TRIBUNALE DI BRINDISI

Repubblica Italiana

In Nome del Popolo Italiano

Il Tribunale di Brindisi, in composizione monocratica in persona del Giudice dott. Maurizio Rubino, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 5024/2018 R.G., avente ad oggetto domanda di risarcimento danni da responsabilità contrattuale

PROMOSSA DA

Parte_1 , rappresentato e difeso dagli avv. [redacted] e [redacted]

ATTORE

CONTRO

Controparte_1 , in persona del suo legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avv. [redacted] e [redacted]

CONVENUTA

All'udienza del 23.5.2023 la causa è stata posta in decisione, previa assegnazione alle parti dei termini di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica, sulle conclusioni dalle medesime rassegnate, come da verbale in atti.

FATTO E DIRITTO

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ai sensi dell'art. 132 co. 2 n. 4 c.p.c., come modificato dall'art. 45 co. 17 della legge 18 giugno 2009 n. 69, la presente sentenza viene motivata attraverso una "*concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione*".

La causa ha ad oggetto la domanda con cui *Parte_1* ha chiesto la condanna dell' *Controparte_2* al risarcimento dei danni subiti per aver contratto una "spondilodiscite lombo-sacrale L5-S1 post-chirurgica" a seguito dell'intervento di discectomia microchirurgica cui fu sottoposto in data 20.9.2011 presso l' *Organizzazione_1* di *CP_2* patologia dalla quale ha allegato essere residuati postumi invalidanti quantificati in misura pari a tre punti percentuali di invalidità permanente ed in conseguenza della quale ha affermato di aver trascorso in condizioni di inabilità temporanea un periodo di giorni 120, di cui 30 di I.T.P. al 75%, 60 di I.T.P. al 50% e 30 di I.T.P. al 25%, secondo quanto accertato dai consulenti nominati nell'ambito del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. dal medesimo promosso ai sensi dell'art. 8 della L. n. 24/2017.

Essendo emerso, all'esito di tale procedimento, che la suddetta infezione fu contratta in occasione del citato intervento cui fu sottoposto presso il menzionato nosocomio, il *Pt_1* ha convenuto in giudizio la *Controparte_3* domandandone la condanna al pagamento della somma di € 6.452,56, di cui € 4.968,00 per danno non patrimoniale ed € 1.484,00 (secondo quanto precisato alla prima udienza di comparizione) per danno patrimoniale, relativo alle spese mediche sostenute.

Costituitasi in giudizio, la *Parte_2* ha invocato il rigetto dell'avversa domanda, contestando gli esiti della consulenza tecnica disposta in via preventiva nel tentativo di addivenire ad una composizione della lite.

Segnatamente, la convenuta ha eccepito: che gli ausiliari nominati al predetto fine sarebbero incorsi in contraddizione nella misura in cui hanno affermato che "*la spondilodiscite vertebrale post intervento chirurgico di micorodiscectomia ls-S1 sinistra è da ritenere senza dubbio come infezione ospedaliera del sito chirurgico*", pur dando atto che dalla cartella clinica non si riscontra l'insorgenza di un'infezione da stafilococco ed anzi risulta essere stata effettuata, in data 7.11.2017, una

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

emocoltura con esito negativo; che sarebbero giunti alla predetta conclusione sulla base di un mero dato statistico, ovvero sulla scorta del rilievo che "*l'incidenza delle complicanze operatorie*" dell'intervento praticato all'attore "*è pari al 3-6%*"; che non avrebbero tenuto "*minimamente conto della documentazione depositata dall'Con a dimostrazione dell'asepsi degli ambienti e dell'adozione di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle* leges artis *finalizzate ad evitare l'insorgenza di patologie infettive (pulizia, sanificazione e sterilizzazione delle sale operatorie, dei macchinari e del materiale, rintracciabilità e verifica delle sterilizzazioni del materiale chirurgico nelle autoclavi)*"; che i consulenti, infine, non avrebbero stimato il c.d. danno differenziale, ovvero non avrebbero scomputato dal danno biologico riportato dall'attore, secondo la stima dagli stessi effettuata, la percentuale ascrivibile alle sue pregresse condizioni di salute.

