



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI LECCE
PRIMA SEZIONE CIVILE

in persona della dr.ssa Viviana Mele, quale giudice monocratico, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 1717 del R.G.A.C.C. dell'anno 2024, discussa e decisa nell'udienza del 06/03/2025 e vertente

TRA

Parte_1

e

Controparte_1

rappresentati e difesi dall'avv. [REDACTED]

RICORRENTE

E

CP_2, **in persona del Direttore in carica**

Rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]

RESISTENTE

Oggetto: Responsabilità professionale

Conclusioni delle parti: come da verbale di udienza del 06/03/2025 e relative note di trattazione scritta

MOTIVI DELLA DECISIONE

Parte_1 e *Controparte_1* hanno esposto che la notte tra il 5 e il 6 luglio 2019 *Parte_1* si recava presso il [REDACTED] di Gallipoli, ove veniva dimesso con diagnosi di colica renale sinistra e consiglio di recarsi [REDACTED] di Casarano in caso di nuovo episodio. Il *Pt_1* si rivolgeva quindi al [REDACTED] di Casarano, ove veniva riscontrata probabile colica renale sinistra e ritenzione urinaria da due giorni, veniva sottoposto a visita urologica e veniva ricoverato con diagnosi di idronefrosi sinistra di primo grado. In data 29/07/2019, il paziente veniva sottoposto a intervento di lasertrissia del calcolo. Il giorno seguente avvertiva spasmi, dolori e rialzo della temperatura fino a 41° e subiva accertamenti che portavano alla diagnosi di una infezione da *klebsiella pneumoniae* del 05/08/2019.

Il ricorrente ha poi descritto le successive vicissitudini e ricoveri e ha lamentato che l'infezione contratta ha compromesso la funzionalità di alcuni organi, in particolare dell'apparato urinario e dell'apparato respiratorio.

I ricorrenti hanno quindi dedotto che grava sulla struttura ospedaliera di Casarano la responsabilità per non aver attuato le misure necessarie alla prevenzione del rischio da contagio da *klebsiella pneumoniae*.

Pt_1 e *CP_1* hanno poi evidenziato che è stato introdotto giudizio di ATP, con consulenza espletata da *Persona_1* ed [REDACTED] che ha accertato profili di colpa sanitaria, con la conseguenza che il lungo iter clinico terapeutico e lo sviluppo delle complicanze a livello urinario, polmonare ed enterico sono da imputarsi alla parte resistente.

La parte ricorrente ha dunque chiesto la condanna della controparte al risarcimento del danno patito sia dal *Pt_1* sia dalla moglie di questi, rilevando che il *Pt_1* è stato obbligato ad isolamento e a un cambio forzoso delle proprie abitudini e di quelle dei familiari.

Esposto quanto sopra, i ricorrenti hanno chiesto di accertare la responsabilità della parte resistente nella determinazione dei danni patiti e la conseguente condanna al risarcimento del danno non patrimoniale, con personalizzazione massima per il

paziente, e patrimoniale per spese mediche e di assistenza, oltre alle spese sostenute per le procedure introdotte prima del giudizio, con condanna ai sensi dell'art. 96 c.p.c..

CP_2 si è costituita con propria comparsa, evidenziando che non sussiste un danno anatomico funzionale e negando dunque che ricorra un danno biologico permanente del paziente, con richiesta di rinnovo della perizia.

La resistente ha inoltre ritenuto che la Parte_2 trovi origine in un precedente del 2005 mai completamente risolto.

Dopo aver contestato anche le voci di danno, CP_2 ha chiesto il rigetto del ricorso, con vittoria delle spese di lite, oltre al rinnovo della CTU.

La causa è stata istruita con acquisizione del fascicolo di ATP e chiarimenti dei CCTTUU ed è stata poi riservata per la decisione, previa concessione di un termine per note conclusive.

Come esposto in premessa, la controversia in esame attiene alla richiesta di risarcimento del danno presentata da parte ricorrente in conseguenza di una infezione da *klebsiella pneumoniae* contratta a seguito di un intervento subito da Parte_1 presso [REDACTED] di Casarano nell'anno 2019.

a) Storia clinica del paziente

Al fine di comprendere i singoli profili di responsabilità, è necessario in primo luogo ripercorre la storia clinica della paziente, nei suoi tratti più salienti, come ricostruita nella CTU depositata nel fascicolo di ATP N 7387/2022 RG, datata 08.10.2023.

- 1) *“La notte tra il 5 ed il 6 luglio 2019, in seguito all'insorgere di forti dolori all'addome ed a livello lombare sinistro, il signor Parte_1 si recava presso il [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] di Gallipoli (LE). Prestate le cure del caso e ritenendo si trattasse di una colica renale, veniva dimesso con diagnosi di "colica renale sx" e con consiglio, nell'eventualità di un altro episodio simile, di recarsi direttamente [REDACTED] di Casarano (LE) la cui struttura, munita del reparto di Urologia, avrebbe potuto prestare cure più specifiche. (doc. 1).*

