



TRIBUNALE DI COSENZA
Seconda Sezione Civile
Proc. n. 2445 /2021

Il Tribunale di Cosenza, sezione seconda civile, in composizione monocratica, nella persona del giudice, dott.ssa Giusi Ianni, ha pronunciato, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 24 ottobre 2022 e ai sensi dell'art. 702 ter cpc, la seguente

ORDINANZA

nella causa civile iscritta al n. 2445 del Ruolo Generale Affari Contenziosi dell'anno 2021, introdotta con rito sommario di cognizione e vertente

TRA

Parte_1 (c.f. *CodiceFiscale_1* , elettivamente
[redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted]
[redacted] da cui è rappresentata e difesa in forza di mandato in calce all'atto
introduttivo

- ATTRICE -

E

Controparte_1 (c.f. *P.IVA_1*), in persona del
legale rappresentante pro-tempore

- CONVENUTA CONTUMACE -

OGGETTO: azione di risarcimento dei danni da responsabilità medica.

PREMESSO IN FATTO

La domanda introduttiva del presente giudizio è stata proposta, con rito sommario di cognizione, da *Parte_1* al fine di ottenere il risarcimento dei danni sofferti a causa dell'infezione contratta in occasione del parto avvenuto presso l' *Organizzazione_1* in data 11 settembre 2018, a seguito di taglio cesareo d'urgenza. Tale infezione, infatti, era descritta come fonte di danno

biologico; esistenziale; morale; da mancato allattamento al seno, per un ammontare risarcitorio complessivamente stimato in euro 104.886,00. L'attrice precisava di avere intrapreso, *ante causam* e anche a fini di procedibilità della domanda, procedimento ex art. 696 bis cpc e, pur non condividendo in punto di stima del danno permanente le conclusioni a cui erano giunti i CTU nominati dal Tribunale, evidenziava come i predetti ausiliari avessero riconosciuto la responsabilità della struttura sanitaria in ordine al determinarsi dell'infezione nosocomiale post parto.

Non si costituiva in giudizio l' Controparte_1 benché ritualmente evocata.

Acquisito il fascicolo del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. ed espletata la prova per testi sulle circostanze articolate da parte attrice, la causa, disattesa le ulteriori istanze istruttorie della parte costituita, era trattenuta in riserva per la decisione all'udienza del 24 ottobre 2022.

RILEVATO IN DIRITTO

1. Sul rito sommario di cognizione

Va premesso qualche cenno sulla natura del rito sommario di cognizione, scelto dagli attori per l'incardinazione del presente giudizio.

Come, infatti, condivisibilmente chiarito dalla giurisprudenza di legittimità e di merito (cfr. Cass. 27915/2018; App. Roma 31 luglio 2017, n. 5208; Trib. Piacenza 27 maggio 2011; Trib. Lamezia Terme, 12 luglio 2011) e come confermato dalla relazione illustrativa al d.lgs. 150/2011 sulla semplificazione dei riti, il rito sommario di cognizione introdotto dalla legge 69/2009 è procedimento a cognizione piena, caratterizzato dalla sommarietà solo per quanto riguarda l'espletamento dell'istruttoria. Ne consegue che possono essere trattate con tale schema processuale non soltanto le cause ab origine di carattere documentale o destinate ad essere definite all'esito di una rapida istruttoria già sulla base delle allegazioni e delle richieste delle parti, ma anche le cause che, in concreto, si presentino suscettibili di definizione immediata, per l'inammissibilità o irrilevanza delle prove articolate dalle parti, essendo, altrimenti, agevole per la parte che abbia interesse ad un allungamento dei tempi

del giudizio frustrare la maggiore celerità propria del predetto rito mediante la prospettazione di un'istruttoria lunga e complessa, da evincersi dalla mera indicazione di una molteplicità di richieste di prova.

A ciò si aggiunga che il rito sommario di cognizione è modalità ordinaria dei giudizi di colpa medica a seguito di consulenza preventiva a fini conciliativi, ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c., per come stabilito dalla l. 24/2017 (ferma la possibilità, in ogni caso, di introdurre per scelta simili giudizi con rito sommario di cognizione in presenza di un'istruttoria non complessa, ai sensi degli artt. 702 bis e ss. c.p.c.).

