REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI CHIETI

Il G.U., dott. Alessandro Chiauzzi

ha pronunciato la seguente

sentenza

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 232 del ruolo contenzioso generale dell'anno 2022, posta in deliberazione all'udienza del 3 luglio 2024, svolta mediante contraddittorio scritto o "cartolare", ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., con concessione del termine di 60 giorni per il deposito di comparse conclusionali e dell'ulteriore termine di 20 giorni per il deposito di memorie di replica, vertente

tra

Parte_1 (C.F. *C.F._1*, rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] in virtù di delega posta in calce al ricorso introduttivo,

attore;

e

Controparte_1 *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] in virtù di delega posta in calce alla comparsa di costituzione e risposta,

convenuta;

Oggetto: responsabilità sanitaria; risarcimento del danno.

Conclusioni delle parti: come da "note di trattazione scritta" depositate in vista dell'udienza del 3 luglio 2024, svolta mediante contraddittorio scritto o "cartolare", ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c.

Motivi di fatto e di diritto della decisione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Con il ricorso introduttivo *Parte_1* ha convenuto in giudizio l *Parte_2* *[...]* al fine di ottenere l'accertamento della responsabilità sanitaria e il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali da lui subiti, conseguenti a interventi chirurgici e trattamenti medici ricevuti presso il presidio ospedaliero di *CP_1* .

A sostegno delle domande, il ricorrente, tra l'altro, ha dedotto che in data 29 agosto 2015, mentre era alla guida del proprio scooter, è stato coinvolto in un incidente stradale, riportando una frattura per-sotto-trocanterica del femore destro e contusioni multiple. In seguito al sinistro, il personale del 118 lo ha trasportato presso il [redacted] del P.O. di *CP_1* , dove i sanitari hanno eseguito esami diagnostici e clinici che confermavano la gravità del trauma subito; conseguentemente è stato predisposto il ricovero presso il reparto di Ortopedia. Il trattamento iniziale prevedeva la trazione del femore destro mediante Zuppinger, protrattasi dal 29 agosto al 2 settembre 2015, data in cui il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico di riduzione cruenta della frattura con fissazione interna mediante osteosintesi con chiodo gamma Long e cerchiaggio prossimale.

Il *Pt_1* ha lamentato che, a seguito dell'intervento, ha iniziato a manifestare sintomi riconducibili a un deficit neurologico dell'arto inferiore destro. In data 17 settembre 2015, un esame elettromiografico ha evidenziato una lesione parziale assonometmesica del nervo sciatico destro, con prevalente interessamento della componente peroneale. Questo evento ha compromesso in modo significativo la funzionalità dell'arto, rendendo necessario un lungo percorso di riabilitazione motoria e ulteriori interventi chirurgici.

Il ricorrente ha precisato che, nel corso dei mesi successivi, è stato sottoposto a tre ulteriori interventi chirurgici: il primo, il 4 novembre 2015, per la rimozione di una vite di bloccaggio distale del chiodo femorale; il secondo, il 27 aprile 2016, per la rimozione della vite prossimale e dei cerchiaggi; infine, il 23 novembre 2016, per la rimozione del chiodo endomidollare, resosi necessario a seguito della diagnosi di pseudoartrosi infetta del femore destro. Ciascuno di questi interventi ha comportato degenze ospedaliere, terapie riabilitative e un incremento della sofferenza fisica e morale.

Il ricorrente ha attribuito le proprie condizioni cliniche a condotte negligenti e inadeguate del personale sanitario dell *Contr* convenuta. In particolare, ha lamentato: la lesione del nervo sciatico destro verificatasi durante il primo intervento chirurgico, attribuita a una tecnica

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

operatoria non adeguata; l'insorgenza di un'infezione nosocomiale conseguente agli interventi chirurgici, la cui gestione è risultata tardiva e non conforme ai protocolli medici; la mancata tempestività nell'effettuazione dei prelievi necessari per identificare il germe responsabile dell'infezione e nell'adozione delle terapie antibiotiche più adeguate.

