REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

TRIBUNALE DI CATANIA

Sezione Quinta Civile

Il **Tribunale di Catania, sezione quinta civile,** in composizione monocratica, in persona del dott. Giorgio Marino, ha emesso la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 13418/22 R.G.A.C., posta in decisione, previ gli incombenti di cui all'art. 281 quinquies c.p.c. cbn. disp. art. 190 c.p.c., all'udienza di precisazione delle conclusioni dell'11 dicembre 2024,

promossa da

Parte_1 **,**

[redacted] (c.f. *CodiceFiscale_1*), elettiv.te [redacted] – [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende giusta procura allegata all'atto di citazione unitamente e disgiuntamente all'avv. [redacted]

attrice

contro

Controparte_1

[...] CP_2 **,**

in persona del legale rappresentante pro tempore (p.i. *P.IVA_1*), elettivamente domiciliato in *CP_1* [redacted] pressa la sede dell' *CP_1* rappresentato e difeso giusta procura allegata alla comparsa di costituzione dall'Avv. [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

convenuto;

OGGETTO: RISARCIMENTO DANNI.

Conclusioni

I procuratori delle parti hanno precisato le conclusioni riportandosi a quanto dedotto nei propri atti e nei verbali di causa.

Svolgimento del processo

Con citazione notificata in data 14.10.2022 *Parte_1* conveniva in giudizio innanzi questo Tribunale l' *Controparte_1* *[...]* *CP_2* esponendo che in data 07/10/12 veniva ricoverata presso la U.O. di Urologia del P.O. *CP_1* di *CP_1* per calcolosi al rene, in tale circostanza ai fini del trattamento della patologia, come testimoniato dalla cartella clinica, veniva posizionato stenting ureterale sinistro. In data 21/03/13 si recava nuovamente presso la U.O. di Urologia del P.O. *CP_1* di *CP_1* ai fini di sottoporsi ad intervento di R.I.R.S. In data 02/04/13 la Sig.ra *Pt_1* si recava nuovamente presso lo stesso nosocomio per la rimozione dello stent ureterale che era stato posizionato durante l'intervento eseguito in data 21/03/13. In data 11/04/13 a seguito dell'insorgenza di una sintomatologia comprendente un rialzo di temperatura elevata e malessere generale veniva ricoverata presso la (39,5°C) UOC di Medicina e Chirurgia d'Urgenza del P.O. [redacted] di *CP_1*. In data 12/04/13 la Sig.ra la *Pt_1* veniva poi trasferita presso la UO di malattie infettive del nosocomio di cui sopra, in tale circostanza venivano eseguiti esami emocolturali che consentivano l'isolamento di Escherichia Coli, Enterococcus faecalis e Candida Albicans, pertanto veniva prescritto e somministrato trattamento antibiotico. In data 22/04/13 la Sig.ra *Pt_1* veniva inoltre sottoposta ad Uro-TAC dalla quale emergeva: «*Presenza di due calcoli, a densità calcica e di circa 7 mm di diametro nel tratto terminale dell'uretere di sinistra e rispettivamente in sede intramurale ed in sede prevescicale; dilatazione a monte dell'uretere e delle cavità calico-pieliche di sinistra. Altro calcolo, a densità calcica e di circa 6 mm di diametro maggiore, si evidenzia nel gruppo*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

caliceale inferiore del rene di sinistra» … A seguito di tali esami veniva quindi diagnosticata «*Urosepsi da E. coli, Enterococcus faecalis e Candida albicans in soggetto con ureteronefrosi sn di II grado da nefrolitiasi sn*» e la Sig.ra *Pt_1* veniva pertanto trasferita presso la Divisione di Urologia del P.O. [redacted] di *CP_1*. In data 09/05/13, la Sig.ra *Pt_1* si sottoponeva ad ureterorenoscopia sinistra, litotrissia endoscopica e posizionamento di stent ureterale. In data 13/05/13 la paziente, ancora ricoverata presso il nosocomio [redacted] di *CP_1* si sottoponeva a visita oculistica dalla quale emergeva: «*VN OD: 4-5/10, OS: motu manu. All'esame del fondo si osservano in OO numerosi focolai corioretinici su tutto l'ambito retinico di cui 1 in OS in sede maculare (probabile natura da candida)*». In data 14/05/13 la Sig.ra la *Pt_1* si sottoponeva a FluoroAngioGrafia, tale esame evidenziava: «*OD: in sede peripapillare inferiore focolaio iperfluorescente con diffusione nelle fasi tardive. Diffusione dalla papilla ottica di fluoresceina nelle fasi tardive. Si evidenziano altresì, in sede perimaculare temporale, lungo le arcate vascolari superotemporali ed inferotemporali, focolai iper-ipofluorescenti con diffusione nelle fasi tardive. Quadro compatibile con coroidite multifocale e vasculite peripapillare. OS: in sede foveo-maculare e maculare superiore focolai iperipofluorescenti con diffusione nelle fasi tardive. Segni di fluo-impregnazione lungo l'arcata vascolare superotemporale. Due punti iperfluorescenti in sede temporale con debole diffusione tardiva. Quadro compatibile con coroidite multifocale e vasculite lungo l'arcata vascolare S-T*». In data 16/05/13 veniva rimosso lo stent uretale posizionato durante l'intervento del 09/05/13 In data 17/05/13, persistendo le problematiche oculistiche, la Sig.ra *Pt_1* veniva nuovamente visitata e dal controllo oculistico emergeva: «*VOD = 8/10. VOS = m.m. FOD: persiste coroidite multifocale. FOS: persiste coroidite multifocale che coinvolge la macula. Presumibile coroidite fungina*». In data 29/05/13, la Sig.ra *Pt_1* veniva dimessa e le veniva diagnosticato una «*Urosepsi secondaria a calcolosi ureterale sinistra*». La relativa lettera di dimissione testualmente riporta: «*Paziente trasferita dalla UO di malattie infettive dove era stata ricoverata per iperpiressia secondaria a pregresso intervento di litotrissia endoscopica di calcolo ureterale sinistro eseguito presso altro nosocomio. Durante la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

