N. R.G. 323/2023

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di Foggia

Contenzioso - SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Giuseppe Sciscioli
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **323/2023** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*, con il patrocinio dell'avv. [redacted]

ATTRICE

contro

[redacted] (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted]

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da note scritte depositate.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Parte_1 ha convenuto in giudizio l'azienda ospedaliera *Controparte_2* chiedendo il risarcimento del danno differenziale - non patrimoniale e patrimoniale da lesione della capacità lavorativa generica – asseritamente patito in conseguenza dell'infezione batterica contratta durante il ricovero presso [redacted] foggiano in occasione dell'intervento chirurgico di riduzione e sintesi della frattura diafisaria del femore destro subita a causa di una caduta accidentale per strada.
A sostegno della domanda risarcitoria l'attrice ha valorizzato il contenuto della relazione di parte allegata e le risultanze dell'indagine peritale espletata nel corso della procedura ex art. 696 bis c.p.c. dalla stessa attrice promossa prima dell'introduzione del presente giudizio.

L'azienda ospedaliera si è costituita in giudizio eccependo in via preliminare la nullità dell'atto di citazione per indeterminatezza dell'*editio actionis* e chiedendo nel merito il rigetto dell'avversa domanda.

Orbene, l'eccezione preliminare sollevata dall'azienda ospedaliera va disattesa.
Invero, l'atto introduttivo contiene la precisa indicazione delle ragioni della domanda risarcitoria, attraverso la ricostruzione della storia clinica dell'attrice ed il puntuale richiamo delle conclusioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

rassegnate dal consulente di parte e dai c.t.u. nominati nella fase di istruzione preventiva in ordine alle omissioni imputabili ai medici nella prevenzione dell'infezione ed alla specifica efficienza causale delle stesse condotte omissive.

Nel merito va osservato in tesi generale che, in tema di responsabilità medica, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento di danno (aggravamento della patologia ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione del medico, mentre spetta alla controparte (medico o struttura sanitaria) dimostrare la non imputabilità dell'azione o dell'omissione, provando che il mancato o inesatto adempimento è stato determinato da un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza.

Relativamente alla distribuzione degli oneri probatori, la previsione dell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causalità tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento.

Infatti, la previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nella opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova "positiva" dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla (cfr. Cass., S.U. n. 13533/2001). Tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha dunque ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere - quindi - il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c., che onera l'attore (sia il danneggiato in sede extracontrattuale che il creditore in sede contrattuale) della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa. Trattandosi infatti di "elementi egualmente "distanti" da entrambe le parti, non v'è spazio per ipotizzare a carico dell'asserito danneggiante una "prova liberatoria" rispetto al nesso di causa (a differenza di quanto accade - come detto - per la prova dell'avvenuto adempimento o della correttezza della condotta).

La Suprema Corte, pronunciandosi a Sezioni Unite con la nota sentenza n. 581 dell'11.1.2008, ha tuttavia adottato una nozione di causalità civilistica ben diversa da quella penalistica, e meno rigorosa sul piano dell'onere della prova.

La diversità di struttura tra l'illecito civile e quello penale produce effetti sul piano dell'accertamento del nesso di causalità. Ciò in quanto: la responsabilità penale si fonda sull'esistenza di un fatto – reato, ed esige l'accertamento (solo) del nesso di causa tra condotta ed evento; la responsabilità civile si fonda sull'esistenza di un danno, ed esige perciò l'accertamento non solo del nesso di causalità tra la condotta e la lesione dell'interesse, ma anche del nesso di causalità tra la lesione dell'interesse e il danno che ne è derivato. Inoltre, quel che più rileva sul piano pratico, mentre in sede penale il nesso di causa può ritenersi provato solo quando sia soddisfatto il criterio dell'"alta credibilità razionale" (Cass. Pen. Sez. Un. 30328/02), vale a dire della quasi assoluta certezza, in sede civile basta che sia soddisfatto il ben più ampio principio della preponderanza dell'evidenza, altrimenti detto del "più probabile che non", perché nel processo civile "i valori in gioco" tra le parti contendenti sono "equivalenti", mentre nel processo penale sono "diversi".
Nella sopra citata sentenza n. 581 del 2008, le Sezioni Unite hanno impiegato l'espressione "preponderanza dell'evidenza" per designare il criterio con cui stabilire l'esistenza del nesso di causalità nel caso sia dubbio se l'evento dannoso sia stato causato dalla condotta illecita o da altre cause teoricamente plausibili.
Tale criterio consiste in un insieme di regole di giudizio che si possono così riassumere:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