- 2) La notte seguente, persistendo la sintomatologia dolorosa, il sig. Pt_1 si rivolgeva al [REDACTED] di Casarano, come consigliato, dove veniva riscontrato "prob. colica sinistra e ritenzione urinaria da due giorni [...] già visitato presso [REDACTED] di Gallipoli per verosimile colica renale sinistra ritorna per il persistere della sintomatologia dolorosa. Ritenzione urinaria [...] esame obiettivo [...] regione lombare sinistra dolente [...]". Conseguentemente, il deducete era sottoposto a visita urologica all'esito della quale veniva disposto il ricovero nell'UOC di Urologia con diagnosi di "idronefrosi sinistra di I grado" (doc. 2).
- 3) In regime di degenza, in data 08.07.2019, era sottoposto ad intervento di cateterizzazione ureterale (doc. 3). Si tratta di una procedura terapeutica mininvasiva praticata in caso di ostruzione ureterale e consistente nell'introduzione nell'uretere di un sottile catetere-stent attraverso un citoscopio, uno strumento a fibre ottiche con all'estremità una piccola telecamera. Dal referto operatorio si rileva infatti "posizionamento di stent ureterale sinistro sotto scopia. Foley in vescica" (doc. 4).
- 4) Il 10.07.2019 veniva dimesso con diagnosi di "calcolosi ureterale sinistra" e con consiglio di "intervento programmato di ULT SIN". Dalla lettera di dimissioni, il ricovero programmato era previsto per la sera di domenica 28 luglio (doc. 5).
- 5) Come stabilito, la sera del 28.07.2019 il sig. Pt_1 accedeva nel [REDACTED] di Casarano dove veniva disposto il ricovero in vista dell'intervento (doc. 6).
- 6) Il giorno seguente, il 29.07.2019, veniva sottoposto ad intervento di lasertrissia (o litotrissia) del calcolo. Risulta, infatti, dal referto operatorio: "anestesia spinale. Diagnosi calcolosi renale sinistra. Descrizione intervento [...] filo guida di sicurezza. Si introduce ureteroscopia operativa e si risale fino al tratto lombare dell'uretere senza poter proseguire per scarsa compliance dello stesso. Si introduce quindi [...] flessibile con il quale si individua formazione litiasica del [...] medio che si tratta [...] laser. Si esplorano con attenzione tutte le vie escrettrici senza individuare altri calcoli [...] stentJJ [...] in vescica". Sempre dal referto operatorio risulta "operatori: Per_2 Puce" (doc. 7).
- 7) Con riferimento all'intervento ed alle procedure finalizzate alla sicurezza del paziente, appare dirimente la mancata annotazione nella safety list

- preoperatoria del controllo sulla sterilità o eventuali criticità relativa alla strumentazione, come si può rilevare dalla cartella clinica (doc. 8).*
- 8) *Il giorno seguente il deducente cominciava ad avvertire spasmi, dolori e rialzo della temperatura corporea, che raggiungeva quasi i 41 °, preceduta da brividi scuotenti. Come risulta dalla cartella infermieristica (doc. 9), data la situazione critica i sanitari si trovavano costretti ad eseguire diversi esami diagnostici, tra i quali l'emocultura finalizzata alla ricerca di eventuali agenti patogeni.*
- 9) *Dalla scheda di consulenza internistica del 4 agosto 2019, come emerge anche dalla relazione medico legale del prof. Per_3 si certifica una situazione clinica GRAVE caratterizzata da iperpiressia, valori degli esami ematochimici alterati, alla RX torace sfumato addensamento in regione basale sinistra, sepsi (doc.10).*
- 10) *Il 05.08.2019 i risultati degli esami colturali confermano la presenza di un'infezione da "klebsiella pneumoniae" (doc.11).*
- 11) *In data 08.08.2019 il deducente veniva dimesso, come da lettera a firma del dirigente medico Dr. Persona_4 con diagnosi di "calcolosi renale sinistra (...) sottoposto a intervento di lasertrissia del calcolo (RIRS). Il decorso postoperatorio è stato complicato da infezione delle vie urinarie ... CP_3 (...)" . Ulteriormente dalla scheda di dimissione ospedaliera risulta: "(...) diagnosi principale (...) calcolosi renale lateralità sinistra. Diagnosi secondarie (...) setticemia da batteri gram-negativi (NON PRESENTI ALL'INGRESSO) (...) intervento chirurgico (...) estrazione endoscopica (...) calcolo (...)"(doc. 12).*
- 12) *Il 14 agosto 2019 il signor Parte_1 accedeva in [REDACTED] [REDACTED] di Casarano con sintomatologia riferibile a tosse e stato febbrile tanto che dopo aver eseguito RX torace ed esami ematochimici, veniva consigliato "tornerà in PS tra 3 gg" (doc. 13).*
- 13) *Infatti, qualche giorno dopo ritornava in [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] di Gallipoli per febbre elevata e tosse persistente nonostante la somministrazione di antibiotici. Veniva riscontrata "polmonite" e veniva disposto il ricovero. Il sig. Pt_1 rimaneva degente dal 16 al 23 agosto 2019 nel Reparto di Pneumologia (doc.14).*

- 14) Successivamente, in data 28.08.2019, il deducente eseguiva ulteriori accertamenti che confermavano l'infezione da KP resistente agli antibiotici e causa di febbre ed infezioni bronchiali (doc. 15).
- 15) Seguivano due ulteriori ricoveri nell'UOC di Urologia [REDACTED] di Bassano: il primo da 30 agosto al 2 settembre 2019 ("portatore di KPC [...] sottoposto in regime di urgenza a rimozione di pregresso DJ infetto e posizionamento di stent ureterale sinistro [...] dimesso in buone condizioni generali") (doc. 16); il secondo dal 4 al 12 settembre 2019 ("iperpiressia persistente, recidiva [...] KPC [...] urine e feci+") (doc. 17). 1
- 16) Nei mesi successivi venivano eseguiti costanti accertamenti allo scopo di monitorare il sig. Pt_1 le cui condizioni cliniche presentavano frequenti recidive con necessità di esami diagnostici ed ematochimici (doc.18).
- 17) Tanto che più di un anno dopo, dal 22 ottobre al 4 novembre 2020, si rendeva necessario il ricovero nell'UOC di Medicina Generale [REDACTED] di Asiago. Dalla lettera di dimissioni si evince "urinocultura (21/1012020) positiva per *Klebsiella Pneumoniae* produttrice di B-lattamasi a spettro esteso[...] tampone rettale di sorveglianza (28/1012020) positivo per KPC [...] sulla base dell'antibiogramma il paziente è stato trattato per 10 giorni con CP_4 a dosaggio pieno, con progressiva risoluzione del quadro settico[...] focolai di nefrite al rene sinistro [...] permane la positività al tampone rettale di sorveglianza per KPC per cui si impone di mantenere l'isolamento". Veniva dimesso con diagnosi di urosepsi da *klebsiella pneumoniae* produttrice di beta-lattamasi a spettro esteso e consiglio di terapia medica ed esami diagnostici (doc. 19).
- 18) Nonostante alla TC/PET eseguita il 30.11.2020 (vedi pag. 3 del doc. 19), in regime di post ricovero, non si rilevasse ipercaptazione a livello renale, ipotizzando una verosimile guarigione dalla "recente sepsi", ugualmente veniva rilevato un focolaio di ipercaptazione a livello ano-rettale "compatibile con quadro flogistico infettivo". Conseguentemente venivano consigliati esami di controllo visto il rischio di recidiva.

b) **La responsabilità da colpa medica – profili generali.**

Poiché la controversia in esame trae origine da allegata colpa professionale medica, occorre in via preliminare chiarire alcuni aspetti generali in materia di responsabilità della struttura sanitaria.