Nel caso di specie, parte attrice risulta avere esperito *ante causam* e a fini di procedibilità della domanda la procedura ex art. 696 bis cpc e ha poi introdotto la domanda risarcitoria con rito sommario di cognizione, mantenuto dal Tribunale in ragione della snellezza dell'istruttoria in concreto ammessa.

2. Sulla qualificazione giuridica della domanda e sugli oneri probatori incombenti sulle parti.

Tanto premesso, deve osservarsi che l'attrice ha chiesto il risarcimento dei danni sofferti per effetto dell'infezione nosocomiale contratta presso [REDACTED] di Cosenza in occasione del parto dell'11 settembre 2018, avvenuto con taglio cesareo d'urgenza. La domanda va inquadrata in termini di responsabilità contrattuale, stante il rapporto negoziale instauratosi tra paziente e struttura sanitaria e anche in ragione di quanto disposto dell'art. 7 l. 24/2017, *ratione temporis* applicabile ai fatti oggetto di causa, verificatisi successivamente alla sua entrata in vigore.

Tale inquadramento giuridico ha, poi, degli importanti risvolti sugli oneri probatori gravanti sulle parti.

In applicazione, infatti, della normativa sui rapporti contrattuali e dei principi elaborati in tema di adempimento del credito, il paziente, quale creditore della prestazione sanitaria, è tenuto a dimostrare l'esistenza del rapporto contrattuale e può limitarsi a dedurre l'inadempimento del debitore (Cass., Sez. Un. 30 ottobre 2001, n. 13533); inadempimento che deve essere astrattamente efficiente alla produzione del danno (Cass., Sez. Un. 11 gennaio 2008, n. 577). Sarà, invece, il

debitore della prestazione, nel caso di specie la struttura sanitaria convenuta, a dover provare, per andare esente da responsabilità che inadempimento non v'è stato o che è dipeso da fatto ad esso non imputabile (Cass. 14 luglio 2004, n. 13066) ovvero che, pur esistendo, non è stato causa del danno (Cass. sez. un. n. 577/08 cit.)

Tali oneri probatori (cfr. Cass. 24791/2008; 22222/2014) restano fermi anche ove l'intervento sia stato di speciale difficoltà, in quanto l'esonero di responsabilità di cui all'art. 2236 cod. civ. non incide sui criteri di riparto dell'onere della prova ma costituisce soltanto parametro della valutazione della diligenza tenuta dal medico o dalla struttura sanitaria nell'adempimento, in forza del combinato disposto con l'art. 1176, comma 2, c.c.. Costituisce, quindi, onere del medico, per evitare la condanna in sede risarcitoria, provare che l'insuccesso dell'intervento è dipeso da fattori indipendenti dalla propria volontà, avendo egli osservato, nell'esecuzione della prestazione sanitaria, la diligenza normalmente esigibile da un medico in possesso del medesimo grado di specializzazione. Inoltre, la limitazione della responsabilità del professionista ai soli casi di dolo o colpa grave, prevista dall'art. 2236 c.c. quando la prestazione comporti la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, non trova applicazione se la condotta del medico è stata negligente o imprudente (Cass. 1 marzo 2007, n. 4797; Cass. 19 aprile 2006, n. 9085).

Va, infine, osservato che in punto di causalità, compete al paziente (Cass., 20812/2018; Cass. 21008/2018; Cass. 26700/2018; Cass. 27606/2019) provare, anche attraverso presunzioni, il nesso eziologico tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia). Il nesso di causalità va accertato attraverso un criterio necessariamente probabilistico - cd. regola della preponderanza dell'evidenza o *"del più probabile che non"*, cioè probabilità logica desumibile dagli elementi di conferma disponibili nel caso concreto e dalla contemporanea esclusione di possibili elementi alternativi (Cass. un. 11 gennaio 2008, n. 584 582, 581 e 576) – e sussiste qualora si ritenga che l'opera del

professionista abbia causato o concorso a causare il danno verificatosi oppure, in caso di condotta omissiva, se quell'opera, ove correttamente e prontamente svolta, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi (Cass. 12906/2020; Cass. 21008/2018). Ove, pertanto, l'esistenza del nesso causale rimanga, all'esito del giudizio, assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. 29315/2017).