degenza la paziente ha eseguito esami colturali che hanno rilevato la presenza di infezione sistemica da Candida. In seguito al perdurare dello stato settico e della sintomatologia algica a carico del fianco sinistro la paziente è stata sottoposta ad UroTAC che documentava la presenza di formazione litiasica in sede ureterale sinistro condizionante idronefrosi. La paziente manifestava altresì riduzioni del visus e per tale motivo venivano eseguite svariate consulenze oculistiche la cui conclusione diagnostica è stata di verosimile infezione oculare da Candida … In atto perdura lo stato di riduzione del visus». In data 06/06/13 la Sig.ra *P* *Pt_1* si recava presso il medico oculista Dott. *Persona_1*. In data 24/06/13 la Sig.ra *P* *Pt_1* si recava invece presso il medico oculista Dott. *Persona_2*, in tale ultima visita veniva confermata l'infezione da candida e le problematiche visive. In data 28/08/13 dato il persistere delle problematiche visive la Sig.ra *Pt_1* veniva ricoverata presso il [redacted] di Milano, per «*sospetta endoftalmite da candida in esiti di coroidite multifocale e membrana epimaculare*». L'esame obiettivo evidenziava: «*OD VC = 9/10. OS VN CD a 1 metro. OD esiti coroidite multifocale. OS torbidità vitreale, esiti coroidite multifocale, membrana epimaculare*». *Veniva, pertanto eseguito intervento chirurgico in OS: «Vitrectomia centrale e della base … all'esplorazione del fundus si apprezzano esiti di coroidite multifocale con ialoide diffusamente infarcita di addensamenti biancastri, snowball retinici periferici, flocculi retinici biancastri al polo posteriore e in regione foveale con distrofia retinica; peeling ialoide e membrana limitante interna*». In data 30/8/13 la paziente veniva dimessa con diagnosi di «OS endoftalmite in esiti di coroidite multifocale, membrana epimaculare». La Sig.ra *Pt_1* si recava poi in data 07/02/15 e 17/03/15 presso il [redacted] di Milano per consulenze oculistiche, dalle quali emergevano: «*VOD = 10/10. VOS = 1/100. FOD esiti coroidite multifocale. FOS esiti vitrectomia per sospetta endoftalmite da candida e membrana epiretinica maculare (permane area di cicatricemaculare).*»

Chiedeva quindi la condanna della stessa al risarcimento dei danni subiti.

L *CP_2* di *CP_1* si costituiva in giudizio opponendosi.

Disposta ed espletata ctu, le parti venivano invitate a precisare le conclusioni all'udienza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

dell'11.12.2024.

Trascorsi i termini ex art. 281 quinquies c.p.c. (cbn. dsp. art. 190 c.p.c.) questo giudice istruttore, in funzione di giudice unico, pronuncia la presente per i seguenti

MOTIVI DELLA DECISIONE

E' noto che la responsabilità della struttura sanitaria è una responsabilità definita a doppio binario, giacchè essa origina da due fatti distinti: quella derivante dall'inadempimento di quegli obblighi che presiedono per legge all'erogazione del servizio sanitario (i quali, ad esempio, danno luogo a responsabilità per infezioni nosocomiali, per difetto di organizzazione e per carenze tecniche, per mancata sorveglianza); quella derivante dall'attività illecita, trovante occasione nell'erogazione del servizio sanitario, imputabile a coloro della cui attività il nosocomio si sia avvalso, ex *art. 1228 c.c.*. Pertanto, nel momento in cui la struttura sanitaria si avvale di un ausiliario per le proprie prestazione e questi commetta un errore, la struttura è responsabile in solido ai sensi dell'art. 1228 c.c., dovendo riconosce*re la* libertà del titolare dell'obbligazione di decidere come provvedere all'adempimento, accettando il rischio connesso alle modalità prescelte, secondo la struttura di responsabilità da rischio d'impresa (cuius commoda eius et incommoda) ovvero, descrittivamente, secondo la responsabilità organizzativa nell'esecuzione di prestazioni complesse.

La giurisprudenza, dunque, riconosce la responsabilità ex art. 1228 c.c. della struttura sanitaria per l'errore del medico. Non è, dunque, necessaria una specifica contestazione, essendo sufficiente la collaborazione con il medico per dare origine alla responsabilità. Inoltre, tale responsabilità non è ricollegabile alla *culpa in vigilando o* alla *culpa in eligendo*, ma si collega alla specifica area di rischio che ogni azienda sanitaria si assume avvalendosi di collaboratori. (cfr. Cass., civ., sez. III, n. 24688, 5 novembre 2020).

La Corte di Cassazione osserva, inoltre, che nel caso di applicazione dell'art. 1298, comma 2 c.c. la presunzione è superabile, adducendo elementi di prova relativi non solo alla colpa esclusiva del medico, ma anche a fatti causa dell'evento lesivo del tutto imprevedibili nell'ordinario svolgimento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

delle attività sanitarie. Ciò permette un bilanciamento diverso nelle quote di ripartizione del danno. Pertanto, la struttura potrebbe liberarsi dalla presunzione dimostrando la responsabilità assorbente del medico "*in quanto grave, straordinaria, soggettivamente imprevedibile e oggettivamente improbabile*". In caso diverso, la Suprema Corte ritiene corretta l'applicazione dell'art. 1298, comma 2 c.c., traendo origine l'obbligazione solidale dagli artt. 1228 e 1218 c.c.