l'accertamento del nesso di causa deve avvenire col giudizio controfattuale (e cioè chiedendosi se, senza la condotta illecita, il danno si sarebbe ugualmente verificato);
il giudizio controfattuale non può essere compiuto unicamente sulla base delle leggi statistiche o scientifiche;
per affermare il nesso di causalità non è necessaria la certezza che il danno non si sarebbe verificato senza l'illecito, ma è sufficiente la ragionevole probabilità di ciò;
la ragionevole probabilità non può desumersi soltanto dalla statistica o dalle leggi scientifiche, ma va valutata caso per caso; la probabilità ragionevole non deve necessariamente essere del 51%, ma può anche essere inferiore, se le altre cause appaiono ancora meno probabili.

Con particolare riguardo alle patologie causate da infezioni di origine ospedaliera, la Suprema Corte ha osservato che la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria esige l'adempimento di una serie di obbligazioni: tra queste, pacificamente esiste anche l'obbligazione di garantire l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo; tanto che la Suprema Corte ha affermato, in un caso di infezione batterica contratta in ambiente operatorio, che il debitore (cioè la struttura sanitaria) risponde anche dell'opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., dato che la sterilizzazione della sala operatoria e dei ferri chirurgici è compito che non spetta direttamente al chirurgo operatore (Cass. Ord. n. 17696/2020; Cass 14 giugno 2007, n. 13953); la Suprema Corte ha sottolineato la "necessità, da parte della struttura sanitaria, di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, proprio perché l'insorgenza di un'infezione non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile. E l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente, a carico della struttura" (Cass. Ord. n. 17696/2020).

Ora, nel caso di specie la storia clinica della *Parte_1* è stata così puntualmente ricostruita dai c.t.u. in base alla documentazione clinica agli atti:
"…in data 1.8.2017 fu trasportata dall'ambulanza del Servizio d'Emergenza Territoriale 118 presso il Pronto Soccorso dell' *Controparte_1* *"Ospedale* [redacted] *di* *CP_1* *per incidente in strada – riferita caduta accidentale per la presenza di un tombino sulla strada – ove fu sottoposta ai necessari accertamenti clinico-strumentali. In particolare, l'rx del femore destro evidenziò la presenza di una frattura scomposta del terzo medio diafisario del femore destro con risalita del moncone distale; pertanto, la stessa fu ricoverata presso il Reparto di Ortopedia e Traumatologia del medesimo nosocomio e in data 4.8.2017 sottoposta ad intervento di riduzione e sintesi con chiodo endomidollare LFN.*
Il giorno successivo la paziente presentò picco febbrile (38°C) e iniziò terapia antibiotica con Targosid e Tazocin; a causa della persistenza dell'iperpiressia il 6.8.2017 eseguì TC della coscia destra che evidenziò la presenza di una raccolta gassosa in corrispondenza del sito chirurgico ("Modesto versamento articolare a densità fluida-sovrafluida [17 UH] si rileva nel recesso rotuleo con estensione al comparto laterale ove si documentano, in accordo con il quesito clinico, plurimi nuclei aerei intralesionali (da sovrapposizione flogistica?). Sottile raccolta si dimostra, sempre sul comparto esterno, anche cranialmente al ginocchio cui consegue e corrisponde quindi infiltrazione edematosa delle parti molli sottocutanee con arto globalmente tumefatto rispetto al contro laterale. Gas si dimostra quindi ancora più cranialmente sino a livello dell'ala iliaca: sia in sede profonda, ove si insinua lungo le fasce muscolari tra mm glutei e piano degli otturatori, sia nel sottocute anterolaterale con tramite rettilineo a disposizione obliqua ascendente che dal piano coccigeo si porta sino a livello dei punti di sutura sulla cute. In situ il chiodo endomidollare; lieve diastasi, a livello del focolaio di frattura, dei monconi ossei con focale discontinuità dell'astuccio corticale osseo sul profilo interno della diafisi femorale").