A sostegno delle proprie ragioni, il ricorrente ha richiamato le risultanze della consulenza tecnica preventiva svolta in sede di accertamento tecnico *ex* art. 696 *bis* c.p.c. Tale consulenza avrebbe evidenziato una correlazione tra le complicanze insorte e le condotte tenute dai sanitari, confermando la sussistenza di profili di responsabilità in capo all *Contr* convenuta.

Si è costituita in giudizio l *Controparte_2* contestando integralmente le pretese attoree.

In via preliminare ha eccepito la violazione del termine per la proposizione del ricorso introduttivo (termine di novanta giorni dal decorso dei sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 8 legge n. 24/2017 e 696 *bis* c.p.c.). Infatti, il ricorso per A.T.P. è stato depositato il 19 febbraio 2021, mentre quello introduttivo del presente giudizio di merito è stato depositato il 16 febbraio 2022. Ne deriverebbe, secondo la difesa della convenuta, il venir meno degli effetti processuali e sostanziali della domanda introdotta con il ricorso per A.T.P., nel senso che verrebbe meno la possibilità di ancorare gli effetti della domanda dichiarativa al precedente ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c.

Passando al merito, la convenuta ha sostenuto che gli interventi chirurgici e le cure prestate sono stati eseguiti in conformità alle migliori pratiche mediche e alle linee guida vigenti, negando qualsiasi addebito di responsabilità. Ha dedotto inoltre che le complicanze lamentate dal ricorrente, inclusa l'infezione nosocomiale, rappresentano eventi avversi non imputabili a negligenza o imperizia dei sanitari, ma riconducibili a fattori esterni non prevedibili né evitabili.

In merito alla consulenza tecnica preventiva, la *Contr* ne ha contestato la validità e l'attendibilità, rilevando presunte carenze metodologiche e sostenendo che le conclusioni in essa contenute non siano idonee a costituire prova del nesso causale tra le condotte contestate e i danni lamentati dal ricorrente. Secondo la convenuta, le risultanze peritali si basano su presupposti non adeguatamente supportati e su una ricostruzione dei fatti non condivisibile, in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

quanto non considerano adeguatamente la complessità del quadro clinico del ricorrente e i rischi tipici delle procedure mediche eseguite.

La *Contr* ha ribadito che la lesione del nervo sciatico deve considerarsi una complicanza non evitabile, legata alla natura stessa dell'intervento chirurgico e non imputabile a imperizia o negligenza dei sanitari. Analogamente, l'infezione nosocomiale è ascrivibile a fattori esterni alla struttura ospedaliera, essendo impossibile eliminare completamente il rischio di tali eventi, nonostante l'adozione di adeguati protocolli igienico-sanitari.

Infine, la convenuta ha chiesto, in via subordinata, la rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio, al fine di ottenere una valutazione più approfondita e completa delle questioni controverse. Tale richiesta è stata motivata dall'esigenza di superare le presunte lacune metodologiche della consulenza preventiva e di garantire un accertamento pieno ed esaustivo dei fatti di causa.

Tanto brevemente premesso in ordine alle posizioni delle parti, deve essere esaminata in via preliminare l'eccezione, sollevata dalla parte convenuta, basata sulla violazione del termine di novanta giorni, decorrente dal decorso dei sei mesi successivi al deposito del ricorso *ex* art. 696 *bis* c.p.c., per l'introduzione del giudizio di merito *ex* art. 702 *bis* c.p.c., con la conseguente perdita degli effetti processuali e sostanziali della domanda e, secondo la prospettazione della difesa della convenuta, l'inutilizzabilità della consulenza tecnica d'ufficio espletata in sede di a.t.p.

Tale eccezione non può essere accolta, dato che il termine di novanta giorni, sebbene previsto dalla normativa, non incide sulla proponibilità della domanda di merito, bensì unicamente sugli effetti sostanziali e processuali della stessa.