La responsabilità della casa di cura o dell'ente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c. all'inadempimento delle obbligazioni a suo carico nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento dell'obbligazione medico professionale svolta dal sanitario; nei confronti del paziente, la struttura sanitaria e l'esercente la professione sanitaria sono coobbligati solidali, per cui la scelta del legittimato passivo contro cui agire spetta al danneggiato.

Come chiarito dalla Suprema Corte non è necessario che il medico sia "dipendente" della casa di cura, sia cioè a questa legato da un rapporto di lavoro subordinato: a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde dei fatti dolosi e colposi di costoro. Ausiliari, dunque sono tutti coloro dei quali il debitore si avvale nell'esecuzione della prestazione, indipendentemente dalla natura del rapporto che ad esso li leghi (Cass. 20 aprile 1989, n. 1855).

In secondo luogo, in applicazione dell'art. 1228 c.c., non rileva che il sanitario il quale esegue l'intervento possa essere anche sanitario di fiducia del paziente, ove la scelta, come nel caso di specie, cada su soggetto comunque collegato all'organizzazione aziendale della casa di cura. La prestazione dell'ausiliario, cioè del medico, è necessaria per l'esecuzione della prestazione della casa di cura, che si obbliga alla messa a disposizione del personale medico, paramedico e dell'attrezzature necessarie per l'intervento e, dunque, si avvale del medico, sia pure di fiducia anche del paziente (cfr. Cass. civ., sez. III, 14/07/2004, n.13066).

In sostanza secondo l'orientamento maggioritario, la responsabilità ascrivibile in capo alla struttura sanitaria è di tipo contrattuale, risultando essa fondata sul cd. contratto di spedalità, ossia il contratto in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

forza del quale la struttura sanitaria si obbliga a fornire al paziente una complessa prestazione di assistenza sanitaria (consistente nella predisposizione degli spazi necessari, di personale sanitario sufficiente ed efficiente e di attrezzature e macchinari adeguati). Ricondotta così l'obbligazione della struttura sanitaria al contratto di spedalità, la giurisprudenza configura la relativa responsabilità civile come contrattuale ex artt. 1218 c.c. e ss. In particolare, la struttura può essere chiamata a rispondere, come già detto: (i) per fatto proprio, derivante dal rapporto che si instaura in maniera diretta con il paziente, nel caso in cui il danno al paziente sia derivato da disfunzioni e carenze strutturali o organizzative inerenti alla struttura stessa (dal punto di vista degli spazi, o del personale o delle attrezzature); (ii) per fatto proprio del personale sanitario: in questa sede, l'ente risponde direttamente della negligenza ed imperizia del personale dipendente nell'ambito dell'esecuzione della prestazione. Dunque la struttura sanitaria risponde dell'attività sanitaria posta in essere dall'operatore sanitario dipendente o meno, laddove nella relativa condotta sia ravvisabile quanto meno il profilo della colpa. Da quest'ultimo punto di vista, il tipo di obbligazione assunta la struttura sanitaria, coincidendo con quella dell'esercente la professione sanitaria (dal momento che l'ente ospedaliero si impegna, tramite gli operatori sanitari alle proprie dipendenze, a fornire una prestazione sanitaria), si configura come obbligazione di mezzi, anziché come obbligazione di risultato. Ne consegue che la struttura o il professionista sanitario sono tenuti a svolgere la propria attività utilizzando i mezzi scientifici più idonei a raggiungere il risultato favorevole al paziente-creditore, mentre non è richiesto l'effettivo raggiungimento di un determinato risultato, nella specie la guarigione. L'inadempimento all'obbligazione, pertanto, deve essere desunto non già semplicemente dal mancato raggiungimento del risultato, bensì dalla diligenza richiesta ai fini dell'esecuzione della prestazione professionale. La diligenza deve essere valutata con riguardo alla natura dell'attività esercitata (ai sensi dell'art. 1176 c.c.) e, ai sensi dell'art. 2236 c.c., qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave (norma che lascia intendere che l'operatore sanitario, in caso di causazione di un danno al paziente, sia

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

tenuto al relativo risarcimento anche in caso di mera colpa lieve).

Tali prinicipi sono stati sostanzialmente recepiti dall legge *Parte_2* (n. 24/2017), che è intervenuta in tale contesto, chiarendo in maniera espressa quanto già sostenuto dalla giurisprudenza di legittimità, qualificando la responsabilità della struttura sanitaria come contrattuale ex art. 1218 c.c. e ss. (laddove, la medesima legge, qualifica quella dell'esercente la professione sanitaria come extracontrattuale ex artt. 2043 c.c. e ss.). In particolare, l'art. 7 della legge *Parte_2* chiarisce che: (i) la struttura sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 c.c., delle loro condotte dolose o colpose; (ii) l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 c.c., salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Ed ancora il secondo comma della disposizione *de qua* compie, fondamentalmente, un'espressa opera di estensione analogica, sancendo che il dettame esplicitato nel primo (e, quindi, la natura contrattuale della responsabilità) debba intendersi applicabile anche a tutte quelle prestazioni sanitarie, "svolte in regime di libera professione intramuraria", ovvero "nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica", o, da ultimo, "in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché attraverso la telemedicina".

E' noto – però - che le norme sostanziali della legge *Parte_2* non sono applicabili retroattivamente (con l'eccezione delle disposizioni relative alla liquidazione del danno sulla base delle tabelle di cui agli artt. 138, 139 del codice delle assicurazioni private), dunque non possono applicarsi a fatti avvenuti in epoca antecedente all'entrata in vigore della legge, per i quali continuerà a farsi riferimento alla legge vigente all'epoca dei fatti (cfr. Cass. civ. Sez. III, 11/11/2019, n.28990; Cass. civ. Sez. III, 11/11/2019, n.28994).