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

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

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

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

In tempi recenti è stato tuttavia specificato che *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla vedova di un paziente deceduto, per arresto cardiaco, in seguito ad un intervento chirurgico di asportazione della prostata cui era seguita un'emorragia, sul rilievo che la mancata dimostrazione, da parte dell'attrice, della riconducibilità eziologica dell'arresto cardiaco all'intervento chirurgico e all'emorragia insorta, escludeva in radice la configurabilità di un onere probatorio in capo alla struttura)”* (Cass. Civ., Sez. 3 - , Sentenza n. 18392 del 26/07/2017).

Tale indirizzo è stato confermato dalla giurisprudenza successiva: *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla paziente e dai suoi stretti congiunti, in relazione a un ictus cerebrale che aveva colpito la prima a seguito di un esame angiografico, sul rilievo che era mancata la prova, da parte degli attori, della riconducibilità eziologica della patologia insorta alla condotta dei sanitari, ed anzi la CTU espletata aveva evidenziato l'esistenza di diversi fattori, indipendenti dalla suddetta condotta, che avevano verosimilmente favorito l'evento lesivo)”* (Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018).

In ogni caso, l'accertamento dell'esistenza del nesso causale deve essere compiuto secondo il criterio del “più probabile che non”: *“In tema di responsabilità civile, il*

nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 16123 del 08/07/2010).

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

La disciplina normativa intervenuta in materia ha confermato la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, in conformità al precedente indiritto giurisprudenziale.

c) Il caso in esame – la responsabilità della

CP_2

Premesso quanto sopra in linea generale, si procede ora all'esame del caso di specie, richiamando le conclusioni cui sono giunti i dr. Persona_5 (medico-

legale) e [REDACTED] (infettivologo) nel giudizio N 7387/2022 RG, con perizia datata 08.10.2023.

I CCTTUU nominati nel giudizio di ATP, alle pagg. 37 ss., hanno accertato quanto segue: “nel corso del ricovero dal 28/7 all’8/8 presso l’Urologia di Casarano il ricorrente ha contratto un’urosepsi da Klebsiella pneumoniae KPC + ed una broncopolmonite. Tenuto conto delle tempistiche rappresentate, del tipo di germe isolato e delle caratteristiche dell’antibiotico resistenza l’infezione occorsa va inquadrata con infezione nosocomiale o per meglio dire con tipica infezione correlata all’assistenza (ICA).

Nella somministrazione del trattamento antibiotico si ravvisano quindi profili di colpa per imperizia in executivitis ed in eligendo nonché per negligenza. Infatti: Imperizia in executivitis: il trattamento antibiotico mirato con Tigeciclina risulta essere stato eseguito per un periodo di tempo assolutamente esiguo: soli 3 giorni. Imperizia in eligendo: alla dimissione, fu prescritta terapia antibiotica con amoxicillina 1grx2 per os, e quindi una terapia notoriamente inefficace per tipologia e dosaggio nei confronti del germe isolato.

Negligenza: non si provvede alla rimozione dello stent ureterale verosimilmente colonizzato. A ciò seguiva poi, in data 14/8/2019, un nuovo accesso di [REDACTED] presso [REDACTED] di Casarano per tosse e febbre. Gli esami ematochimici attestavano: G.B.13.510/mmc, PCT 0,14ng/ml. Alla Rx torace, si evidenziava un addensamento polmonare. Il CP_5 veniva quindi posto in terapia antibiotica con Ceftriaxone 1gr. CP_6 e CP_7 500mgx2. In tale occasione il CP_5 rifiutava il ricovero. Il 16/8/2019 seguiva poi ricovero in Chirurgia per mancanza di posti letto in Pneumologia presso [REDACTED] di Gallipoli, con successiva dimissione il 23/8. Successivamente, il 28/8 il ricorrente eseguiva presso un laboratorio esterno un’emocultura come evincibile dalla relazione clinica dell’OC di Bassano anche se sul relativo referto del laboratorio non è specificato il materiale esaminato; veniva quindi isolata la Klebsiella pneumoniae con profilo di sensibilità antibiotica diversa però da quella isolata in precedenza: multisensibile con resistenza a PIP/TAZ e Fosfomicina. G.B.22:410/mmc, PCR 8,3mg/dl Alla Rx torace si segnalava l’assenza di focolai pleuroparenchimali (doc.15); inoltre il giorno 30/8/2019 nel corso del ricovero eseguito presso [REDACTED] di Bassano si registrava la presenza di

iperpiressia e colica reno-ureterale sinistra secondaria a litiasi renale (circa 6 mm di diametro).

All'esame del 28.08 il Pt_1 risultava quindi portatore di KPC. Successivamente in data 31/8/19 il ricorrente veniva sottoposto in regime d'urgenza a rimozione di pregresso DJ infetto con successivo posizionamento di stent ureterale sinistro (DJ 6fr x 24Ch). Il decorso post-operatorio risultava regolare ed esente da complicanze. Il Paziente veniva quindi dimesso il 2.09 (doc 16) in buone condizioni generali, asintomatico e apiretico. Alla rimozione del catetere vescicale la minzione riprendeva quindi spontaneamente ad emettere urine chiare. Si programmava poi ecografia reno-vescicale di controllo e successiva rivalutazione per la rimozione dello stent ureterale. Alla luce di quanto sopra esposto, le conseguenti necessità diagnostico terapeutiche post infettive anzi indicate vanno poste in relazione causale con i profili di colpa espressi presso l' Controparte_8 .

