REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE ORDINARIO DI LATINA

- SEZIONE SECONDA -

Il Tribunale nella persona della dott.ssa Gianna Valeri, in funzione di giudice monocratico, esaurita la discussione orale e udite le conclusioni delle parti,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G 6925/2014 promossa da:

Parte_1 (CF *C.F._1*) con il patrocinio degli Avv.ti [redacted] e [redacted] presso la seconda elettivamente [redacted] (Latina) per procura in calce all'atto introduttivo

- PARTE ATTRICE

NONCHE' CONTRO:

CP_1 in persona del legale rappresentante pro-tempore (P. IVA *P.IVA_1*)

-. PARTE CONVENUTA CONTUMACE

CONTRO:

Dott. [redacted]

- PARTE CONVENUTA CONTUMACE

OGGETTO: RISARCIMENTO DANNI DA COLPA MEDICA

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

CONCLUSIONI

All'udienza di discussione del 16 ottobre 2018 il procuratore della parte attrice concludeva come da verbale in atti.

CONCISA ESPOSIZIONE DELLE RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA CONTROVERSIA

Con atto di citazione notificato in data 7-12/11/2014, la signora *Parte_1* conveniva in giudizio innanzi all'intestato Tribunale la *Parte_2* e il dott. [redacted] al fine di sentirli condannare al risarcimento di tutti i danni derivati per colpa medica dall'intervento chirurgico e dalle terapie post operatorie prestate dei sanitari dell' *Organizzazione_1* *CP_2* , nella misura da quantificarsi in giudizio tramite CTU oltre interessi e rivalutazione monetaria.

A sostegno della domanda, si deduceva che in data 3 giugno 2008 l'attrice si era sottoposta, a seguito di diagnosi di ammissione di " stenosi lombare multivel con instabilità", presso detta struttura ospedaliera ad intervento chirurgico eseguito dal Dott. [redacted] consistente in stabilizzazione vertebrale con introduzione di viti transpeduncolari bilateralmente, laminectomia decompressiva, apposizione di dispositivo interspinoso e completamento del sistema di fissaggio con barre e cross link; si esponeva inoltre che il giorno successivo alla dimissione in data 7 giugno 2008, l'attrice accusava la copiosa fuoriuscita di liquido ematico dalla ferita alla schiena e che contattato il Dott. [redacted] lo stesso prescriveva la continuazione della terapia domiciliare indicata nel foglio di dimissioni e dava indicazioni per la medicazione domiciliare della ferita. Si esponeva inoltre che nel sopraggiungere di febbre elevata e forti dolore al torace, in sede di visita ospedaliera del 12 giugno 2008, veniva effettuata spremitura violenta della ferita per fuoriuscita di materiale purulento e denegato il ricovero mentre solo in occasione della successiva visita del 14 giugno 2008 veniva prescritta una terapia antibiotica senza esame colturale. Nel persistere di febbre altissima e di acuti dolori lombari impeditivi della stazione eretta, si deduceva che nella successiva visita del 16 giugno 2008 veniva cambiata la terapia antibiotica e nuovamente denegato il ricovero. Esponeva parte attrice inoltre che, a seguito di autonoma iniziativa di esame colturale della materia infetta, veniva individuata la infezione da Pseudomonas aeruginosa della ferita chirurgica con attuazione di terapia antibiotica idonea. Si esponeva che solo a metà agosto 2008 scomparivano la febbre ed i dolori al torace mentre non miglioravano i dolori alla regione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

lombare ; dato l'acuirsi degli stessi nonostante un ciclo fisioterapico prescritto ed in esito a successivi accertamenti, l'attrice esponeva di essersi sottoposta ad ulteriore intervento chirurgico in data 23 maggio 2011 eseguito presso la *[...]* *Controparte_3* per la rimozione del distanziatore vertebrale.

