REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI LATINA
SEZIONE II CIVILE

in persona del Giudice dott. Antonio Masone ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n.5578/16 del R.G.A.C., trattenuta in decisione nell'udienza dell'11.6.2020 e vertente

TRA

- *Parte_1* (*C.F._1*)

rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

Attrice

E

- *CP_1* (*P.IVA_1*)

rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] e [redacted]

Convenuta

- *CP_2* (*C.F._2*)

rappresentato e difeso dagli Avv.ti [redacted] e [redacted]

Terzo chiamato dalla convenuta

OGGETTO: azione risarcitoria per responsabilità medica.

Conclusioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

Per parte attrice: *"Voglia l'Illustrissimo Tribunale adito, disattesa ogni contraria domanda, eccezione e deduzione, espressa anche in corso di causa:*

in via preliminare: ove ritenuto opportuno rimettere la causa sul ruolo e ritenute indispensabili le prove come articolate nella memoria ex art. 183/6 comma cpa 2 termine, ne disponga, per gli effetti, l'ammissione e l'assunzione.

Nel merito:

1) accertare e dichiarare la responsabilità (professionale) dell [...] Controparte_3 *(ora* CP_1 *per l'operato dei propri sanitari, ai sensi degli artt. 1176 comma 2, 1218, 1223, 1226, 1228, 2043, 2049, 2055, 2056 e 2059 per carente sterilizzazione dell'ambiente chirurgico in occasione del ricovero e dell'intervento chirurgico eseguito sulla persona dell'attrice in data 31.10.2012;*

2) accertare e dichiarare la responsabilità dell [...] Controparte_3 *(ora* CP_1 *ai sensi degli degli artt. 1176, 1218, 1223, 1226, 1228, 2043, 2049, 2055, 2056 e 2059 per il danno causato dalla condotta professionale errata / scorretta dei propri sanitari esercitanti presso la suddetta struttura;*

3) accertare e dichiarare, a norma e per gli effetti degli artt. degli artt. 1176, 1218, 1223, 1226, 1228, 2043, 2049, 2055, 2056 e 2059, l'esclusiva responsabilità Controparte_3 [...] *(ora* CP_1 *consistente nella colposa attività illecita (per imperizia, imprudenza, negligenza nella predisposizione operatoria relativamente alla sterilizzazione dell'ambiente chirurgico), dalla quale è derivata una responsabilità di natura extra contrattuale della medesima per tutti i danni, patrimoniali e non, cagionati all'istante;*

4) accertare e dichiarare, a norma e per gli effetti degli artt. 1176, 1218, 1223, 1226, 1228, 2043, 2049, 2055, 2056 e 2059 del Codice l'esclusiva responsabilità dell Controparte_4

[..

[...]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[...] (ora CP_1 e/o del Dott. CP_2 o tra loro di chi di ragione consistente nella colposa attività illecita, dalla quale è derivata una responsabilità di natura contrattuale/extracontrattuale delle medesime per tutti i danni, patrimoniali e non, cagionati all'attrice;

5) per l'effetto, condannare l Controparte_3 [...] (ora CP_1 e/o il Dott. CP_2 al risarcimento in favore dell'attrice di tutti i danni nella misura indicata con l'atto di citazione secondo l'applicazione delle tabelle del Tribunale di Milano e, in subordine, secondo l'applicazione delle tabelle del Tribunale di Roma, o nella diversa misura maggiore o minore che verrà ritenuta secondo giustizia; il tutto con maggiorazione degli interessi legali e rivalutazione monetaria come per legge sulle somme che saranno riconosciute;

6) in caso di resistenza in giudizio con dolo o colpa grave, condannare la parte convenuta e/o terzo chiamato in causa al risarcimento in favore della parte attrice dei danni punitivi da responsabilità aggravata, ex art. 96 c.p.c., patrimoniali e non patrimoniali, nella misura che verrà ritenuta secondo giustizia;

7) il tutto, in ogni caso, oltre al danno da ritardo, ovvero lucro cessante, da liquidarsi sotto forma degli interessi, da determinarsi nella misura percentuale sopra argomentata e/o che verrà ritenuta secondo giustizia, anno per anno sulle somme via via rivalutate dall'evento al soddisfo essendo la parte attrice abituale risparmiatrice che reinveste il proprio denaro secondo le più attuali e convenienti forme di investimento ed oltre alla rivalutazione monetaria da determinarsi in base agli indici istat dall'evento al saldo ed interessi successivi;

8) condannare la parte convenuta e/o terzo chiamato in causa al pagamento delle spese, diritti ed onorari del presente giudizio."