Sempre in conseguenza di tali profili di colpa, il CP_9 era poi costretto ad un nuovo ricovero presso [REDACTED] di Bassano del Grappa il 4.9.2019 per iperpiressia; ed in tale circostanza, il Pt_1 risultava ancora colonizzato da KPC (feci ed urina). Veniva poi eseguita un'emocultura del 4/ che risultava negativa. Sfebbrato quindi in seconda giornata, veniva posto in terapia antibiotica empirica su consiglio infettivologico. Il 10/9 veniva poi intrapreso trattamento SWL per litiasi renale sinistra con successivo decorso regolare. Il 12/9/2019 veniva quindi dimesso con prescrizione di terapia con amoxicillina clavulanato 1c 1 gr die e di controlli periodici di feci e urine per KPC. Il 13/9/2019 veniva poi rimosso lo stent (doc.17) ed il 20/9/2019 l'urocoltura risultava positiva per Klebsiella pn. KPC. Seguiva poi: 18/11/2019 coprocoltura positiva per Klebsiella pn. ESBL. 4 marzo 2020: tre tamponi rettali di sorveglianza negativi. L'urinocoltura risultava però positiva per Persona_6 produttrice di beta-lattamasi a spettro esteso.

Ad agosto 2020 veniva poi ripetuta l'urinocoltura che risultava positiva ancora per Persona_6 produttrice di beta-lattamasi a spettro esteso. Il 22/10/2020 il Pt_1 veniva poi ricoverato presso [REDACTED] di Asiago per addominalgia, disuria e febbre. In tale circostanza veniva annotato che il paziente aveva espulso un calcolo urinario mentre era al [REDACTED] di Bassano, presidio da cui era stato inviato. L'ecografia dell'apparato urinario del 21/10/2020 attestava nel contempo: visto il precedente esame del 25/10/2019. Non dilatazione delle vie

urinarie. Non immagini riferibili a calcoli renali. Aorta addominale con calibro regolare. Vescica mediamente espansa, con pareti regolari. Agli esami ematochimici: GB 14.870, PCT 3,47 mc/L. Il 21/10 l'urinocoltura risultava positiva per *Klebsiella Pneumoniae* ESBL (produttrice di Beta-lattamasi a spettro esteso). Veniva quindi intrapreso nuovo trattamento antibiotico con CP_4 per 10 giorni.

Il 28/10 il tampone rettale di sorveglianza (28/10/2020) risultava quindi ancora positivo per KPC mentre le emocolture e l'urinocoltura risultavano: negative. Il 30/10/2020 l'urografia TC attestava poi: l'assenza di calcoli nel parenchima renale bilateralmente e lungo le vie escrettrici; dopo somministrazione di m.d.c. si osservavano inoltre a sinistra all'interno del parenchima alcune areole tenuamente ipodense a margini sfumati in particolare al terzo medio inferiore possibili focolai di nefrite. In fase urografica simmetrica risultava poi l'opacizzazione delle vie escrettrici e regolare opacizzazione della vescica.

Rilevata la presenza di splenomegalia si richiedeva TC/PET nel sospetto di malattia ematologica. Alla dimissione del 4.11.2020 veniva quindi posta la seguente diagnosi: Urosepsi da *Klebsiella pneumoniae* produttrice di Beta-lattamasi a spettro esteso in paziente precedentemente affetto da calcolosi urinaria e colonizzato da KPC, ipertrofia prostatica benigna. Iniziale scompenso cardiaco congestizio (HFpEF) (Heart Failure with Preserved Ejection Fraction) in cardiopatia ipertensiva. Sindrome dismetabolica (ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità).

Il 30/11/2020, in regime di post-ricovero, il ricorrente eseguiva poi TC/PET, che non rilevava ipercaptazione a livello renale attestando quindi una verosimile guarigione della recente sepsi secondaria a nefrite sostenuta da *Klebsiella pneumoniae* produttrice di Beta-lattamasi a spettro esteso; tale esame rilevava però presenza di focolaio di ipercaptazione verosimilmente flogistico a livello del canale anale, compatibile con verosimile ascesso locale; per tale motivo, al ricorrente veniva prescritta valutazione proctologica, che però non rilevava particolarità. Agli esami successivi si rilevava: 5/2/2021 urinocoltura negativa. 26/4/2021: tre tamponi rettali di sorveglianza negativi.

1/6/2021: urocoltura negativa”.

Alle pagg. 41-42, i CCTUU hanno dichiarato: “Alla luce di quanto sopra esposto, si ritiene quindi che profili di colpa sanitaria siano rintracciabili unicamente nel modus operandi espresso presso [REDACTED] di Casarano e che agli stessi sia ascrivibile

causalmente il lungo iter clinico terapeutico sopra indicato per lo sviluppo di complicanze a livello precipuamente urinario, polmonare ed enterico. Sul punto va segnalato che il caso in esame non integrava gli estremi di cui all'art 2236 c.c.

Per sussistendo oggi una condizione clinica di fatto “spenta” va comunque considerata, nella definizione del quantum debeatur, l'intera storia clinica del ricorrente ed il fatto che diverse complicanze organo tissutali risultano essersi verificate. Alla luce di quanto sopra esposto, si ritiene pertanto equa la seguente valutazione in ambito RC: Danno biologico temporaneo: ITT gg 45 (quarantacinque); ITP al 75% mesi 3 (tre); ITP al 50% mesi 3 (tre); ITP al 25% mesi 3 (tre). Danno biologico permanente: 5% (cinque percento). Spese mediche: congrue e pertinenti le spese indicate in ricorso”.

CP_2 ha fortemente criticato la CTU, ritenendo in primo luogo che non sia possibile ravvisare il nesso causale tra l'infezione da klebsiella pneumoniae riscontrata nel 2019 e la condotta dei sanitari [REDACTED] di Casarano, in quanto il paziente era portatore del batterio fin dal 2005, con infezione che non si era mai completamente sopita.

Sul punto va evidenziato, in primo luogo, che non risulta in alcun modo che dal 2005 al 2019 si siano avute manifestazioni del batterio, con la conseguenza che la successione temporale (evidenti manifestazioni dell'infezione in corso di ricovero) individuano il nesso causale come evidenziato dai CCTTUU, secondo il criterio del più probabile che non. È infatti evidentemente forzata l'affermazione secondo cui un batterio sarebbe rimasto latente per 14 anni, per poi esplodere per caso proprio in costanza di ricovero, dando vita a un percorso di guarigione complicato e di lunga durata. Lo stesso medico dell'^{Contr} in sede di dimissioni, ha riconosciuto che il batterio non era presente al momento del ricovero, come trascritto nella parte dedicata alla storia clinica.

