



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI CATANZARO

Il Tribunale di Catanzaro, II sezione civile, in composizione monocratica nella persona del Giudice, Dr.ssa Alessia Dattilo, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa iscritta al n. **338** R.G.A.C. per l'anno **2019**,
promossa da:

Parte_1 (*C.F._1* elettivamente [REDACTED]
[REDACTED] alla [REDACTED] presso lo studio dall'Avv. [REDACTED]
[REDACTED] che lo difende e rappresenta nel presente giudizio, unitamente e
disgiuntamente all'Avv. [REDACTED] giusta procura conferita in foglio separato
all'atto di citazione.

-ATTORE-

E

Controparte_1 già
CP_2 (**P.I.** *P.IVA_1*), elettivamente [REDACTED] alla
[REDACTED] presso l'Ufficio legale della stessa [REDACTED] [...] *CP_1*
CP_1 , rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED] giusta procura in
calce alla comparsa di costituzione e risposta;

-CONVENUTA-

Oggetto: risarcimento danni da responsabilità medica.

Conclusioni delle parti: come da verbali ed atti di causa.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. *Parte_1* ha convenuto in giudizio l' *Controparte_3* per sentir accertare e dichiarare il suo diritto al risarcimento di tutti i danni non patrimoniali, a vario titolo subiti, a causa della condotta negligente ed imperita della struttura sanitaria.

A fondamento della domanda ha detto che in data 11 ottobre 2010 veniva ricoverato presso l'U.O. di *Controparte_4* della summenzionata Azienda, con diagnosi di “aneurisma aorta ascendente” e che in data 20.10.2010 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di “sostituzione dell'aorta ascendente mediante tubo protesico”. Ha evidenziato che né prima né dopo l'intervento gli veniva somministrata alcuna terapia antibiotica , ma solo dopo l'ingresso in terapia intensiva gli veniva somministrato il farmaco *Org_1* poi sostituito con *Org_2* , in data 21.10.2010.

Ha dedotto che due giorni dopo l'intervento, in data 24.10.2010, sviluppava uno stato iperpiretico associato a leucocitosi neutrofila, che successivamente si trasformava in febbre e che in quell'occasione i sanitari effettuavano una emocultura, che risultava positiva allo Stafilococco Aureo Meticillino-Resistente su tre prelievi e che gli veniva somministrata terapia antibiotica mirata. Ha evidenziato che dall'esame della cartella clinica non risultano effettuate altre emocolture per verificare la negativizzazione del batterio, né altre indagini diagnostiche al fine di verificare l'eventuale interessamento endocarditico del precedente stato settico. Tale omissione si ripeteva anche in occasione delle dimissioni avvenute in data 3.11.2010.

Ha inoltre dedotto di essersi recato a visita in data 12.01.2011, sempre presso il reparto di cardiocirurgia dell' *Controparte_3* dove gli veniva diagnosticato “intervento di sostituzione aorta ascendente in paziente con pregresso intervento di sostituzione di valvola aortica. Si consiglia terapia antibiotica”, ma che nessuna prescrizione di terapia antibiotica gli veniva fornita.

Ha ulteriormente dedotto di essere ricorso alle cure dei sanitari del Pronto soccorso dell' *Organizzazione_3* di Vibo Valentia in data 19.02.2011 a causa di una iperpiressia da circa 15 giorni associata a tosse. A seguito di analisi e di Tc risultava l'interessamento polmonitico basale destro con versamento pleurico bilaterale, e che in data 24.02.2011, a seguito di emocultura, si riscontrava la presenza di Stafilococco Aureo, con lo stesso profilo di resistenze di quello isolato durante il ricovero presso la *CP_2* di Catanzaro e gli veniva diagnosticata una "endocardite su valvola protesica aortica e pleuropolmonite".

Ha dedotto di essersi ricoverato presso la casa di cura privata *CP_5* di Bergamo dove veniva sottoposto all'intervento di rimozione della protesi valvolare, poiché si presentava circondata da una grossa formazione ascessuale con multiple cavità necrotiche, una delle quali in comunicazione con il ventricolo sinistro.

