a ben vedere, secondo le prospettazioni attoree, è possibile astrattamente qualificare la responsabilità imputata alle strutture sanitarie convenute alla luce di entrambe le suddette fattispecie, in ragione dei motivi che si passa ad esporre meglio di seguito, rispettivamente per ciascuna delle convenute, non senza prima precisare che nel caso che ci occupa possono tenersi in considerazione, ai fini della decisione, le risultanze tanto della CTU espletata in sede di istruzione preventiva, quanto di quelle emerse a seguito di nuovo incarico peritale conferito nel presente giudizio.
E' utile a tale ultimo riguardo, da un lato, ricordare come da parte della giurisprudenza di legittimità si è affermato che nella materia della responsabilità medico-chirurgica, attesa l'innegabilità delle conoscenze tecnico-specialistiche necessarie non solo alla comprensione dei fatti, ma alla loro stessa rilevabilità, la consulenza tecnica presenta carattere "percipiente", sicché il giudice può affidare al consulente non solo l'incarico di valutare i fatti accertati, ma anche quello di accertare i fatti medesimi, ponendosi pertanto la consulenza, in relazione a tale aspetto, come fonte oggettiva di prova (Cass. Civ. Sez. III 26.2.2013 n.4792; Cass. Civ. Sez. III 8.2.2019 n. 3717).
Per altro verso, non sussiste ragione per prescindersi dalle risultanze degli accertamenti peritali disposti, atteso il livello di tecnicismo scientifico della questione oggetto della presente controversia e l'esaudiente rigore scientifico degli elaborati peritali, che hanno consentito di accertare alcuni aspetti critici rilevabili nell'iter diagnostico e terapeutico a cui l'attore si è sottoposto presso le strutture sanitarie convenute.
Sul punto, poi, priva di pregio è l'eccezione di nullità della CTU sollevata dal convenuto *Cont* in ragione del fatto che, in sede di ATP, non sarebbe stato assicurato il contraddittorio in fase di operazioni peritali, stante la mancata trasmissione ai difensori della bozza dell'elaborato peritale.
Invero, i consulenti tecnici di parte hanno interloquito in contraddittorio con i CTU, come risulta dalla stessa relazione peritale (pagg. 50-51 CTU), in cui sono riportate le osservazioni alla bozza avanzate solo da parte attrice e da parte del CTP di parte convenuta *Controparte_6*, ma non da parte dello [redacted] (pag. 51 CTU). Pertanto, il contraddittorio è stato assicurato e nessuna nullità della CTU deve essere rilevata.

4. Responsabilità dello *Contr*

Come ricostruito dal Collegio peritale, presso tale struttura convenuta l'attore si era sottoposto in data 3 ottobre 2016 ad "*osteosintesi endomidollare della frattura femorale sinistra"* ed il successivo 29 marzo 2017 alla "*rimozione mds fratturato e osteosintesi endomidollare statica femore sx + innesti ossei omoplastici*". In data 22 maggio 2017 l'attore si sottoponeva a dinamizzazione del chiodo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

Con riguardo all'intervento del 3 ottobre 2016, in particolare quanto alla scelta del mezzo di sintesi (chiodo endomidollare *Endovis medio*), i CTU si sono espressi ravvisando la coerenza del mezzo prescelto rispetto alle finalità terapeutiche da perseguire, giudicato in linea ai dettami della letteratura e alle prescrizioni di uso previste dal produttore del dispositivo. Tuttavia, hanno ravvisato altri aspetti di criticità nell'operato dei sanitari. Secondo le risultanze della CTU, infatti, con ragionevole probabilità, il cedimento del dispositivo è riconducibile al precoce arresto della dinamizzazione della vite (divenuta statica) e ad un conflitto anteriore chiodo-corticale con conseguente rigidità del montaggio che ha generato la pseudoartrosi del focolaio. Ciò che avrebbe potuto essere evitato con accorgimenti da attuarsi in sede intra-operatoria (con la posizione di uno stelo infisso lungo l'asse femorale e impianto statico successivamente dinamizzato) e post-operatoria, in specie una presa d'atto del ritardo di consolidazione e delle criticità descritte e conseguente precoce rimozione della vite dinamica, ormai divenuta statica, prima della rottura, con approntamento di nuova osteosintesi (pag. 39 CTU).
Va specificato che, a seguito della rivalutazione del caso alla luce delle immagini radiografiche acquisite successivamente al primo elaborato peritale, il Collegio ha escluso che la pregressa radioterapia a cui lo stesso attore si era sottoposto 17 anni prima possa aver avuto efficacia causale rispetto al difetto di consolidazione della frattura, dovendosi escludere la presenza di alterazioni ossee riconducibili alla pregressa patologia neoplastica ed al trattamento della stessa; in conclusione, ha ravvisato efficacia causale rispetto all'evento solo nel cedimento del dispositivo applicato dai sanitari dello [redacted] che avrebbe potuto essere evitato con i dovuti accorgimenti suddetti, da attuarsi in fase operatoria e post-operatoria.