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

Fu richiesta consulenza infettivologica che consigliava revisione chirurgica, terapia antibiotica con Merrem 1gr x 3 e Metronidazolo 500mg ed eventuale trasferimento presso un centro di medicina iperbarica; pertanto, fu posta diagnosi di fascite necrotizzante e la paziente fu prontamente sottoposta ad intervento di fasciotomia, rimozione di chiodo endomidollare e posizionamento di fissatore esterno. Il 9.8.2017 fu trasferita presso il [redacted] di Bari per eseguire 12 sedute di terapia iperbarica.
Il 19.8.2017 la sig.ra Parte_1 fu nuovamente trasferita presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale [redacted] di CP_1 ove fu degente sino al 6.9.2017. Al termine del suddetto ricovero la stessa fu dimessa in cod. 56 per necessità di terapia riabilitativa e ricoverata presso l'Ospedale "S. [redacted] – [redacted] di CP_1 sino al 17.2.2018, allorquando fu dimessa a domicilio con diagnosi di FKT in pz affetto da esiti di frattura diafisaria femore dx complicata da fascite necrotizzante trattata con FEA, terapia medica e riabilitativa.
Successivamente, in data 12.3.2018 la sig.ra rte_1 fu ricoverata presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia Universitaria dell'Ospedale [redacted] di CP_1 con diagnosi di esiti di frattura diafisaria di femore destro in trattamento con FEA per essere sottoposta, il giorno successivo, ad intervento di rimozione del fissatore esterno. In data 28.3.2018 la stessa fu dimessa con diagnosi di pseudoartrosi femore destro in trattamento con F.E.A, terapia medica e divieto di carico.
Risulta in atti certificazione eseguita presso S.C. Ortopedia Universitaria dell'Ospedale CP_1 di CP_1 del 23.5.2018 ove la paziente è considerata guarita con postumi permanenti (frattura con scarsa consolidazione con zone di pseudoartrosi ipertrofica)…"

Gli stessi c.t.u., dopo aver analiticamente esaminato la documentazione clinica allegata, hanno rilevato ed osservato quanto segue all'esito della visita eseguita nel corso delle operazioni peritali:

*"….**la fascite necrotizzante o infezione necrotizzante dei tessuti molli è generalmente causata da una miscela di microrganismi aerobi e anaerobi che determinano necrosi del tessuto sottocutaneo; spesso rappresenta una complicanza di un recente intervento chirurgico – così come si verificò nel caso di specie**…. (essa è) **derivata da una complicanza infettiva post-operatoria non prevedibile ma evitabile, mediante le adeguate misure sanitarie**. ……*
….La profilassi antibiotica, nonché il rispetto di tutte le normi di asepsi, assumono un ruolo di primaria importanza nel ridurre il rischio di infezione conseguentemente ad un intervento chirurgico ortopedico a cielo aperto che richieda l'impianto di dispositivi (protesi, mezzi di sintesi, biomateriali); in particolare, bisogna analizzare i seguenti parametri: - appropriatezza della somministrazione antibiotica - appropriatezza della scelta del farmaco; - farmacocinetica del farmaco…
Tenuto conto che i principali agenti eziologici di infezione in chirurgia ortopedica sono gli Stafilococchi coagulasi-negativi, la profilassi antibiotica deve prevedere l'utilizzo di un farmaco che abbia uno spettro d'azione specifico per i batteri suddetti e con un'emivita in grado di coprire l'intervallo decisivo per l'infezione (le prime due ore dopo l'incisione o la contaminazione).
Il razionale della profilassi antibiotica è che il farmaco raggiunga la massima concentrazione nei tessuti al momento dell'intervento chirurgico, mantenendo livelli plasmatici sufficienti dal momento dell'incisione al momento della chiusura della ferita chirurgica. Il momento adeguato per somministrare antibiotici a scopo profilattico è quindi immediatamente prima dell'incisione chirurgica e il suo preciso timing dipende, naturalmente, dalla molecola utilizzata e dalla sua emivita.
***Nel caso di specie, analizzando la scheda terapia allegata alla cartella clinica dell'Ospedale [redacted] di CP_1 e mostrata nell'immagine seguente, si apprende che l'antibiotico, e più precisamente il Tazogin 4,5 mg 1fl (piperacillina/tazobactam) fu somministrato solo alle ore 20:00 del 5.8.2011 e cioè successivamente al riscontro dello stato di iperpiressia** (per quanto possibile desumere dal diario*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