Per la convenuta *CP_1* : *"si conclude richiamando integralmente*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

le conclusioni già formulate nella comparsa di costituzìone e risposta; in via subordinata, si rimette a questo Ill.mo Giudice, nella veste di peritus peritorum, ogni valutazione in relazione alla effettiva commisurazione del danno residuato all'attrice anche in soli termini di prolungamento della malattia."

In comparsa di costituzione la convenuta aveva formulato le seguenti conclusioni: "*rigettare la domanda dell'attrice poiché infondata in fatto e in diritto.*

In linea subordinata, nella denegata ipotesi di soccombenza, ridurre le pretese risarcitorie della sig.ra Parte_1 nei limiti in cui sarà data effettiva prova dei presunti danni subiti, quindi, accertato e dichiarato che la responsabilità dei danni lamentati dall'attrice è ascrivibile in via prevalente e/o esclusiva al dott. CP_2 , condannare il sanitario al pagamento di quelle somme che dovessero essere riconosciute in favore dell'attrice, manlevando CP_1 da qualsivoglia conseguenza pregiudizievole dovesse derivare dal presente giudizio, anche in ordine al pagamento delle spese e compensi professionali."

Per il dott. CP_2 : *"Voglia il Tribunale adito dichiarare l'assenza di responsabilità in capo al Dott. CP_2 per i fatti di cui è causa, condannando il chiamante in causa al pagamento delle spese di lite".*

Motivi della decisione.

Occorre premettere brevemente in fatto che il **thema decidendum** delle presente controversia ha ad oggetto l'azione risarcitoria per responsabilità medica proposta da Parte_1 , di anni 69 all'epoca dei fatti, per tutti i danni subiti (quantificati in citazione in oltre Euro 80.000,00) a seguito di infezione asseritamente contratta dopo intervento chirurgico. Infatti in data 30.10.2012 l'attrice si ricoverava presso la Casa di Cura "Org_1" di CP_3 per la persistenza di dolore lombare irradiato agli arti inferiori. Qui era sottoposta ad intervento chirurgico di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

"laminectomia decompressiva + artrodesi posteriore strumentata C2-L5". Il decorso post operatorio, dopo una iniziale fase di stabilità, in data 5.11.2012 era caratterizzata dalla comparsa di segni clinici di infezione, febbre e secrezione purulenta dalla ferita chirurgica. Veniva quindi iniziata terapia antibiotica e in data 14.11.2012 la paziente veniva sottoposta a nuovo intervento chirurgico nel cui contesto, agli esami colturali effettuati sui campioni prelevati, era isolato il germe *Staphylococcus Aureus*.

Dopo un regolare decorso post-operatorio veniva dimessa il 22.11.2012 con indicazione a proseguire la terapia antibiotica. Nei mesi successivi, per la presenza di episodi febbrili e innalzamento degli indici di flogosi effettuava esame diagnostici di approfondimento che mostravano la presenza di una raccolta nella sede del pregresso intervento. Per tale motivo il 23.04.2013 si ricoverava nuovamente per essere sottoposta ad intervento chirurgico di *"mobilizzazione settica di sintesi vertebrale lombare"*. Nel corso dell'intervento era rilevata la presenza di una sacca sottofasciale in comunicazione con le viti e le barre che all'esame colturale mostrava positività per *Staphylococcus Aureus*. Dopo un regolare decorso post operatorio in data 08.05.2013 la sig.ra *Pt_1* era dimessa con indicazione a proseguire la terapia antibiotica per ulteriori 30 giorni.

Ritiene l'attrice che, accertata la natura nosocomiale dell'infezione, la responsabilità non possa che ricadere sul nosocomio. Chiedeva inoltre l'attrice il risarcimento da lesione del consenso, ritenendo non esaustive le informazioni ricevute e che, quindi, il consenso fosse stato erroneamente prestato.

Si costituiva la *CP_1* resistendo alla domanda e chiedendone il rigetto; formulava comunque azione di regresso nei confronti del sanitario dott. *CP_2* libero professionista che aveva eseguito gli interventi in quanto non dipendente della struttura.

Il dott. *CP_2* si costituiva chiedendo il rigetto della domanda.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

La causa veniva istruita mediante CTU medico-legale sulla copiosa produzione documentale di natura prettamente sanitaria.