3. Sulla responsabilità dell' Controparte_1 .

Tanto premesso, la vicenda clinica che ha interessato l'attrice può essere obiettivamente ricostruita sulla base della documentazione versata in atti e delle risultanze della CTU svoltasi nel procedimento ex art. 696 bis cpc, le cui risultanze sono state acquisite nel presente processo.

Deve, quindi, osservarsi che la Pt_1 , alla trentottesima settimana della seconda gravidanza (più 6 giorni), in data 11 settembre 2018 era ricoverata presso l' CP_2 i ginecologia e ostetricia dell' Organizzazione_1 per la rottura delle membrane prima del travaglio. La paziente era, quindi, sottoposta ad accertamenti specialistici che rilevavano: *“genitali esterni: donna che ha partorito. Corpo uterino: corrispondente all'epoca di gestazione. Attività contrattile: incoordinata. Situazione: longitudinale. Presentazione: vertice. Livello parte presentata: fuori scavo pelvico. Lunghezza: raccorciato 2/3. Collo utero posizione: parzialmente centralizzato. Consistenza: soffice. Dilatazione: pervio al dito. Perdite ematiche assenti. Membrane: rotte. Data e ora Prom: 11/09/2018 02.00. Liquido amniotico: chiaro. Prop feto-pelvica: ai limiti. BCF: euritmico. MAF: presenti rilevati. Score di Per_1 : 5.00 condizioni mediamente sfavorevoli ... Presentazione cefalica. Biometria. DBP 102.8. CC 372.7. CA 359.3. LF 83.6. Biometria corrispondente all'età gestazionale. Placenta anteriore. Liquido amniotico aumentato. Flussimetria feto placentare: PI art ombelicale 0.68. Fattori limitanti l'esame: obesità”*.

Lo stesso giorno era espletato il parto mediante taglio cesareo, così descritto in cartella clinica: *“incisione cutanea secondo Org_2 ed apertura della parete addominale, scollamento della plica vescico uterina ed isterotomia. Fuoriuscita di scarso liquido fortemente tinto di meconio ed estrazione di un feto vivo e vitale*

in presentazione cefalica di sesso maschile, secondamento e toilette del viscere, isterorrafia e controllo emostasi, chiusura della parete addominale”.

Dopo una degenza regolare, la sig.ra **Pt_1** era dimessa in data 14 settembre 2018, con la prescrizione di assumere acido folico e seleparina.

Dopo 5 giorni, il 19 settembre 2018, l'attrice era nuovamente ricoverata presso l'UOC di ginecologia e ostetricia dell' **Controparte_3** con diagnosi di: *“febbre puerperale in paziente sottoposta a taglio cesareo”*. In particolare, nel referto della visita ginecologica si dava atto che *“all'ispezione della ferita chirurgica si evidenzia sopra di essa cute arrossata e calda”*. Il quadro era, quindi, approfondito con l'esecuzione di un esame TC dell'addome (20/09/2018) che dava il seguente esito: *“in regione ipogastrica, sovrapubica, a sede nel tessuto sottocutaneo extra fasciale, si apprezza una estesa e grossolana raccolta densità liquido-fluida, con maggior sviluppo a sinistra della linea mediana, che appare livellata per presenza di estesa quota gassosa; la componente gassosa inoltre appare raccolta, sottoforma di bolle gassose multiple giustapposte, caudalmente alla raccolta in paramediana destra a ridosso del piano cutaneo. Aspetto a densità disomogenea dell'adipe sottocutaneo da imbibizione edematosa loco-regionale, più evidente nella regione della fossa iliaca di sinistra. Rare bolle nel piano muscolo-fasciale”*. Gli esami colturali effettuati sulla ferita chirurgica risultavano positivi per *“Finegoldia Magna”* e *“Enterococcus Faecalis”*.

Il 21 settembre successivo la paziente era sottoposta a nuovo intervento chirurgico per *“ascesso sottocutaneo”*. L'intervento era così descritto in cartella clinica: *“rimozione del filo di sutura della cicatrice laparotomica del taglio cesareo, si evidenzia raccolta purulenta e necrosi del tessuto sottocutaneo e parziale della fascia. Si procede a effettuare prelievi per coltura sulla raccolta e a scissione del tessuto necrotico con lavaggio con soluzione antibiotica”*.

Il quadro infettivo, caratterizzato da rialzo termico e leucocitosi, era monitorizzato con consulenze infettivologiche e tenuto sotto controllo con adeguata terapia antibiotica.