clinico), ***quindi circa 30 ore dopo l'intervento chirurgico di riduzione e sintesi con LFN eseguito dai sanitari degli*** *Controparte_1* ***di Foggia….***

… Inoltre, dall'analisi del verbale operatorio allegato di seguito, non si riscontra la somministrazione di alcuna antibioticoterapia eseguita durante l'intervento chirurgico….

….si può pertanto affermare che si verificò un ritardo maggiore di 30 ore nella somministrazione dell'antibiotico e non fu eseguita alcuna terapia profilattica volta a scongiurare il rischio di sviluppare un'infezione del sito chirurgico; pertanto, la gestione pre- e post-operatoria dell'attrice non fu conforme alla lege artis e si configurò quale causa sufficiente a cagionare la successiva evoluzione verso la fascite necrotizzante*…*

…. ***In relazione a tanto si ravvisa la sussistenza di profili di censura relativi al management clinico e terapeutico della sig.ra*** *Parte_1* ***da parte dell'*** *Controparte_3* *[...]* ***nel periodo immediatamente antecedente e successivo all'intervento chirurgico (di riduzione e sintesi con chiodo endomidollare LFN) eseguito in data 4.8.2017, tanto –come si è già spiegato- in relazione al processo infettivo e quindi all'omissione terapeutica antibiotica****.*

Considerata pertanto una condotta non conforme alle più comuni pratiche assistenziali da parte dei sanitari così individuati, è necessario valutarne l'incidenza in termini di danno biologico.

Ricordiamo che dalla Certificazione eseguita presso S.C. Ortopedia Universitaria dell'Ospedale [redacted] *di* *CP_1* *, redatta in data 23.5.2018, si apprende che la paziente presentava una frattura con scarsa consolidazione con zone di pseudoartrosi ipertrofica ed era considerata guarita con postumi permanenti.*

Il danno biologico attualmente patito dalla *Parte_1* ***si concretizza nella obiettività riscontrata in sede di visita che ha mostrato multipli ed evidenti esiti cicatriziali in corrispondenza dell'arto inferiore di destra, limitazione ai gradi medi dei movimenti di extrarotazione/abduzione dell'articolazione dell'anca di destra, nonché impossibilità nell'eseguire la flessione della suddetta articolazione contro-resistenza, limitazione ai gradi estremi dei movimenti di flesso-estensione della gamba sulla coscia, algia alla palpazione della regione rotulea destra, passaggi posturali notevolmente rallentati, deambulazione a piccoli passi con lieve zoppia a destra, difficoltosa su punte, zoppia da fuga per algia, possibile stazione monopodalica solo con sostegno, manovra di accosciamento impossibile per algie.***

In relazione al quadro attualmente incidente sul soggetto, si ritiene che i postumi reliquati nel loro complesso inducano un danno permanente, considerato come puro danno biologico, valutabile complessivamente nella misura del 20 % (venti percento) della totale [Linee guida per la valutazione medico – legale del danno alla persona in ambito civilistico, SIMLA 2016].

Al riguardo, però, deve rilevarsi che l'integrità psicofisica del soggetto fosse -precedentemente rispetto agli accadimenti oggetto del presente elaborato - lesa dall'avvenuta caduta accidentale in data 1.8.2017 che provocò una frattura scomposta del terzo medio della diafisi femorale di destra, che richiese trattamento chirurgico di riduzione e sintesi con chiodo endomidollare LFN. Quindi, a tal proposito, anche qualora l'intervento ortopedico suddetto, fosse stato condotto secondo lege artis, sarebbe potuta residuare una sintomatologia algico-disfunzionale dell'arto inferiore destro; quest'ultima avrebbe determinato un grado di menomazione da computarsi, sulla base della documentazione sanitaria visionata ed in accordo con le Linee Guida per la Valutazione del Danno alla Persona in Ambito Civilistico (SIMLA 2016), nella misura del 7% (sette percento).