Ha pertanto dedotto in diritto che l'operato dei medici del *CP_2* è stato caratterizzato da negligenza e imperizia poiché a seguito del primo intervento di sostituzione dell'aorta ascendente, a causa della mancata somministrazione della terapia antibiotica pre-operatoria, i sanitari con la loro condotta omissiva hanno consentito l'insorgenza dell'infezione da stafilococco, oltre a non aver gestito in maniera accurata il catetere venoso.

Ha altresì evidenziato che i sanitari non hanno nemmeno eseguito emocolture seriate ed un ecografia trans-esofagea dalle quali sarebbe potuto rilevarsi l'endocardite in atto. Ha rilevato che dalla suddetta omissione diagnostica è scaturito lo sviluppo di deficit neurologici permanenti.

Per tutti questi motivi ha chiesto la condanna dell'azienda ospedaliera convenuta al risarcimento del danno biologico quantificato in € 1.000.000,00, del danno esistenziale quantificato in € 500.000,00, del danno alla vita sessuale quantificato in € 200.000,00 e del danno morale, quantificato in € 500.000,00. Il tutto con vittoria di spese e competenze del giudizio.

Si è costituita l' *Controparte_1* già " *CP_2* , preliminarmente deducendo la propria carenza di legittimazione passiva, posto che non risulta provato il nesso di causalità tra la condotta dei medici ed i danni lamentati.

Sul punto ha specificato che l'attore dal 19.02.2011 al 05.03.2011 veniva ricoverato presso il [REDACTED] di Vibo Valentia, poi successivamente presso l' *CP_6* [...] di Bergamo ed il [REDACTED] di Polistena, dove subiva altri interventi chirurgici e che pertanto il nesso eziologico risulta interrotto.

Nel merito ha escluso la configurabilità del fatto storico per come dedotto da parte attorea in quanto assolutamente non rispondente all'effettivo svolgimento dell'evento per cui è causa.

Ha inoltre dedotto, relativamente al quantum, che parte attorea non ha operato una quantificazione specifica, risultando la domanda giudiziale incerta e generica. Per tutti questi motivi ha chiesto preliminarmente che venga dichiarato il proprio difetto di legittimazione passiva, e nel merito che la domanda venga rigettata.

Nella denegata ipotesi di accoglimento ha chiesto che venga accertata la responsabilità del presidio medico [REDACTED] di Vibo Valentia, nonché di quello di Polistena e [REDACTED] *CP_5* di Bergamo.

In via gradata ha chiesto in ogni caso che venga accertato il concorso di questi ultimi nella produzione dell'evento così come prospettato da parte attorea. Il tutto con vittoria di spese e competenze del giudizio.

Dopo la concessione dei termini di cui all'art. 183 VI comma c.p.c. la causa è stata istruita con la disposta CTU medico legale.

All'esito ritenuta la consulenza esaustiva a fini decisorii, la causa è stata rinviata per la precisazione delle conclusioni e dopo tre rinvii per la precisazione delle conclusioni dovuti al carico di ruolo aggravato dall'emergenza Covid, all'udienza dell' 1.02.2024 questo giudicante l'ha trattenuta in decisione con la concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per lo scambio di comparse conclusionali e memorie di replica.

1. Preliminarmente deve essere esaminata l'eccezione di carenza di legittimazione passiva così come sollevata dall' *Controparte_7* convenuta sull'assunto dell'interruzione del nesso di causalità a causa dei due ricoveri successivi presso altre strutture sanitarie. Sul punto, si richiama il consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui la legittimazione a contraddire si risolve nell'accertare se, secondo la prospettazione dell'attore, il convenuto assuma la veste di soggetto tenuto a subire la pronuncia giurisdizionale, mentre attiene invece al merito della lite la questione relativa alla reale titolarità passiva del rapporto sostanziale dedotto in giudizio, che si risolve nell'accertamento di una situazione di fatto favorevole all'accoglimento o al rigetto della pretesa azionata (in tal senso Cass. Civ. n.6132/2008). Applicando il summenzionato principio al caso di specie, l'eccezione deve essere rigettata poiché, l'azienda convenuta ha avuto in cura l'odierno attore, e pertanto si ritiene sia il soggetto legittimato a subire la pronuncia giurisdizionale, ancor prima dell'accertamento del nesso di causalità.