In primo luogo deve essere disattesa l'istanza attorea di rimessione del fascicolo in istruttoria. Deve infatti essere confermata l'assoluta superfluità delle prove orali relative all'andamento della vicenda sanitaria (andamento rimasto sostanzialmente incontestato) e la genericità di quelle relative alle conseguenze psicofisiche della patologia sulla persona dell'attrice, conseguenze che, peraltro, ben potrebbero essere valutate in via presuntiva quali inevitabili conseguenze della protrazione dell'infezione, dell'assunzione copiosa di farmaci e di reiterazione dell'intervento operatorio.

Quanto alla domanda attorea di risarcimento da lesione del consenso, tale profilo appare destituito di fondamento giacché risulta in atti la firma del relativo modulo e, attesa la piena indicazione dell'intervento alle originarie condizioni patologiche dell'attrice, deve assolutamente presumersi (ne' l'attrice, soggetto piu' vicino alla prova, si e' offerta di dimostrare il contrario) che ella ben conoscesse la possibilità di remote complicanze che tuttavia, proprio per la gravità della condizione inziale, abbia inteso ugualmente affrontare l'operazione. Infatti *"anche nel caso di mera violazione del diritto all'autodeterminazione il presupposto del diritto risarcitorio è la circostanza che il paziente, ove informato, non si sarebbe sottoposto al trattamento"* (cfr. da ultimo Cass. 17806/2020). E' comunque evidente che la conoscenza della possibilità di complicanze imprevedibili non equivale ad accettare quelle derivanti da colpa altrui.

Tanto premesso, va rilevato che la responsabilita' dell'ente ospedaliero, sia esso pubblico o privato, per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica ha, in ogni caso, natura contrattuale di tipo professionale, mentre quella del sanitario è, qualificabile come di natura extracontrattuale, soluzione questa a cui era pervenuta la giurisprudenza a seguito dell'entrata in vigore del c.d. decreto Balduzzi (d.l.158/2012) e poi recepita dall'articolo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

7 della Legge Gelli — *Per_1* (legge n. 24/2017).

Ne consegue che la responsabilità della *CP_1* dovrà essere scrutinata secondo i criteri della responsabilità contrattuale. Parimenti contrattuale sarà il titolo di responsabilità del medico rispetto alla domanda di regresso della *CP_1* mentre l'estensione attorea della domanda nei confronti del medico dovrebbe essere valutata ex art. 2043 c.c.

Inquadrata quindi nell'ambito contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria che ebbe in cura l'attrice (l'*Org_1* di *CP_3* , oggi *CP_1* *[...]* , occorre passare ad esaminare gli elementi probatori acquisiti.

Il CTU cosi' testualmente si esprimeva: *"Sulla base di queste premesse è quindi possibile affermare che nel caso in oggetto, essendosi sviluppato un quadro clinico di tipo infettivo a pochi giorni di distanza dall'intervento, nonostante sia stata riportata in cartella una caduta il 04.11.2012 (l'infezione non può essere legata a tale episodio vista la breve distanza tra l'episodio e la manifestazione dei sintomi clinici), si sia effettivamente trattato di una infezione nosocomiale, di tipo precoce, acquisita con elevata verosimiglianza all'atto chirurgico.*

La responsabilità, in caso di infezioni nosocomiali, coinvolge, a vari livelli, diversi protagonisti, dai medici fino agli amministratori, compreso il personale sanitario non medico. Le infezioni assistenza-relate sono in linea teorica prevenibili mediante il rispetto di regole igieniche e protocolli sanitari corretti, la cui mancata applicazione delinea profili di responsabilità in capo ai sanitari ed alla struttura ospedaliera. Alcuni autori ipotizzano infatti la necessità di considerare ogni singola infezione come un evento avverso non più tollerabile (la cosiddetta "zero tolerance"). I determinanti delle infezioni correlate all'assistenza sono molteplici, tra cui: pratiche assistenziali non corrispondenti a quelle dimostratesi efficaci a ridurre il rischio di infezione, in particolare l'applicazione delle precauzioni standard (igiene delle mani, utilizzo di misure di barriera, pulizia e disinfezione dell'ambiente, disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili) e delle precauzioni specifiche per malattia infettiva, l'assistenza a pazienti con presidi invasivi, l'utilizzo non appropriato di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

antibiotici; carenze di risorse (carenze di risorse umane – un basso rapporto pazienti/personale è stato associato ad un aumento del rischio di infezioni – o carenze di risorse tecnologiche – ad esempio, la non disponibilità di dispositivi o presidi efficaci a ridurre la trasmissione di infezioni); carenze della struttura ospedaliera o impiantistiche (ad esempio nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, come infezioni da Legionella spp. o Aspergillus spp.).