Il giorno 16 ottobre 2018 la sig.ra **Pt_1** era, quindi, nuovamente dimessa, con prescrizione di assumere acidofolico, **Org_3** e **Org_4** .

Sulla base della documentazione in atti e previa visita della perizianda, i CTU nominati nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis cpc hanno concluso che, a seguito del parto, la **Pt_1** contraeva un'infezione nosocomiale (o, più propriamente, un'infezione *“correlata all'assistenza”*, contratta durante il ricovero ospedaliero e che non era in incubazione al momento del ricovero). Depongono a sostegno di tale conclusione: 1) l'evoluzione temporale del quadro clinico e le caratteristiche delle lesioni riscontrate; 2) l'isolamento di *“Finegoldia Magna”* ed *“Enterococcus Faecalis”* ai colturali effettuati sui tamponi della ferita chirurgica. Sotto il primo profilo, infatti, deve osservarsi che la **Pt_1**, dopo l'intervento di taglio cesareo presso l'Ospedale di **CP_1** (avvenuto in data 11/09/2018), era dimessa in data 14 settembre 2018 e dopo soli cinque giorni, in data 19 settembre 2018, era nuovamente ricoverata presso l'**Controparte_3** per *“febbre puerperale in paziente sottoposta a taglio cesareo”*, con evidenza di segni clinici di infezione della ferita chirurgica. Vi è, quindi, stretta cronologia tra il ricovero ospedaliero e il manifestarsi dei primi segni dell'infezione. Ulteriormente indicativa della contrazione di un'infezione nosocomiale è l'isolamento alla coltura rispetto alla ferita chirurgica di microrganismi quali *“Finegoldia Magna”* ed *“Enterococcus Faecalis”* tipicamente responsabili di infezioni di questo genere.

La stretta consecuzione temporale tra il ricovero e il manifestarsi dei segni dell'infezione e le particolari condizioni della **Pt_1** – che tornava a casa dopo un parto con taglio cesareo e a distanza di cinque giorni nuovamente tornava in Ospedale – impediscono di individuare qualsiasi causalità alternativa all'infezione della ferita chirurgica di tipo nosocomiale, conseguente, secondo il criterio del “più probabile che non” ad una violazione delle regole di asepsi all'interno di un reparto ospedaliero. D'altra parte, la convenuta, onerata della relativa prova, non ha dimostrato (né del procedimento ex art. 696 bis cpc, per come evincibile dalla disamina dei relativi atti, né nel presente processo in cui è rimasta contumace, né infine anche solo sulla base di quanto riportato in cartella clinica), di aver messo in atto tutto quanto prescritto dalle Linee Guida e dalle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle sale operatorie, per come

ricostruito dai CTU (*“Tutte le sale operatorie devono sempre avvalersi di procedure per la verifica della sterilità degli strumenti chirurgici, dispositivi e materiali. Indicatori devono essere utilizzati per valutare la sterilità e devono essere controllati prima che la strumentazione venga introdotta sul campo sterile; Prima dell’induzione dell’anestesia, l’infermiere o un altro operatore responsabile per la preparazione del set chirurgico deve confermare la sterilità degli strumenti, tramite il controllo e la valutazione degli indicatori di sterilità e deve comunicare eventuali problemi al chirurgo e all’anestesista; Durante l’intero periodo operatorio la temperatura corporea dovrebbe essere mantenuta nei limiti della norma, per ridurre le possibilità di insorgenza di infezioni; La glicemia deve essere controllata e mantenuta all’interno di valori per i quali la resistenza alle infezioni e i normali processi di cicatrizzazione non siano compromessi; La cute dei pazienti chirurgici deve essere preparata con un agente antisettico appropriato prima dell’inizio dell’intervento. L’agente antimicrobico dovrebbe essere scelto sulla base della capacità intrinseca di diminuire rapidamente la conta microbica cutanea e di mantenere tale effetto per l’intera durata dell’intervento; L’antisepsi chirurgica delle mani dovrebbe essere assicurata da un sapone antimicrobico; Le mani e gli avambracci dovrebbero essere lavati per 2-5 minuti. Quando le mani sono fisicamente pulite, un antisettico deve essere utilizzato per l’antisepsi; I componenti dell’équipe chirurgica, prima dell’intervento, devono indossare una mascherina che copra adeguatamente bocca e naso, una cuffia/copricapo per coprire i capelli o un copricapo integrale per capelli e barba; I componenti dell’équipe chirurgica devono indossare guanti sterili dopo aver effettuato il lavaggio e l’asepsi delle mani e dopo aver indossato il camice sterile; I pazienti chirurgici dovrebbero effettuare una doccia preoperatoria con sapone antisettico in monodose; Usare teli chirurgici in grado di minimizzare il rischio di trasmissione di infezioni e che mantengano l’efficacia di barriera anche quando sono bagnati; Proteggere le ferite chirurgiche per 24-48 ore con medicazioni sterili; In sala operatoria deve essere mantenuta una ventilazione a pressione positiva, rispetto ai locali adiacenti; - L’ingresso alla sala operatoria deve essere limitato al personale*

