N. R.G. 2021/5106

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

TERZA SEZIONE CIVILE

Nella causa civile iscritta al n. r.g. **5106/2021** promossa da:
arte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. elettivamente domiciliato in NUORO presso il difensore avv.

RICORRENTE

contro

troparte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. elettivamente domiciliato in O AVV. RAVENNA presso il difensore avv.

RESISTENTE

Il Giudice dott. Cinzia Gamberini,

a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 17/06/2021,

letto il ricorso;

visto l'art. 702 bis c.p.c.

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA EX ART. 702 TER C.P.C.

Premesso che:

Con ricorso ex art. 702 bis cpc regolarmente notificato, il sig. *Parte_1* ha chiesto all'adito Tribunale:

"*I.- In via preliminare, dichiarare che il danno subito dal ricorrente è riconducibile alla condotta della struttura sanitaria e per l'effetto condannarla al risarcimento dei danni patrimoniali e non subiti dal Sig.* *Parte_1* *nella misura di € 190.000,00, salvo diversa somma maggiore o minore che sarà ritenuta di giustizia, oltre gli interessi e rivalutazione monetaria dalla domanda al soddisfo;*

II.- In ogni caso, col favore delle spese e delle competenze dei giudizi, oltre accessori di legge".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

Nello specifico, il ricorrente 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 sinistro eseguito presso la *Organizzazione_1* di Bologna in data 30 giugno 2015, per mano del dott. *Persona_1*

Il ricorrente lamenta che, il 18 agosto 2015, compariva **tumefazione del ginocchio sinistro con dolor, calor, rubor et functio lesa, accompagnato da febbre con brivido**. In particolare, a seguito di consulenza infettivologica presso [redacted] di Grosseto, si giungeva a diagnosi di infezione di protesi al ginocchio sinistro, a cui seguiva il ricovero presso il Reparto di malattie infettive dello stesso nosocomio dove subiva una terapia antibiotica e iperbarica. Seguivano una serie di ricoveri presso *CP_1* inizialmente, per l'esecuzione di un nuovo intervento chirurgico per la rimozione delle componenti protesiche e per posizionare un blocco spaziatore; successivamente, per la rimozione del blocco spaziatore e posizionamento di una nuova protesi totale di ginocchio sinistro e, infine, per sostituzione della componente poletilenica della protesi, cruentazione della fistola e lavaggio intrarticolare, in tutti i casi eseguiti dal dott. *Per_1* Si eseguivano dunque prelievi del materiale purulento che - insieme agli esami culturali - consentivano di rintracciare lo Stafiloccocco Aureo meticillino-resistente per cui si iniziava la somministrazione di terapia antibiotica. Il 23 febbraio 2016 il paziente veniva di nuovo trasferito nel reparto di riabilitazione di *CP_1* ed infine dimesso il 9 marzo 2016 con ginocchio edematoso e ipomobile.

Secondo il ricorrente, l'infezione purtroppo occorsa sarebbe inequivocabilmente di origine nosocomiale in quanto esordita dopo il trattamento chirurgico e quindi contratta in quella circostanza. Oltre a ciò, il sig. *Parte_1* sostiene che l'infezione è stata tardivamente diagnosticata e inefficacemente trattata, sia dal punto di vista medico e farmacologico che da quello chirurgico.

Sulla base di tali premesse il ricorrente asserisce di aver dovuto abbandonare "quasi completamente" il proprio lavoro di imprenditore agricolo; di avere ancora oggi difficoltà a flettere il ginocchio e di accusare persistente sintomatologia algica spontanea che interferisce con il ritmo sonno – veglia. In aggiunta, sostiene di avere patito episodici fenomeni di cedimento dell'arto inferiore, che lo costringono ad aiutarsi con un bastone limitando in maniera significativa la sua autonomia di spostamento anche nei passaggi posturali.

Da quanto sopra discende pertanto la richiesta risarcitoria di parte ricorrente nei confronti dell'odierna resistente, avanzata per la somma complessiva di € 190.000,00 oltre gli interessi e rivalutazione monetaria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