In secondo luogo, i CCTTUU hanno individuato profili di responsabilità sanitaria non solo per il sorgere in sé dell'infezione nosocomiale, ma anche nella scelta terapeutica (per la quale sono stati precisati profili di culpa in eligendo e di culpa in executivis oltre a negligenza; si rimanda a quanto sopra trascritto).

d) Danno patito

d.1) Danno non patrimoniale del [...] [...]

[...]

Pt_3 la sussistenza della responsabilità sanitaria nella determinazione dell'infezione nosocomiale, deve ora esaminarsi il profilo delle conseguenze derivate dall'errore medico, fortemente contestate da CP_2

Sotto il profilo del danno da inabilità temporanea, la parte resistente ha evidenziato che il Pt_1 era ricoverato per un calcolo e ha dunque ritenuto che i tempi di ricovero siano stati determinati da tale pregressa condizione patologica e non dall'infezione nosocomiale.

Al riguardo va evidenziato che la storia clinica del paziente, come dettagliatamente ricostruita dai CCTTUU, evidenzia in modo specifico prolungati ricoveri ed esami compiuti unicamente al fine di eliminare l'infezione medesima; il danno, pertanto, è stato individuato nei termini strettamente riconducibili all'infezione contratta presso ████████ di Casarano e alle terapie inadeguate poste in essere dal personale sanitario.

In merito al danno biologico permanente, poi, parte resistente ha negato che si sia verificata la compromissione dell'integrità psicofisica della persona, in quanto i CCTTUU hanno accertato che sussiste *“oggi una condizione clinica di fatto “spenta”*, ma hanno valutato, ai fini del riconoscimento di un danno permanente, *“l'intera storia clinica del ricorrente ed il fatto che diverse complicanze organo tissutali risultano essersi verificate”*.

Parte resistente ha ritenuto che la condizione clinica *“spenta”* indichi l'assenza di un danno biologico permanente.

Sotto tale profilo devono compiersi alcune considerazioni.

In primo luogo, non risulta che CP_2 abbia presentato osservazioni alla bozza di CTU, con ciò dimostrando di non avere censure da muovere. Si può ipotizzare che si sia trattato di una scelta legata alla natura giuridica delle osservazioni mosse in memoria di costituzione (relative alla nozione giuridica di danno biologico permanente). Tuttavia, le complicanze organo tissutali esistenti sono un concetto prettamente medico, da censurarsi con contestazioni di natura medica.

Si aggiunga che la parola *“spenta”* ben si adatta alla recessione dell'infezione e non può dunque interpretarsi come inesistenza di conseguenze attuali.

Ad ogni modo, nel corso del giudizio di merito sono stati chiamati a chiarimento i CCTTUU, al fine di spiegare la risposta resa in punto di danno biologico permanente.

I consulenti hanno riferito: *“All’esito di un processo patologico quale quello in esame, si “spegne” (ossia termina) l’infezione contratta (nel caso di specie da KPC), ma non necessariamente si “spengono” le conseguenze (dirette ed indirette) ad essa conseguenti, di ordine organo-tissutale. Nel caso di specie, i dati di laboratorio attestano per l’appunto da un lato la cessazione della condizione clinica infettiva, ma dall’altro la permanenza di conseguenze organo tissutali, di cui alcune obiettivabili (quali la nefrite descritta nella lettera di dimissione dell’OC di Bassano del 16.12.2020) ed altre non obiettivabili, ma deducibili dal tipo di processo patologico occorso (processo polmonite ed ascesso perianale) in quanto causa, generalmente, di quadri aderenziali. La stima del danno proposta in ATP (e che qui si conferma in toto) era stata quindi indicata alla luce dei Barèmes di valutazione propri della RC (Cfr. pag 158 e 159 di “Barèmes medico legali” di Controparte_10 _ CP_11 2023) (oppure, Cfr.: E. CP_12 et ^{Con} “Guida alla valutazione medico legale dell’invalidità permanente” – II Edizione – CP_11 ; da pag. 337 + pag 341 – 344; anno 2015 etc...) in termini analogici, per quanto attinente alle patologie infettive (in genere) ed alle ripercussioni sulla funzionalità renale. Alla luce di quanto sopra esposto, si confermano in toto le conclusioni già espresse in CTU”.*

Come è evidente, la scelta di CP_2 di sezionare la risposta in merito alle conseguenze “non obiettivabili”, per riconoscere un presunto ossimoro, non è pertinente.

In primo luogo, in quanto i CCTTUU hanno riconosciuto l’esistenza di alcune conseguenze “obiettivabili” (la nefrite); in secondo luogo, in quanto le conseguenze non obiettivabili sono state ritenute comunque deducibili dal processo patologico, in conformità a testi scientifici precisamente individuati.

I CCTTUU, dunque, hanno inteso rispondere che il danno biologico del 5% deriva dal fatto che, pur non essendo più in atto l’infezione, tuttavia la stessa ha compromesso organi e tessuti, secondo conseguenze in parte obiettivabili e in parte non obiettivabili ma riconosciute dalla letteratura scientifica come conseguenze ordinariamente riconducibili al processo infettivo prolungato.

Va peraltro rilevato che la stessa necessità di un riscontro strumentale delle conseguenze negative sull'integrità psicofisica è stata opportunamente ridimensionata dalla Corte di Cassazione nella sentenza n. 37477/2022, che ha reso un'interpretazione costituzionalmente orientata della normativa.

Infine, va rilevato – in risposta alla contestazione di parte resistente - che le conclusioni cui sono giunti i CCTTUU in sede di chiarimenti non sono in alcun modo state influenzate dalla documentazione medica che la parte ricorrente ha trasmesso nel giudizio di merito e per la quale ^{Contr} ha eccepito la tardività.