Più specificatamente, in merito al caso dell'infezione del sito chirurgico, si ricorda che in Italia sono state promulgate alcune raccomandazioni ministeriali. A tale proposito si riporta che nella documentazione di parte convenuta CP_1 [...] è presente il documento "Disposizioni per la decontaminazione ed esecuzione del lavaggio sterilizzazione e conservazione materiale chirurgico e strumentario" emesso dalla Direzione Sanitaria della Org_2 Org_ di CP_3 in cui sono elencate le "Istruzioni sulle attività da effettuare dal personale della Sala sterilizzazione della Org_2 ". , basate sulle linee guida prodotte nel 2008 dall Organ "Guidelines for Surgery", e su altre raccomandazioni elaborate dal Organizzazione_4 nonché sulla base del consenso degli esperti del gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti, le quali prevedono che le direzioni aziendali debbano adottare strategie proattive e formalizzate per la sua prevenzione; tra le numerose indicazioni si sottolinea la presenza di una disposizione riguardante la necessità che tutte le sale operatorie debbano sempre avvalersi di procedure di verifica della sterilità degli ambienti e degli strumenti chirurgici oltre che dei dispositivi e dei materiali utilizzati, con modalità di controllo rigoroso, da effettuarsi, ovviamente, prima che il paziente venga sottoposto all'atto chirurgico.

In tale documento sono riportate le indicazioni relative ai processi necessari per la sanificazione dei blocchi operatori. A pagina 16 del suddetto documento si legge che "la pulizia delle sale operatorie avviene ogni giorno e anche tra un intervento e l'altro. La caposala del comparto operatorio ogni giorno compila il modello mansioni del personale di supporto in sala operatoria [redacted] *sul quale vengono indicati gli incarichi del giorno assegnati al personale di supporto. Al temine di ogni intervento l'ausiliario effettua la disinfezione della sala a lui assegnata, firma il modulo "controllo sala operatoria"* [redacted] *e prepara la sala per l'intervento successivo …". Si legge ancora, relativamente al*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

controllo della sanificazione effettuata, che "il controllo biologico delle Sale Operatorie viene effettuato l'ultimo giorno festivo di ogni mese, tamponi effettuati sulle superfici di lavoro e campionamento attivo dell'aria, in modo da monitorare il grado di sanificazione degli ambienti…".

Relativamente alla profilassi antibiotica, per le procedure elettive, tra cui è elencata anche la chirurgia del rachide, si legge "si somministra una cefalosporina di prima generazione (CEFAZOLINA 2 gr) endovenosa 1 ora prima dell'anestesia e prima della fascia ischemica se si usa. Si effettua di nuovo ogni 2 ore se ASA>3 e/o l'intervento supera le 3 ore nel qual caso la dose verrà ripetuta a fine intervento, in questo caso è d'obbligo l'annotazione sul diario clinico".

Relativamente a tale argomento si segnala la presenza nella cartella clinica della signora Pt_1 *delle etichette relative alla avvenuta sterilizzazione dello strumentario chirurgico e della teleria* [redacted] *relative agli interventi chirurgici del 31.10.2012, 14.11.2012 24.04.2013. Analogamente nel foglio "check list per la sicurezza in sala operatoria" risulta segnata con segno di spunta la casella relativa alla verifica della sterilità.*

Non vi è però in atti documento che identifichi la effettiva sterilizzazione della sala per gli interventi chirurgici subiti dalla odierna attrice da parte dell'infermiere incaricato [redacted] ***nei suddetti interventi*** chirurgici***.***

Le considerazioni che precedono inducono a rispondere come segue ai quesiti proposti.

CONCLUSIONI E RISPOSTA AI QUESITI

In ordine ai quesiti posti dall' Ill.mo Sig. Giudice è possibile rispondere come segue.

1) "descriva l'infezione insorta nella persona dell'attrice e dica quale ne sia stata la causa.