Si è costituita la convenuta struttura sanitaria nel presente procedimento, chiedendo il rigetto di ogni avversaria pretesa risarcitoria, in quanto ritenuta infondata rispetto alle prestazioni rese dalla clinica all'odierno ricorrente. In particolare la convenuta ha dedotto l'insussistenza di qualsivoglia profilo di colpa professionale in relazione ai fatti in contestazione, essendo attestato *per tabulas* dalla documentazione clinica di riferimento che non emerge alcuna erronea tecnica operatoria. Anche per quanto attiene l'asserita infezione nosocomiale, la struttura sanitaria convenuta esclude che possa configurarsi colpa professionale alcuna, avendo la *CP_2* convenuta e, per essa, il relativo personale sanitario, adottato ogni più opportuna e dovuta terapia e, prima ancora, misura preventiva finalizzata a contenere il rischio di infezione nosocomiale. La convenuta ha, altresì, evidenziato che il signor *Parte_1* è stato più volte curato al domicilio o in altra sede dal medico di fiducia, dott. *Per_1* ovverosia in contesti assolutamente esterni ai ricoveri effettuati presso *Controparte_1* e rispetto ai quali quest'ultima non può che essere ritenuta estranea. Né, sostiene ancora, è dato sapere, in difetto di idonea dimostrazione in tal senso, se rispetto al reiterarsi nel tempo del quadro infettivo occorso, l'agente patogeno scatenante fosse sempre lo stesso, ovvero siano potute intervenire differenti cause di infezione in momenti diversi e risalenti a contesti differenti; di talché anche sotto tale profilo, difetterebbe nel caso di specie idonea dimostrazione della univoca derivazione causale del danno lamentato dalla condotta sanitaria ascrivibile alla società convenuta, anziché a fattori e/o soggetti alla stessa terzi.

La convenuta sostiene, poi, la propria estraneità rispetto alla vicenda che, in sostanza, atterrebbe all'esecuzione delle condotte mediche poste in essere dal dott. *Per_1* medico con il quale il sig. *[...] Pt_1* ha espressamente ammesso di aver intrattenuto un contratto di prestazione d'opera professionale autonomo ed indipendente rispetto al separato contratto di ricovero con *CP_1 [...]* avendo il predetto medico seguito tutto il percorso di cura del sig. *Parte_1* quale rispettivo medico di fiducia, seguendo addirittura il paziente a domicilio in più occasioni.

Pertanto, deduce che, ove dovesse riconoscersi una qualsivoglia responsabilità in merito alle condotte contestate dal ricorrente, sarebbe certamente configurabile una responsabilità contrattuale diretta quanto meno concorrente, se non esclusiva, del dott. *Per_1* ai sensi e per gli effetti dell'art. 1218 c.c., in quanto soggetto direttamente obbligato e responsabile nei confronti del paziente danneggiato, in forza di rapporto contrattuale diretto ed autonomo rispetto al parallelo contratto di ricovero con la struttura ospedaliera. Nella denegata ipotesi in cui *Controparte_1* fosse tenuta al preteso risarcimento in favore del ricorrente in conseguenza, anche e soprattutto, dell'operato del Dott. *Per_1* la resistente sostiene di aver diritto ad agire in regresso, ai sensi e per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

gli effetti dell'art. 2055 c.c., nei confronti del predetto medico nella misura minima della quota del 50% in difetto di differente dimostrazione di apporto causale nel danno, quale materiale esecutore delle prestazioni mediche in contestazione, nonché principale responsabile nella produzione del danno di cui si discute. Infine, ha contestato le pretese risarcitorie del danno biologico anche sotto il profilo del quantum ritenendo non applicabili le Tabelle di Milano e ha concluso come segue:

"*In via preliminare:*

- ritenuta l'incompatibilità tra la fattispecie in esame ed un procedimento a istruzione sommaria come quello attivato da parte ricorrente, assumere i provvedimenti di cui all'art. 702 ter, terzo comma, c.p.c. affinché il giudizio prosegua con le forme e nei termini del rito ordinario;

- disporre la chiamata in causa del dott. Persona_1 *(C.F.* C.F._2 *)* Email_1 *residente in* [redacted] *quale medico libero professionista che ha posto in essere la condotta medica in contestazione come specificata in narrativa.*

Nel merito:

a) in via principale: respingere integralmente le domande proposte da parte ricorrente nei confronti di Controparte_1 *in quanto infondate in fatto e in diritto e dichiarare* CP_1 [...] *esente da ogni responsabilità, condannando il ricorrente a rifondere alla concludente spese, diritti ed onorari di causa;*

b) in via subordinata: nella denegata e non creduta ipotesi in cui Controparte_1 *dovesse essere ritenuta responsabile di alcunché in relazione alle contestazioni formulate da parte ricorrente, anche in via solidale con il dott.* Per_1 *accertare le rispettive porzioni di responsabilità delle parte resistente, nonché del terzo chiamato, limitando l'eventuale condanna di* CP_1 [...] *alla quota di sua competenza e, in ogni caso, condannare il dott.* Per_1 *a rimborsare* Controparte_1 *ogni somma che la medesima fosse tenuta a corrispondere al ricorrente, in forza del vincolo della solidarietà passiva, in eccesso rispetto a quanto risulterebbe dovuto in dipendenza della sua eventuale quota di responsabilità e/o di apporto causale*".