2.1.Nel merito, giova preliminarmente rilevare che in base ai principi ormai consolidati nella giurisprudenza di legittimità, ora recepiti dalla legge *Pt_2* [...], pur non applicabile al caso di specie trattandosi di fatti antecedenti alla sua entrata in vigore, la responsabilità dell'azienda ospedaliera nei confronti del paziente è di tipo contrattuale sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (tra le tante Cass. Civ sentenza n. 3492/2002; Cass. Civ. sentenza n. 10297/2004 e Cass. Civ. sentenza n.9085/2006).

Sotto il profilo dell'onere probatorio l'inquadramento della responsabilità della struttura sanitaria come responsabilità contrattuale comporta che il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da

un evento imprevisto e imprevedibile (ex plurimis Cass. Civ. ordinanza n. 13872/2020).

Ciò posto, la domanda attorea deve essere accolta poiché l'istruttoria espletata ha chiaramente rilevato il profilo di responsabilità della struttura sanitaria convenuta. Ed invero il collegio dei CC.TT.UU nominati da questo giudicante, composto dai Dott. Umberto [REDACTED] specialista medico legale e Dott. [REDACTED] *Persona_1*, specialista in cardiocirurgia, ha rilevato l'esistenza del nesso di causalità tra la dedotta mancanza di somministrazione di farmaci antibiotici e i danni patiti e lamentati dall'odierno attore.

In particolare, in risposta al quesito n.1 posto da questo giudicante, i CC.TT.UU hanno risposto a pag. 14 della consulenza: *“Richiamando il decorso clinico sopra esposto, a seguito dell'intervento cardiocirurgico effettuato il 20.10.2010 in seconda giornata postoperatoria si manifestò iperpiressia. Correttamente erano eseguiti prelievi per esami microbiologici con emocoltura positiva per Stafilococco Aureo Meticillino-resistente. Quest'ultimo è un agente patogeno fra i più frequenti responsabili di infezioni protesiche, multiresistente e tipica espressione di infezione nosocomiale. Fu somministrata terapia antibiotica e il paziente fu dimesso il 3.11.2010 con esami ematologici nella norma. Tuttavia deve sottolinearsi che non risulta ripetuta l'emocoltura per verificare la negativizzazione dell'infezione. Ciò è in contrasto con le linee guida correnti che raccomandano la ripetizione della coltura a 48/72 ore di distanza, al fine di valutare l'efficacia della terapia antibiotica. Alla dimissione venne consigliata l'assunzione di terapia antibiotica, ma non risulta alcuna raccomandazione a ripetere il test emoculturale. Si ritiene pertanto censurabile tale carenza.”*

È stato altresì chiarito, in risposta al quesito n. 2, volto a verificare l'eventuale responsabilità omissiva dei sanitari che ebbero in cura l'attore, e precisamente a pag. 15 della consulenza: *“Nella terapia antibiotica si deve distinguere fra “terapia ragionata” (in base alla sintomatologia e alla sede dell'infezione, si somministra una terapia antibiotica basata su considerazioni cliniche) e “terapia mirata” (in base ai*