La perentorietà del termine deve essere intesa nel senso che il rispetto dello stesso è funzionale esclusivamente a preservare gli effetti processuali e sostanziali della domanda introdotta con il ricorso per a.t.p., ma non influisce sulla procedibilità della domanda di merito, che resta ammissibile anche se proposta oltre la scadenza dei novanta giorni. Ne consegue che il superamento del termine non preclude la decisione nel merito, ma comporta solo che la domanda produca i suoi effetti processuali e sostanziali *ex novo*, senza poter retroagire alla data dell'a.t.p.

A sostegno di tale interpretazione, va evidenziato che l'art. 8 legge 24/2017, nel prevedere il termine di novanta giorni, ha inteso ancorare gli effetti sostanziali e processuali

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

della domanda di merito alla data di introduzione del ricorso *ex* art. 696 *bis* c.p.c., ma non ha previsto alcuna conseguenza in termini di improcedibilità o inammissibilità del successivo giudizio.

Del resto, un'interpretazione più rigida, che condizionasse la possibilità di ottenere una pronuncia nel merito al rispetto di tale termine, sarebbe contraddittoria rispetto alla finalità stessa dell *Pt_3* che è quella di agevolare la risoluzione delle controversie in ambito sanitario mediante un accertamento tecnico preventivo, la cui efficacia non può essere vanificata per il solo superamento di un termine che non è espressamente dichiarato perentorio dalla legge.

Nel caso di specie, la *Contr* convenuta non ha sollevato alcuna contestazione in merito alla validità della consulenza tecnica svolta in sede di a.t.p., limitandosi a dedurre la tardività della successiva introduzione del giudizio di merito. Ne consegue che la c.t.u. esperita nel contraddittorio delle parti rimane pienamente utilizzabile ai fini della decisione, senza che la tardività della domanda pregiudichi il diritto alla prova. L'unico effetto derivante dal superamento del termine è la perdita degli effetti sostanziali e processuali connessi all'a.t.p., con particolare riferimento agli effetti interruttivi della prescrizione, che dovranno essere valutati con riferimento al deposito del ricorso di merito.

In conclusione, l'eccezione sollevata dalla *Contr* deve essere rigettata, in quanto il superamento del termine di novanta giorni non pregiudica la proponibilità della domanda né l'utilizzabilità della c.t.u., ma incide esclusivamente sugli effetti sostanziali e processuali della domanda, che decorrono dalla data del ricorso per il giudizio di merito.

Passando all'esame del merito, la vicenda attiene all'accertamento dell'eventuale responsabilità della *Contr* convenuta per i danni lamentati da *Parte_1* , dai quali deriverebbe il diritto dell'attore al risarcimento.

Prima di esaminare il merito della questione, occorre chiarire alcuni aspetti generali in materia di responsabilità della struttura sanitaria.

Come noto, l'ampio dibattito sviluppatosi nel corso degli anni ha portato pacificamente la giurisprudenza prima e il legislatore poi a ritenere che la responsabilità della struttura ospedaliera nei confronti del paziente sia di tipo contrattuale.

Si sono tuttavia registrati nel corso degli anni diversi orientamenti in merito alla ripartizione dell'onere probatorio.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

La Cassazione ha precisato a Sezioni Unite che "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante*" (nella specie la S.C. ha cassato la sentenza di merito che - in relazione ad una domanda risarcitoria avanzata da un paziente nei confronti di una casa di cura privata per aver contratto l'epatite C asseritamente a causa di trasfusioni con sangue infetto praticate a seguito di un intervento chirurgico - aveva posto a carico del paziente l'onere di provare che al momento del ricovero egli non fosse già affetto da epatite; Cass. civ., SU, n. 577 dell'11.1.2008).

Anche la giurisprudenza successiva, in merito alla ripartizione dell'onere della prova, ha chiarito che "*nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. Ne consegue che qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore*" (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 20547 del 30/09/2014).

