N. **19798/2016** R.Gen.Aff.Cont.

Cron._____

Rep. _____

Sent. n._____

R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Napoli

8 SEZIONE CIVILE

Il Giudice, dott. Marcello Amura, ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 19798/2016 R.Gen.Aff.Cont. assegnata in decisione all'udienza del 04/06/2020 senza la fissazione dei termini previsti dagli artt. 190 e 281*quinquies*, co. I, c.p.c. stante la rinunzia dei difensori oralmente acquisita

TRA

Parte_1, c.f.: *C.F._1*, elett.te dom.ta in [redacted] SANT'ANTIMO presso lo studio dell'Avv. [redacted] c.f.: *C.F._2*, dal quale è rappresentata e difesa in virtù di procura in atti

- ATTRICE

E

Controparte_1 - **GIÀ** *Controparte_2* c.f.: *P.IVA_1* in persona del l.r.p.t., elett.te dom.ta in [redacted] S. MARIA CAPUA VETERE, presso lo studio dell'Avv. [redacted] c.f.: *C.F._3*, dal quale è rappresentata e difesa in virtù di procura in atti

- CONVENUTA

Oggetto: Responsabilità professionale.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Conclusioni: all'udienza di trattazione scritta del 04/06/2020 i difensori delle parti costituite hanno concluso come note depositate telematicamente.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato alla convenuta *Controparte_1* la sig.ra *Parte_1* chiedeva accertarsi la responsabilità professionale dei sanitari della predetta struttura per le lesioni personali e le sofferente patite in ragione dell'intervento chirurgico di atro protesi di anca eseguito in data 23 settembre 2011, correlati all'instaurarsi di un processo infettivo nella sede chirurgica e cui seguiva un secondo intervento chirurgico ("mobilizzazione settica protesi dx, espianto e riposizionamento di blocco spaziatore antibiotico") eseguito presso l'Ospedale *Controparte_3* della [redacted] ed un terzo intervento (in data 3 maggio 2014 presso la *Controparte_4*) volto all'impianto della protesi definitiva; conseguentemente chiedeva condannarsi la convenuta al ristoro dei danni, patrimoniali e non , patiti.

Si costituiva in giudizio la convenuta [redacted] *CP_1* la quale impugnava e contestava le domande attoree, siccome illegittime ed infondate in fatto e diritto, oltrechè non provate.

Ammessa ed espletata CTU medico-legale (affidata al Prof. *Persona_1* , la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni, e, indi, introitata a sentenza, con la concessione dei termini ex art. 190 cpc, per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

1) Sulla responsabilità medica in generale.

Prima di passare all'esame della fattispecie oggetto di controversia, appare opportuno premettere che la presente controversia è sottratta all'applicazione della Legge n.17 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli Bianco), ciò in conformità a quanto affermato di recente dalla Cassazione civile, Sez. III, che con la sentenza n. 28994 dell'11.11.2019, nell'affrontare la natura e il regime della responsabilità medico-sanitaria successiva alla riforma del 2017, avuto particolare riguardo al diritto intertemporale, aderisce all'indirizzo interpretativo espresso dai giudici di merito, affermando il principio di diritto per cui le norme sostanziali contenute nella Legge n. 24/2017, non hanno portata retroattiva e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca antecedente alla loro entrata in vigore.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Ciò detto, secondo l'ormai consolidato orientamento della giurisprudenza, in ipotesi di danni riportati a seguito di intervento chirurgico, il titolo della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria (nonché al medico operante) è di natura contrattuale, che si origina grazie al contatto che si instaura tra medico e paziente.

Con sentenza 1 luglio 2002, n. 9556, in particolare, la Corte di Cassazione a Sezioni Unite ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale, in ipotesi di intervento chirurgico non correttamente eseguito, quella della *CP_5* (ovvero dell'ente ospedaliero) è ascrivibile al novero della responsabilità contrattuale per inadempimento dell'obbligazione che la stessa *CP_5* assume, direttamente con i pazienti, di prestare la propria organizzazione aziendale per l'esecuzione dell'intervento richiesto: ed infatti, all'adempimento dell'obbligazione predetta è collegata la rimunerazione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo inteso come rischio dell'esercizio dell'attività di impresa della *CP_5* In particolare, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto contratto di spedalità), che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura e da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del *Controparte_6*) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

La struttura sanitaria risponde quindi, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 c.c.. (cfr. motivazione della sentenza n. 9556/2002: "la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un non facere e cioè il puro rispetto della sfera giuridica di colui che gli si rivolge

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

fidando nella sua professionalità, ma giustappunto quel facere nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento (l'abilitazione all'attività, rilasciatagli dall'ordinamento, infatti, prescinde dal punto fattuale se detta attività sarà conseguenza di un contratto o meno). In altri termini la prestazione (usando il termine in modo generico) sanitaria del medico nei confronti del paziente non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due. Ciò è dovuto al fatto che, trattandosi dell'esercizio di un servizio di pubblica necessità, che non può svolgersi senza una speciale abilitazione dello Stato, da parte di soggetti di cui il "pubblico è obbligato per legge a valersi" (art. 359 c.p.), e quindi trattandosi di una professione protetta, l'esercizio di detto servizio non può essere diverso a seconda se esista o meno un contratto").