La *CP_3* quindi, nel rilevare che la spondilodiscite è una patologia multifattoriale, di origine non necessariamente infettiva, ha dedotto che il *Pt_1* fu interessato non già da un processo infettivo, ma da un processo infiammatorio, come sarebbe dimostrato dal fatto che a pochi giorni di distanza dalla risonanza magnetica che evidenziò segni radiologici di un processo infiammatorio a livello del tratto lombare interessato dall'intervento chirurgico, processo per il quale fu prescritta idonea terapia antibiotica, vi fu un ritorno alla normalità dei valori dei globuli bianchi e, per converso, la persistenza di elevati valori degli indici di flogosi clinicamente riscontrati.

La convenuta, infine, nell'evidenziare che l'attore fu sottoposto a profilassi antibiotica preoperatoria e postoperatoria, ha allegato che costui fu debitamente informato dei rischi connessi all'intervento al quale fu sottoposto.

La domanda attorea merita accoglimento per quanto di ragione.

I consulenti tecnici nominati nell'ambito del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. promosso dal *Pt_1* hanno affermato, nella relazione da loro redatta, che "*la sintomatologia febbrile comparsa a 15 gg dall'intervento chirurgico con segni di infiammazione a livello di L5-S1 e del disco intervertebrale interposto configura indubbiamente una* ***discite post-chirurgica***".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Gli ausiliari, infatti, muovendo dalla considerazione che "*queste infezioni sono nella maggior parte dei casi sostenute da germi Gram positivi quali lo Stafilococco e lo Streptococco che possono inquinare il campo operatorio o per una inefficace asepsi o per una sterilizzazione insufficiente degli strumenti chirurgici*", sono giunti alla conclusione che "*la spondilodiscite vertebrale post intervento chirurgico di microdiscectomia L5-S1 sinistra*" riportata dal *Pt_1* "*è da ritenere senza dubbio come infezione ospedaliera del sito chirurgico*" ed hanno pertanto affermato che "***il paziente, a causa dell'intervento, è andato incontro ad una infezione ospedaliera un danno che, sebbene trattata adeguatamente con gli antibiotici, ha prodotto degli esiti***".

I due consulenti hanno quantificato tali esiti, "*sulla scorta delle indicazioni emergenti dalla disamina dei barèmes valutativi comunemente in uso nella pratica medico-legale, nella misura del 3%*" ed hanno stimato "*il periodo di inabilità che fece seguito alle lesioni riportate* (…) *(da quanto emerge dalla documentazione agli Atti e dalla comune esperienza) in giorni 120 di cui 30 di inabilità subtotale al 75% ed ulteriori 90 di relativa, gradualmente decrescenti e mediamente valutabili al 50% i primi 60 ed al 25% i restanti 30 gg.*".

Tanto premesso in punto di fatto, in diritto va innanzitutto osservato che, secondo l'orientamento ormai granitico tanto della giurisprudenza quanto della dottrina, la responsabilità gravante sulla struttura sanitaria va ricondotta nell'ambito della responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale comporta la conclusione di un contratto (Cass. SS.UU., n 577/2008).

Sin dagli ultimi anni dello scorso millennio, infatti, il Giudice di legittimità ha chiarito che, nell'ipotesi in cui il paziente alleghi di aver subìto danni in conseguenza di una attività svolta dal medico (eventualmente, ma non necessariamente, sulla base di un vincolo di dipendenza con la struttura sanitaria) in esecuzione della prestazione che forma oggetto del rapporto obbligatorio tra quest'ultima e il paziente, la responsabilità della struttura va qualificata in termini di responsabilità contrattuale, in quanto conseguente all'inadempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

atipico di spedalità o di assistenza sanitaria, che la struttura deve adempiere personalmente, rispondendone ai sensi dell'art. 1218 c.c., ovvero mediante il personale sanitario, rispondendone ai sensi dell'art. 1228 c.c.