Successivamente è stato tuttavia specificato che "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza*". (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla vedova di un paziente deceduto, per arresto cardiaco, in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

seguito ad un intervento chirurgico di asportazione della prostata cui era seguita un'emorragia, sul rilievo che la mancata dimostrazione, da parte dell'attrice, della riconducibilità eziologica dell'arresto cardiaco all'intervento chirurgico e all'emorragia insorta escludeva in radice la configurabilità di un onere probatorio in capo alla struttura) (Cass. Civ., Sez. 3 -, Sentenza n. 18392 del 26/07/2017).

Tale indirizzo è stato confermato dalla giurisprudenza successiva: "*In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza*". (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla paziente e dai suoi stretti congiunti, in relazione a un ictus cerebrale che aveva colpito la prima a seguito di un esame angiografico, sul rilievo che era mancata la prova, da parte degli attori, della riconducibilità eziologica della patologia insorta alla condotta dei sanitari, ed anzi la c.t.u. espletata aveva evidenziato l'esistenza di diversi fattori, indipendenti dalla suddetta condotta, che avevano verosimilmente favorito l'evento lesivo; Cass. Civ., Sez. 3 -, Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018).

In ogni caso, l'accertamento dell'esistenza del nesso causale deve essere compiuto secondo il criterio del "più probabile che non": "*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 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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, 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. civ., Sez. 3, Sentenza n. 16123 del 08/07/2010).

Anche in tempi più recenti, Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 21008 del 23/08/2018, ha ribadito che occorre accertare il nesso causale secondo la regola del "più probabile che non": "*La prova dell'inadempimento del medico non è sufficiente ad affermarne la responsabilità per la morte del paziente, occorrendo altresì il raggiungimento della prova del nesso causale tra l'evento e la condotta inadempiente, secondo la regola della riferibilità causale dell'evento stesso all'ipotetico responsabile, la quale presuppone una valutazione nei termini del c.d. "più probabile che non"*".

Chiarito quanto sopra in linea generale, si può procedere ora all'esame del caso concreto.

Dall'esame della documentazione prodotta dalle parti e sottoposta ai consulenti e sulla base delle osservazioni di questi ultimi, la vicenda sanitaria può essere ricostruita nei termini che seguono.

Parte_1 , a seguito di un incidente stradale avvenuto il 29 agosto 2015, è stato ricoverato presso il [redacted] del [redacted] Qui gli è stata diagnosticata una frattura persottotrocanterica del femore destro, accompagnata da contusioni multiple. Dopo la stabilizzazione iniziale, il paziente è stato ricoverato nel reparto di Ortopedia e sottoposto a trattamento con trazione scheletrica del femore destro mediante Zuppinger, protrattasi dal 29 agosto al 2 settembre 2015.

In tale data, il *Pt_1* è stato sottoposto a un intervento chirurgico di riduzione cruenta della frattura con fissazione interna mediante osteosintesi, utilizzando un chiodo gamma Long e cerchiaggio prossimale. L'intervento, pur risultando tecnicamente corretto sotto il profilo esecutivo, ha determinato una lesione del nervo sciatico destro, successivamente diagnosticata il 17 settembre 2015 mediante elettromiografia, che ha evidenziato una lesione parziale assonometmesica con interessamento prevalente della componente peroneale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

Successivamente all'intervento, il paziente è stato sottoposto a un lungo percorso riabilitativo, ma persistevano deficit funzionali importanti, tra cui dolore cronico, zoppia e accorciamento dell'arto inferiore destro. Tale condizione ha richiesto un secondo intervento chirurgico il 4 novembre 2015, consistente nella rimozione di una vite di bloccaggio distale del chiodo femorale, eseguito in regime di day-hospital. Nonostante tale intervento, il quadro clinico del paziente non è migliorato significativamente.

Il 27 aprile 2016 il *Pt_1* è stato nuovamente ricoverato e sottoposto a un terzo intervento per la rimozione della vite prossimale e dei cerchiaggi, nel tentativo di alleviare i dolori e migliorare la funzionalità dell'arto. Tuttavia, nel corso dei mesi successivi, si manifestava un'infezione a livello del femore destro, la cui gestione risultava complessa e prolungata.