Va poi osservato che non rileva la circostanza per cui il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura (ovvero all'ospedale) per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (rectius, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 11 maggio 1995, n. 5150; si vedano anche Cass., sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103 e Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

In conclusione, in ipotesi di danno conseguente ad intervento chirurgico, la struttura sanitaria risponde a titolo di responsabilità contrattuale, sia per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., laddove vengano inadempiute obbligazioni connesse al contratto di spedalità e direttamente a carico dell'ente debitore (assistenza post - operatoria; sicurezza delle attrezzature e degli ambienti; custodia dei pazienti, tenuta della cartella clinica; vitto ed alloggio), sia per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, ex art. 1228 cod. civ., con riferimento all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta dal sanitario.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

È bene precisare, a questo punto, che non incide sui principi giurisprudenziali sin qui esposti, elaborati dalla Suprema Corte, il disposto dell'art. 3 del d. l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189; ed invero, come chiarito dalla Suprema Corte, L'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve (così Cass., sez. VI-III, ord. 17 aprile 2014, n. 8940; in senso conforme, Cass., sez. VI-III, ord. 24 dicembre 2014, n. 27391; nella giurisprudenza di merito, si veda, nello stesso senso, Trib Milano, 18 novembre 2014, n. 13574: in tema di responsabilità civile sanitaria il tenore letterale dell'art. 3, comma 1, d.l. 158/2012, conv. in l. 189/2012 (c.d. decreto Balduzzi) anche alla luce dell'esame dell'intenzione del legislatore non consente di ritenere che la responsabilità del medico, per condotte interne ad una struttura sanitaria pubblica o privata, sussista solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano perché tale distinzione non è ricavabile dal tenore della norma che ha ad oggetto esclusivo, in punto di delimitazione della responsabilità, l'esimente penale della colpa lieve per tutti gli esercenti le professioni sanitarie senza distinzione tra sanità pubblica e privata; si veda anche Trib. Milano, 23 luglio 2014, n. 9693: L'art. 3, comma 1, della legge Balduzzi non incide né sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata) né su quello del medico che ha concluso con il paziente un contratto d'opera professionale (anche se nell'ambito della cosiddetta attività libero professionale svolta dal medico dipendente pubblico): in tali casi sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c., ed è indifferente che il creditore/ danneggiato agisca per ottenere il risarcimento del danno nei confronti della sola struttura, del solo medico o di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

entrambi. Il richiamo nella norma suddetta all'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. per l'esercente la professione sanitaria che non risponde penalmente (per essersi attenuto alle linee guida), ma la cui condotta evidenzia una colpa lieve, non ha nessun riflesso sulla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, che ha concluso un contratto atipico con il paziente (o, se si preferisce, è comunque tenuta ex lege ad adempiere determinate prestazioni perché inserita nel Ssn) ed è chiamata a rispondere ex art. 1218 c.c. dell'inadempimento riferibile direttamente alla struttura anche quando derivi dall'operato dei suoi dipendenti e/o degli ausiliari di cui si è avvalsa; la medesima pronuncia ha ritenuto che la responsabilità del medico per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura) venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c. e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare)).

Per quanto concerne, poi, il riparto dell'onere della prova nelle controversie concernenti la responsabilità professionale del medico, un risalente orientamento giurisprudenziale della Suprema Corte distingueva tra intervento di semplice esecuzione (in cui la dimostrazione, da parte del paziente, dell'aggravamento della propria situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie era ritenuta idonea a fondare una presunzione semplice in ordine all'inadeguata o negligente prestazione, spettando al medico fornire la prova che la prestazione professionale era stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi erano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile) e interventi di difficile esecuzione (in cui spettava al paziente allegare dimostrare quali erano state le inidonee modalità di esecuzione: cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 21 dicembre 1978, n. 6141).

Dopo la nota sentenza delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte del 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di riparto dell'onere della prova in ipotesi di inadempimento ovvero inesatto adempimento di un contratto, tuttavia, tre pronunce della Suprema Corte (cfr. Cass., sez. III, 19 maggio 2004, n. 9471; Cass., sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297; Cass., sez. III, 21 giugno 2004, n. 11488) hanno chiarito che, in applicazione dei criteri di ripartizione dell'onere della prova dettati dalle Sezioni Unite con la suddetta pronuncia, il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto (fondato sul contatto sociale) ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Con la conseguenza per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario allegare e provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

In buona sostanza, al paziente è richiesto di provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dover provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale; il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria) deve dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi furono determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. sul punto Cass., sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997).

Da ultimo, tale impostazione è stata recepita dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577), che hanno altresì affrontato la questione della dimostrazione del nesso di causalità, rilevando che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.".