Deve, quindi, ammettersi che, a seguito dell'errata gestione pre - e post-operatoria relativa all'intervento chirurgico effettuato in data 4.8.2017 presso l' *Controparte_4* *[...]* ***di*** *CP_1* ***si verificò, in capo all'attrice un maggior danno (danno differenziale) pari al 13%, da computarsi nel range dal 7 al 20%.***

In altri termini il valore del punto da considerarsi, pertanto, non sarà quello che va dallo 0 al 13%, bensì quello che va dal 7 al 20%.....

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

…Si riconoscono, inoltre: - un'incapacità temporanea totale pari a giorni 200 (duecento), per i ricoveri resosi necessari a seguito della malgestione pre- e post-operatoria dell'intervento del 4 agosto 2017; anche in questo caso avendo effettuato un calcolo differenziale sottraendo dal computo i giorni comunque necessari per l'intervento chirurgico della frattura post-traumatica.
- un'incapacità temporanea parziale al 50% pari a giorni 60 (sessanta) in relazione alla ripresa funzionale con postumi; anche in questo caso avendo effettuato un calcolo differenziale sottraendo dal computo i giorni comunque necessari per la riabilitazione in seguito all'intervento chirurgico della frattura post-traumatica.".

Dunque i c.t.u. secondo un criterio di ragionevole probabilità ancorato ai dati clinici disponibili, hanno accertato l'esistenza di una diretta correlazione causale tra la mancata profilassi antibiotica, l'infezione del sito chirurgico rilevata dagli esami post-operatori e la successiva manifestazione della fascite necrotizzante, che ha complicato notevolmente il decorso clinico ed ha determinato conseguenze lesive ben più gravi di quelle che normalmente residuano a seguito di una frattura del tipo di quella patita dall'attrice.

Ora, una volta dimostrata, da parte dell'attrice, la sussistenza del nesso di causalità tra l'infezione del sito chirurgico e l'aggravamento delle proprie condizioni di salute, era specifico onere della struttura sanitaria provare l'assoluta correttezza ed adeguatezza dell'attività di prevenzione ovvero l'esistenza di un fattore esterno che rendeva impossibile l'adempimento ai sensi dell'art. 1218 del codice civile, onere non osservato.
In particolare, la convenuta avrebbe dovuto fornire la prova – anche indiziaria - che l'evento dannoso era sì possibile e prevedibile (fatto pacifico), ma non prevenibile, rientrando in quella percentuale di casi che la scienza medica ha enucleato come eventi che possono sfuggire alle strategie preventive apprestabili e di fatto apprestate dalla struttura sanitaria.
A tal fine avrebbe dovuto fornire la prova positiva di aver fatto tutto quanto suggerito dalla scienza del settore per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione.

In mancanza della rigorosa prova liberatoria richiesta, va pertanto affermata la responsabilità risarcitoria dell'ente ospedaliero ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.

Passando alla liquidazione del cd. danno differenziale, va premesso che secondo la Suprema Corte, quando le conseguenze dell'errore clinico incidono su una condizione del paziente già in parte compromessa dalla patologia curata in ospedale, il medico risponde solo dell'aggravamento causato dal suo errore e non della complessiva menomazione in essere, secondo il meccanismo di conto per "sottrazione". In particolare, il giudice deve stimare in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo e convertirla in denaro; stimare in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito e convertirla in denaro; e sottrarre il secondo importo dal primo (Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28986, sulle modalità di risarcimento del danno da aggravamento o "differenziale".).
Sicché, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., va sottratta dalla percentuale complessiva del danno (nella specie, accertata dai CTU nella misura del 20%), la percentuale di danno non imputabile all'errore medico (nella specie, del 7%). La liquidazione del danno differenziale si ha, quindi, convertendo entrambe le anzidette percentuali in una somma di denaro per poi procedere, infine, a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente (così, da ultimo, Cassazione civile sez. III, 26/07/2024, n. 20894).