E' altresì noto – tuttavia – che la Corte di Cassazione ancora di recente (cfr cass. Civ. n. 5808 del 27.2.2023; Cass. Civ. n. 6386 del 3.3.2023) ha evidenziato che l'azione proposta dai prossimi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, va qualificata come azione di responsabilità extracontrattuale iure proprio, talchè gli stessi dovranno dare prova del fatto colposo, del pregiudizio derivatone e del nesso causale tra il comportamento dei sanitari e l'evento dannoso. In relazione al nesso causale, poi, il Supremo Collegio ha ribadito il principio secondo cui la prova deve essere fornita in termini probabilistici ovvero "del più probabile che non" e non di assoluta certezza. Si deve cioè verificare, in base a un ragionamento probabilistico, se il comportamento che la struttura avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado di impedire o meno l'evento lesivo, tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto.

Tali principi sono ovviamente riferibili al rapporto "contrattuale" paziente/struttira/medico.

La Corte di Cassazione nell'affrontare la tematica delle infezioni ha quindi richiamato la precedente pronuncia del 23/02/2021, n.4864: "In applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico.

Occorrerà, inoltre, che siano rispettati il criterio temporale ("il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale") il criterio topografico ("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 cd. "probabilità prevalente") e, infine, il criterio clinico ovvero quali tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare.

La Corte ha anche esplicitato un dettagliato elenco degli oneri probatori da assolvere, gravanti sulla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

struttura sanitaria per attestare che le misure di prevenzione siano state rispettate: a) L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) L'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami d) Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) L'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) Le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) L'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Ciò posto l'espletata ctu collegiale eseguita ha rilevato che: "La condotta professionale dei sanitari che eseguirono l'intervento chirurgico non ha fatto emergere elementi di censura. All'arrivo in ospedale dopo valutazione del caso, acquisizione del consenso informato per intervento e cure veniva posizionato stent ureterale sn; farmaco per antibiotico profilassi non presente nella scheda dell'intervento. Alla dimissione veniva prescritta idonea terapia, tra l'altro con antibiotico ad ampio spettro, Agilev 500 mg una cpr al giorno per una settimana. In data 21 ottobre 2013 veniva sottoposta ad intervento di RIRS (intervento retrogrado intrarenale) Terapia antibiotica: Ciproxin 1.000 mg al mattino per sei giorni. In data 2 aprile 2014 visita di controllo per rimozione della stent. In data 10.04.2013, si presentava al P.S. del *Controparte_3* per febbre ndd e in data 14.04.2013 l'emocoltura era positiva per *Controparte_4* sensibile agli antifungini testati tranne il *Parte_3* . Il 24/06/13 Visita Oculistica a firma del Dott. *Persona_2* OO corioretinite da candida (+OS) in zona paramaculare. In OS scompaginamento vitreale; In OD VC = 6/10, OS VC= luce. Posto quanto sopra, si deve ritenere che, l'infezione oculare da candida albicans, con elevate probabilità logiche e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

scientifiche, in un'ottica quindi di elevate probabilità, possa essere ragionevolmente ascritta ad una falla nell'attuazione di eventuali protocolli antisepsi ed alla contrazione di germi allert resistenti, presenti in ambiente ospedaliero, che ha favorito l'attecchimento di un microrganismo, che ha causato l'insorgenza della endoftalmite OS. …..Come sopra riportato, la condotta professionale dei sanitari che eseguirono l'intervento chirurgico non ha fatto emergere elementi di censura e l'infezione oculare da candida albicans, con elevate probabilità logiche e scientifiche, in un'ottica quindi di elevate probabilità, è da ricondurre ad una falla nell'attuazione di eventuali protocolli antisepsi ed alla contrazione di germi allert resistenti, presenti in ambiente ospedaliero, che ha favorito l'attecchimento di un microrganismo, che ha causato l'insorgenza della endoftalmite OS e la perdita del visus monolaterale. A seguito dell'insorgenza della endoftalmite la perizianda ha riportato un danno biologico quantificabile che in accordo con il CTP dott. *Persona_3* può essere quantificato nella misura del 24%, secondo la i baremes di riferimento. Per la guarigione dello stato di malattia è derivato un periodo di Inabilità Temporanea Assoluta (ITA) di giorni 30 (trenta) corrispondenti al ricovero dell'aprile 2013 presso il [redacted] di *CP_1* ed al ricovero dell'agosto 2013 presso il [redacted] di Milano, ricoveri intervenuti a causa ed in conseguenza della infezione nosocomiale contratta, seguita da un periodo di Inabilità Temporanea Parziale (ITP) di giorni 30 (trenta) al 50%. ….il grado di difficoltà delle prestazioni professionali non rientra tra quelli di particolare difficoltà. La prestazione professionale è stata svolta correttamente e secondo quanto previsto dalle linee guida, mentre l'infezione oculare da candida albicans e l'endoftalmite sono correlate ad una falla nell'attuazione di eventuali protocolli antisepsi ed alla contrazione di germi allert resistenti, presenti in ambiente ospedaliero….L'infezione nosocomiale ha causato una menomazione dell'integrità psicofisica come meglio specificato ai punti precedenti. ….Non risultano spese mediche documentate."