Alla luce del quadro clinico e di laboratorio che ha documentato una infezione del sito chirurgico sostenuta dal germe Staphylococcus Aureus, e sulla base di quanto evidenziato dalla letteratura, è possibile affermare che la sig.ra Pt_1 *ha sviluppato una infezione nosocomiale, acquisita con elevata verosimiglianza durante l'intervento chirurgico di laminectomia decompressiva*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

con artrodesi eseguito il 31.10.2012. Va inoltre considerato che la sig.ra Pt_1 non presentava alcuna condizione predisponente allo sviluppo di processi infettivi, trattandosi di una donna di 69 anni all'epoca dei fatti, in assenza di comorbidità come diabete o malattie immunodepressive, e che -fatta eccezione per ipertensione e dislipidemia- era da considerarsi in buona salute.

2) Dica se il trattamento antibiotico pre e post operatorio sia stato adeguato.

Dalla documentazione sanitaria, e nel dettaglio dal foglio relativo alla "check list per la sicurezza in sala operatoria" si legge che era stata somministrata la profilassi antibiotica "negli ultimi 60 minuti" e proseguita successivamente come si legge dal foglio terapia della Pt_2

[...] dato è in accordo con quanto previsto dalle Linee Guida vigenti all'epoca dei fatti circa la profilassi antibiotica perioperatoria prevista per gli interventi ortopedici definiti "puliti", nonché con quanto indicato dalle disposizioni emesse dalla Direzione Sanitaria dell Org_1 stesso circa la profilassi antibiotica. Relativamente alla terapia antibiotica somministrata successivamente all'intervento chirurgico ciò che rileva è che la iniziale terapia empirica, data a seguito della presenza di secrezione purulenta dalla ferita, a base di Org_5 e Org_6 è stata poi confermata a seguito dell'esecuzione dell'esame colturale e antibiogramma sul campione di materiale prelevato in corso di intervento, comprovando pertanto l'appropriatezza della scelta terapeutica. Analoghe considerazioni vanno espresse per la somministrazione di Org_7 e Org_8 effettuata in seguito all'esecuzione di antibiogramma; tutto ciò ha permesso pertanto di scegliere il farmaco antibiotico con maggiore attività microbicida rispetto al microorganismo.

3) Verifichi l'adeguatezza delle misure preventive di sterilizzazione ove, dalla cartella clinica, ne risulti provata l'adozione nel caso di specie;

Nella cartella clinica sono presenti le etichette relative alla avvenuta sterilizzazione dello strumentario chirurgico e della teleria [redacted] per gli interventi chirurgici del 31.10.2012, 14.11.2012 24.04.2013. Analogamente nel foglio "check list per la sicurezza in sala operatoria" risulta segnata con segno di spunta la casella relativa alla verifica della sterilità da parte dell'infermiere incaricato [redacted], nei suddetti interventi chirurgici. ***Manca tuttavia qualsiasi documentazione che certifichi l'effettiva esecuzione della***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

sterilizzazione così come prevista nel documento "Disposizioni per la decontaminazione ed esecuzione del lavaggio sterilizzazione e conservazione materiale chirurgico e strumentario" emesso dalla Direzione Sanitaria della *Org_9* ***di*** *CP_3* ***in modo tale da comprovare l'effettiva sterilizzazione della sala operatoria. Peraltro nel caso di specie, visto il rilievo dell'infezione proprio a ridosso dei mezzi di sintesi, non si può in alcun modo escludere che si sia verificata una contaminazione intraoperatoria ovvero una veicolazione batterica durante l'intervento chirurgico….."***

Dunque, alla luce delle considerazioni che precedono tenuto conto delle risultanze della CTU medico-legale allegata e dalla copiosa documentazione in atti, (relazione medico legale di parte, cartelle cliniche, referti e certificati medici), ritiene questo giudicante che può essere affermata la responsabilità contrattuale della *CP_1* in relazione ai maggiori danni subiti da *Parte_1* in quanto conseguenza di inadempimenti riconducibili in maniere diretta e/o indiretta all' ente convenuto

CP_5 , per quanto riguarda il medico terzo chiamato (a cui parte attrice ha esteso anche la propria domanda di natura in questo caso extracontrattuale) la *CP_1* non risulta avere neppure allegato precisi inadempimenti qualificati ascrivibili al medico, mentre l'attrice (gravata da più penetranti oneri probatori nei confronti del medico) non ha offerto alcuna prova specifica che la causa dell'infezione potesse ricondursi all'operato del dott. *CP_2* . Occorre peraltro notare che in capo al medico non pare neppure possibile ipotizzare una responsabilità da omesso controllo, atteso che nella check list veniva indicata la sterilizzazione della sala operatoria (salvo la *CP_1* on avere dato prova liberatoria, ex art. 1218 c.c., né della concreta effettuazione ne' delle esatte modalità della stessa).