Quanto al successivo intervento del 29 marzo 2017, esso si è reso necessario a causa del cedimento del mezzo di sintesi dovuto ai motivi sopra esposti, con conseguente necessità della sua rimozione e di nuova procedura di osteosintesi.
In data 22 maggio 2017 si attuava la dinamizzazione del montaggio; procedura obbligata nelle osteosintesi endomidollari bloccate e realizzata nel caso in esame in tempi ritenuti congrui dai CTU.
Con rx del 28 febbraio 2018 si evidenziava, tuttavia, il cedimento del dispositivo, dopo un periodo (dal 6 luglio 2017, data dell'ultima visita documentata presso [redacted] di gestione assistenziale non documentata.

In conclusione, i CTU hanno affermato che, se i trattamenti fossero stati effettuati con successo (e dunque se non si fossero verificate le criticità riscontrate), il danno biologico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

atteso sarebbe stato pari al 10%, mentre hanno riconosciuto un danno permanente complessivo riconducibile all'operato censurabile (sotto i profili sopra evidenziati) della struttura convenuta *Cont* nella **misura del 18%**. Il Collegio ha inoltre quantificato il danno temporaneo in ragione del prolungamento dell'iter clinico conseguente all'intervento di osteosintesi in **ITT gg. 30 + ITP al 75% gg. 30 + ITP al 50% gg. 60**.

5. Responsabilità dell' *Controparte_6*

Presso tale struttura, l'attore si era sottoposto in data 11 giugno 2018 a rimozione dei mezzi di sintesi di ricostruzione con osso spongioso autologo e protesizzazione totale dell'anca sinistra, a seguito del fallimento del dispositivo posizionato in precedenza.
Intervento, questo, giudicato dai CTU come adeguato nella scelta di procedere ad artroplastica di conversione, come pure nei dispositivi utilizzati (Fixa/Porferum).
Tuttavia, proprio a tale intervento i CTU riconducono l'infezione acuta con rapida fistolizzazione insorta precocemente nel paziente a carico della protesi impiantata.
Tale infezione è stata infatti considerata di origine nosocomiale, in diretto rapporto causale con l'intervento dell'11 giugno 2018.
Al riguardo, i CTU hanno concluso, alla luce delle evidenze documentali in atti, che non possa dirsi compiuta un'azione di prevenzione del rischio infettivo, tale da assicurare la dovuta efficacia. Hanno, dunque, concluso qualificando l'infezione protesica come evento "*avverso prevedibile e prevenibile*", la cui evenienza è "*attribuibile ad una complessiva criticità strutturale*" (pag. 46 CTU in ATP).
A tale conclusione il Collegio è pervenuto dopo aver valutato l'adempimento degli obblighi, da parte della struttura sanitaria, previsti a livello nazionale per la prevenzione di infezioni nosocomiali. Dalla documentazione in atti, i CTU hanno desunto l'assenza di un'azione efficace di prevenzione del rischio infettivo, essendo stato omesso un adeguato sistema di raccolta dei dati da costituire oggetto di revisione periodica.
In particolare, quanto alla fase pre-operatoria, non risultano informazioni in merito all'effettuazione e alle relative modalità del lavaggio delle mani con caratteristiche chirurgiche, né tantomeno informazioni in merito alla decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione del materiale chirurgico e dei dispositivi medici impiantati e in merito al controllo batteriologico delle superfici. Quanto alla fase intra-operatoria, non risultano informazioni in merito al controllo ambientale della sala operatoria secondo gli obblighi normativi e in relazione all'accesso di personale all'interno della stessa.
Alla luce di tali risultanze peritali, può ritenersi non assolto l'onere probatorio in capo alla struttura, tenuta ad eccepire e comprovare di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle leggi e dall'arte medica per rendere asettici l'ambiente e la strumentazione ed atte ad impedire l'insorgere dell'infezione (Cass. sent. del 23.2.2021 n. 4864).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