Il collegio ha anche esaustivamente risposto ai rilievi dei ctp dell' *CP_2* rilevando in particolare che **"**Sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle Infezioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

ospedaliere, in linea generale sono: -l''indicazione dei protocolli relativi alla disinfettazione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; -l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; -l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; le modalità di preparazione, conservazioni ed uso dei disinfettanti; la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; -le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; la redazione di un report da parte delle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; l'indicazione dell'orario delle effettive esecuzioni delle attività di prevenzione del rischio. L'azienda convenuta esibisce procedure operative e protocolli idonei a prevenire la trasmissione di infezioni ospedaliere. Ciò nonostante, l'anello debole della catena è costituito dal fatto che dette procedure devono essere scrupolosamente adottate dal personale sanitario, a tutti i livelli, il cui controllo fisico costante risulta impossibile. Basti pensare che, tra i mezzi più frequentemente coinvolti nella trasmissione delle infezioni ospedaliere, vi è proprio lo scorretto lavaggio delle mani. Tutti i reparti devono essere forniti del presidio aziendale di soluzione idroalcolica al 70% nelle varie formulazioni (con dispositivo erogatore a tascabile). Da tutto quanto espresso è doveroso concludere che oltre ad elaborare protocolli e linee-guida da parte dei Comitati per le Infezioni Ospedaliere (C.I.O) è necessario anche vigilare quotidianamente, nei modi possibili e fattibili, sull'applicazione di esse sul campo, cosa che avviene di rado e che evidentemente non è avvenuto nel caso che abbiamo trattato, a maggior riguardo, trattandosi di un soggetto affetto da diabete mellito. La *CP_5* sono commensali, il loro isolamento da colture di escreato, bocca, vagina, urine, feci, o cute, non necessariamente indica infezione invasiva e progressiva. Inoltre, deve essere presente una caratteristica lesione clinica, e comunque deve essere documentata istopatologicamente l'invasione tissutale (p. es., lieviti, pseudoife, e/o ife in campioni di tessuto), e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

devono essere escluse altre eziologie. Le colture positive di campione ottenuto da siti normalmente sterili, come sangue, liquido cerebrospinale, pericardio, liquido pericardico, o tessuto bioptico forniscono la prova definitiva che è necessaria una terapia sistemica**.** Il coinvolgimento oculare nei pazienti ospedalizzati con sepsi da candida è stimato essere del 2-26% e la presenza di un catetere venoso centrale ne rappresenta il primo fattore di rischio. Il fungo raggiunge l'occhio con diffusione ematogena, coinvolgendo in prima battuta la coroide (coroidite) o la retina e la coroide (retinite-coroidite) e solo successivamente il vitreo. Il tampone oculare con antibiogramma è un esame oculistico che ha lo scopo di individuare la presenza di batteri, nei casi, soprattutto, di congiuntiviti ripetute, oppure nei casi di sintomi quali il dolore, il fastidio o il prurito associato alla sensazione di corpi estranei. La negatività, nel caso che ci occupa, del tampone congiuntivale negativo, non ha significatività trattandosi di infezione sistemica micotica che ha interessato la coroide e solo successivamente il vitreo. I consulenti di parte aggiugono: - *Ma vi è di più, l'eziologia di infezione oculare da candida non è mai stata confermata infatti essa è classificabile alla stregua di mera supposizione diagnostica stante le plurime visite specialistiche effettuate dalla sig.ra* *Pt_1* *riferibili esclusivamente a: "sospetta endoftalmite da candida OS".* A tale osservazione i CC.TT:U. precisano che nella cartella n. [redacted] Ospedale [redacted] U.O. di Oculistica tale dato è riportato nei cenni anamnestici, mentre nella diagnosi di dimissione è riportato: OS endoftalmite, illeggibile…..in esiti di corioretinite multifocale. Inoltre, Il 24/06/13 Visita Oculistica a firma del Dott. *Per_2* *[...]* OO corioretinite da candida (+OS) in zona paramaculare. In OS scompaginamento vitreale In OD VC = 6/10, OS VC= luce. Si consiglia esame fluorangiografico."

Alla luce delle chiare emergenze della relazione di CTU in atti, la struttura convenuta non ha offerto la prova libertaoria incombente sulla stessa essendosi limitata a versare la documentazione relativa alle pocedura aziendali per la prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere. Tali documenti da soli non concretano la prova richiesta dalla giurisprudenza in tema di adempimento di tutti i protocolli necessari al fine della prevenzione delle infezioni nosocomiali come nella specie, trattandosi solamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

degli atti generali predisposti al fine della prevenzione senza però la prova della specifica applicazione al caso in esame.

Circa la determinazione dei danni alla persona subiti da parte attrice occorre rilevare quanto segue.

La nota sentenza n. 184/86 della Corte Costituzionale (Foro It. 1986, I, 2053) ha posto le fondamenta di tutta la successiva elaborazione in materia di danno biologico: in essa è stato affermato (dopo un decennale dibattito in dottrina e giurisprudenza) il principio della autonoma risarcibilità ex art. 2043 c.c. (norma in bianco integrata dall'art. 32 Cost.) del danno alla salute in sé considerato a prescindere dalla attitudine del soggetto a produrre reddito (cfr. Corte Cost. n. 356/91; Cass. n. 4231/99; Cass. n. 5195/98); la distinzione tra danno evento, sempre presente quale parte integrante del fatto illecito, e danno conseguenza, solo eventuale; nonché la risarcibilità del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. nei soli casi previsti dalla legge.

La richiamata pronuncia del giudice delle leggi ha inoltre operato, con estrema chiarezza, la tripartizione del danno alla persona in: a) danno (evento) alla salute, quale evento del fatto lesivo di tale valore, risarcibile a prescindere di qualunque valutazione reddituale; b) danno (conseguenza) patrimoniale, attinente alla capacità del soggetto di produrre reddito (risarcibile solo a seguito di accertata privazione di un valore economico e non anche in presenza di un'attitudine reddittizia latente, essendo tale pregiudizio già ricompreso nel danno biologico: v. Cass. sez. III n. 1324/98; Cass., III^ sez. civ., 13.1.1993 n. 357; Cass., III^ sez. civ., 2.6.1992 n. 6692 in Foro it. 1993, fasc. 6, parte I, c. 1897 ss. e 1953 ss.); c) danno (conseguenza) morale subiettivo, che si sostanzia nel transeunte turbamento psicologico del soggetto offeso ed è risarcibile solo in presenza del presupposto di cui all'art. 2059 c.c. (cfr. Corte Cost. n. 37/94, in Foro It. 1994, I, 1326).