A causa del peggioramento del quadro clinico, in data 23 novembre 2016 il *Pt_1* è stato sottoposto a un quarto intervento chirurgico per la rimozione del chiodo endomidollare, resosi necessario in seguito alla diagnosi di pseudoartrosi infetta del femore destro. Durante tale intervento, sono stati effettuati prelievi microbiologici che hanno confermato la presenza di un'infezione nosocomiale. Il trattamento post-operatorio comprendeva una terapia antibiotica mirata e un ulteriore periodo di riabilitazione motoria.

Tanto osservato in ordine alla storia clinica che ha interessato l'attore, come detto sopra, quest'ultimo ha individuato due profili principali di responsabilità dei sanitari.

La prima è costituita dalla lesione del nervo sciatico durante il primo intervento chirurgico. In particolare, secondo l'attore, la lesione del nervo sciatico destro, diagnosticata successivamente, è attribuibile a un errore tecnico durante l'intervento chirurgico del 2 settembre 2015. Questa lesione ha determinato un deficit neurologico permanente e ha compromesso la funzionalità dell'arto.

La seconda è costituita dalla gestione tardiva dell'infezione nosocomiale. Più specificamente, l'attore ha contestato che l'insorgenza dell'infezione nosocomiale e la sua gestione siano state inadeguate. In particolare, ha sottolineato il ritardo nella diagnosi e nell'adozione di protocolli terapeutici adeguati, aggravando il danno clinico e prolungando la prognosi.

Nel corso dell'istruttoria è stata prodotta la c.t.u. svolta nel corso del procedimento di a.t.p., dalla quale emerge che i consulenti hanno esaminato il caso clinico del *Pt_1* con particolare attenzione alla gestione medica nei vari momenti critici, focalizzandosi sulle fasi diagnostiche, operatorie e post-operatorie. Di seguito si riportano i punti chiave della loro analisi.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

Per quanto concerne l'aspetto della lesione del nervo sciatico, secondo gli ausiliari la lesione del nervo sciatico destro verificatasi durante il primo intervento chirurgico rappresenta un evento iatrogeno (causato dall'intervento medico). Essi hanno affermato che la lesione del nervo sciatico appare riconducibile a un non corretto utilizzo dei mezzi di fissazione interna, nello specifico il chiodo gamma Long e il cerchiaggio prossimale, che hanno esercitato una compressione sul nervo sciatico. I consulenti hanno sottolineato che tale lesione non rientra tra i rischi inevitabili dell'intervento, in quanto la compressione del nervo sciatico durante l'intervento chirurgico non può essere considerata una complicanza tipica e inevitabile del trattamento chirurgico adottato, ma è riconducibile a un errore tecnico.

Inoltre, i consulenti hanno affermato che che il danno neurologico avrebbe potuto essere evitato con una maggiore attenzione nella fase intra-operatoria, sottolineando che un monitoraggio accurato delle strutture anatomiche coinvolte avrebbe consentito di evitare la compressione che ha generato la lesione nervosa.

Per quanto concerne l'aspetto dell'infezione nosocomiale, i consulenti hanno analizzato l'infezione insorta successivamente agli interventi chirurgici, rilevando che l'infezione nosocomiale rappresenta una complicanza possibile, ma la gestione adottata nel caso specifico è stata tardiva e non conforme alle linee guida. I consulenti hanno messo in evidenza ritardi nella diagnosi dell'infezione, affermando che l'identificazione del germe responsabile e l'avvio di una terapia antibiotica mirata sono avvenuti con ritardo rispetto ai sintomi clinici, peggiorando il quadro clinico generale del paziente.

Infine, sulla gestione post-operatoria, i consulenti hanno osservato che non risultano adottate misure tempestive per il controllo della contaminazione del sito chirurgico, né sono stati eseguiti i prelievi necessari in modo adeguato nei tempi iniziali.