In merito all'intervento di fistolectomia e revisione della protesi con reimpianto di testa di collo e inserto in polietilene cui si è sottoposto l'attore il 26 luglio 2018, i CTU hanno ravvisato le seguenti mancanze relative alla fase pre-operatoria:
- mancata verifica ecografica dei tessuti molli volta ad identificare eventuali raccolte da sottoporre ad analisi chimico fisica e microbiologica;
- mancata artrocentesi o altra agoaspirazione per esame chimico-fisico e colturale del liquido sinoviale o altra raccolta.
Quanto alla fase intra-operatoria, è stata contestata la mancanza di esame chimico-fisico e colturale, analisi istologica e colturale del tessuto periprotesica e coltura periprotesica.
In breve, viene contestato come non sia stato posto in essere quanto necessario per la puntuale diagnosi di infezione protesica e per l'individuazione del patogeno, tanto riguardo alla fase pre-operatoria, quanto alla fase operatoria, nonostante l'evidenza di un quadro infettivo in atto. L'atto chirurgico è stato realizzato non nel pieno rispetto delle necessità diagnostiche richieste a fronte dell'infezione periprotesica insorta e l'omessa ricerca del patogeno ha impedito la somministrazione di una antibioticoterapia mirata ed efficace per la eradicazione dello stesso.
Parimenti criticabile è stata ritenuta la scelta di un trattamento conservativo non adeguato alle necessità terapeutiche a fronte "*dell'evidenza clinico-laboratoristico-strumentale di una perdurante infezione protesica, conclamata e con caratteristiche di elevata aggressività*" (pag. 47 CTU). A fronte di tale quadro, il rispetto del parametro di diligenza avrebbe suggerito la rimozione dell'impianto protesico al più tardi alla presa d'atto del quadro strumentale del 4 settembre 2018; ciò che avrebbe consentito la messa in atto di un'azione diagnostica volta all'evidenza del patogeno. Tale ritardo nell'espianto ha comportato la diffusione e cronicizzazione del quadro infettivo che l'antibioticoterapia successivamente somministrata non è stata in grado di mitigare. Il quadro infettivo e la perdita anatomica hanno poi impedito di intervenire con qualsiasi pratica di revisione e ricostruzione dell'impianto, costringendo i sanitari all'ineludibile rimozione dell'impianto, che avveniva il 15 aprile 2019 presso [redacted] di Vercelli. In tale occasione, le colture sul materiale prelevato dalla ferita evidenziavano la positività per *Staphylococcus lugdunensis*.
Al negligente operato dei sanitari della struttura ospedaliera di Alessandria i CTU hanno ricondotto la responsabilità del fallimento della protesizzazione fino alla necessità della rimozione dell'impianto ovvero esecuzione di intervento di artroplastica di resezione secondo *Persona_1* ; intervento che ha comportato la perdita totale dell'articolazione coxofemorale di sinistra, con rilevante riduzione delle capacità statico-dinamiche e deambulatorie del paziente. Il danno permanente attribuito alle inadeguate condotte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

ravvisate in capo a tale struttura convenuta si colloca nella fascia **dal 19% compreso al 45% compreso** (considerati i postumi già presenti a seguito dei precedenti trattamenti chirurgici). Il prolungamento dell'iter clinico conseguente all'infezione protesica ha comportato, a parere del Collegio, un'inabilità temporanea quantificata in **ITT gg. 60, ITP al 75% gg. 60, ITP al 50% gg. 120** (cfr. CTU pag. 49).