Nella fattispecie in esame, tenuto conto che il danno biologico complessivo residuato alla *Parte_1* è pari al 20% e che il danno da invalidità permanente non imputabile a negligenza dei medici è pari al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

7%, discende che, facendo applicazione della Tabella di Milano, con esclusione dell'aumento per il danno morale (neppure specificamente richiesto), il danno iatrogeno (danno biologico differenziale) patito dalla *Parte_1* (54 anni al momento dell'intervento chirurgico), ammonta ad € 45.250,00 [€ 56.003 (danno biologico per I.P. al 20%) - € 10.753 (danno biologico per I.P. al 7%)].

A tale importo va aggiunto quello di € 19.320,00 per danno biologico differenziale da inabilità temporanea (valore tabellare di riferimento: euro 84,00 per un giorno di inabilità temporanea assoluta), così per un importo complessivo del risarcimento del danno biologico, da invalidità permanente e temporanea, pari ad € 64.570,00.

Poiché il danno non patrimoniale è stato liquidato alla stregua dei valori correnti all'attualità, i relativi importi non sono soggetti a rivalutazione monetaria, ma si devono riconoscere solo gli interessi legali a decorrere dalla data del sinistro, poiché, com'è noto, mediante il riconoscimento degli interessi si risarcisce il danno per il ritardato conseguimento della somma dovuta a titolo risarcitorio (mentre con la rivalutazione monetaria si risarcisce il danno emergente, conseguente alla svalutazione monetaria). Pertanto, per evitare un'indebita locupletazione, bisognerà devalutare alla data del sinistro le somme liquidate a titolo di danno non patrimoniale e calcolare gli interessi legali sulla somma rivalutata anno per anno fino al soddisfo.

Non può essere invece riconosciuto il danno patrimoniale da lesione della capacità lavorativa generica, non essendo stato accertato un danno permanente differenziale di gravità tale da non consentire alla vittima la possibilità di attendere neppure a lavori diversi da quello specificamente prestato al momento del sinistro, o comunque confacenti alle sue attitudini e condizioni personali ed ambientali (cfr. Cass. 26641/23, Cass. 35663/23, che hanno ritenuto configurabile il danno patrimoniale da lesione della capacità lavorativa generica come voce di danno autonoma rispetto al danno biologico solo nel caso di invalidità permanente di particolare gravità ed in presenza di ulteriori circostanze di fatto nella specie neppure specificamente dedotte).

Le spese della fase di a.t.p. e del presente giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo in base ai valori medi di cui al d.m. 55/2014 e successive modificazioni, con esclusione della fase istruttoria per il giudizio di merito. Le spese liquidate vanno pagate in favore dello Stato ai sensi dell'art. 133 d.p.r. 115/02, attesa l'ammissione della parte attrice vittoriosa al patrocinio a spese dello Stato.

Le spese di c.t.u. vanno poste in via definitiva a carico di parte convenuta

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

accoglie la domanda per quanto di ragione e, per l'effetto, condanna l'ente convenuto a pagare in favore dell'attrice la somma complessiva di euro 64.570,00 a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, oltre interessi legali secondo i criteri di calcolo indicati in parte motiva;

condanna l'ente convenuto a rimborsare le spese della procedura di a.t.p., che si liquidano in € 259,00 per esborsi ed € 3600,00 per onorari, oltre i.v.a., c.p.a. e spese generali, disponendone il pagamento in favore dello Stato;

condanna l'ente convenuto a rimborsare le spese del presente giudizio di merito che si liquidano in €

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568

518,00 per esborsi ed € 8400,00 per onorari, oltre i.v.a., c.p.a. e spese generali, disponendone il pagamento in favore dello Stato;

pone in via definitiva a carico dell'ente convenuto le spese di c.t.u.

Foggia, 11.12.2024

Il Giudice
dott. Giuseppe Sciscioli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-568