In definitiva i consulenti hanno confermato l'esistenza di un nesso causale tra le condotte dei sanitari e i danni lamentati dal paziente, affermando che è più probabile che non che la lesione del nervo sciatico e l'aggravamento del quadro clinico per infezione siano derivati direttamente dalle modalità di esecuzione dell'intervento e dalla gestione post-operatoria e che, sebbene non sia possibile eliminare completamente il rischio di infezioni nosocomiali, un approccio diagnostico e terapeutico più tempestivo avrebbe evitato il peggioramento delle condizioni cliniche.

In definitiva i consulenti hanno concluso riconoscendo una responsabilità diretta ai sanitari per errore tecnico durante l'intervento che ha causato la lesione del nervo sciatico e ritardi e carenze nella gestione dell'infezione, che hanno aggravato il quadro clinico. In particolare, hanno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

concluso affermando che le condotte omissive e commissive evidenziate nel corso della gestione sanitaria di *Parte_1* costituiscono un elemento determinante per l'insorgenza e l'aggravamento dei danni lamentati dal paziente e che la disabilità funzionale grave dell'arto inferiore destro è una conseguenza diretta degli eventi lesivi verificatisi durante il primo intervento e della gestione subottimale delle complicanze successive.

Al di là delle questioni circa la utilizzabilità della c.t.u., già risolte sopra, la parte convenuta ha contestato il merito della c.t.u. sollevando due principali obiezioni: da un lato, la presunta natura esplorativa della consulenza e, dall'altro, l'insufficiente dimostrazione del nesso di causalità.

Per quanto riguarda l'asserita natura esplorativa della c.t.u., la giurisprudenza ha chiarito che non può essere considerata tale una consulenza che si limiti ad accertare i fatti rilevanti ai fini della decisione, anche qualora fornisca valutazioni complesse su profili tecnici (Cass. civ., sez. III, sent. n. 28680/2021). Ne consegue che, qualora la c.t.u. abbia rispettato il perimetro del mandato giudiziale, la critica relativa alla sua presunta esplorativà risulta infondata. Per le argomentazioni sopra esposte, risulta evidente che il percorso logico seguito nella c.t.u. è ben descritto, basato su asserzioni logiche e sempre supportato da riferimenti scientifici.

Le conclusioni cui sono giunti gli ausiliari sono basate su accertamenti scientifici condotti in modo logico, chiaro, sempre legati alle evidenze diagnostiche e supportate da riferimenti a letteratura scientifica, con la conseguenza che esse non possono che essere condivise.

Sulla base di quanto osservato deve concludersi, pertanto, per la responsabilità dei sanitari della *Contr* convenuta, la quale deve essere condannata a risarcire i danni patiti dall'attore *Parte_1* .

Ciò posto in ordine all'*an* e venendo ad esaminare il profilo concernente il *quantum*, merita rilevare che parte ricorrente, nell'atto introduttivo del giudizio, chiedeva la condanna del resistente al risarcimento del danno non patrimoniale subito.

In particolare, a questo riguardo, la Suprema Corte ha avuto modo di precisare (cfr. Cassazione civile , sez. un., 11 novembre 2008, n. 26972) che vanno superate le categorie di danno morale e danno esistenziale potendo essere risarcito, come *unicum*, il danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c., il quale non può essere suddiviso in diverse poste risarcitorie.

Al di fuori dei casi previsti dalla legge, la tutela risarcitoria è estesa ai soli casi di danno non patrimoniale prodotto dalla lesione di diritti inviolabili della persona riconosciuti dalla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

Costituzione, quale è innanzitutto il danno biologico, che costituisce appunto il danno da lesione del diritto inviolabile alla salute tutelato dall'art. 32 Cost.

In ordine al danno biologico, merita rilevare che quest'ultimo consiste nella lesione all'integrità psicofisica dell'uomo e, cioè, in una menomazione incidente sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si ricollega al complesso delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui egli vive e si estende quindi a tutti gli effetti negativi sul bene primario della salute, quale diritto inviolabile alla esplicazione della propria personalità morale, intellettuale, culturale (cfr., diffusamente, Cass. civ. sentenze n. 5635/97; 477/96; 357/93).