dati emocolturali si identificano gli antibiotici che, in vitro, risultano efficaci contro l'agente identificato). Come sopra affermato, era necessario ripetere il test a breve distanza dalla prima emocoltura positiva. Nel caso in cui non si riscontri la scomparsa dell'agente infettante, dopo un ragionevole numero di giorni di terapia antibiotica generalmente si sostituisce l'antibiotico con antibiotici alternativi che risultano efficaci nell'antibiogramma. È necessario considerare che la presenza di un corpo estraneo in caso di infezione sistemica costituisce un elevato rischio per il paziente, tenuto conto che l'antibiotico penetra nei tessuti ma certamente non penetra all'interno del materiale estraneo che, quindi, non viene sterilizzato e può pertanto essere causa del mantenimento della situazione infettiva. Una somministrazione di terapia antibiotica "ragionata" alla dimissione è una prassi censurabile. Si ricorda che per terapia "mirata" si intende quella che deriva dall'antibiogramma: non essendo microbiologicamente confermata la risposta, la somministrazione antibiotica non derivava da un'emocoltura. Il 19.2.2011 il sig. Pt_1 era ricoverato presso [REDACTED] di Vibo Valentia per iperpiressia (40°C) che perdurava da 15 giorni. Dall'anamnesi si riscontra che nel gennaio 2011 durante la riabilitazione cardiologica presso il [REDACTED] di Soriano si era manifestato episodio febbrile con versamento pleurico. Tale dato circostanziale può essere probabilmente posto in continuità con gli episodi settici riscontrati durante il ricovero nella U.O. di Controparte_4. In corso di ricovero presso [REDACTED] di Vibo Valentia un'emocoltura evidenziava la positività per *Stafilococco aureo* Meticillino-resistente, il medesimo batterio riscontrato con l'emocoltura del 24.10.2010 - si ricorda, non ripetuta nei giorni successivi. Un ecocardiogramma trans-esofageo riscontrava "multiple cavità ascessuali della continuità mitro-aortica, la più grande delle quali comunica con la cavità ventricolare sinistra" e sulla base di tale esito, veniva formulata la diagnosi di endocardite su valvola protesica aortica. In considerazione dei tempi necessari per il verificarsi di tali lesioni endocarditiche e degli ascessi, della febbre durante la riabilitazione, è ammissibile sostenere una continuità e persistenza dell'infezione tra i ricoveri con successiva diffusione ai

campi polmonari. Pertanto si può affermare che esse siano correlabili etiologicamente, topograficamente e cronologicamente con gli eventi infettivi già manifestatisi durante il ricovero in Cardiocirurgia dell'ottobre 2010.

Infine, con riferimento al nesso di causalità, in risposta al quesito n. 3, i consulenti hanno così risposto: “La negligenza riscontrata durante il ricovero dell'ottobre 2010 si configura nella mancata verifica della situazione infettiva dopo l'iniziale riscontro. Si precisa tuttavia che l'allegazione di parte attrice circa la mancata somministrazione di antibiotici immediatamente dopo l'intervento di cardiocirurgia non è condivisibile poiché in Cardiocirurgia la profilassi antibiotica viene somministrata con un'unica dose di antibiotico ad ampio spettro, generalmente all'induzione dell'anestesia ma può anche essere somministrata a fine intervento, come nella fattispecie in esame. La funzione di tale terapia non è quella di prevenire le infezioni sistemiche ed endocarditiche, ma esclusivamente quella di prevenire le infezioni della ferita. Dopo l'emocoltura positiva per Stafilococco fu somministrata terapia antibiotica e fu prescritta anche terapia antibiotica alla dimissione ma, come già indicato, senza sapere se l'agente infettivo riscontrato fosse o meno ancora presente. Pertanto non sono state rispettate le linee guida e inoltre, in termini di ragionamento controfattuale, è ammissibile sostenere con criterio di alta probabilità logica che se fosse stato attuato il corretto protocollo d'indagine microbiologica sarebbe stato possibile praticare un'adeguata terapia antibiotica mirata che, somministrata in tempi adeguati, avrebbe potuto evitare la progressione dell'endocardite evitando la formazione di raccolte ascessuali. In casi come questo, come già argomentato in precedenza, è indispensabile procedere alla sostituzione della protesi infetta con una nuova protesi sterile (procedura effettuata presso la struttura “ Organizzazione_4 di Bergamo). Nel periodo postoperatorio si manifestarono problemi ischemici cerebrali che, si precisa, non si ritengono direttamente correlabili alla endocardite in sé e per sé considerata, bensì a eventi prevedibili - ma non prevenibili - conseguenti all'intervento cardiocirurgico complesso reso necessario per la presenza dell'endocardite”.