Con riferimento alla quantificazione del solo maggior danno (ovvero del danno conseguente alle complicanze), il CTU ha riconosciuto una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

invalidità temporanea totale (ITT) di 30 (trenta) giorni, oltre gg. 120 (centoventi) giorni valutabili al 50% relativi al periodo in cui progressivamente la paziente presentava episodi febbrili, rialzo degli indici di flogosi e una accreditabile sintomatologia algica; nonché ulteriori 30 (trenta) giorni valutabili al 25% in relazione al periodo di recupero funzionale.

Per quanto attiene alla invalidità permanente, alla luce dei *baremes* di comune utilizzo, l'ha stimata nella misura del 6% (sei per cento), intesa quale maggior danno, considerato che gli interventi chirurgici del 14.11.2012 e del 24.04.2013 sono stati conseguenti alla infezione e hanno comportato una sostituzione parziale prima e una successiva rimozione dei mezzi di sintesi posizionati nel corso dell'intervento del 31.10.2012.

Orbene, sulla base dei *baremes* SIMLA, l'artrodesi da due a quattro corpi vertebrali comporterebbe un danno residuo compreso tra il 12 e il 20%. Considerato poi che, sulla base dei medesimi *baremes* medico legali, l'artrodesi dorso lombare comporterebbe postumi del 15%, appare equo ritenere che, ove non si fosse verificata la complicanza, all'attrice sarebbe residuato una invalidità permanente di almeno punti 14% e che, essendosi verificata la complicanza, ella sia portatrice di una invalidità complessiva del 20%.

Cio' posto, considerato che le tabelle di liquidazione prevedono un aumento incrementale del valore del punto, la corretta liquidazione del maggior danno deve essere necessariamente effettuata calcolando il risarcimento dell'intera invalidità permanente e poi sottraendovi quello relativo al danno che sarebbe stato comunque inevitabile (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6341 del 19/03/2014 in forza della quale: *"In tema di responsabilità medica, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario").

In concreto, applicando le Tabelle milanesi (anno 2018), venti punti percentuali di invalidità permanente per un soggetto di anni 70, corrispondono ad Euro 57.602,00; quattordici punti di invalidità permanente corrispondono ad Euro 31.274,00. Ne consegue che la liquidazione della maggior invalidità permanente patita da *Parte_1* risulta di Euro 26.328.

A titolo di spese debbono essere riconosciute Euro 610,00 per consulenza medico legale stragiudiziale di parte in quanto indagine funzionale alla introduzione del giudizio.

Pertanto, venendo alla liquidazione del danno:

- ritenuto che devono trovare applicazione le tabelle in uso presso il Tribunale di Milano che *"sono andate nel tempo assumendo e palesando una vocazione nazionale, in quanto recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa, e ad evitare (o quantomeno ridurre) - al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali- ingiustificate disparità di trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3, 2 co., Cost."*, tanto che la Suprema Corte è pervenuta a ritenerle valido criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 c.c. (Cassazione, Sez. III Civile, sentenza 30 giugno 2011, n. 14402);

- rilevato che la tabella milanese attualmente vigente (anno 2018) già integra, nella quantificazione del "danno base" non patrimoniale un aumento a titolo di ristoro per le presumibili sofferenze soggettive del danneggiato (ovvero il c.d. danno morale soggettivo) e non può essere autonomamente ed ulteriormente riconosciuto il c.d. danno morale da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

reato, giacché tale aspetto va a sovrapporsi, nel caso di specie in cui la lesione si è effettivamente verificata, a quello, di rilevanza costituzionale (già considerato dal sistema tabellare) della lesione dell'integrità psicofisica dell'uomo;