Ritenuto che:

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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

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), 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.

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).

***

Tanto premesso, deve, anzitutto, essere respinta l'istanza di chiamata in causa del terzo Dott. *Per_1 [...]* in considerazione dei principi esposti da Cass SU 4309/2010, e ritenuto in particolare che l'accertamento dell'eventuale responsabilità interna tra il medico e la struttura, estranea ad un rapporto di garanzia propria, può comportare un allungamento dei tempi del processo a discapito

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

della domanda di parte ricorrente, così pregiudicandosi in maniera non indispensabile il principio costituzionale di ragionevole durata del processo, ancor più vulnerato nello specifico, posto che la circostanza era ben nota prima del processo anche al ricorrente e considerate le complessive difese della chiamante e la possibilità di azione in separata sede. Pertanto, la domanda di regresso formulata dal resistente non sarà esaminata in questa sede.

Passando all'esame del merito, la prospettazione di parte ricorrente appare fondata.

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.

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.

Orbene nel caso di specie, a fronte dell'adempimento dei propri oneri di allegazione e prova da parte del ricorrente – che ha provato l'esistenza del rapporto contrattuale, ha allegato l'inadempimento qualificato imputato alla controparte ed ha fornito prova circa il nesso tra l'intervento e l'insorgenza dell'infezione con la CTU medica acquisita nel precedente procedimento per accertamento tecnico preventivo radicato innanzi all'adito Tribunale (Rgn. 9505/2020) - parte convenuta non ha fornito idonea prova liberatoria.

La relazione peritale, affidata al Dott. *Persona_2* dalla quale questo giudicante non ritiene di doversi discostare e che, anzi, richiama integralmente, in quanto esaustiva, saldamente motivata e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

corredata dagli opportuni riferimenti alla letteratura scientifica di settore, ha evidenziato anzitutto la correttezza della diagnosi di patologia degenerativa di ginocchio sx, dell'indicazione alla artroplastica di ginocchio sx e, sul piano procedurale, dell'intervento di artroplastica di ginocchio sx ivi comprese la scelta dell'impianto e le modalità operative della sua effettuazione.

Tanto premesso, il CTU ha osservato, con riguardo al primo intervento di artroprotesi ginocchio sx (protesi tricompartimentale cementata *Org_2* del 30.06.2015, che <<*... in relazione al quadro infettivo appaiono di interesse i comuni obblighi di prevenzione infettiva essendo noto come* ***le fonti di infezione nelle forme ritardate siano normalmente acquisite durante l'intervento o più raramente espressione di diffusione ematogena da focolai infettivi distali, non bonificati prima dell'intervento*** [redacted] pagg. 33 ess.)>> e ha puntualizzato come la prevenzione sia la prima, importante fase della gestione delle infezioni nosocomiali, cui fanno poi seguito diagnosi e trattamento risultando separato capitolo la sorveglianza sanitaria.

Con riferimento ai Protocolli/procedure operative, il CTU dopo aver delineato il quadro normativo in materia, ha evidenziato che << *la documentazione sanitaria disponibile inerente il ricovero offre i seguenti elementi di valutazione in ordine cronologico assistenziale:*

Fase pre-operatoria

□ *appare valutata la sussistenza di eventuali fattori di rischio intrinseci*

□ *appaiono escluse infezioni preesistenti remote*

□ *risulta effettuata tricotomia*

□ *risulta effettuata doccia/bagno*

□ *risultano non effettuati (non richiesti) screening e decolonizzazione nasale per MSSA/MRSA*

□ *è affermata dall'Operatore la effettuazione di antibioticoprofilassi*

□ *non risultano informazioni in merito alla effettuazione e alle modalità di effettuazione del lavaggio delle mani con caratteristiche chirurgiche*

□ *non è dichiarato a verbale operatorio l'uso di dispositivi di protezione (es.: caschi sterili, guanti sterili con sostituzione degli stessi, ..)*

□ *non è dichiarata a verbale operatorio la preparazione del campo operatorio in modo sterile (es: modalità di detersione dell'arto, modalità di preparazione del campo sterile, ..)*

□ *non risultano informazioni in merito alla decontaminazione/pulizia/sanificazione ambientale nella area operatoria*

□ *non sono presenti informazioni in merito alla decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione del materiale chirurgico e dei dispositivi medici impiantati*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

□ *risulta tracciato l'utilizzo di materiale chirurgico di consumo sterile*

□ *risulta tracciato l'utilizzo e l'impianti di dispositivi medici sterili*

□ *non risultano informazioni in merito al controllo batteriologico delle superfici*

Fase intra-operatoria

□ *non risultano informazioni in merito al traffico di personale all'interno del teatro chirurgico durante l'atto stesso e il numero di accessi alla sala operatoria*