A tale ultimo riguardo va, peraltro, rilevato che l'eventuale responsabilità della struttura ospedaliera *ex* art. 1228 c.c. si configura allorché tra le incombenze affidate al personale medico o paramedico (da considerarsi ausiliari in senso lato) e l'illecito ricorra un rapporto di stretta derivazione causale, dovendosi ritenere che tale forma di responsabilità in capo all'ente che utilizza e dispone del lavoro altrui per propri fini sussista soltanto nel caso in cui si manifesti un nesso di occasionalità necessaria tra la condotta del soggetto agente e l'evento lesivo per il paziente, nel senso che le incombenze svolte dal preposto devono aver reso possibile o, comunque, agevolato la produzione dell'evento dannoso.

Dal predetto inquadramento discende, sul piano del riparto degli oneri probatori, che è onere del creditore-attore dimostrare, oltre alla fonte del suo credito – e cioè il contratto o contatto sociale, ovvero l'avvenuto inserimento nella struttura e la verificazione del danno durante la permanenza presso di essa – l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del professionista è stata la causa del danno lamentato (Cass. 7 dicembre 2017, 29315; Cass. 15 febbraio 2018, n. 3704; Cass. 20 agosto 2018, n. 20812), mentre è onere del debitore dimostrare o l'esatto adempimento della prestazione, ovvero l'impossibilità della stessa derivante da causa non imputabile, provando che l'inadempimento (o l'inesatto adempimento) è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (Cass. 26 luglio 2017, n. 18392; Cass. 23 ottobre 2018, n.26700; Cass. 24 maggio 2019, n. 14335; Cass. 29 ottobre 2019, n. 27606).

La più recente giurisprudenza, inoltre, ha precisato che nelle fattispecie di responsabilità per inadempimento delle obbligazioni professionali è configurabile un evento di danno, consistente nella lesione dell'interesse finale perseguito dal creditore (la vittoria della causa nel contratto concluso con l'avvocato; la guarigione dalla malattia nel contratto concluso con il medico), distinto dalla lesione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'interesse strumentale di cui all'art.1174 c.c. (interesse all'esecuzione della prestazione) professionale secondo le *leges artis*, sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (Cass. n. 28991/2019).

Viene, dunque, in chiara evidenza il nesso di causalità materiale che rientra nel tema di prova di spettanza del creditore.

Invero, posto che il danno evento nelle obbligazioni di diligenza professionale riguarda non l'interesse corrispondente alla prestazione, ma l'interesse presupposto, ne deriva che la causalità materiale non è praticamente assorbita dall'inadempimento. Quest'ultimo, infatti, pur coincidendo con la lesione dell'interesse strumentale, non comporta necessariamente lesione dell'interesse presupposto, sicché allegare l'inadempimento non significa allegare anche il danno evento, il quale, per riguardare un interesse ulteriore rispetto a quello perseguito dalla prestazione, non è necessariamente collegabile al mancato rispetto delle *leges artis*, ma potrebbe essere riconducibile ad una causa diversa dall'inadempimento (Cass. n. 28991/2019 cit.).

Da ciò discende che il creditore di prestazione professionale che alleghi un evento di danno alla salute deve provare non solo quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate, ovvero il nesso di c.d. causalità giuridica, ma anche, avvalendosi eventualmente di presunzioni, il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità, impregiudicata la natura di inadempienza di quella condotta, inadempienza che al creditore spetta solo di allegare (*ibidem*) ma che non è da sola sufficiente a far ritenere la sussistenza del predetto nesso eziologico (cfr. anche Cass. n. 21008/2018).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Una volta che il creditore abbia assolto tale onere probatorio, sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento, o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Emerge, dunque, un duplice ciclo causale: il nesso di causalità materiale, che il creditore della prestazione professionale deve provare, fra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare - dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio - fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (Cass. n. 28991/2019 cit.).