I consulenti, in riferimento alla lesione cerebrovascolare hanno evidenziato a pag. 18 della consulenza che: *“La progressione dell’infezione ha reso necessario un nuovo atto operatorio complesso cui risulta ascrivibile la lesione cerebrovascolare a etiologia cardioembolica.”*

Ciò posto, in base al criterio del più probabile che non, si deve ritenere raggiunta la prova della responsabilità di tipo omissivo della struttura convenuta per non aver rispettato il protocollo d’indagine microbiologica in presenza del quale sarebbe stato possibile approntare una terapia antibiotica mirata che, somministrata in tempi adeguati, avrebbe potuto evitare la progressione dell’endocardite evitando la formazione di raccolte ascessuali.

Trattasi di conclusioni che sono state ribadite anche in risposta alle osservazioni rese dai CC.TT.PP di parte. In particolare a pag. 24 della consulenza : *“Nel periodo postoperatorio si manifestarono problemi ischemici cerebrali che non possono essere “direttamente correlabili” alla endocardite in sé e per sé considerata - ma deve comunque sottolinearsi che quest’ultima aumenta il rischio di complicanze postoperatorie - ma ciò non esclude il ruolo rilevante rivestito dal processo infettivo congiuntamente a eventi prevedibili ma non prevenibili conseguenti all’intervento cardiocirurgico complesso reso necessario per la presenza dell’endocardite stessa (si è già indicato che gli interventi di questo tipo presentano un elevato grado di rischio di complicanze e di mortalità). A tal proposito, si ritiene pertanto strumentale l’interpretazione adottata dai CC.TT.PP. i quali ritengono che una volta che il Sig.*

Pt_1 è stato ricoverato presso la [REDACTED] “ *Organizzazione_4* di Bergamo si interrompa il nesso di causalità, equiparando la circostanza a un qualunque altro evento traumatico (cfr. - *“se...fosse rimasto vittima di un incidente stradale o di altro evento traumatico, magari una caduta dalle scale o eteroaggressione, non prevedibile, anche questo sarebbe stato considerato danno risarcibile”*). Si è poco sopra scritto che i successivi trattamenti sono stati praticati in quanto era sussistente un processo infettivo le cui conseguenze sono da considerarsi in rapporto di causazione-effetto con quanto sopra argomentato.

Ulteriormente strumentali si ritengono le ipotesi di errata condotta dei sanitari della “ Organizzazione_4 , non perché “non oggetto della CTU e non presente nei quesiti postigli” - il Collegio ha il dovere di fornire al Giudice ogni elemento utile ai fini di Giustizia - ma in quanto dagli stessi CC.TT.PP. le condotte colpose sono riconosciute come “possibili” e tali rimangono a parere degli scriventi, in assenza di ravvisati elementi probanti a valenza diagnostica oggettiva.”.

Pertanto, in base a quanto chiarito dai consulenti, si deve ritenere esclusa ogni interruzione del nesso di causalità così come prospettata dall’azienda convenuta, poiché il ricovero presso l’ CP_5 di Bergamo non ha rappresentato un rischio nuovo ed incommensurabile e quindi del tutto incongruo rispetto al rischio originario attivato dalla prima condotta, che i sanitari della CP_8 erano chiamati ad evitare. (in tal senso Cass.Pen. 25689 n.2016).

2.2 Per ciò che attiene al quantum del risarcimento la CTU in atti è pervenuta alla seguente conclusione: *“l’indicato quadro lesivo ha determinato un periodo di invalidità temporanea assoluta di giorni duecentocinque (periodo di ricovero documentati, a seguire dal primo intervento chirurgico). In atto sussistono quali postumi a carattere permanente e non emendabile: emiparesi sinistra con deficit statico-deambulatorio da ischemia cardioembolica per endocardite infettiva con secondario infarcimento emorragico. Per le su esposte considerazioni, il quadro menomante descritto integra complessivamente (valutazione in riferimento alla riduzione globale dell’integrità psico-fisica) un grado di invalidità permanente stimabile, come danno alla salute, in misura del 65% (sessantacinque percento), secondo quanto previsto dalle tabelle delle menomazioni all’integrità psico-fisica allegate al Decreto del Ministero della Salute del 3 luglio 2003 raffrontate con le tabelle delle orientative guide ufficiali alla valutazione del danno biologico. Ascrivibili al danno in oggetto, ipotizzabili sofferenze psicologiche soggettive di grado grave; ipotizzabili ripercussioni negative a carattere permanente di grado grave sull’esplicazione di attività di vita quotidiana quali tempo libero, svago, vita familiare e sociale.”*