□ *non risultano informazioni in merito al controllo ambientale nella sala operatoria con rispetto degli obblighi normativi (es: ventilazione, umidità, temperatura, filtrazione)*

□ *non risultano informazioni in merito alla ventilazione e controllo ambientale nella sala operatoria (es: presenza di flusso d'aria laminare verticale, dimensioni del filtro, pressione positiva, numero di ricambi aria/ora, flussi d'aria, temperatura, umidità, posizione delle bocchette di mandata e ripresa, uso dei filtri, personale dedicato alla manutenzione ordinaria,..) qui dovendosi di nuovo richiamare i Requisiti strutturali previsti dal DPR del 14 gennaio 1997 e successiva mod (es: filtraggio aria 99,97%)*

Fase post-operatoria in corso di ricovero

□ *la ferita chirurgica appare oggetto di periodico monitoraggio con decorso clinico regolare*

□ *non risultano sussistenti motivi per l'effettuazione domiciliare di ATBterapia*

Pt_2 *dalle possibilità di questa disamina la ricerca dei doverosi elementi di contesto e pianificazione strategica della Struttura:*

□ *attivazione della funzione di gestione del rischio e sua collocazione nell'organigramma aziendale*

□ *attività di formazione del Personale*

□ *attività di informazione al Paziente*

□ *attività di auditing relativamente all'attuazione e agli esiti delle procedure/protocolli laddove esistenti.*

Deve considerarsi come all'epoca dei fatti le attività di prevenzione sopra ricordate potessero essere considerate patrimonio comune in tema di HAI *(HAI = hospital associated infection)>>.*

Sul punto, il CTU ha, dunque, concluso che <<*Per quanto sopra riassunto sembrano potersi individuare* ***oggettivi elementi di criticità nelle Azioni di contenimento sul Paziente e nelle Azioni di riduzione della patogenicità risultando perlomeno indeterminate le Azioni di contenimento sul personale e sull'ambiente****. L'attività di prevenzione infettiva appare* ***non sostenuta da un impianto metodologico uniforme, omogeneo, supportato da adeguato sistema di raccolta dati, dotato della***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

necessaria tracciabilità, con una operatività fondata su processi documentati e monitorati in modo sistemico, fatta oggetto di revisione periodica e strutturata.

Non si può in concreto definire sussistente una azione di prevenzione del rischio infettivo strutturata tale da poter assicurare la dovuta efficacia>>.

Ebbene, le criticità rilevate dal CTU non possono ritenersi superate dalle produzioni documentali di parte convenuta allegate alla comparsa di costituzione e risposta, trattandosi di documentazione in larga parte non pertinente alla problematica in esame, in parte idonea solo a dimostrare che *[...]* *CP_1* ha provveduto all'adozione di protocolli astrattamente idonei ad assicurare il rispetto delle precauzioni igieniche volte a prevenire l'insorgenza di infezioni ospedaliere, ad indicare la corretta profilassi circa la sterilizzazione della strumentazione chirurgica e circa la pulizia e disinfezione del blocco operatorio. 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, quanto di enti esterni alla struttura stessa, con ricorso al controllo di società terze.

Tuttavia non è stata di fatto raggiunta la prova della rigorosa e puntuale applicazione di tali profilassi igieniche nel caso di specie. Invero, la documentazione prodotta dalla resistente relativa ai test di verifica ambientale presso il blocco operatorio (e altri ambienti della struttura sanitaria), fa riferimento a controlli eseguiti nel marzo 2016, dunque in epoca successiva all'intervento del 30.06.2015 che ci occupa. Dunque, non sussiste alcun riscontro oggettivo del pedissequo rispetto delle indicazioni profilattiche per la prevenzione di infezioni nello specifico caso in oggetto di giudizio.

Quanto appena espresso peraltro è corroborato dall'indiscutibile evidenza scientifica che, per quanto considerato dal CTU, con motivazione esaustiva e corredata dagli opportuni riferimenti alla letteratura scientifica in materia, l'infezione ha prettamente origine nosocomiale ("***L'epicrisi evidenzia quindi l'evenienza di infezione ritardata di PTG sx. considerando la latenza fra atto chirurgico 30.6.15 e insorgenza della fenomenologia febbre e gonfiore 3-4 gg prima della presentazione PS OC Grosseto.18.8.15. La mancata evidenza del patogeno non inficia la diagnosi di infezione protesica***") 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.

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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

di responsabilità per colpa propria della struttura sanitaria convenuta per omesso (ovvero inesatto) adempimento degli obblighi di protezione derivanti dal cd contratto di spedalità.