Si assumeva in conseguenza la negligenza del personale sanitario dell' *Pt_2* convenuta che aveva determinato l'instaurarsi di un quadro settico che aveva vanificato l'efficacia dell'intervento chirurgico determinando una instabilità vertebrale associata a deformità, deficit neurologico associato a dolore debilitante e severa limitazione funzionale.

Dichiarata la contumacia dei convenuti venivano espletate le prove orali ammesse alla parte attrice nonché CTU medico legale; la causa veniva discussa e decisa all'udienza del 16 ottobre 2018.

MOTIVI A FONDAMENTO DELLA DECISIONE

La domanda di parte attrice è fondata e risulta meritevole di accoglimento.

La signora *Parte_1* assume la sussistenza di colpa medica a carico dei sanitari dell' *Organizzazione_1* di Latina in relazione all'intervento chirurgico del 3 giugno 2008 volto a risolvere la pregressa patologia alla schiena ed alle complicanze infettive della ferita chirurgica inadeguatamente trattata.

La CTU svolta dalla Prof.ssa *Persona_1* le cui conclusioni devono condividersi in quanto frutto di accertamento congruo ed esaustivo adeguatamente motivato, ha accertato, sulla base della documentazione medica in atti, che la paziente venne ricoverata presso l' *Organizzazione_1* di Latina per una condizione di "spondilolisi regione lombo-sacrale" che le provocava lombalgia e claudicatio neurogena da alcuni anni con peggioramento negli ultimi mesi; si è accertato che la paziente venne sottoposta in data 3 giugno 2008 ad intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale con applicazione di viti traspeduncolari e barre, dispositivo interspinoso e laminectomia decompressiva e che la signora venne dimessa il 7 giugno 2008 con diagnosi primaria di " stenosi del canale lombare multilevel" e diagnosi secondaria di "instabilità vertebrale".

Il CTU ha rilevato in primo luogo le negligente gestione da parte dei sanitari della complicanza post operatoria costituita dalla infezione della ferita chirurgica da Pseudomonas Aeruginosa che pur non comportando postumi permanenti salvo il danno all'efficienza estetica da inadeguata cicatrizzazione determinò un allungamento dei tempi di guarigione con incidenza sul periodo di inabilità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

temporanea. Secondo il CTU sulla base degli elementi disponibili si trattava di un processo infettivo che con elevato grado di probabilità era di origine nosocomiale tenuto conto che si trattava di un intervento a basso rischio infettivo e che i segni dell'infezione si manifestavano nell'immediatezza della dimissione.

La mancata costituzione dell' *Pt_2* convenuta ha comportato il mancato espletamento di mezzi di prova idonei a comprovare l'adozione di strategie proattive e formalizzate per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, non risultando in atti alcuna certificazione e/o documentazione sanitaria attestanti il rispetto dei protocolli in materia.

Valutato l'iter terapeutico antimicrobico posto in essere a fronte della manifestazioni cliniche della paziente il CTU ha ritenuto non corretta la condotta medica anche laddove la somministrazione della terapia antibiotica non venne preceduta dalla esecuzione di un tampone della ferita infetta in quanto nel sospetto diagnostico di una complicanza infettiva post-operatoria sarebbe stato doveroso effettuare tale tampone al fine di individuare adeguatamente e specificatamente i patogeni responsabili di un possibile processo infettivo. Si è ritenuto comunque che l'infezione avesse interessato solo gli strati superficiali senza coinvolgimento delle strutture vertebrali e protesiche e che da tali condizioni esitano esclusivamente possibili alterazioni estetiche della ferita chirurgica e che essa non può essere correlata con i disturbi di tipo ortopedico e neurologico lamentati dalla paziente.

Si afferma quindi che anche qualora fosse stata somministrata l'adeguata terapia antibiotica a seguito della tempestiva esecuzione di esami colturali, con elevato grado di probabilità le condizioni attuali della paziente non sarebbero mutate ovvero che la non corretta gestione della problematica infettiva non avrebbe limitato né evitato l'insorgenza del danno neuro-vertebrale. In ogni caso l'infezione della ferita chirurgica e la sua inadeguata gestione condizionavano il decorso clinico, generando un allungamento dei tempi di gestione con incidenza sul periodo di inabilità temporanea.