Dalle suddette premesse deriva, per un verso, che "*se la prova della causa di esonero è stata raggiunta vuol dire che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia è sì eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, ma il rispetto delle* leges artis *è nella specie mancato per causa non imputabile al medico*". Per altro verso, che, "*se resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni la causa dell'evento di danno, le conseguenze sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono sul creditore della prestazione professionale, se invece resta ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, ovvero resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul debitore*" (*ibidem*).

Le considerazioni finora svolte rendono opportuno richiamare, altresì, i consolidati principi che governano, nell'ambito della responsabilità civile in generale, ed in quella da *malpractice* sanitaria in particolare, l'accertamento della sussistenza del nesso di causalità, materiale e giuridica.

Come noto, "*in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (Cass. n. 16123/2010). Ne deriva, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, *"essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso*" (Cass. sent. ult. cit.).

Quanto alla necessaria distinzione tra il profilo della causalità cd. materiale e quello della causalità cd. giuridica, è stato evidenziato che "*il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, primo comma, cod. civ.), l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 cod. pen. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (rettamente intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi) onde ascrivere all'autore della condotta, responsabile "tout court" sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito, come tale da reputarsi la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario.* (Cass. n. 15991/2011).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Per ciò che concerne, poi, la causalità omissiva è stato affermato, riguardo, in particolare, alla mancata (tempestiva) diagnosi, che "*in materia di responsabilità per attività medico-chirurgica, l'accertamento del nesso causale in caso di diagnosi tardiva - da compiersi secondo la regola del "più probabile che non" ovvero della "evidenza del probabile", come pure delineata dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea nella sentenza del 21 giugno 2017 in causa C-621/15 in tema di responsabilità da prodotto difettoso, in coerenza con il principio eurounitario della effettività della tutela giurisdizionale - si sostanzia nella verifica dell'eziologia dell'omissione, per cui occorre stabilire se il comportamento doveroso che l'agente avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado di impedire o meno, l'evento lesivo, tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità, giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa), ma anche all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica)*" (Cass. n. 21530/2021).

Con specifico riferimento al tema delle infezioni nosocomiali, con due recenti pronunce la Suprema Corte per un verso ha chiarito che "*l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria dev'essere effettuato sulla base dei criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della c.d. probabilità prevalente) e clinico (in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria)*" (Cass. n. 6386/2023). Per altro verso ha ribadito che nella materia *de qua* "*la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio" (Cass. n. 16900/2023).

Ebbene, venendo alla fattispecie per cui è causa le conclusioni alle quali sono pervenuti i consulenti appaiono condivisibili alla luce dei principi innanzi richiamati.

Invero, l'insorgenza dell'infezione a distanza di solo quindici giorni dall'intervento, la circostanza che essa abbia interessato il medesimo distretto anatomico su cui esso venne praticato e la mancata individuazione di possibili cause alternative inducono inevitabilmente a ritenere, secondo la regola del più probabile che non, che essa sia stata contratta in ambito nosocomiale.

Va, altresì, rilevato che l' *CP_3* non ha fornito la prova di aver adottato tutte le misure idonee a scongiurarne il rischio di verificazione, posto che, pur avendo prodotto, quale allegato n. 3 del fascicolo depositato nell'ambito del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c., la documentazione attestante "*la sterilizzazione del kit di ferri chirurgici per l'intervento sul paziente in argomento effettuato in data 20.09.2011*", non ha, tuttavia, dimostrato che anche la sala operatoria in esso fu eseguito fosse stata sottoposta a disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, né l'adeguatezza della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento ivi presenti.

D'altro canto la circostanza, evidenziata dalla convenuta nei propri scritti difensivi, che le risultanze della risonanza magnetica e gli indici di flogosi avessero evidenziato un processo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

infiammatorio a carico del sito oggetto di intervento non è affatto incompatibile con l'origine infettiva della discite contratta dal *Pt_1* essendo le flogosi, come noto, dei meccanismi di difesa dell'organismo in presenza di danni che possono avere origine anche batterica.