Avuto riguardo a tutte le conseguenze deteriori cagionate al bene primario della salute nel suo aspetto dinamico, si distingue, nell'ambito della unitaria nozione di danno biologico, in relazione ai diversi periodi temporali correlati alla differente entità della lesione, tra invalidità permanente, ovvero la perenne soppressione di una funzione vitale non suscettibile di regressione per decorso naturale o per effetto di cure e terapie, e inabilità temporanea (assoluta o parziale) quando la perdita della funzione vitale è destinata a cessare col decorso del tempo (in tal senso, cfr. Cassazione civile , sez. III, 15 settembre 1995, n. 9725, Cassazione civile , sez. III, 10 marzo 1992, n. 2840).

L'alterazione dell'integrità psicofisica del soggetto non è passibile di una reintegrazione in forma specifica o in natura, per cui il risarcimento del danno biologico non può che avvenire per equivalente, ovvero con una prestazione patrimoniale atta a reintegrare il valore non patrimoniale leso, da determinarsi con criteri di natura equitativa, informati da un lato ad una uniformità pecuniaria di base (a parità di lesioni, tutti avranno un risarcimento di una certa entità) e, dall'altro, ad elasticità e flessibilità, onde adeguare la liquidazione in ogni singolo caso all'effettiva incidenza nel contesto delle funzioni esistenziali perdute dal danneggiato (per un'autorevole affermazione di tali principi, Corte Cost., 14 luglio 1986 n. 184).

Ciò premesso, nella specie, i danni allegati possono essere verificati sulla base delle risultanze istruttorie acquisite, in particolare dall'esame svolto dai consulenti tecnici di ufficio nel procedimento di a.t.p., le cui conclusioni appaiono pienamente condivisibili.

In rapporto alla patologia ed alla sua evoluzione, i consulenti hanno quantificato un periodo di invalidità temporanea per giorni 95 totale e 365 al 50%. Quanto al danno biologico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

da invalidità permanente, gli ausiliari del giudice hanno ritenuto di dover riconoscere tale danno nella misura complessiva del 30%.

Con riferimento al danno morale esso va pure riconosciuto, trattandosi di danno non patrimoniale risarcibile in virtù della lesione di un valore costituzionalmente riconosciuto, quale quello relativo alla integrità morale della persona (cfr., Cassazione civile , sez. III, 13 gennaio 2009, n. 479). Tuttavia, dovendo, come si è detto, il danno non patrimoniale essere risarcito come un *unicum*, non potendo esso venire suddiviso in diverse poste risarcitorie, possono essere utilizzate al fine della quantificazione del danno non patrimoniale le apposite tabelle elaborate con riferimento (non al solo danno biologico, ma) al complessivo danno non patrimoniale dal Tribunale di Milano per l'anno 2024, già comprensive cioè di un aumento del danno biologico corrispondente al risarcimento del danno morale, maggiormente aderente alla presumibile reale entità del pregiudizio morale subito dal soggetto poiché il relativo aumento percentuale è commisurato anche alla età del soggetto, oltre che alla percentuale degli esisti permanenti residuati. Del resto anche a seguito del noto intervento della Suprema Corte in funzione di uniformità sul piano dell'utilizzo del potere equitativo (cfr. Corte di Cassazione, sezione III, sentenza 7 Giugno 2011, n. 12408 "*poiché l'equità va intesa anche come parità di trattamento, la liquidazione del danno non patrimoniale alla persona da lesione dell'integrità psico-fisica presuppone l'adozione da parte di tutti i giudici di merito di parametri di valutazione uniformi che, in difetto di previsioni normative (come l'art. 139 del codice delle assicurazioni private, per le lesioni di lieve entità conseguenti alla sola circolazione dei veicoli a motore e dei natanti), vanno individuati in quelli tabellari elaborati presso il tribunale di Milano, da modularsi a seconda delle circostanze del caso concreto*") appare maggiormente opportuno adottare il criterio liquidativo della tabelle milanesi.