strettamente necessario per l'attività chirurgica; La sala operatoria deve essere pulita accuratamente, con detergenti antisettici, dopo interventi su ferite sporche o infette e alla fine di ogni giornata operatoria’’).

Le conclusioni raggiunte dai CTU appaiono frutto di metodo di indagine serio e razionale e immuni da qualsiasi censura di ordine logico. Esse, pertanto, possono certamente recepirsi in questa sede, non essendo state scalpite da alcun elemento nuovo offerto dal convenuto nel giudizio di merito, né dalle censure reiterate da parte attrice.

La domanda dell’attrice è, pertanto, certamente fondata in punto di *an debeatur*.

4. **Sul quantum debeatur.**

Ciò posto, vanno distintamente esaminate le pretese risarcitorie fatte valere dall’attrice nel presente giudizio.

L’attrice, infatti, ha richiesto la condanna della struttura sanitaria convenuta:

- a) Al risarcimento del danno biologico permanente e da inabilità assoluta e temporanea;
- b) Al risarcimento del danno morale;
- c) Al risarcimento del danno esistenziale;
- d) Al risarcimento del danno da mancato allattamento al seno.

Quanto alla prima voce di pregiudizio, la CTU svoltasi *ante causam* permette di quantificare nella misura del 4% il danno biologico sofferto dalla Pt_1 per effetto dell’infezione contratta in occasione del parto. Gli ausiliari, infatti, hanno osservato che applicandosi gli usuali *baremes* medico legali, le menomazioni dell’integrità psico-fisica della parte – consistiti nel peggioramento dell’esito cicatriziale chirurgico con indebolimento della parete addominale a causa dell’intervento di revisione della ferita chirurgica nonché nella perdita della possibilità di provvedere all’allattamento del neonato - andrebbero stimati complessivamente nella misura dell’8%. Dal danno biologico attuale vanno, tuttavia, detratti i postumi che generalmente esitano ad una procedura di taglio cesareo gestita in modo corretto (in termini di indebolimento della parete addominale ed esiti cicatriziali con relativo pregiudizio estetico), con conseguente stima del solo maggior danno nella misura del 4%. Parte attrice ha

censurato tale conclusione, sia nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis cpc sia nel presente processo, ritenendo da un lato che i consulenti non avrebbero tenuto conto, nella stima del danno biologico, le conseguenze della sepsi puerperale che colpiva la Pt_1, né avrebbero correttamente valutato la perdita della possibilità di allattamento da parte di quest'ultima, dall'altro che non sarebbe corretta la riduzione del 4% del danno biologico quantificato in ragione dei postumi che sarebbero comunque derivati da un taglio cesareo correttamente praticato. Non vi sono, tuttavia, ragioni per rivedere le conclusioni a cui i CTU sono giunti. Gli ausiliari, infatti, hanno ben spiegato come le conseguenze della sepsi e la perdita della possibilità di allattamento non siano state fonte di ulteriore pregiudizio permanente alla integrità psico-fisica della paziente (posto che l'infezione era localizzata alla ferita e una volta curata lasciava quali soli esiti quelli valorizzati dal CTU, non essendovi prova di un interessamento dell'utero o dell'endometrio, così come la perdita della possibilità di allattare il figlio [REDACTED] era determinata dalla cura antibiotica fatta e non precludeva, in assoluto, la possibilità di allattamento in caso di nuova gravidanza), ed innegabile è che la Pt_1 avrebbe comunque riportato degli esiti cicatriziali (e di indebolimento della parete addominale) in conseguenza del parto cesareo, quale circostanza che impone una stima del danno biologico in termini di maggior danno rispetto a quelli che comunque sarebbero conseguiti ad un intervento a cui non fosse seguita una procedura di revisione della ferita chirurgica, non potendosi il risarcimento del danno in sede giudiziale tradurre in locupletazione a vantaggio del danneggiato.