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 CTU, che riguarda la gestione, nelle varie fasi assistenziali del signor *Parte_1* della evenienza infettiva in modo non pienamente aderente alla pratiche del settore.

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 in precedenza resta immutata in termini astratti.

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.

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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

responsabilità da rischio d'impresa (cuius commoda eius et incommoda) ovvero, descrittivamente, secondo la responsabilità organizzativa nell'esecuzione di prestazioni complesse" (cfr. sent. cit.)

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).

Ciò premesso in via generale, si è detto come nel caso di specie possa individuarsi un profilo di responsabilità ulteriore rispetto a quello illustrato in precedenza posto che sussiste un'inosservanza di doverosa regola di condotta nelle fasi assistenziali successive all'esordio dell'evenienza infettiva con riguardo alla **completa ricerca** del patogeno e alla conseguente individuazione dell'adeguato trattamento terapeutico.

Il CTU, in proposito, ha evidenziato quanto segue: <<*Il quadro infettivo richiedeva complesso trattamento.*

A fronte della pluralità della fasi assistenziali il richiesto giudizio di merito va quindi espresso per singola fase.

8.9.15 intervento di rimozione delle componenti protesiche e posizionamento un blocco spaziatore.

Il P fa accesso a ricovero [redacted] *risultando presenti tre criteri diagnostici minori (secondo bibliografica citata) di infezione PTG ritardata (quadro clinico, indici di flogosi, scintigrafia).*

L'espianto protesico, considerando la già avvenuta formazione di biofilm, risulta pertanto procedura prevista dalle buone pratiche di settore potendo contestarsi, quale omesso elemento precauzionale, la mancata effettuazione di indagine microbiologica e/o istologica estemporanea (es: conta leucocitaria, prelievo tissutale per finalità bioptiche). ***In occasione della rimozione non appaiono effettuate, o comunque non risultano evidenti dalla documentazione disponibile, tutte le procedure richieste/previste per la ricerca del patogeno (es: sonicazione del materiale protesico espiantato con coltura del sonicato). Pur essendo quindi accettata per nota letteratura la mancanza evidenza del patogeno, vista anche la protratta ATBterapia effettuata, l'attività di ricerca del patogeno stesso va considerata comunque incompleta.***

1.2.16 intervento di rimozione del blocco spaziatore e posizionamento di una nuova protesi totale di ginocchio sinistro.

*Va preliminarmente osservato come, in preparazione alla seconda fase di reimpianto****, l'attività di monitoraggio del quadro infettivo sia stata limitata al quadro clinico e laboratoristico (indici di flogosi) risultando assenti (non effettuate o comunque non documentate in atti) ulteriori attività,***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

anche con finalità ricerca del patogeno (es: esame colturale e chimico-fisico su liquido sinoviale, indagine microbiologica su biopsia sinoviale, scintigrafia con leucociti marcati, ..)

Di fatto il P si presenta al reimpianto con un quadro clinico e laboratoristico negativo potendosi quindi giustificare, su tali basi, l'avvio della procedura. In corso della stessa, ***prima dell'avvio del reimpianto, va ancora lamentata la incompleta attività di ricerca di stato infettivo (es: indagine istologica estemporanea su liquido sinoviale e/o tessuti vari per conta leucocitaria)****.*

Il riscontro di uno stato infettivo per alterata conta leucocitaria avrebbe rimandato l'impianto protesico e indotto alla ***ulteriore ricerca del patogeno mediante indagini microbiologiche su tessuti molli e all'interfaccia tra ossoprotesi****. Quest'ultima attività sarebbe stata attesa anche in caso di reimpianto. Di nuovo, l'attività di ricerca del patogeno va considerata incompleta.*

La presenza di una persistente stato infettivo era di fatto non ammessa, comunque non contemplata, considerati anche una ATBterapia postoperatoria limitata alle sole 24 ore, l'assenza di monitoraggio laboratoristico, l'avvio di immediata attività riabilitativa*.*

Faceva poi esordio, immediatamente dopo la dimissione, una riaccensione acutissima del quadro infettivo con fistolizzazione secernente. Tale quadro clinico richiedeva necessariamente la nuova, immediata ospedalizzazione del P.

16.2.16 intervento di sostituzione della componente polietilenica della protesi, cruentazione della fistola e lavaggio intra-articolare.

Appare comprensibile un approccio chirurgico limitato alla rimozione/sostituzione del polietilene e alla ricerca del patogeno sui vari distretti esplorabili (tegumentari ed intraarticolari).

L'approccio, inutile per la sopravvivenza dell'impianto, consentiva tuttavia l'evidenza del patogeno.

Dalla consapevolezza di un persistente quadro infettivo conseguiva la necessità di una ulteriore procedura di revisione in due tempi che il P decideva di affrontare presso altra sede>>.