Riguardo alle cause del danno neuro-vertebrale, secondo il CTU in primo luogo vi fu un deficitario approfondimento pre-operatorio, atteso che non vi furono approfondimenti diagnostici doverosi in quanto i soggetti affetti da spondilolisi (questa la diagnosi di ammissione della paziente in ospedale) devono essere sottoposti ad esami strumentali ai fini del corretto inquadramento clinico mentre

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

nel caso di specie venne effettuata solo una radiografia della colonna lombare; si evidenzia che benchè la diagnosi in dimissione fosse di " stenosi del canale lombare multilevel con instabilità trattata chirurgicamente" nessun referto radiologico in atti documentava la stenosi del canale lombare e che l'aspetto radiologico meramente strumentale non risultava approfondito e non appariva adeguatamente indagato il quadro clinico preoperatorio con la somministrazione di questionari valutativi per la determinazione del rapporto rischio-beneficio. La Prof.ssa *Per_1* ha evidenziato un deficitario approfondimento pre-operatorio anche nella diagnosi di ammissione di "spondilolisi lombosacrale" tenuto conto che solo un limitato numero di pazienti con spondilolisi necessita di intervento chirurgico. La sintomatologia pre-operatoria della paziente consisteva come accertato in sede di anamnesi in lombalgia e " claudicatio neurogena" e che la causa più frequente di questi disturbi non risiede nella spondilolisi ma nella stenosi del canale lombare ovvero in un restringimento del canale vertebrale lombare dovuto a riduzione del perimetro sagittale, dei recessi laterali e dei forami intervertebrali a carico del rachide lombosacrale; nel caso di specie la diagnosi di stenosi risulta solo al momento della dimissione senza indicazione della sede anatomica del difetto ma "multilevel" e che proprio per questo non era imputabile alla spondilolistesi-spondilolisi in quanto sarebbe stata di un solo livello. Dunque secondo il CTU sia la diagnosi di ammissione che di dimissione risultavano vaghe ed imprecise.

Si è accertato altresì che l'intervento effettuato sull'attrice, pur in assenza di una diagnosi preoperatoria di stenosi, fu una laminectomia decompressiva e che l'unica indicazione assoluta per questa procedura risulta la presenza di una sindrome neurologica denominata " sindrome della cauda equina" caratterizzata dalla presenza di areflessia bilaterale achillea, anestesia della regione perineale e disturbi sfinterici mentre in atti non sono stati rilevati tentativi di stadiazione della sintomatologia né quantificazione del danno radicolare né dei suoi livelli anatomici nè riscontro in anamnesi di un iniziale approccio conservativo della durata di almeno sei mesi prima dell'opzione chirurgica, atteso che lo scopo dell'intervento di laminectomia è la risoluzione di sintomi radicolari e non già del mal di schiena (obiettivo di un intervento di fusione). Secondo il CTU l'intervento praticato dai sanitari della struttura convenuta doveva essere preceduto da un dettagliato processo di approfondimento e da una idonea informativa alla paziente, tenuto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

conto che i risultati di una intervento di stabilizzazione e fusione intervertebrale sono poco prevedibili e gravati di un insuccesso medio pari al 20% mentre nel caso di specie non risulta documentazione sul consenso informato circa le conseguenze dell'intervento .

Secondo la CTU, l'insuccesso dell'intervento fu determinato da imprecisione delle diagnosi, scarsità di dati anamnestici, obiettivi e di diagnostica per immagini e strumentali nel preoperatorio mentre l'intervento stesso di stabilizzazione doveva considerarsi eccesso di trattamento (over treatment). E' risultato carente secondo il CTU anche il follow up post operatorio per valutare il corretto posizionamento delle viti peduncolari mentre viene formulato un giudizio in termini di compatibilità tra l'eventuale malposizionamento di una vite ed il quadro clinico mostrato dalla paziente.