I CTU hanno poi riconosciuto che il quadro infettivo determinatosi a carico della paziente ha causato un prolungamento del periodo di invalidità temporanea rispetto a quello che normalmente consegue ad un parto con taglio cesareo, così inquadrabile:

- un periodo di invalidità temporanea assoluta della durata di giorni 27 (ventisette);
- un periodo di invalidità temporanea parziale al 50% della durata di giorni 20 (venti).

Si è escluso, di contro, che gli esiti permanenti rilevati siano suscettibili di incidere sulla capacità lavorativa generica o specifica della perizianda.

Per la quantificazione del pregiudizio non patrimoniale da danno biologico e da inabilità assoluta e temporanea, come appena ricostruito, deve premettersi che ai sensi dell'art. 7, comma 4, l. 24/2017 (c.d. **CP_4**), che costituisce disposizione applicabile anche ai processi pendenti per fatti antecedenti alla sua entrata in vigore (Cass. 28990/2019) *“Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo”*.

Poiché, pertanto, nel caso di specie, i CTU, con valutazione recepita nella presente ordinanza, hanno constatato una lesione micropermanente, essa va monetizzata sulla base dei criteri di cui agli artt. 138 e 139 c.d.a., Applicando, conseguentemente, l'ultimo aggiornamento di cui al D.M. 8 giugno 2022 e considerandosi l'età dell'attrice al momento del fatto (38 anni), il danno biologico va quantificato in euro **3.894,98** (considerandosi un punto base di euro 870,97). Ad esso va aggiunto un danno da inabilità temporanea assoluta e parziale di euro **1.879,23** (euro 50,79 per ogni giorno di ITA; euro 25,39 euro per ogni giorno di ITP al 50%), per un danno alla salute complessivamente pari a euro **5.774,21**. Ai sensi dell'art. 139 d.lgs. 209/2005, *“qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati ovvero causi o abbia causato una sofferenza psico-fisica di particolare intensità, l'ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella di cui al comma 4, può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al 20 per cento”*. Ritiene questo giudice che l'istruttoria svolta giustifichi un aumento a titolo di personalizzazione

rispetto ai soli criteri tabellari, essendo emersi pregiudizi significativi alla vita privata e a quella di relazione della **Pt_1**, sia per il riflesso estetico della ferita che residuava a seguito del secondo intervento, sia per le ripercussioni sulla vita di coppia (anche sessuale) con il marito. Congrua appare, pertanto, una maggiorazione del 15% rispetto alla somma sopra indicata, con conseguente quantificazione del risarcimento nella misura di euro **6.640,34**.

Quanto al danno morale, deve osservarsi, coerentemente ai più recenti orientamenti giurisprudenziali, che anche per tale voce di danno è il danneggiato ad essere onerato dell'allegazione e della prova, eventualmente anche a mezzo di presunzioni, delle circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza e turbamento (Cass. 339/2016), non potendo assumersi la sussistenza *in re ipsa* di tale figura di danno (Cass. 29206/19), né potendosi operare automaticamente una stima sotto forma di frazione del danno biologico. Essendo, tuttavia, emerso uno stato di turbamento soggettivo della **Pt_1** particolarmente significativo, legato in particolare alla perdita della possibilità di allattamento del bambino, nonché alle ripercussioni del suo stato di salute nella gestione del rapporto con i figli e con il marito, può riconoscersi sussistente un danno morale, quantificabile equitativamente nella misura di euro **2.000,00**.

Non possono riconoscersi ulteriori somme rispetto a quelle indicate.