I CCTTUU, infatti, hanno chiaramente risposto al quesito a prescindere dalla documentazione (che non viene mai né menzionata né esaminata e i cui risultati non sono mai richiamati), con ciò formulando la prima ipotesi indicata dalla scrivente; successivamente, con riferimento alla seconda ipotesi richiesta (esame della documentazione per la quale è stata eccepita la tardività), i CCTTUU hanno sostenuto che la stessa conferma le conclusioni cui erano pervenuti a prescindere da essa.

Anche tale contestazione è dunque infondata.

Si confermano dunque danno biologico permanente e danno temporaneo, come da CTU in atti.

Quanto alle conseguenze prodotte dalla lesione e alle modifiche delle abitudini di vita del ^{Pt_1} si confermano parimenti le conclusioni dei CCTTUU, che nella replica alle osservazioni hanno dichiarato: *“Le osservazioni di parte ricorrente non sono condivisibili in quanto l'isolamento a cui il paziente è stato sottoposto riguarda in particolare la sfera del danno biologico temporaneo; peraltro, non vi è accordo ad oggi sulle entità delle restrizioni applicabili per i pazienti infettati da KPC. La percentuale di danno indicata (10 – 12%) non risulta parimenti condivisibile; nei Barèmes di valutazione, non risulta indicato alcun riferimento specifico per le infezioni da KPC; all'interno dei Barèmes di valutazione può però essere considerato per la definizione del danno biologico permanente, in termini di “analogia e proporzionalità”, quanto previsto (Cfr. pag 158 e 159 di “Barèmes medico legali” di ^{Controparte_10} Giuffrè Editore 2023) alla voce “infezione cronica da HCV con RNA negativo da oltre un anno ed infezione cronica da HBV con positività dell'HbsAg e dell'anti HBc, senza evidenze laboratoristiche di danno epatico”. Per tale voce è prevista una percentuale di danno biologico pari al 5% (cinque percento).”*

In punto di quantum, parte ricorrente ha richiesto la personalizzazione massima e un danno da compromissione del rapporto parentale patito dal coniuge, costretto a modificare le proprie abitudini di vita. Ciò, a fronte di una micropermanente del 5%, in parte avente conseguenze non obiettivabili.

Sotto tale profilo, poi, parte ricorrente ha ribadito più volte la richiesta di prova orale formulata in ricorso, ritenendo la stessa idonea a confermare la propria domanda.

Al riguardo va in primo luogo evidenziato che quella che è definita richiesta di prova testimoniale è la domanda di conferma di tutte le allegazioni del ricorso, ai punti da 1 a 52, che contengono l'elencazione dei ricoveri, degli esami, delle visite, etc. (dunque interamente documentali) e un susseguirsi di valutazioni su responsabilità, censure, costrizioni che le parti avrebbero subito.

I capitoli, al netto di quelli documentali, contengono richieste di valutazioni e giudizi, anche di natura medico-legale, certamente non demandabili ai testimoni. Per tali ragioni, si conferma il rigetto della richiesta di prova orale, in quanto formulata in piena violazione dell'art. 244 c.p.c.. Se anche i testimoni avessero confermato le circostanze allegate in narrativa (poi trasformate sic et simpliciter in capitoli di prova), la risposta non sarebbe stata utilizzabile, in quanto sarebbero state rese mere valutazioni personali.

Parte ricorrente ha chiesto il riconoscimento di una personalizzazione massima, in ragione delle limitazioni che derivano dall'infezione nosocomiale contratta. La parte ricorrente ritiene infatti che l'impossibilità di mantenere rapporti con i propri familiari, per il pericolo di contagio, comporti una personalizzazione nell'importo massimo riconosciuto nelle Tabelle milanesi.

Sotto tale profilo deve evidenziarsi, in primo luogo, che i CCTTUU hanno escluso che nel caso di infezioni da *klebsiella pneumoniae* vi sia un obbligo di isolamento e un'impossibilità di mantenere i rapporti con i propri familiari, come riconosciuto nella risposta alle osservazioni sopra trascritte.

In secondo luogo, sostenere che la "personalizzazione" sia causata dalle limitazioni imposte dall'infezione significa indicare, quali conseguenze dell'infezione dovute a titolo di personalizzazione, proprio quelle conseguenze che hanno portato al riconoscimento della inabilità temporanea. Peraltro, gli stessi CCTTUU hanno

chiarito che le limitazioni nei contatti sono solo nella fase di sussistenza dell'infezione.

Come noto, la “*personalizzazione*” del danno richiede che le conseguenze richieste quali voci di danno siano specifiche della persona e vadano al di là di quanto ordinariamente ricollegabile alla patologia riconosciuta. Nel caso di specie, al contrario, si indica quale personalizzazione una conseguenza riconducibile interamente all'infezione e propria di chiunque abbia quella specifica infezione: non è, dunque, un elemento ulteriore e diverso, ma ciò che è riconosciuto nelle Tabelle milanesi come componente del danno (che contiene un incremento del valore del danno biologico per incremento morale standard, come riportato in Tabella).

Si vuole cioè dire che se l'infezione da *klebsiella pneumoniae* fosse stata contratta non dal Pt_1 ma da un qualsiasi altro soggetto, le limitazioni alla frequentazione interpersonale – comunque escluse dalla CTU – sarebbero state identiche.

Ai fini della personalizzazione del danno, poi, il ricorrente ha chiesto, a pag. 22 del ricorso, che si tenga conto del legame che il nipote di minore età aveva con il nonno e del fatto che “*il nipote ha molto sofferto la lontananza dal nonno*”. Al riguardo è sufficiente rilevare che il danno è richiesto da soggetto non legittimato, in quanto la sofferenza ha riguardato il nipote e non il nonno.

Nessuna personalizzazione è dunque dovuta.

Fatta tale premessa, si esaminano le singole voci di danno richieste.

Come evidenziato, i CCTTUU hanno riconosciuto un danno del 5%, per i postumi riportati dal ricorrente in modo stabile.

Il danno va calcolato tenendo conto dell'età che il ricorrente aveva al momento dell'infezione (65 anni), determinando il danno nella misura del 5%, secondo le Tabelle del Tribunale di Milano aggiornate ad oggi, come da giurisprudenza costante del Tribunale.