L'ipotesi che nel caso di specie l'infiammazione riscontrata attraverso la *Parte_* avesse proprio tale origine risulta suffragata dalla presenza di materiale di granulazione in sede di intervento e dalla iperpiressia riscontrata al momento del ricovero avvenuto il 22.10.2011.

Appurata, quindi, la natura di infezione post-operatoria della spondilodiscite lombo sacrale riportata dall'attore, irrilevante, ai fini della responsabilità dell' *CP_1* convenuta, è la circostanza che egli fosse stato informato che della possibilità di contrarre infezioni a seguito dell'intervento da praticare.

Invero, la circostanza che il paziente, benché preventivamente informato dei rischi connessi ad un trattamento sanitario, abbia deciso ugualmente di sottoporvisi non vale certo ad esonerare da responsabilità la struttura ove esso venne praticato qualora uno di tali rischi si sia concretizzato per negligenza, imprudenza o imperizia del personale presso di essa operante.

Passando, ora, ai profili relativi alla liquidazione dei danni subiti dall'attore, appaiono parimenti condivisibili, poiché frutto di accertamenti privi di vizi logici ed esenti da censure di carattere metodologico, le stime del danno biologico dallo stesso subito - sia in termini di invalidità permanente, che in termini di inabilità temporanea - compiute dai citati consulenti.

A tale proposito va rilevato che appare priva di fondamento la doglianza della convenuta in ordine alla mancata determinazione, da parte dei predetti, del c.d. danno differenziale, atteso che dalla relazione presente in atti emerge chiaramente che la quantificazione in tre punti percentuali di invalidità permanente delle lesioni subite dal *Pt_1* si riferisce al solo danno strettamente connesso, sul piano della causalità materiale, all'infezione dallo stesso contratta.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Tanto premesso, alla luce di quanto disposto dall'art. 7 co. 4 della L. n. 24/2017, a norma del quale "*il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo*", le somme spettanti all'attore a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito ammontano, sulla scorta degli importi aggiornati ad opera del D.M. 8.6.2022, ad € 2.132,13 per I.P., € 1.142,78 per I.T.P. al 75%, € 1.532,70 per I.T.P. al 50% ed € 380,93 per I.T.P. al 25%, per un totale di € 5.179,54.

Essendo la predetta somma stata determinata in moneta attuale, su di essa non va opera alcuna rivalutazione monetaria.

Su di essa non possono neppure riconoscersi interessi compensativi a titolo di risarcimento del danno da lucro cessante, non avendo l'attore provato, neppure sulla scorta di presunzioni, che qualora avesse avuto l'immediata disponibilità di tale somma avrebbe potuto impiegarla redditiziamente in modo da conseguire un guadagno superiore a quanto già liquidato a titolo di rivalutazione monetaria (cfr. Cass. n. 3268/2008; Cass. n. 22347/2007).

Ed infatti, posto che nei debiti di valore i cosiddetti interessi compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno causato dal ritardato pagamento dell'equivalente monetario attuale della somma dovuta all'epoca dell'evento lesivo, va rilevato che tale danno sussiste solo quando, dal confronto comparativo in unità di pezzi monetari tra la somma rivalutata riconosciuta al creditore al momento della liquidazione e quella di cui egli disporrebbe se (in ipotesi tempestivamente soddisfatto) avesse potuto utilizzare l'importo allora dovutogli secondo le forme considerate ordinarie nella comune esperienza ovvero in impieghi più remunerativi, la seconda ipotetica somma sia maggiore della prima, solo in tal caso potendosi ravvisare un danno da ritardo, indennizzabile in vario

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

modo, anche mediante il meccanismo degli interessi, mentre in ogni altro caso il danno va escluso (Cass. n. 22347/2007). Ciò premesso, va osservato che, come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, il giudice del merito è tenuto a motivare il mancato riconoscimento degli interessi compensativi solo quando sia stato espressamente sollecitato mediante l'allegazione della insufficienza della rivalutazione ai fini del ristoro del danno da ritardo secondo il criterio sopra precisato (Cass. n. 22347/2007 cit.).