La percentuale di danno biologico riconosciuta dai CC.TT.UU. è stata ribadita anche in risposta alle osservazioni di parte attrice, secondo cui invece occorre riconoscere una percentuale di invalidità permanente pari al 100%. Sul punto i consulenti hanno così risposto a pag. 20 della consulenza: *“non si condivide tale affermazione in quanto la descrizione sopra riportata appare riferita all’ambito dell’invalidità civile, dove il requisito sanitario è la capacità lavorativa generica e dove tra i benefici correlati si trova l’indennità di accompagnamento, i cui presupposti sono l’incapacità a deambulare e/o la necessità di assistenza continuativa per compiere gli atti quotidiani della vita. Tuttavia, scopo della presente indagine non è indagare la residua o abolita capacità di compiere i comuni atti del vivere quotidiano, bensì di valutare il danno biologico che, permetterà l’insigne e stimato prof. Per_2 meglio risponde alla definizione di “menomazione dell’integrità psicofisica comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali” (si richiama quanto già risposto al precedente rilievo).*

Pertanto sono da escludersi valutazioni del 100% così come valutazioni ad essa prossime (ad es.: 98, 99%); d’altre parte, assegnare il valore massimo del 100% a menomazioni più devastanti lascia aperto il problema dello sfondamento del tetto in compresenza di altre menomazioni (cit. Linee Guida S.I.M.L.A. - Giuffrè I edizione 2016). Come gli Autori indicano, questo configura il paradosso del 100 inesauribile a cui non può contrapporsi il paradosso dei multipli 100, richiamando che è razionalmente prospettabile come il 100% di danno biologico contenga al suo interno altri 100 (ovverosia, semplificando, che su una precedente condizione che è il 100% del soggetto ogni nuova lesione incide apportando una menomazione quantificabile in una frazione di quel cento). Ciò si accompagna anche all'errore di una sopravvalutazione di danni plurimi, dove la stima non può derivare dalla somma delle singole menomazioni di entità. Lo scrivente Collegio aderisce invece alla prassi dottrinale e professionale in cui, oltre alla valutazione complessiva dell’invalidità permanente, quanto più è grave la menomazione tanto più assume maggiore rilevanza il delineare in termini descrittivi e nel modo più preciso possibile le

condizioni di vita del soggetto menomato, in modo da fornire al Giudice quanti più elementi ulteriori in modo che lo stesso possa applicare il proprio giudizio equitativo in termini risarcitori.”

Trattasi di conclusioni che appaiono prive di vizi logici e che vengono pienamente recepite da questo giudicante a fini decisorii.

3.Ciò posto, in applicazione delle Tabelle del Tribunale di Milano per l'anno 2021, tenendo conto che al momento dell'intervento il Pt_1 aveva l'età di 66 anni, dovranno essere corrisposti i seguenti importi: a titolo di invalidità temporanea assoluta per giorni 205, € 20.295,00, e a titolo di danno biologico nella misura del 65% la somma di € 330.038,00.

Il predetto danno non appare suscettibile anche di personalizzazione.

Al riguardo, è stato di recente chiarito che la distinzione giuridicamente rilevante è proprio quella tra conseguenze indefettibili, da un lato, e conseguenze peculiari dall'altro dell'invalidità, perché se le prime attengono alle conseguenze necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare tipo di invalidità, le seconde riguardano, invece, le sofferenze subite solo da quella particolare vittima, che le hanno arrecato un pregiudizio diverso e maggiore rispetto alle vittime che abbiano sofferto identiche lesioni, guarite con identici postumi (cfr., in motivazione, Cass. civ., sez. VI, n. 5865/2021; cfr. anche Cass. civ., sez. III, 27 marzo 2018, n.7513). Ed invero, sia le prime che le seconde conseguenze costituiscono un danno non patrimoniale, ma diverso è criterio previsto dal legislatore per la loro liquidazione: la liquidazione delle prime avviene, infatti, sulla base della mera dimostrazione dell'esistenza dell'invalidità, mentre la liquidazione delle seconde esige la prova concreta dell'effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto e delle specifiche circostanze che giustificano la personalizzazione del risarcimento del danno senza potersi, peraltro, risolvere in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche (Sez. 3, Sentenza n. 24471 del 2014. Sul punto, la Suprema Corte di Cassazione ha, infatti, precisato: *“la perdita possibilità di continuare a svolgere una qualsiasi attività, in conseguenza d'una lesione della salute, non esce*