- ritenuto di dover dare seguito alla maggioritaria giurisprudenza di legittimita' (risalente alla fondamentale sentenza Cass. S.U. 26972/08) in forza della quale *"In tema di risarcimento del danno, non è ammissibile nel nostro ordinamento l'autonoma categoria del "danno esistenziale", in quanto, ove in essa si ricomprendano i pregiudizi scaturenti dalla lesione di interessi della persona di rango costituzionale, ovvero derivanti da fatti-reato, essi sono già risarcibili ai sensi dell'art. 2059 c.c., sicché la liquidazione di una ulteriore posta di danno comporterebbe una non consentita duplicazione risarcitoria; ove, invece, si intendesse includere nella categoria i pregiudizi non lesivi di diritti inviolabili della persona, la stessa sarebbe illegittima, posto che simili pregiudizi sono irrisarcibili alla stregua del menzionato articolo"* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 336 del 13/01/2016);

- considerato che il trattamento del maggior danno, come sopra descritto, appare sufficiente a personalizzare il risarcimento al caso in esame;

- considerato che gli importi devono essere prima devalutati alla data del fatto e poi nuovamente aumentati con gli interessi legali da calcolarsi sulla somma via via rivalutata (indice FOI) (ricordandosi che "*La rivalutazione monetaria e gli interessi costituiscono una componente dell'obbligazione di risarcimento del danno e possono essere riconosciuti dal giudice anche d'ufficio ed in grado di appello, pur se non specificamente richiesti, atteso che essi devono ritenersi compresi nell'originario "petitum" della domanda risarcitoria, ove non ne siano stati espressamente esclusi"* (ex multis, cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 26374 del 16/12/2014),

si perviene ai seguenti conteggi (elaborati con l'ausilio di apposito

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

software):

A1) Invalidità permanente da maggior danno €. 26.328,00

Sub totale A1) devalutato alla data della fine della invalidità temporanea €.25.890,48;

A2) Invalidità temporanea al 100% Giorni 30 €. 3.675,00

A3) Invalidità temporanea al 50% Giorni 120 €. 7.350,00

A4) Invalidità temporanea al 25% Giorni 30 €. 918,75

Sub totale da A2) ad A4) devalutato alla data del sinistro €. 11.690,33

Totale A devalutato alle date indicate €. 37.550,81

B) spese

B1) Consulenza stragiudiziale di parte: €. 610,00

Totale B €. 610,00

C) Rivalutazione (dalla data del sinistro alla data della liquidazione) €1.354,21

D) Interessi legali sul capitale via via rivalutato annualmente € 1.938,35

Totale dovuto all'attrice, già stimato all'attualità, € 41.483,37, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

Le spese di giudizio relative al rapporto processuale insorto tra l'attrice e la *CP_1*, seguono la soccombenza e sono poste a carico di questi ultima, venendo liquidate come in dispositivo sulla base del D.M. 55/14, con applicazione dei valori medi dello scaglione relativo al *decisum*.

Le spese relative al rapporto processuale insorto tra *CP_1* ed il dott. *CP_2*, analogamente, seguono la soccombenza della chiamante, venendo liquidate come in dispositivo, con contenimento nei valori minimi di scaglioni attesa la non pretestuosità, ex ante, della chiamata.

Meritano compensazione le spese relative al rapporto processuale insorto tra l'attrice e il dott. *CP_2* a seguito dell'estensione, da ritenersi meramente cautelativa, della domanda attorea nei confronti del terzo chiamato, terzo che l'attrice non aveva comunque inteso autonomamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942

convenire in giudizio.

Le spese di CTU, già liquidate come da decreto in atti, vengono poste definitivamente a carico di *CP_1* .

PQM

il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda ed eccezione disattesa, così provvede:

1) accertata l'esclusiva responsabilità della *CP_1* in relazione ai danni subiti da *Parte_1* , condanna *CP_1* al pagamento, a titolo di risarcimento, in favore di *Parte_1* della somma, già stimata all'attualità, di € 41.483,28 oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

2) rigetta la domanda di regresso/manleva proposta dalla *CP_1* nei confronti del dott. *CP_2* ;

3) condanna la *CP_1* al pagamento delle spese processuali in favore dell'attrice, che si liquidano, in € 266,00 euro per esborsi e in € 7.254,00 per compensi, oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CPA come per legge;

4) condanna la *CP_1* al pagamento delle spese processuali in favore del dott. *CP_2* che si liquidano in € 3.972,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, iva e cap come legge;

5) compensa le spese di lite relative al rapporto processuale instauratosi tra l'attrice e il dott. *CP_2* ;

6) pone le spese di CTU, già liquidate come da decreto in atti, definitivamente a carico della *CP_1* .

Latina, 6.10.2020

IL GIUDICE

Dott. Antonio Masone

firmato telematicamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-942