Pertanto, il risarcimento del danno non patrimoniale subito può essere, sulla scorta delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano relative all'anno 2024, utilizzabili come indice di riferimento nella valutazione equitativa dello stesso, in quanto maggiormente vicine ed aderenti alla realtà socio-economica del luogo, partitamente individuato nella seguente misura, espressa in termini monetari già rivalutati all'attualità:

€ 10.925,00 per inabilità temporanea totale (€ 115,00 x 95 giorni);

€ 20.987,50 per inabilità temporanea parziale al 50% (€ 115,00 x 50% x 365 giorni);

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

€ 116.415,00 per danno non patrimoniale;

€ 6.100,00 per spese mediche documentate.

Pertanto, il danno complessivo subito da *Parte_1* va quantificato in complessivi € 154.427,50.

Non si può provvedere ad una personalizzazione delle voci di danno, in quanto all'esito dell'istruttoria non è emersa una prova specifica in merito ad attitudini personali che sono state specificamente pregiudicate.

La somma sopra indicata è liquidata all'attualità.

Oltre alla rivalutazione del credito, già riconosciuta, è stato chiesto da parte istante anche il riconoscimento degli interessi sui rispettivi crediti, con decorrenza dalla data del fatto.

Infatti, su tutte le somme liquidate a titolo di risarcimento del danno deve essere riconosciuto anche il cd. lucro cessante e cioè il risarcimento del danno derivante dalla mancata tempestiva disponibilità della somma che, ove tempestivamente posseduta, avrebbe determinato un lucro finanziario.

In conformità al combinato disposto degli artt. 2056, 1223, 1226 e 1227 c.c., il danno da ritardo in materia di responsabilità da fatto illecito non è presunto *ex lege* (non essendo applicabile, come precisato dalla Suprema Corte nella citata sentenza, l'art. 1224 I comma c.c.), ma deve essere allegato e provato facendo ricorso anche e soltanto a presunzioni semplici ed al criterio equitativo di cui all'art. 2056 II comma c.c.

Quindi, non avendo fornito l'attore alcun elemento di prova in ordine ai possibili impieghi delle somme dovute, il cd. lucro cessante dovrà pertanto essere equitativamente calcolato ex art. 2056 c.c., secondo l'orientamento della Suprema Corte (Cass. Sez. Un. 17.2.1995 n.1712 sul calcolo di interessi per debiti di valore), applicando, ad una base di calcolo costituita dall'attuale credito come sopra determinato, devalutato all'epoca del fatto (settembre 2015), e rivalutato anno per anno secondo gli indici Istat, un saggio di interesse corrispondente al rendimento medio degli interessi sui titoli di Stato (Bot, CCT) nel periodo di riferimento.

Sul complessivo ammontare del credito risarcitorio così come determinato decorrono interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo.

In riferimento al governo delle spese di lite - tenuto conto che verrà applicato il criterio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902

del *decisum* anziché quello del *disputatum* (Cass. S.U. civili n.1911/63 e n.19014/07) -, esse (comprensive della fase dell'accertamento tecnico preventivo ma non della fase istruttoria nella causa di merito, in quanto non si è svolta) seguono il criterio della soccombenza e si liquidano ai valori medi dello scaglione tariffario di riferimento.

p.q.m.

definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione disattesa:

- *condanna la Controparte_1 al risarcimento dei danni subiti da [...] Pt_1 , e pertanto la condanna al pagamento, in favore di Parte_1 , della somma di € 154.427,50, oltre interessi corrispondenti al rendimento medio degli interessi sui titoli di Stato (Bot, CCT) nel periodo di riferimento, calcolati su detta somma devalutata all'epoca del fatto (settembre 2015) e rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat, nonché interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza;*
- *condanna la convenuta alla refusione delle spese legali, in favore di parte attrice, che si quantificano in totali € 1.410,00 per esborsi ed € 12.260,00 per compensi, oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CPA come per legge.*

Chieti, 21 febbraio 2025

Il Giudice
(dott. Alessandro Chiauzzi)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-902