Quando all'incidenza dell'errore professione professionale (errata indicazione e ed errata esecuzione dell'intervento) rispetto alle pregresse condizioni cliniche della paziente ed ai normali postumi prevedibili dopo un intervento volto al miglioramento funzionale della colonna vertebrale, la CTU ha ritenuto che il quadro radicolopatico mostrato dalla paziente caratterizzato da dolore e limitazioni funzionali con ipotonotrofia quadricipitale risulta compatibile con il malposizionamento della vite mentre le limitazioni articolari della colonna sono da riferirsi ad un sistema di stabilizzazione che comprendeva molti elementi vertebrali di dubbia indicazione in assenza di documentazione sulla valutazione preoperatoria.

Di converso, si è ritenuto che il quadro scifotico e la scoliosi erano pregresse in quanto deformità non correlabili ad atti operatori incongrui mentre le manifestazioni dolorose e funzionali lamentati dall'attrice a livello degli arti superiori sono state considerate non in connessione con il predetto intervento attenendo a problematiche di origine cervicale, distretto vertebrale diverso non influenzabile nelle modalità descritte da alterazioni derivanti da quello lombo sacrale.

Riguardo alla valutazione in termini di invalidità delle condizioni pregresse della paziente il CTU ha tenuto conto del raccordo anamemnestico eseguito durante la visita con la periziata che ha riferito che, prima dell'intervento, vi era lombalgia e claudicatio neurogena ma che non erano limitata nella esecuzione dei principali atti della vita quotidiana e di relazione. Tali dati sono stati confermati dalle prove orali

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

assunte in giudizio che hanno confermato lo svolgimento prima dell'intervento di gite ricreative presso luoghi di interesse e mercatini e di uscite sociali. La situazione pregressa su tali basi è stata valutata in conseguenza nella misura presuntiva del 9% mentre si è accertato che le condizioni sono di certo peggiorate a seguito dell'intervento e comportano limitazioni algodisfunzionali di notevole entità valutabili nella misura del 30% cui va aggiunta la quota relativa al danno all'efficienza estetica prodotta dalla guarigione per seconda intenzione della ferita chirurgica conseguentemente alla infezione alla stessa ed alla sua non adeguata gestione con valore attuale pari al 31%.

Sottraendo a tale percentuale la quota relativa alle condizioni pregresse, il grado percentuale di invalidità direttamente correlabile alla inadeguata condotta medico sanitaria equivale secondo il CTU al 22%.

Il CTU ha adeguatamente contraddetto alle deduzioni di parte attrice circa la inadeguatezza di tale valutazione se rapportato al giudizio di invalidità civile pari al 100% da parte della Commissione medica dell'*Cont* , tenuto conto non solo del diverso ambito dei due sistemi valutativi ma anche del fatto che non può tenersi conto in questa sede di condizioni patologiche non correlato con l'errore medico per cui è causa (cifosi, scoliosi e le manifestazioni algo-disfunzionali a carico degli arti superiori).

In ordine alla invalidità temporanea, si è precisato che i pazienti a seguito di un intervento della tipologia per cui è causa completano la malattia in 60 giorni mentre, nel caso di specie, il periodo di invalidità si è protratto per circa 3 anni (arco temporale compreso tra i due interventi chirurgici e la convalescenza successiva al secondo intervento); tale periodo emendato dei 60 giorni, risulta pari a 2 anni e 10 mesi di cui 60 giorni di inabilità al 100 % ovvero il periodo in cui l'attrice soffriva le conseguenze relative all'infezione compreso il ricovero e parte del periodo post-operatorio successivo al secondo intervento mentre il restante periodo (2 anni e 8 mesi) di inabilità al 50%, relativo alla fase della cura della infezione e delle problematiche di ordine neurochirurgiche e compresa la convalescenza dopo il secondo intervento.