Anche in epoca più recente la Suprema Corte è tornata ad affermare che *"la liquidazione del danno aquiliano in moneta attuale ristora la perdita patrimoniale o non patrimoniale patita dal danneggiato, ma non necessariamente copre l'intero pregiudizio da quest'ultimo subito, potendo residuare un ulteriore danno, conseguente al ritardato pagamento dell'importo dovuto a titolo di risarcimento, il quale tuttavia non è "in re ipsa", essendo onere del creditore allegare e provare, anche attraverso presunzioni semplici, che il tempestivo pagamento gli avrebbe consentito remunerativi investimenti"* (Cass. n. 3173/2016; v. anche Cass. n. 18564/2018; Cass. n. 1111/2020).

Per ciò che concerne la somma di € 1.484,00 richiesta dall'attore a titolo di rifusione delle spese mediche sostenute, va rilevato che, sulla scorta della relativa documentazione in atti, essa si concretizza nei compensi corrisposti ai due consulenti tecnici d'ufficio nominati nell'ambito del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c.

Tanto premesso, va rilevato che "*le somme erogate dalla parte che ha chiesto un accertamento tecnico preventivo per compensare il consulente tecnico di ufficio ed il proprio consulente costituiscono, dopo che gli atti dell'accertamento tecnico sono stati acquisiti nel successivo giudizio di merito, spese giudiziali e non componenti del danno da risarcire e le relative somme non sono pertanto soggette a rivalutazione monetaria, ma debbono essere considerate nella liquidazione delle spese processuali da porre, in tutto o in parte, a carico del soccombente, salvo che il giudice non ritenga di compensarle ai sensi dell'art. 92 cod. proc. civ.*" (Cass. n. 12759/1993).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

All’accoglimento, per le ragioni in precedenza illustrate, della domanda proposta dall’attore consegue la condanna della convenuta alla rifusione delle spese di lite dal medesimo sostenute tanto per il predetto procedimento, quanto per il presente giudizio, liquidate come da dispositivo, con distrazione in favore del procuratore antistatario.

Vanno, infine, posti a carico della convenuta, parimenti in ragione della soccombenza, i compensi liquidati in favore dei consulenti tecnici nominati nell’ambito del procedimento n. 1520/2018 R.G.

P.Q.M.

Il Tribunale di Brindisi, definitivamente decidendo la causa n. 5024/2018 R.G., così provvede:

- dichiara che la spondilodiscite lombosacrale da cui è risultato affetto *Parte_1* all’esito dell’intervento cui è stato sottoposto in data 20.9.2011 presso l’ *Org_1* di *CP_2* è stata causata dalla negligente condotta serbata dal personale operante presso la predetta struttura;

- per l’effetto, condanna la *Controparte_2* in persona del suo legale rappresentante p.t., al pagamento, in favore di *Parte_1* per le causali indicate in motivazione, della complessiva somma di € 5.179,54, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia al soddisfo;

- condanna, altresì, la convenuta, in persona del suo legale rappresentante p.t., alla rifusione delle spese di lite sostenute dall’attore per il procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. dallo stesso promosso, che liquida in € 118,50 per spese ed € 1.315,00 per compensi, oltre accessori come per legge, con distrazione in favore del procuratore antistatario;

- condanna, infine, la convenuta, in persona del suo legale rappresentante p.t., alla rifusione delle spese di lite sostenute dall’attore per il presente giudizio, che liquida in € 118,50 per spese ed € 2.540,00 per compensi, oltre accessori come per legge, con distrazione in favore del procuratore antistatario;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

- pone definitivamente a carico dell' *Controparte_2* le somme liquidate a titolo di compenso ai consulenti tecnici nominati nell'ambito del procedimento iscritto al n. 1520/2018 R.G.

Così deciso, in Brindisi, in data 11 ottobre 2023.

Il Giudice

dott. Maurizio Rubino

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it