6. **Voci di danno risarcibili**

Ai fini del risarcimento, il danno biologico deve essere considerato in relazione all'integralità dei suoi riflessi pregiudizievoli rispetto a tutte le attività, le situazioni e i rapporti in cui la persona esplica se stessa nella propria vita; non soltanto, quindi, con riferimento alla sfera produttiva, ma anche con riferimento alla sfera spirituale, culturale, affettiva, sociale, sportiva e a ogni altro ambito in cui il soggetto svolge la sua personalità e cioè a tutte le attività realizzatrici della persona umana (così la Corte Costituzionale, sent. n. 356/1991; v. altresì Corte Costituzionale, sent. n. 184/1986).

Va ulteriormente precisato che, come statuito dalla Suprema Corte (cfr. Cass., ord. n. 7513/2018), il danno biologico consiste in una ordinaria compromissione delle attività quotidiane (gli aspetti dinamico relazionali). Il danno alla salute, quindi, è esattamente il danno dinamico-relazionale.

Inoltre, si rammenta che nei punti 8 e 9 dell'ordinanza "decalogo" n. 7513/2018 si stigmatizza:

8) " *in presenza di un danno alla salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione di una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e di una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado percentuale di invalidità permanente, rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione)";*

9) *"ove sia correttamente dedotta ed adeguatamente provata l'esistenza d'uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione*".

Quanto al danno morale soggettivo, dunque, considerata la sua natura di danno conseguenza, il danneggiante è onerato dell'allegazione di tutte le circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza/turbamento e della prova delle stesse.

In punto di prova, il danno morale soggettivo può essere comprovato mediante presunzioni, posto che ad un certo tipo di lesione, anche se di lieve entità, può riconnettersi di regola una sofferenza. Il ricorso alle presunzioni non può tuttavia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

esonerare il danneggiante dall'onere di una compiuta allegazione del danno, o quanto meno degli elementi di fatto da cui desumere la sussistenza di un pregiudizio morale.

Nel caso di specie, considerato il lungo e travagliato iter clinico e terapeutico che l'attore ha dovuto affrontare, sottoponendosi a ripetuti interventi invasivi e rivelatisi non risolutivi, non può esservi dubbio che i patimenti sul piano fisico siano stati accompagnati da sofferenze sul piano morale che devono trovare ristoro.

Ciò detto in merito all'*an* ed alle voci di danno risarcibili, si deve procedere alla quantificazione del danno. Detta operazione non può non tenere conto di quanto già riconosciuto ed erogato dall *CP_7* all'attore.
Come chiarito dalla Suprema Corte, il risarcimento deve coprire tutto il danno cagionato, ma non può oltrepassarlo, non potendo costituire fonte di arricchimento del danneggiato: così, occorre tener conto degli eventuali effetti vantaggiosi che il fatto dannoso ha provocato a favore del danneggiato, calcolando le poste positive in diminuzione del risarcimento.
In applicazione della *compensatio* è stata dunque defalcata la rendita per l'inabilità permanente corrisposta dall' *CP_7* per l'infortunio *in itinere* (Cass. SU 22.5.2018 n. 12566), poiché è stato considerato come essa incida, riducendolo, sul credito risarcitorio del danneggiato nei confronti del responsabile dell'illecito, compensando il nocumento oggetto dell'azione civile.
Il pagamento dell'assicuratore sociale in favore del danneggiato trasferisce dal secondo al primo il credito risarcitorio in conformità alla disciplina della surrogazione di volta in volta applicabile (art. 1203 o 1916 c.c. o 11 d.P.R. 30.6.1965 n. 1124), realizzando un mutamento soggettivo del rapporto obbligatorio per la parte del credito già soddisfatta.
Il credito risarcitorio residuo del danneggiato nei confronti del terzo responsabile (c.d. danno differenziale) va determinato seguendo il criterio per voci (o per poste) di danno, ossia sottraendo l'indennizzo dal credito risarcitorio quando l'uno e l'altro hanno uguale destinazione funzionale (ossia la compensazione pecuniaria di un unico pregiudizio). Ne segue che, se per una voce di danno l'indennizzo eccede il credito risarcitorio, il danneggiato non può chiedere alcunché al responsabile ed il responsabile non può esigere che l'indennizzo eccedente il danno di cui risponde sia imputato a diversi crediti risarcitori del danneggiato (*ex plurimis* CC VI-3 15.10.2018 n. 25618; CC L 21.11.2017 n. 27669).