Il CTU ha, dunque, concluso che: *<<Vista l'epicrisi e la disamina della fasi assistenziali può affermarsi come la Parte Convenuta abbia:*

□ determinato l' infezione della protesi di ginocchio impiantata il 30.6.15

e poi abbia

□ gestito in modo non pienamente aderente alla pratiche del settore la evenienza infettiva così insorta.

La stabilizzazione clinica, identificata nella eradicazione del quadro infettivo e nell'impianto di definitiva PTG, era poi conseguita grazie all'intervento di CP_3 di altra sede>>.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

Alla stregua di tali valutazioni, le osservazioni di parte resistente non appaiono convincenti.

Infatti, con riguardo al trattamento dello stato infettivo, se è vero che il personale sanitario ha, comunque, dato corso ad un serie di esami ed accertamenti, non può, tuttavia, smentirsi il fatto che essi sono stati parziali ed incompleti a fronte di indici diagnostici che, invece, avrebbero consigliato senz'altro maggiori approfondimenti atteso che l'infezione di cui si discute non costituisce certo evenienza imprevedibile dell'intervento chirurgico.

Quanto, infatti, all'origine dell'infezione, le evidenze scientifiche richiamate dal CTU, portano ad escludere che il ricorrente possa avere contratto l'infezione in un ambiente estraneo a quello ospedaliero, tenuto conto della localizzazione dell'infezione, del periodo di latenza del tutto compatibile con l'insorgenza ritardata dell'evenienza infettiva e del difetto di prova, da parte resistente, di aver seguito nel caso specifico tutte le delle indicazioni profilattiche per la prevenzione di infezioni.

Da ultimo, si osserva come appaia altresì provato il nesso causale tra il duplice inadempimento colposo descritto ed i danni lamentati dal ricorrente.

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 rispetto delle indicazioni di profilassi idonee a prevenire le infezioni nosocomiali) e un determinato evento di danno (nel caso di specie, l'infezione batterica), 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).

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

Il CTU ha ben evidenziato come le caratteristiche del batterio che ha determinato l'infezione, il sito in cui la stessa si è sviluppata e l'andamento clinico del 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.

In particolare, il sito dell'infezione, è emblematico di come la stessa si sia sviluppata proprio nella medesima zona (ginocchio sinistro) sottoposta solo poco tempo prima all'insorgere dei sintomi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

infiammatori ad intervento chirurgico, tanto da determinare la necessità di intervento di rimozione della protesi.

Neppure appare provata l'affermazione per cui sarebbe stato l'intervento al domicilio del medico di fiducia, dott. *Per_1* ovverosia in contesto assolutamente esterno ai ricoveri effettuati presso *[...]* *CP_1* 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 tale ulteriore intervento sulle condizioni di salute del ricorrente, l'affermazione è altresì smentita da quanto emerge dagli atti di causa (e non è per vero contestato da parte convenuta), circa il fatto che il Dott. *Per_1* si sarebbe recato a visita domiciliare solo dopo l'insorgere dei sintomi dell'infezione, circostanza che esclude che, in tale frangente, possa aver avuto un ruolo causale diretto nell'insorgenza della stessa.

Tutti i rilievi fin qui svolti, unitamente al fatto che non sono emersi, né 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 stata contratta in occasione dell'intervento chirurgico *de quo*.

Accertato il nesso di causalità materiale tra le condotte colpose imputabili alla parte resistente e l'insorgenza dell'infezione batterica, è necessario selezionare, nell'ambito del più ampio quadro menomativo che interessa il ricorrente, 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.

In tema di Invalidità biologica permanente, il CTU ha evidenziato che <<*Il P ha avviato il percorso clinico di cui ricorso per il trattamento di un preesistente quadro clinico invalidante rappresentato da una gonartrosi sx. su base degenerativa: il trattamento messo in atto era individuato in una artroprotesi totale di ginocchio dovendosi considerare risultato atteso, al termine del percorso di cura, il favorevole esito clinico di tale impianto. Alla data odierna il P presenta un esito clinico-funzionale non favorevole di un impianto artroprotesico di ginocchio a seguito del complesso percorso di cura determinato dalla evenienza infettiva. L'attuale quadro clinico-strumentale risulta quindi peggiorativo in modo severo rispetto all'esito chirurgico medio atteso*>>.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

Ai fini della corretta quantificazione dei danno biologico risarcibile, è necessario evidenziare come la maggiore invalidità permanente 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 la patologia pregressa all'articolazione del ginocchio da cui il danneggiato era affetto.

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.