Pur rilevando che l'attrice ha dichiarato di non svolgere attività lavorativa da quando aveva 39 anni per alcuni interventi chirurgici subiti, si è affermata la grande incidenza sulle attività di vita della paziente delle rilevate menomazioni e limitazioni algiche e disfunzionali riscontrate. Il CTU ha inoltre affermato che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

l’attuale quadro clinico della paziente caratterizzato sostanzialmente da una condizione di radicolopatia e limitazione funzionale, qualora accertata la presenza di conflitto tra vite e radice a livello di peduncolo L3, potrebbe essere emendato per mezzo della rimozione della vite suddetta con significativa riduzione della invalidità permanente senza che sia possibile tuttavia formulare un giudizio valutativo preciso.

Alla stregua di tali complessive risultanze deve ritenersi sussistente la responsabilità medica dedotta in giudizio.

Va tenuto conto al riguardo dei principi giurisprudenziali in tema di responsabilità del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall'esercizio di attività di carattere sanitario; si afferma infatti pacificamente al riguardo che il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del medico l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso (cfr. Cass. 3 ottobre 2016 n. 19670; Cass. 8 luglio 2014 n. 15490) in applicazione del principio generale per cui, in tema di prova dell'inadempimento di una obbligazione, il creditore che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto e il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa, costituito dall'avvenuto adempimento ovvero dalla non imputabilità della causa che ha determinato l'impossibilità della prestazione.

La responsabilità della struttura sanitaria per giurisprudenza pacifica va inquadrata nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di spedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c.

In conseguenza di tale inquadramento (compiutamente teorizzato da Cass. Sez. Un. 11 gennaio 2008 n. 577), chi agisca in risarcimento dei danni è tenuto a dimostrare: a) l'esistenza del contratto (o del contatto sociale) che ha dato origine al rapporto di spedalità e di cura; b) l'insorgenza o l'aggravamento della patologia a seguito dell’intervento del sanitario; c) l'inadempimento di quest'ultimo ad obblighi

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

di comportamento o agli elementari principi di diligenza, prudenza e perizia propri della disciplina, che siano astrattamente idonei a provocare il danno lamentato. Grava invece su chi sia convenuto quale responsabile dimostrare o che non vi è stato alcun inadempimento, oppure che esso, pur esistendo, non è stato eziologicamente rilevante (cfr da ultimo Cass. 13 aprile 2015 n. 7354).

In conseguenza di tanto, deve dichiararsi come sussistente la responsabilità solidale dei convenuti nella causazione del fatto lesivo di cui la *Pt_2* è chiamata a rispondere per effetto del vincolo lavorativo di subordinazione dei sanitari coinvolti ex art. 1228 cc.

Detta norma sancisce la responsabilità del debitore per il fatto dell'ausiliare di cui si avvalga nell'adempimento delle obbligazioni e dunque una responsabilità diretta ed esclusiva del primo per il fatto del secondo che costituisca inadempimento contrattuale.

La giurisprudenza ammette tuttavia in modo costante il concorso della responsabilità della struttura sanitaria e del medico consentendo quindi al danneggiato di avere una condanna in solido.

Tale responsabilità viene a radicarsi in un "contatto sociale qualificato", che si instaura per effetto della "presa in carico" del paziente da parte del sanitario operante presso la casa di cura o l'ente ospedaliero, e dal quale scaturiscono obblighi di protezione che comportano, in caso di loro violazione, una responsabilità di tipo contrattuale del sanitario, ai sensi dell'art. 1218 cod. civ. L'affidamento del malato in colui che esercita una professione protetta che ha per oggetto beni costituzionalmente garantiti da dunque luogo ad un autonomo titolo di responsabilità di natura contrattuale, parimenti concorrente con quella egualmente contrattuale della struttura ospedaliera derivante dall'inadempimento degli obblighi discendenti da quel rapporto atipico, di contenuto composito perché comprendente prestazioni non solo di natura sanitaria in relazione alle quali l'ente risponde ex art. 1228 cc, che è appunto il contratto di spedalità.