Nella determinazione del valore da riconoscersi per l'inabilità temporanea, si tiene conto della durata dei ricoveri e delle limitazioni al contatto imposte dall'infezione. Non si tratta, in questo caso, di una contraddizione rispetto a quanto precisato in tema di personalizzazione, ma di una valutazione equa del valore della diaria riconosciuta nelle Tabelle di Milano, nell'importo tra il minimo e il massimo.

Difatti, il numero di giorni di ricovero e limitazione non incide in automatico sul valore della diaria, ma solo sulla moltiplicazione del valore da determinarsi ad opera del giudice; tale fattore deve dunque valutarsi nella considerazione del danno effettivamente patito dal Pt_1 per il prolungarsi di ricoveri e limiti personali, poiché il protrarsi degli stessi ha inciso certamente sul valore della diaria (riconosciuto in importo compreso tra minimo e medio tabellare).

Tabella di riferimento: Tribunale di Milano 2024

Età del danneggiato alla data del sinistro	65 anni
Percentuale di invalidità permanente	5%
Punto danno biologico	€ 1.741,60
Incremento per sofferenza soggettiva (+ 25%)	€ 435,40
Punto danno non patrimoniale	€ 2.177,00
Punto base I.T.T.	€ 140,00
Giorni di invalidità temporanea totale	45
Giorni di invalidità temporanea parziale al 75%	90
Giorni di invalidità temporanea parziale al 50%	90
Giorni di invalidità temporanea parziale al 25%	90
Danno biologico risarcibile	€ 5.921,00
Danno non patrimoniale risarcibile	€ 7.402,00
Invalidità temporanea totale	€ 6.300,00
Invalidità temporanea parziale al 75%	€ 9.450,00
Invalidità temporanea parziale al 50%	€ 6.300,00
Invalidità temporanea parziale al 25%	€ 3.150,00
Totale danno biologico temporaneo	€ 25.200,00
Totale generale:	€ 32.602,00

Il danno è stato calcolato all'attualità; lo stesso va dunque maggiorato di interessi legali, dalla data odierna al soddisfo. Tale importo va poi devalutato di anno in

anno, secondo l'indice ISTAT, e maggiorato di interessi legali sull'importo di anno in anno rivalutato, dall'evento alla data odierna.

d.2) danno da spese a forfait

Parte ricorrente ha poi chiesto il riconoscimento un danno da spese forfettarie, nell'importo di € 25.000,00.

Tra tali spese è stata indicata la necessità di spostarsi dal Comune in cui si trovava per le vacanze (Pt_4) ██████████ di Gallipoli e il costo della benzina per la visita che la moglie eseguiva presso gli ██████████ di Casarano e di Gallipoli, in costanza di ricovero.

Al riguardo deve evidenziarsi che la circostanza che un soggetto che necessita di assistenza debba spostarsi dal luogo in cui dimora per raggiungere un presidio ospedaliero non può certamente ritenersi un danno causato da colpa medica, in quanto si tratta di un evento del tutto accidentale, che prescinde dalla condotta dalla ^{Contr} ██████████

Allo stesso modo, la scelta della moglie di andare a trovare il marito in ospedale, due volte al giorno, in occasione degli orari di visita, è del tutto personale e non può ritenersi quale fonte di un danno ingiusto a carico del responsabile.

Parte ricorrente ha poi dedotto che il genero del Pt_1 Persona_7 , ha dovuto raggiungere Pt_4 in treno per poi riaccompagnare il Pt_1 e la moglie a Bassano del Grappa in auto.

Anche sotto tale profilo, non si vede la ragione per cui la moglie – che pure guidava l'auto, tanto da andare a trovare il marito in Ospedale due volte al giorno – non abbia ella stessa condotto il marito a casa. Il veicolo ed entrambe le parti erano infatti a Pt_4 e le parti avrebbero dovuto comunque fare ritorno al luogo di residenza in auto, da Pt_4 , anche se l'infezione non ci fosse stata.

Se la moglie ritenne di non guidare l'auto fino a Bassano del Grappa fu per propria scelta personale, non imputabile alla colpa medica, secondo un criterio di regolarità causale. Il tragitto di rientro dal luogo di villeggiatura a quello di residenza si sarebbe comunque dovuto compiere in ogni caso, con la conseguenza che la spesa sostenuta a tal fine non può ritenersi quale fonte di danno.

Assolutamente sproporzionato, poi, il costo di € 1.000,00 versato al Per_7 – genero dei ricorrenti – per il viaggio in treno e il successivo rientro in auto, con la conseguenza che tale voce di danno, comunque non riconducibile all’evento per causa sotto un profilo di regolarità causale, è in ogni caso eccessiva ed esorbitante. Con riguardo ai ricoveri presso gli [REDACTED] di Bassano e Asiago, poi, i ricorrenti hanno ribadito la richiesta delle spese sostenute per le visite che la moglie ha effettuato al marito ricoverato e anche a spese di *“lavaggio indumenti e quant’altro necessario a tale accudimento”*.

In disparte la palese genericità della domanda di risarcimento per *“quant’altro necessario”* (su cui, si ricorda, è stata chiesta anche prova testimoniale; a conferma dell’inammissibilità dei capitoli), va rilevato che in costanza di ricovero il lavaggio degli indumenti e la cura del paziente sono a carico della struttura; nessuna spesa, dunque, può riconoscersi per tali esborsi.

Allo stesso modo, le spese sostenute per fermenti lattici in costanza di ricovero, suggeriti da un medico, non sono ripetibili da Contr si tratta di un mero *“consiglio”*, come tale definito, e non di una prescrizione. Peraltro, se si fosse trattato di un uso necessario, in costanza di ricovero sarebbe stato fornito dalla struttura.

Anche la cura di rinforzo delle difese immunitarie e l’uso di mirtillo rosso americano sono stati meri *“consigli”* del medico di parte e non costituiscono voci di danno ripetibili dalla Contr. Né sono state riconosciute come necessarie e pertinenti dal CTU.

Nessuna di tali voci di danno è dunque riconosciuta.

d.3) Danno del coniuge

Controparte_1 ha domandato il risarcimento del danno patito iure proprio, per aver dovuto limitare i contatti con il marito, fino ad evitarli, in ragione del pericolo di trasmissione dell’infezione.