La valutazione del danno biologico e di quello morale, così come sopra individuati, pone tra l'altro non pochi problemi in ordine alla loro quantificazione e conseguente liquidazione: rilevato che essi attengono alla sfera dei danni non patrimoniali e che è impossibile determinare il loro preciso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

ammontare (non fosse altro che per il rilievo che non sono rinvenibili criteri validi per la determinazione del valore biologico dell'uomo), il giudice non può che fare ricorso ad una valutazione equitativa ai sensi degli artt. 2056 e 1226 c.c. e 113 c.p.c. (cfr. Cass. n. 134/98; Cass. n. 10405/98; Cass. n. 7459/97; Cass. n. 8286/96).

Chiarito il quadro concettuale al quale occorre fare richiamo, si può passare ad esaminare la fattispecie concreta, muovendo in primis dalle risultanze dell'espletata c.t.u.

Il ctu, a conclusione di una indagine accurata, fondata sull'esame clinico del periziando nonché sulla documentazione sanitaria versata in atti, ha accertato che l'attrice ha riportato l'insorgenza della endoftalmite OS e la perdita del visus monolaterale

Ai postumi conseguenti ha attribuito un tasso di invalidità pari al 24%.

Il ctu ha determinato in gg 30 il periodo di invalidità temporanea assoluta ed in gg 30 quella di ITP al 50% .

Le conclusioni cui è pervenuto il collegio sono condivise da questo decidente.

Sulla base delle risultanze della consulenza e della precedente identificazione delle voci di danno da tenere in considerazione, si può ora procedere alla liquidazione del danno alla persona subito dall'attore, seguendo la tripartizione sopra richiamata:

a1) danno alla salute per invalidità temporanea.

È dato pacifico quello per il quale le lesioni patite comportano uno stato di sofferenza, legato non solo al dolore fisico ma anche al tempo necessario per la necessaria convalescenza: una tale compromissione della sfera vitale del soggetto deve pertanto trovare una adeguata tutela risarcitoria. Sulla base della accertata lesione della salute e quindi del conseguente stato di sofferenza patito fino alla stabilizzazione delle lesioni deve essere liquidato all'attore la voce di danno relativa all'indennità temporanea, sia assoluta che parziale.

A tal fine i metodi liquidatori oscillano tra il criterio equitativo per così dire puro, l'attribuzione ad

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

ogni giorno di invalidità temporanea di un valore monetario unitario, il calcolo di frazione giornaliera del triplo della pensione sociale annua.

Ritiene questo decidente che, nella scarsa differenza pratica dei detti criteri, il secondo - assolutamente prevalente nella giurisprudenza- sia preferibile consentendo una maggiore uniformità di trattamento, mediando tra i valori attribuiti dai vari giudici di merito: nella specie, tenuto conto delle soluzioni adottate da recente giurisprudenza di questo e di altri tribunali, equo appare calcolare per ogni giorno di invalidità temporanea un importo di € 55.24, da rapportare si intende al grado di invalidità temporanea accertata (se parziale tale importo andrà dunque *de*moltiplicato per la percentuale di invalidità temporanea parziale indicata dal c.t.u. o equitativamente determinata dal giudice). Tra l'altro tale metodo – anche nella sua quantificazione monetaria – è stato recepito dal legislatore nella r legge 5 marzo 2001 n. 57, che per la prima volta ha disciplinato la liquidazione del danno biologico per le cd micropermanenti (come modificata dal dm 16.10.2023), ora trasfusa nell'art. 139 cod. ass.ni.

Ne consegue che, nel nostro caso:

1) per il periodo di invalidità temporanea assoluta va liquidato un risarcimento di € **1657.20** (55.24*30*100%);

2) per il periodo di invalidità temporanea parziale al 50% va liquidato un risarcimento di **€ 828.60** (55.24*30*50%)**;**

a2) danno alla salute per invalidità permanente:

I criteri in astratto utilizzabili per la liquidazione di tale voce di danno sono essenzialmente tre: quello equitativo puro, quello della liquidazione cd. tabellare (ovvero il triplo della pensione sociale ex legge n. 39/77) ed infine quello del calcolo a punto d'invalidità.

Tale ultimo criterio è quello oramai diffusamente applicato in quanto consente di adottare criteri tendenzialmente uniformi per la liquidazione del danno, superando le notevoli diversità dei parametri utilizzati dai vari uffici ed eliminando incertezze e possibili disparità di trattamento. Questo criterio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

tiene conto così sia dell'esigenza di uniformità, perché il valore del punto a parità di invalidità è tendenzialmente uguale, sia di quella di elasticità perché fa salvi gli eventuali correttivi del caso concreto e perché attribuisce un diverso valore ai singoli punti d'invalidità (in base alla gravità della menomazione ed all'età del danneggiato).

Una tale forma di calcolo ha tra l'altro oramai avuto il pieno avallo anche da parte della giurisprudenza della Suprema Corte (v. ex plurimis Cass. 97/4236; 96/8817; 96/8344; 96/8286; 96/5005; 96/4236; 95/9828 e 95/9772 in Gius 1996, 3, p. 368 s.; 95/9725; 95/5271; 93/357).

Per tali considerazioni i giudici civili di questo tribunale hanno invero già da tempo consapevolmente adottato criteri uniformi che sostanzialmente recepiscono le tabelle elaborate (e periodicamente aggiornate e pubblicate nella più diffusa stampa periodica specializzata) dal Tribunale di Milano, il cui uso è oramai avallato e reso "paranormativo" dalla stessa Cassazione, secondo cui il giudice di merito deve adeguatamente motivare l'eventuale scostamento da tali tabelle (cfr. Cass. Civ. sez. III 6.5.2021 n. 38077; Cass. 17018/2018; Cass. 14402/2011).