dall'alternativa: o è una conseguenza "normale" del danno (cioè indefettibile per tutti i soggetti che abbiano patito una menomazione identica), ed allora si terrà per pagata con la liquidazione del danno biologico; ovvero è una conseguenza peculiare, ed allora dovrà essere risarcita, adeguatamente aumentando la stima del danno biologico" (Cass. Civ. sez. III - 27/03/2018, n. 7513, c.d. "personalizzazione": così già Sez. 3, Sentenza n. 17219 del 29.7.2014).

Ciò posto la perdita della capacità di svolgere qualsiasi attività nel caso di specie appare come una conseguenza normale del danno biologico e quindi è esclusa la possibilità di una sua personalizzazione.

3.1. L'odierno attore ha chiesto oltre al danno biologico il risarcimento anche del danno esistenziale, morale e sessuale. Com'è noto *"il danno non patrimoniale è una categoria unitaria ed omnicomprensiva. Non esistono pregiudizi non patrimoniali tra loro "ontologicamente" differenti; esiste in iure la categoria del danno non patrimoniale, ed in facto le singole forme concrete che esso può assumere (lesione dell'onore, della reputazione, del nome, della salute, e via dicendo: così Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008)" (Cass. civ., sez. VI, 4 marzo 2021, n. 5865).*

Pertanto, in virtù dell'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. recepita dalle Sezioni Unite, nell'ambito dell'ampia e omnicomprensiva categoria del danno non patrimoniale, le varie formule utilizzate (es. «danno morale», «danno esistenziale») non individuano più un'autonoma sottocategoria di danno, ma descrivono, tra i vari possibili pregiudizi non patrimoniali, tipi di pregiudizio costituiti dalla sofferenza soggettiva cagionata dall'illecito in sé considerata; sofferenza la cui intensità e durata nel tempo non assumono rilevanza ai fini della esistenza del danno, ma soltanto in funzione di personalizzazione del relativo ristoro, ai fini della liquidazione. Il «danno biologico» va inteso, dunque, come menomazione dell'integrità psico-fisica della persona in sé considerata, in quanto incidente sul valore «uomo» in tutta la sua concreta dimensione che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente *in cui* la vita si esplica e aventi rilevanza

non solo economica ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica (cfr. la definizione di «danno biologico» di cui agli artt. 138, comma 2, lett. a) e 139, comma 2, d.lgs. n. 209/2005).

In particolare, ai fini della determinazione del risarcimento, quest'ultimo deve essere valutato sia nel suo aspetto statico (diminuzione del bene primario dell'integrità psico-fisica in sé considerata) sia nel suo aspetto dinamico (manifestazione o espressione quotidiana del bene salute che riguarda sia l'attività lavorativa che le altre attività extra lavorative e che pongono il soggetto in condizione non solo di produrre utilità, ma anche di ricevere utilità).

Ne consegue che in applicazione dei su esposti principi al caso di specie non possono essere risarciti il danno esistenziale ed il danno alla sfera sessuale, in quanto già ricompresi nell'unica voce di danno biologico oggetto di risarcimento.

3.2. Un discorso a se stante deve essere operato per il risarcimento del danno morale in relazione al quale la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che *costituisce una voce di pregiudizio non patrimoniale, ricollegabile alla violazione di un interesse costituzionalmente tutelato, da tenere distinta dal danno biologico e dal danno nei suoi aspetti dinamico relazionali presi in considerazione dal menzionato D.Lgs. n. 209 del 2005, art. 138 con la conseguenza che va risarcito autonomamente, ove provato, senza che ciò comporti alcuna duplicazione risarcitoria*(Cass. civ., sez. III, 13 ottobre 2017, n. 24075).