Ai fini dello scomputo per voci di danno, si deve considerare che, nel caso di infortunio non mortale, l *CP_7* riconosce al lavoratore:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

a. un indennizzo del danno biologico permanente (art. 132 lett. a d. lgs. 23.2.2000 n. 38) nella forma del capitale (invalidità fino al sedici per cento) o della rendita (invalidità superiore al sedici per cento);
b. un indennizzo del danno patrimoniale da incapacità lavorativa, che si presume *juris et de jure* se l'invalidità eccede il sedici per cento, sotto forma di maggiorazione della rendita per il danno biologico permanente (art. 132 lett. b d. lgs. cit.) determinata moltiplicando la retribuzione del lavoratore per un coefficiente stabilito dall'Allegato 6 al D.M. 12.7.2000;
c. un'indennità giornaliera per il periodo di assenza dal lavoro commisurata alla retribuzione a partire dal quarto giorno di assenza (art. 68 d.P.R. 30.6.1965 n. 1124);
d. la rifusione delle spese per la cura, la riabilitazione e gli strumenti protesici (art. 66 d.P.R. cit.).
Non sono quindi indennizzati dall'assicuratore sociale – né, perciò, sono riducibili – il danno biologico da inabilità temporanea, le eventuali maggiorazioni per i profili dinamico-relazionali del danno alla salute e il danno morale. Conseguentemente, se l *CP_7* indennizza il danno biologico permanente, questi si riduce per il corrispondente importo (cfr. Cass. del 2.4.2019 n. 9112) e, se l'indennizzo è corrisposto in forma di rendita, il diffalco si opera distinguendone la quota inerente al danno biologico dalla quota concernente il danno patrimoniale da incapacità lavorativa e imputando la prima al credito risarcitorio per il danno biologico da invalidità permanente (mentre la seconda andrà diffalcata dal credito risarcitorio per il danno da incapacità lavorativa).
Poiché il credito scaturente dalla rendita matura di mese in mese, la detrazione va compiuta dopo aver reso le poste omogenee, quindi dopo aver rivalutato il cumulo dei ratei già corrisposti e capitalizzato la parte della rendita non ancora corrisposta con coefficienti del D.M. 22.11.2016 (cfr. Cass. VI-3 15.10.2018 n. 25618; Cass. III 7.3.2017 n. 5607).

Orbene, dalla documentazione acquisita dall *CP_7* non si evince il valore capitale dell'indennità riconosciuta, né l'ammontare dei ratei di rendita già riscossi. Come pure non è dato evincere la quota dei ratei, percepiti e da percepire, imputabile al danno biologico e la quota per incapacità lavorativa.
La causa, pertanto, deve essere rimessa in istruttoria, per l'acquisizione presso l *CP_7* come da separata ordinanza, delle suddette informazioni utili.
Le spese di lite e di CTU saranno regolate al definitivo.

P.Q.M.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704

Il Tribunale, non definitivamente pronunciando, così decide:

- accerta il diritto di *Parte_1* al risarcimento dei danni nei confronti dell *Controparte_1* e dell *[...]* *Controparte_8* ;
- rimette la causa in istruttoria come da separata ordinanza;
- spese al definitivo.

Bologna, 9.2.2024

Il Giudice
Dott.ssa Daniela Nunno

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-704