Il valore punto in esse determinato è, com'è noto, opportunamente rapportato (in relazione alle sopra ricordate esigenze di uniformità di base ed elasticità), alla gravità della menomazione (il valore punto considerato per permanenti del 2% è ad es. inferiore rispetto al valore punto considerato per permanenti del 50%: ciò sulla base della considerazione, fondata su unanimi indicazioni della medicina legale, che ogni punto aggiuntivo di invalidità si traduce in una complessiva e crescente compromissione della salute del soggetto leso rispetto alla quale si rivela riduttiva una logica meramente aritmetica che si limiti a moltiplicare lo stesso valore punto per il numero percentuale di invalidità) ed alla età del danneggiato al momento del sinistro (valorizzata attraverso un demoltiplicatore crescente in funzione direttamente proporzionale).

Orbene, nel caso di specie, in applicazione delle sopra richiamate tabelle di determinazione e considerata la percentuale di invalidità permanente che si è ritenuto di dover stabilire, il valore punto da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

porre a base del calcolo è pari a € 4288.69.

Moltiplicato per i 24 punti di invalidità e, quindi, per il demoltiplicatore di 0,815 (in tal misura computato nelle su richiamate tabelle per danneggiati che, come nel nostro caso, avessero al momento del sinistro l'età di 38 anni), si perviene ad un importo complessivo, liquidabile per tale voce, di **€ 74623.00** (= € 3809.75 x 20 x 0,725).

A tale somma va aggiunta quella di € 29849.00 a titolo di danno morale, sempre in appplicazione delle richiamate tabelle.

Nessuna personalizzazione del *quantum* risarcitorio è dato di riconoscere, per essere stato il danno liquidato, nella considerazione della tipicità e della ordinarietà della lesione subita, ragionevolmente apprezzandosi tanto la componente biologica (cioè la lesione della salute), quanto quella dinamico - relazionale (o esistenziale, cioè il peggioramento delle condizioni di vita quotidiane, ove involgenti diritti fondamentali della persona) e morale (cioè la sofferenza interiore), laddove, d'altra parte, non è stata comunque offerta dalla difesa dell'attrice adeguata dimostrazione di specifiche componenti di danno diverse ed ulteriori rispetto a quelle di già ricomprese nella liquidazione operata in applicazione della incontestata tabella di indennizzo.

E' noto, in termini generali, che, a seguito della pronuncia delle SS.UU. 11 novembre 2008 n. 26972, non vi è più spazio, in punto di diritto per configurare in via autonoma la categoria del danno morale, del quale specificamente si controverte, poiché può dirsi ormai consolidato il principio secondo cui, poiché il danno biologico ha natura non patrimoniale, e dal momento che il danno non patrimoniale ha natura unitaria, è corretto l'operato del giudice di merito che liquidi il risarcimento del danno biologico in una somma omnicomprensiva, posto che le varie voci di danno non patrimoniale - sub specie danno esistenziale, danno morale, danno estetico ecc. - non costituiscono pregiudizi autonomamente risarcibili, ma possono venire in considerazione solo in sede di adeguamento del risarcimento al caso specifico.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

b1) danno patrimoniale per invalidità temporanea.

Nessun danno di tale specie hanno subito l'attrice non svolgendo all'epoca del sinistro alcuna attività lavorativa o perlomeno non essendo stata dimostrata.

b2) danno patrimoniale per invalidità permanente.

Neanche può riconoscersi alcun risarcimento a tal titolo, posto che nessuna prova è stata offerta circa l'esistenza di particolari e specifiche attitudini lavorative, patrimonialmente valutabili, che siano rimaste irreversibilmente pregiudicate a causa del sinistro (cfr. Cass. Civ. sez. III 21 aprile 1999 n. 3961).

b3) danno patrimoniale per spese mediche.

Il trattamento curativo offerto all'attore è stato eseguito dall'assistenza pubblica gratuita.

Ciò posto deve essere posto a carico della struttura convenuta il pagamento in favore di parte attrice della complessiva somma di **€ 106957.80.**

Nessuna rivalutazione deve essere operata sulle somme liquidate a titolo di danno biologico, essendo le stesse frutto di valutazione equitativa operata con riferimento a valori monetari attuali.

Quanto poi alla pure avanzata domanda di corresponsione degli interessi legali va osservato quanto segue.

Alla stregua dei princìpi evidenziati dalla nota pronuncia di Cass., sez. un., 17.2.1995 n. 1712 (edita in Foro it. 1995, fasc. 5, parte I, c. 1470 ss.), in ipotesi di debiti di valore, posto che la rivalutazione ha la funzione di adeguare la prestazione dovuta all'effettivo valore da reintegrare in ragione della svalutazione intervenuta tra l'epoca di verificazione del danno (cui comunque va riferita la aestimatio, ossia la stima del danno) ed il momento della liquidazione della corrispondente prestazione in danaro (taxatio), può anche ipotizzarsi una ulteriore e distinta componente del danno risarcibile, destinata a coprire il c.d. lucro cessante, ossia la perdita di quei vantaggi che il creditore avrebbe conseguito se avesse ottenuto immediatamente la prestazione in danaro in cui è stato commisurato (appunto per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

equivalente) il valore del bene perduto, vantaggi a loro volta non goduti a causa del ritardato pagamento. In altri termini, tale voce di danno va rapportata non alla perdita del bene ma alla mancata disponibilità della somma che ne rappresenta il valore storico in termini monetari nel momento in cui essa avrebbe dovuto essere corrisposta e, via via, nel tempo successivo intercorrente fino all'effettivo pagamento. Trattasi insomma di danno da ritardo nel risarcimento.