In proposito il CTU ha valutato che <<*il gradiente fra l'esito attuale e l'esito atteso derivante dalla contestata attività sanitaria appare stimabile in misura pari al 20% (venti per cento). Tale stima è ricavata dal differenziale fra lo stato menomativo attuale (stimato in misura pari al 35%) e l'esito clinico atteso e dovuto (stimato in misura pari al 15%) del trattamento mediante artroprotesi di una patologia degenerativa di ginocchio preesistente. Trattasi quindi di maggior danno biologico permanente pari al 20% (venti per cento) che insiste su base 15%*>>.

In concreto, applicando i noti insegnamenti della Suprema Corte in materia, 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.

Applicando nel caso di specie tali indicazioni, considerato che l'invalidità complessiva accertata sul danneggiato, di anni 48 ai tempi dell'intervento, è stata quantificata in una percentuale del 35% (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 193.725,00) e considerato che l'invalidità astrattamente indipendente dall'illecito è stata quantificata in una percentuale 15% (operando la medesima conversione di cui sopra, pari ad Euro 41.536,00), il danno biologico permanente va quantificato in complessivi **152.189,00 Euro**.

Venendo alla domanda di liquidazione del danno da invalidità temporanea, il CTU ha concluso che <<*I comuni tempi di convalescenza di una procedura non complicata di artroprotesi di ginocchio*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

in soggetto non anziano e collaborante appaiono stimabili in complessivi 90 gg circa, da qualificare come inabilità biologica temporanea. Nel caso in oggetto, avvenuto in data 30.6.15 l'impianto di CP_4 , può affermarsi come solo alla data di controllo ortopedico 24.9.16 possa essere ritenuta ragionevolmente conseguita la stabilizzazione clinica. Ne consegue una complessiva durata del percorso di cura pari a 450 gg circa, da qualificare come inabilità biologica temporanea e così da stimare visto il percorso assistenziale:

gg. 60 di inabilità assoluta per plurimi ricoveri ospedalieri

gg. 60 inabilità parziale media al 75%

gg. 330 inabilità parziale media al 50%

La contestata attività sanitaria ha quindi indotto un percorso di cura della durata incrementale, rispetto al percorso atteso, di misura pari a 390 gg, da stimare come:

gg. 50 di inabilità assoluta

gg. 40 inabilità parziale media al 75%

gg. 270 inabilità parziale media al 50%

Gli aspetti relazionali appaiono concretamente compromessi ed inficiati per tutti i 450 gg di malattia>>.

Calcolando, dunque, per ogni giorno di invalidità temporanea al 100% il valore risarcitorio minimo della forbice indicata dalle Tabelle di Milano aggiornate al 2021 (pari a 99,00 Euro) – il danno da invalidità temporanea dovrà essere quantificato in complessivi **21.285,00 Euro.**

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

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 2021) 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 dal ricorrente abbiano determinato conseguenze anomale, eccezionali e peculiari tali da indurre il riconoscimento della personalizzazione richiesta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

Dovrà invece essere accolta la domanda di risarcimento del danno patrimoniale.

In tema di inabilità lavorativa permanente, va rilevato, in base a quanto dedotto agli atti e risultante dalla CTU, che il signor *Parte_1* è imprenditore agricolo, allevatore di bestiame e coltivatore di foraggio. Il CTU ha evidenziato che, a seguito dell'intervento, il ricorrente riesce con difficoltà fisica a portare avanti dette mansioni in agro ed è costretto all'impiego di operai e terzisti, limitando la propria attività alla sola componente amministrativa/impiegatizia. Il perito ha, quindi, rilevato che <<*la menomazione funzionale dell'arto inferiore protesizzato infici in modo concreto quegli aspetti professionali richiedenti la completa abilità motoria e deambulatoria del lavoratore, potendosi stimare percentualmente il pregiudizio della capacità lavorativa specifica in modo almeno equiparabile a quello della compromissione biologica iatrogena*>>. Il ricorrente ha affermato, né vi è contestazione al riguardo, che l'attività era gestita in proprio all'epoca dei fatti ed è oggi gestita dal figlio. Il ricorrente ha riferito inoltre di aver sospeso completamente il lavoro di allevatore di bestiame e coltivatore di foraggio a causa della impossibilità fisica ad attendere alle proprie attività (non riesce a guidare i mezzi agricoli, non riesce a gestire il bestiame, ..) offrendo occasionale contributo amministrativo al figlio, ora titolare dell'azienda familiare. Attraverso la produzione documentale in atti (prospetti reddituali e dichiarazioni PF dal 2014 al 2020) ha dimostrato che la riduzione della capacità lavorativa si è tradotta in un effettivo pregiudizio economico giacchè nel 2016 (anno in cui il Paziente era totalmente inabile al lavoro) i corrispettivi e i ricavi hanno subito un significativo decremento rispetto agli anni precedenti che viceversa risultavano contraddistinti da un trend marcatamente positivo e in crescita (anno 2013 € 72.870,72; anno 2014 € 85.056,05; anno 2015 € 91.876,06; anno 2016 € 53.023,25). Tale contrazione evidenzia che siccome le mansioni proprie del ricorrente (imprenditore agricolo, allevatore di bestiame e coltivatore di foraggio) gli sono totalmente e definitivamente precluse, gran parte dei ricavi servono a coprire le spese per l'impiego di operai e terzisti, limitando la propria attività alla sola componente amministrativa/impiegatizia).