Al riguardo deve evidenziarsi che i CCTTUU, nella risposta alle osservazioni del CTP in sede di ATP, hanno negato che sia necessario un isolamento del paziente in costanza di infezione. Le vie di trasmissione della *klebsiella pneumoniae* sono infatti prevalentemente da contatto, con la conseguenza che sono riconosciute delle limitazioni volte a evitare il contatto, ma non è imposto l’isolamento.

Deve inoltre ricordarsi che gli stessi CCTTUU hanno riconosciuto che le misure di precauzione riguardano unicamente il periodo di esistenza dell'infezione e non hanno dunque carattere permanente.

Ciò premesso, va rilevato che risulta provato, in ragione della natura dell'infezione e della durata della stessa, che la moglie dovette adottare misure specifiche di prevenzione volte ad evitare il contatto e a ridurre i pericoli di contagio, certamente dovendo adottare anche specifica cura nella pulizia dell'appartamento.

Si ritiene dunque di dover riconoscere alla moglie un danno per la modifica temporanea delle proprie abitudini di vita, legate all'impossibilità di mantenere un contatto diretto con il coniuge dall'agosto 2019 all'ottobre 2020, in un importo che si ritiene equo liquidare nella somma di **€ 4.715,00**. Il calcolo è compiuto moltiplicando il valore standard della diaria (115€) per il numero di giorni cui la limitazione dei rapporti si riferisce (410), poi ridotto al 10% ($€ 115 \times 410 = € 47.150 \times 10\% = € 4.715,00$).

L'importo va maggiorato di accessori come indicato per il danno non patrimoniale del *Pt_1*

d.4) danno da spese mediche

I CCTTUU hanno riconosciuto come congrue e pertinenti le spese mediche, documentate nell'importo di **€ 1.285,00**. Tali somme sono dunque riconosciute in favore del *Pt_1*

Poiché si tratta di un debito di valore calcolato alla data dell'esborso, ogni importo va rivalutato dalla data dell'esborso a quella odierna; gli accessori sono poi da calcolarsi secondo il criterio indicato nella liquidazione del danno non patrimoniale.

e) spese di mediazione e di ATP

Parte ricorrente ha chiesto la refusione delle spese di mediazione e di ATP, in ragione dell'attività processuale compiuta prima dell'introduzione del giudizio di merito.

Parte resistente ha ritenuto che tali spese non possano riconoscersi, in assenza di fattura.

Sul punto si ritiene che, poiché si tratta di materia nella quale la procedura di mediazione o quella di ATP sono condizioni di procedibilità della domanda, certamente sono da riconoscersi le spese che il danneggiato deve sostenere per tali fasi, da liquidarsi non quali voci di danno, ma quali spese processuali, regolate secondo il criterio della soccombenza.

In tal senso la Corte di Cassazione nell'ordinanza n. 29850 del 27.10.2023: *“Le spese dell'accertamento tecnico preventivo a fini di composizione della lite ex art. 696 bis c.p.c. devono essere poste a carico della parte richiedente, e saranno prese in considerazione nel successivo giudizio di merito, ove l'accertamento tecnico sarà acquisito, come spese giudiziali, da porre, salva l'ipotesi di compensazione, a carico del soccombente”*.

Le spese della procedura di mediazione e del fascicolo di ATP sono calcolate secondo il danno riconosciuto in sentenza (scaglione da € 26.001,00 a € 52.000,00).

Spese di mediazione: **€ 48.80** quale costo di attivazione (doc. 51); **€ 536,00** quale compenso tabellare; IVA, CPA e spese fort. Come per legge;

Spese del giudizio di ATP: **€ 288,00 per spese; € 3.056,00** per compenso; oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge.

Sono poi dovuti gli importi liquidati ai CCTTUU come da decreti di liquidazione del fascicolo di ATP, regolarmente versati da parte ricorrente.

Sono poi dovuti, quali costi del processo, gli esborsi che i ricorrenti hanno sostenuto per l'assistenza dei CCTTPP dr. **Per_8** e dr. **Per_3** nell'importo complessivo di € 3.000,00.

f) Spese del giudizio di merito

Le spese del giudizio di merito seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo, secondo il valore del danno riconosciuto in sentenza.

Non si applica la condanna ai sensi dell'art. 96 c.p.c., in quanto la domanda di parte ricorrente è stata fortemente ridimensionata nel quantum e la difesa dalla **Contr** è risultata vittoriosa nella contestazione di molte voci di danno; nessuna colpa grave può dunque ravvisarsi, neppure per la mancata adesione alla procedura di mediazione (le conclusioni dei CCTTPP sono state dimezzate dalla CTU) e per la

mancata conciliazione in sede di ATP (atteso il rigetto nella richiesta di diverse voci di danno).

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce – Prima sezione Civile, definitivamente pronunciando nella causa N 1717/2024 RG, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa:

- a) Accerta e dichiara la responsabilità di **CP_2** nella determinazione del danno patito da parte ricorrente;
- b) Per l'effetto, condanna parte resistente al risarcimento del danno in favore di **Parte_1**, liquidato in € 32.602,00 per danno non patrimoniale e in € 1.285,00 per spese mediche, e in favore di **Controparte_1**, liquidato in € 4,715,00; tutto oltre accessori come in parte motiva;
- c) Condanna parte resistente alla refusione delle spese del giudizio di mediazione in favore di parte ricorrente, liquidate in € 48,80 per spese ed € 536,00 per compenso, oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge;
- d) Condanna parte resistente alla refusione delle spese del giudizio di ATP in favore di parte ricorrente, liquidate in € 288,00 per spese ed € 3.056,00 per compenso, oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge ed oltre alla somma di € 3.000,00 per compenso dei CCTTPP;
- e) Pone le spese della CTU espletata in sede di ATP in via definitiva a carico di parte resistente;
- f) Condanna **CP_2** alla refusione delle spese di lite del giudizio di merito in favore di parte ricorrente, liquidate in € 7.616,00 per compenso, oltre c.u., rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge.

Lecce, 10/03/2025

Il giudice
Dott.ssa Viviana Mele