E tuttavia ha anche precisato la Corte che tale ulteriore danno deve essere provato, sebbene la prova possa essere data mediante presunzioni semplici. "Risponde ad un principio generale di equità - evidenzia il Supremo Collegio - compensare con interessi il conseguimento, in ritardo rispetto al sorgere del credito, della disponibilità di una somma di danaro", e però, nel caso di debiti di valore, o meglio di obbligazioni non originariamente pecuniarie, tale danno non può considerarsi presunto per legge (non potendosi applicare l'art. 1224, 1° comma, c.c.) "ma deve essere allegato e provato, con tutti i mezzi anche presuntivi e mediante l'utilizzo di criteri equitativi", volta che sia chiaro comunque che con tali interessi si tende a compensare il mancato guadagno derivante dal mancato godimento del bene o del suo equivalente in denaro, ovvero il mancato sfruttamento della possibilità di impiegare il danaro in modo tale da sottrarlo agli effetti negativi della svalutazione monetaria, lucrandone frutti civili di maggiore ammontare rispetto al tasso d'inflazione.

Quanto alla concreta commisurazione – secondo quanto ancora sancito dal menzionato arresto giurisprudenziale -, in difetto di diversi elementi di valutazione, tale danno ben potrà essere liquidato sotto forma di interessi, purchè resti chiaro che comunque trattasi non di obbligazione accessoria di una obbligazione di valore (non essendo invocabile l'automatismo di cui all'art. 1224, I comma c.c.) ma di mera liquidazione equitativa (art. 2056 II comma c.c.) del distinto danno da lucro cessante, e che, conseguentemente, nulla impone di aver riguado al tasso legale, potendo anche ravvisarsi, di volta in volta, più conforme ad equità un saggio minore o maggiore di quello vigente via via nel tempo del ritardo (secondo quanto premesso tale saggio dovrebbe idealmente commisurarsi alla differenza tra il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

coefficiente di rivalutazione ed il maggior tasso d'interessi che la somma avrebbe potuto fruttare).

Nella specie, in applicazione di tali criteri, e tenuto conto del non lungo arco di tempo da considerare, nonché del graduale ridursi del tasso ufficiale di sconto e, conseguentemente, degli interessi attivi sui depositi bancari o dei rendimenti medi degli investimenti azionari o obbligazionari, appare congruo fissare una percentuale annua media del 1%.

Si deve però escludere, proprio in ragione della distinta funzione di tale ulteriore componente del danno risarcibile, che tali interessi possano essere computati – sin dalla data di verificazione del danno – sulla somma rivalutata definitivamente (ossia nel nostro caso, sull'ammontare del danno come sopra calcolato con riferimento a valori monetari attuali), chè altrimenti si finirebbe col rivalutare anch'essi, senza alcun fondamento legale, essendo il debito per interessi per sua natura, ed anche in tale ipotesi, debito di valuta (cfr. Cass., 1^ sez. civ. 4.11.1992 n. 11986, in Foro it. Rep. 1992, voce Obbligazioni in genere, n. 36; Cass. 18.04.1977 n. 1423).

Occorrerà piuttosto – qui ponendosi la conclusione più significativa della citata pronuncia delle sezioni unite cui questo giudice ritiene di doversi conformare – calibrare detta liquidazione in modo tale da tener conto del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, e dunque calcolare gli interessi sul valore della somma via via rivalutata nell'arco temporale del ritardo; ciò comunque fino alla data del passaggio in giudicato della sentenza posto che, a partire da tale momento, e fino all'effetivo soddisfo, gli interessi andranno computati sull'ammontare definitivamente rivalutato, da allora trasformandosi il debito in obbligazione di valuta (v. in tal senso, con specifico riferimento al risarcimento del danno alla persona Cass. 17.7.1996 n. 6461).

Per poter concretamente operare nella specie un tale calcolo si rende dunque necessario devalutare, alla stregua degli indici ISTAT, la somma come sopra determinata in valori monetari attuali, fino alla data del sinistro (21.3.2013).

Su tale somma via via rivalutata mese per mese, potranno dunque calcolarsi gli interessi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

compensativi.

Con decorrenza dalla data della presente decisione (14.4.2025) andranno ancora computati, secondo il medesimo modello di calcolo, rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT ed interessi al tasso fisso del 1% sulla medesima, via via mensilmente rivalutata, e ciò fino all'effettivo soddisfo o, in mancanza, fino al passaggio in giudicato della presente sentenza.

Dopo tale momento, andranno ulteriormente corrisposti fino al soddisfo, gli interessi legali maturandi sulla intera complessiva somma maturata fino a quel momento.

Le spese seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il **Tribunale di Catania – sezione quinta civile,** in persona del sottoscritto giudice istruttore in funzione di giudice unico, uditi i procuratori delle parti, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta, da *Parte_1* **c**ontro *Controparte_1* **e di** *Controparte_1* **(** *CP_2* **,** disattesa ogni ulteriore istanza, così provvede:

1) **condanna** la convenuta al pagamento in favore dell'attrice a titolo di risarcimento dei danni subiti in conseguenza dell'evento per cui è causa, della complessiva somma di **€ 106957.80**, oltre rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT a decorrere dalla data della presente decisione ed oltre interessi al tasso fisso del 1% da calcolare con la medesima decorrenza su detta somma, via via mensilmente rivalutata, e ciò fino all'effettivo soddisfo o, in mancanza, fino al passaggio in giudicato della presente sentenza, oltre ancora interessi legali eventualmente maturandi dalla data del passaggio in giudicato della sentenza sulla somma complessivamente maturata fino a quel momento e fino all'effettivo soddisfo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941

2) **condanna** il convenuto al rimborso delle spese del giudizio liquidate – e distratte ex art. 93 c.p.c. in favore degli Avv.ti [redacted] e [redacted] - in complessivi € 9000.00 per compensi, € 785.00 per spese giudizio merito, € 2290.00 per rimborso compensi ctu, oltre spese generali, iva e cpa come per legge.

Così deciso in Catania il 14 aprile 2025

IL GIUDICE ISTRUTTORE

(dott. Giorgio Marino)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-941