Si tratta, dunque, di un pregiudizio non avente base organica, estraneo alla determinazione medico-legale del grado percentuale di invalidità permanente, consistente nella sofferenza interiore (come, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione), che necessita di specifica allegazione e dimostrazione in giudizio ai fini di separata valutazione e liquidazione, senza che ciò comporti alcuna duplicazione risarcitoria (cfr. Cass. civ., sez. III, n. 7513/2018, ove si chiarisce che tale assunto “è confermato, oggi, dal testo degli artt. 138 e 139 cod. ass., così come modificati della L. 4 agosto 2017, n. 124, art. 1, comma 17, nella parte in cui, sotto l'unitaria definizione di “danno non patrimoniale”,

distinguono il danno dinamico relazionale causato dalle lesioni da quello “morale”). Quanto alla sua determinazione, il giudice di merito non può limitarsi a liquidare la componente «sofferenza soggettiva» mediante applicazione automatica di una quota proporzionale del valore del danno biologico, né procedere alla riduzione, anche questa automatica, dell'importo corrispondente a quella del danno biologico commisurato alla durata della vita effettiva del danneggiato, ma deve preliminarmente verificare se e come tale specifica componente sia stata allegata e provata dal soggetto che ha azionato la pretesa risarcitoria, provvedendo successivamente – in caso di esito positivo della verifica – ad adeguare la misura della reintegrazione del danno non patrimoniale, indicando il criterio di personalizzazione adottato, che dovrà risultare coerente logicamente con gli elementi circostanziali ritenuti rilevanti a esprimere l'intensità e la durata della sofferenza psichica.

Applicando tali consolidati principi giurisprudenziali questo giudicante ritiene di dover liquidare il danno morale poiché le peculiari sofferenze soggettive subite dall'attore si presumono alla luce dei diversi interventi subiti dal CP_9 e debitamente documentati, ma anche in ragione delle conclusioni alle quali sono pervenuti i CTU che hanno ascritto al danno subito anche ipotizzabili sofferenze psicologiche soggettive di grado grave.

Ne consegue che applicato l'incremento soggettivo per la sofferenza (danno morale) a titolo di danno biologico, comprensivo del danno morale in favore dell'attore dovrà essere corrisposta la somma di € 495.057,00 che, in aggiunta all'invalidità temporanea totale pari ad € 20.295,00, comporterà un risarcimento del danno complessivo pari ad € 515.352,00.

Sulla predetta somma devalutata al di del sinistro (20.10.2010) e rivalutata anno per anno in base ad indice Org_ dovranno essere riconosciuti gli interessi compensativi, oltre agli interessi legali dalla pubblicazione della presente pronuncia al soddisfo.

4. Le spese seguono la soccombenza, incluse quelle della disposta CTU già liquidate come da separato decreto, e vengono liquidate ai sensi del D.M. 147/2022 con la

precisazione che in base al valore effettivo della controversia è stato applicato lo scaglione compreso tra € 260.000,00 ed € 520.000,00 nei valori medi.

PQM

il TRIBUNALE DI CATANZARO, in composizione monocratica, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa così provvede:

- 1) accoglie la domanda e per l'effetto condanna l' *Controparte_1* [...] in persona del legale rappresentante p.t. al pagamento nei confronti di *Parte_1* della somma di euro 515.352,00 oltre ad interessi per come chiarito in parte motiva;
- 2) condanna l' *Controparte_1* in persona del legale rappresentante p.t. alla rifusione delle spese di lite in favore di *Parte_1* [...] che vengono liquidate € 518,00 per esborsi ed € 22.457,00 per compensi professionali, oltre al rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge, con distrazione in favore dei difensori antistatari che ne hanno fatto richiesta.
- 3)Pone definitivamente a carico *Controparte_1* in persona del legale rappresentante p.t. , le spese della CTU per come già liquidate con separato decreto.

Catanzaro, 16.05.2024.

Il Giudice
Dr.ssa Alessia Dattilo