Il ricorrente ha stimato il danno patrimoniale patito in conseguenza della inabilità lavorativa permanente e temporanea in **Euro 35.895,20** e parte resistente non ha formulato alcuna contestazione specifica riguardo tale voce di danno, sicché l'entità del danno patrimoniale appena descritto deve ritenersi provata e va risarcita al ricorrente.

Dovrà inoltre essere accolta la domanda di rifusione delle spese mediche come allegate e documentate da parte ricorrente (documenti presenti nel fascicolo del procedimento ex art. 696 bis c.p.c.) e ritenute congrue dal CTU.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

In proposito il perito ha evidenziato che: <<*Viste le spese sanitaria dedotte in ricorso, di seguito riprodotte*

1) Ricevute MMG [redacted] *18.2.11; 2) Ricevuta ecocolordoppler tronchi sovraortici 4.3.15; 3) RX ginocchio sx. + Torace 6.3.15; 4) Ricevuta visita specialista ortopedico* Per_1 *20.7.15; 5) Esami laboratoristici* Org_3 *28.9.15; 6) RX ginocchio sx. 30.9.15; 7) Esami laboratoristici* Org_3 *16.11.15; 8) RX ginocchio sx. del 06.5.16; 9) Ricevuta visita specialista ortopedico* Per_3 *11.5.16; 10) RX ginocchio sx. 12.7.16; 11) Ricevuta visita specialista ortopedico* Per_1 *13.7.16; 12) Ecografia ginocchio sx. 21.9.16; 13) RX ginocchio sx. 21.9.16; 14) Ricevuta visita specialista ortopedico* Per_4 *24.9.16; 15) Ricevuta* Org_4 *Grosseto 10.5.17; 16) Ricevuta visite specialista ortopedico* Per_5 *13.11.17, appaiono riconducibili alla difettosa condotta della Convenuta le spese di cui ai punti 6,7,8,9,10,11,12,13,14 risultando le spese:*

- *1 prive di attinenza ai fatti*
- *2,3,4,5 comunque dovute per l'avvio del percorso protesico*
- *15,16 inerenti documentazione non rappresentata in atti e quindi di attribuzione non consentita ed indeterminata (ossia non riconducibili causalmente ai fatti di causa e agli addebiti individuati).*

Fra le spese riconducibili alla difettosa condotta della Convenuta, va ancora introdotta la spesa inerente la visita specialistica fisiatrica di cui Fattura n. 38 del 19/07/2016 a firma della Dott.ssa Per_4 *involontariamente omessa nella stesura preliminare*>>.

La somma complessiva delle spese sanitarie ritenute congrue e pertinenti dal CTU porta ad un totale di **Euro 750,70**.

Dunque, il risarcimento complessivo spettante al ricorrente danneggiato ammonta ad **Euro 210.119,70** (152.189,00+21.285,00+35.895,00+750,70)

Sulle somme tutte indicate, previa ovvia devalutazione – ove necessario - trattandosi di somme non perfettamente attualizzate alle Tabelle Milanesi 2021, 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 del danneggiato qual era prima del fatto illecito che ha generato il danno, sino alla data della decisione definitiva.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586

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.

***

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 e introduttiva, in relazione allo scaglione di riferimento individuato in base al valore della quota della domanda accolta.

Le spese di CTU nell'ATP, seguendo il medesimo criterio di soccombenza, sono altresì definitivamente poste a carico di parte resistente, che va condannata a rimborsare a parte ricorrente quanto dalla stessa già corrisposto a tale titolo.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, così decide:

1) Condanna *Controparte_1* a corrispondere a *Parte_1* , a titolo risarcitorio, la somma di € 210.119,70 oltre ad interessi e rivalutazione come indicati in parte motiva.

2) Condanna altresì *Controparte_1* a rimborsare a *Parte_1* le spese di lite, che si liquidano in € 4.300 per compensi professionali, oltre spese generali 15%, IVA e CPA.

3) Pone le spese di CTU definitivamente in capo alla parte resistente *Controparte_1*

[...]

Bologna 02.10.2021

Il Giudice

dott. Cinzia Gamberini

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-586