In conseguenza di tanto deve ravvisarsi una corresponsabilità solidale di natura contrattuale tra i convenuti.

Ritenuta raggiunta in esito alla espletata istruttoria la prova della responsabilità, ai fini della quantificazione del diritto al risarcimento del danno spettante a parte attrice, deve procedersi alla liquidazione ex art. 1223 c.c. della perdita subita dal danneggiato che non si identifica col diritto leso, ma costituisce la conseguenza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

della lesione. Il "danno risarcibile" è dunque la perdita causata dalla lesione di un interesse giuridicamente protetto. Se dunque il principio di omnicomprensività del risarcimento del danno patrimoniale ha lo scopo di evitare le duplicazioni risarcitorie, quando la perdita incida su beni oggettivamente diversi anche non patrimoniali deve procedersi ad una liquidazione separata dei pregiudizi.

Il principio consolidato seguito dalla giurisprudenza di legittimità, dopo la pronuncia delle Sezioni unite (sentenze nn. 11/11/26972-26975/08) e sino ad oggi, è quello secondo il quale il carattere unitario della liquidazione del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. preclude la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche fattispecie di sofferenza patite dalla persona (danno alla vita di relazione, danno estetico, danno esistenziale, ecc.), che costituirebbero vere e proprie duplicazioni risarcitorie fermo restando, però, l'obbligo del giudice di tenere conto di tutte le peculiari modalità di atteggiarsi del danno non patrimoniale nel singolo caso, tramite l'incremento della somma dovuta a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (Cass. 18 giugno 2015 n. 12594; Cass., 23 settembre 2013, n. 21716). Deve pertanto procedersi alla personalizzazione, nel ristoro del danno, delle diverse componenti non patrimoniali, delle quali deve tenersi conto alla luce delle risultanze istruttorie.

Alla luce di tanto deve procedersi alla liquidazione del risarcimento spettante a titolo di danno non patrimoniale in via equitativa e al valore attuale della moneta, alla stregua dei criteri tabellari in uso presso il Tribunale di Milano atteso che per giurisprudenza ormai pacifica (cfr. da ultimo Cass. 23 gennaio 2014 n. 1361) le Tabelle di Milano sono ritenute valido criterio di valutazione equitativa ex art. 1226 c.c.

Riguardo alla liquidazione del risarcimento, in merito al cd. danno iatrogeno differenziale deve aderirsi al principio giurisprudenziale (cfr. da ultimo Cass. 19 marzo 2014 n. 6341) secondo cui, allorquando un intervento medico si esegua su una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente e risulti, secondo le regole di una sua esecuzione ottimale e per quanto accertato a posteriori, che la situazione avrebbe potuto essere ripristinata soltanto in parte e non integralmente, e che, dunque, l'intervento comunque avrebbe lasciato al paziente una percentuale di compromissione della integrità, qualora la cattiva esecuzione dell'intervento abbia determinato una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente ulteriore rispetto alla percentuale che non si

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

sarebbe potuta eliminare, il danno evento dev'essere individuato nella compromissione della integrità dal punto percentuale corrispondente a quanto non sarebbe stato eliminabile fino a quello corrispondente alla compromissione effettivamente risultante. Ne consegue che, ai fini della liquidazione con il sistema tabellare deve assumersi come percentuale di invalidità non quella corrispondente al punto risultante dalla differenza fra le due percentuali, bensì la percentuale corrispondente alla compromissione effettivamente risultante, di modo che da quanto monetariamente indicato dalla tabella per esso deve sottrarsi quanto indicato per la percentuale di invalidità non riconducibile alla responsabilità.