In virtù, infatti, del principio di unitarietà e onnicomprensività del risarcimento del danno non patrimoniale, la parte che chieda il risarcimento per pregiudizi ulteriori rispetto a quelli già forfettariamente compensati con la liquidazione attraverso i meccanismi tabellari, deve allegare altri pregiudizi di tipo esistenziale, individuando specifiche circostanze che incidano su aspetti "eccezionali" e non semplicemente quotidiani della vita, tali, per caratteristiche, dimensione od intensità ed in relazione alle proprie particolari condizioni di vita, da porli al di fuori delle conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età (tra le tante, cfr. Cass. 30997/2018). Nel caso di specie, dell'incidenza delle menomazioni sofferte sulla vita di relazione e sulla sfera morale della danneggiata (anche per quanto riguarda

la perdita della possibilità di allattamento del secondo figlio) si è tenuto conto nella liquidazione delle voci di danno sin qui esaminate, sicché null'altro può riconoscersi in questa sede.

Il risarcimento del danno in favore dell'attrice può, pertanto e conclusivamente, essere stimato nella misura di euro **8.640,34**. Trattandosi di somma liquidata all'attualità e di credito di valore, su essa non andrà computata la rivalutazione monetaria, ma solo gli interessi sulla somma devalutata alla data dell'illecito (settembre 2018) e annualmente rivalutata fino alla data della presente decisione, oltre ulteriori interessi dalla data della presente decisione fino al soddisfo.

5. Sulle spese e competenze di lite.

Le spese e competenze di lite vengono liquidate in relazione al “decisum” – risultato essere inferiore al “disputatum” – e in applicazione dei medi tabellari per la fase di studio e per la fase introduttiva e dei minimi per la fase istruttoria e decisoria, in ragione delle caratteristiche proprie del rito sommario di cognizione con cui si è svolto il processo. Esse sono poste a carico della convenuta soccombente, non ostando all'applicazione dell'art. 91 cpc la contumacia della parte.

Quanto alle spese per la procedura ex art. 669 bis cpc svoltesi *ante causam*, di cui pure parte attrice ha chiesto la rifusione, deve osservarsi che trattasi di spese giudiziali, da porre, di regola, a carico del soccombente e da liquidare in un unico contesto, salva l'ipotesi di possibile compensazione totale o parziale delle spese stesse (cfr. Cass. 35510/2021), possibilità di cui non ricorrono i presupposti nel caso di specie. Anche tali spese, liquidate in relazione al *decisum* per quanto riguarda gli onorari, in applicazione dei medi tabellari per i procedimenti di istruzione ante causam, sono quindi poste a carico della convenuta soccombente. Le spese di CTU, come liquidate nel procedimento ex art. 696 bis cpc, sono definitivamente poste a carico dell' *Controparte_1* soccombente, con obbligo a carico della soccombente di rifondere all'attore quanto materialmente versato ai CTU a titolo di acconto o di compenso definitivo

P.Q.M.

Il Tribunale di Cosenza, sezione seconda civile, in composizione monocratica, nella persona del giudice dott.ssa Giusi Ianni, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta ex artt. 702 bis e ss, cpc da *Parte_1* nei confronti della *Controparte_1* in persona del l.r.p.t., ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattese, così provvede:

1. Accerta la responsabilità della convenuta in ordine ai danni riportati dall'attrice, per come riconosciuti in motivazione e per l'effetto condanna l' *Controparte_1*, in persona del l.r.p.t., al risarcimento del danno nella misura di euro 8.640,34, oltre interessi da computarsi come descritto in motivazione;
2. Condanna l' *Controparte_1* in persona del l.r.p.t., alla rifusione delle spese e competenze del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. svoltosi *ante causam*, che liquida nella misura di euro 286,00 per spese ed euro 2.225,00 per onorari, oltre rimborso forf. spese generali, IVA e CPA come per legge sulle voci imponibili, da distrarsi in favore del difensore costituito dichiaratosi antistatario;
3. Condanna l' *Controparte_1* in persona del l.r.p.t., alla rifusione delle spese e competenze del presente procedimento, che si liquidano in euro 406,50 per spese ed euro 3.387,00 per onorari, oltre rimborso forf. spese generali, IVA e CPA come per legge sulle voci imponibili, da distarsi in favore del difensore costituito dichiaratosi antistatario;
4. Pone definitivamente a carico della convenuta soccombente le spese di CTU come liquidate nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis cpc (decreto dell'11 giugno 2021), con obbligo di rifondere a parte attrice quanto versato ai CTU a titolo di acconto o compenso finale;
5. Manda alla cancelleria per la comunicazione della presente ordinanza alle parti costituite e per gli ulteriori adempimenti di competenza.

Cosenza, 11/11/2022

Il giudice

dott.ssa Giusi Ianni