Alla luce di tali risultante il danno complessivamente sussistente, in relazione all'età dell' attrice al momento del fatto, 58 anni risulta pari a:

Danno biologico € 141.775,00

Tenuto conto del principio già richiamato in tema di danno iatrogeno differenziale, detratto il danno comunque non emendabile derivante dall'infortunio ovvero la relativa quota monetaria (9%- € 16.644,00) e con riferimento alla percentuale differenziale di invalidità rispetto al globale derivante dal danno iatrogeno e valutato nella misura del 22%, tale ultimo danno deve liquidarsi al valore attuale della moneta nella misura di € 125.131,00.

E' stata inoltre riconosciuta come causalmente derivante dalla vicenda medica dedotta in giudizio una invalidità temporanea assoluta di giorni 60 (risarcibile in € 5.880,00) e una invalidità temporanea al 50% di giorni 970 (risarcibile in € 47.430,00) .

Poiché l'equo apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato è funzione necessaria ed esclusiva della rilevante incidenza della menomazione sugli aspetti dinamico relazionali personali, ed in termini di sofferenza patita, l'aumento personalizzato del danno biologico è circoscritto a tali aspetti della vita del soggetto leso in relazione alle allegazioni e alle prove specificamente addotte, senza che ciò costituisca alcuna "duplicazione risarcitoria". (cfr da ultimo Cass. 9 giugno 2015 n. 11851). Poiché le tabelle del danno biologico offrono un indice standard di liquidazione, l'eventuale aumento percentuale sarà funzione della dimostrata peculiarità del caso concreto in relazione al vulnus arrecato alla vita di relazione del soggetto mentre altra e diversa indagine andrà compiuta in relazione alla patita sofferenza interiore senza che alcun automatismo risarcitorio sia peraltro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

predicabile. Ogni vulnus arrecato ad un interesse tutelato dalla Carta costituzionale si caratterizza, pertanto, per la sua doppia dimensione del danno relazione /proiezione esterna dell'essere, e del danno morale/interiorizzazione intimistica della sofferenza.

Sulla base di tanto, al fine di pervenire ad un integrale risarcimento del danno alla salute procedendo ad una adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale, alla luce dei suesposti principi ed in aderenza alla fattispecie concreta, tenuto conto del tipo di menomazione, della sua incidenza in termini di vita di relazione e di disagio psichico, avuto riguardo agli esiti delle prove orali e delle risultanze della CTU, in considerazione del lungo periodo di inabilità temporanea e la previsione di futuri interventi chirurgici, deve liquidarsi in favore dell'attrice la ulteriore somma di € 12.513,00 pari al 10% di quanto liquidato a titolo di danno biologico alla data attuale per un totale di € 137.644,00 per danno biologico e complessivo di € 191.054,00.

Il risarcimento da riconoscersi pertanto in favore di *Parte_1* risulta pari a € 191.054,00 al cui pagamento devono condannarsi in solido la la *CP_1* e il Dott. [redacted] oltre interessi legali calcolati sulla somma devalutata alla data del fatto via via rivalutata anno per anno fino al saldo.

Le spese di lite liquidate come in dispositivo seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Giudice Unico del Tribunale di Latina, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda ed eccezione disattesa, così provvede:

a) Accoglie la domanda di parte attrice e per l'effetto condanna in solido la *[...]* *CP_1* in persona del legale rappresentante pro-tempore e il Dott. [redacted] al risarcimento del danno in favore di *Parte_1* per riconosciuta responsabilità medica nella misura di € 191.054,00 oltre interessi legali come in motivazione. Pone a carico della *CP_1* e del dott. [redacted] in solido il pagamento delle spese di CTU come liquidate;

b) Condanna in solido la *CP_1* in persona del legale rappresentante pro-tempore e il Dott. [redacted] a rimborsare le spese del presente giudizio, liquidate, in favore dell'attrice *Parte_1* nella somma di € 525,00 per spese ed € 7.795,00 per compensi, oltre rimborso forfettario, CPA ed IVA;

Sentenza emessa ai sensi dell'art. 429 cpc dandone lettura in udienza.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381

Così deciso in Latina, il 16 ottobre 2018

Il Giudice Onorario Dott.ssa Gianna Valeri

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-381