Con specifico riguardo a tale ultimo profilo, del nesso di causalità tra condotta del medico (ovvero della struttura sanitaria) ed evento (danno riportato all'esito dell'operazione ovvero del trattamento sanitario), va premesso, sul piano generale, che la valutazione del nesso causale in sede civile, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

41 c.p. (secondo i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché al 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) presenta tuttavia notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, stante la diversità dei valori in gioco tra responsabilità penale e responsabilità civile. Nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige infatti la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (cfr. Cass., sez. III, 11 maggio 2009, n. 10741; si veda anche Corte di Appello di Bari, sez. III, 13 marzo 2012, n. 274).

In sede civile, in particolare, nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (cfr. Cass., sez. III, 18 luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di “credibilità razionale” o “probabilità logica”, in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073).

La giurisprudenza più recente, in particolare, ha valorizzato, rispetto al criterio dell’alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica, quello del “più probabile che non”, quale regola che presiede il giudizio qualificatorio del nesso eziologico (cfr., da ultimo, Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

Conseguentemente, con specifico riguardo alla responsabilità del medico, essendo quest’ultimo tenuto ad espletare l’attività professionale secondo canoni di diligenza e perizia scientifica, il giudice, accertata l’omissione di tale attività, può ritenere, in assenza

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

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 (cfr. Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

In tema di riparto dell'onere probatorio in tema di causalità materiale, si evidenzia come la Suprema Corte di Cassazione anche di recente abbia in più occasioni ribadito il principio secondo cui 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'evento di danno (aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. civ. (cfr. in tal senso Cass. Ordinanza n.20812 del 2018).

In particolare con la sentenza n.28991 del 2019 si è affermato il condivisibile principio secondo cui in tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

***

2) Sul merito della controversia.

Fatte queste premesse, è possibile esaminare nel merito la domanda spiegata dall'attrice, ciò previo rigetto dell'eccezione di nullità dell'atto di citazione, atteso che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

detto documento contiene elementi assolutamente idonei a determinare petitum e causa petendi.

2.1) Sui danni subiti da *Parte_1* .

Va preliminarmente evidenziato che in occasione della costituzione in giudizio parte attrice ha depositato una relazione tecnica di parte, a firma del dottor *Persona_2* e recante la data del 27 settembre 2015.

Anche in tale documento le censure all'operato dei sanitari della convenuta appaiono incentrate **sull'instaurarsi della sepsi periprotesica** dell'anca destra (cfr. pagg. 8 e ss. della ctp) nonché **sulla gestione della paziente nella fase pre e post operatoria**, ove non sarebbero stati tenuti in debito conto dai sanitari due fattori di rischio infettivo (obesità ed indici biochimici infiammatori alterati già in data 19 settembre 2011), circostanze che avrebbe dovuto imporre un approfondimento diagnostico di esclusione o di individuazione delle eventuali causa infettive nonché l'avvio di una profilassi antibiotica specifica o empirica. Carenze vengono riscontrate anche nel successivo monitoraggio della paziente e nella omessa valutazione dei primi segnali del processo infettivo.

Avuto riguardo alla prospettazione dei danni, essi vengono individuati nella relazione (cui si rinvia) e quantificati, in misura differenziale, nel 20% di IP (35% -15%) nonché in 10 mesi di ITT, e 20 mesi di ITP di cui 10 mesi al 75% e dieci mesi al 50%.

A fronte di tale prospettazione, occorre dar conto delle **difese svolte dalla convenuta struttura sanitaria**, la quale ha essenzialmente evidenziato di avere scrupolosamente rispettato le regole in maniera di igiene e sicurezza in occasione del'intervento chirurgico, riducendo al minimo il rischio infettivi collegati allo stesso; ha, inoltre, sostenuto che il processo infettivo instauratosi integri una incolpevole complicanza, costituendo una inevitabile infezione nosocomiale; ha inoltre prodotto documentazione a suo dire idonea a comprovare l'attuazione delle misure volte a ridurre il rischio di infezioni. Ha, inoltre, evidenziato come la paziente sia stata correttamente sottoposta a profilassi antibiotica preventivo ed ha sostenuto che l'infezione ben potrebbe essersi instaurata in epoca precedente o successiva all'intervento.

Ciò detto in ordine al quadro deduttivo, occorre analizzare gli accertamenti e le conclusioni cui è giunto il ctu nominato in corso di causa (Prof. *Persona_1* .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Il consulente, dopo aver ricostruito la vicenda clinica oggetto di causa e fornito le risultanze dell'esame obiettivo della, ha concentrato la propria attenzione essenzialmente sul tema afferente all'esistenza del nesso di causalità tra l'intervento chirurgico e la contrazione dell'infezione; in particolare si legge (cfr. pagg. 11 e ss.): " *il caso, in sostanza, concerne una infezione (da Staphylococcus epidermidis e Streptococcus anginosus) di artroprotesi d'anca, impiantata (23/9/11) presso il P.O.* [redacted] *CP_1* *di* [redacted] *che si lamenta conseguenza di mancata profilassi antibiotica pre-operatoria nonché di contagio intraospedaliero. L'esordio clinico dell'infezione avvenne circa due mesi dopo e, in relazione a ciò, si procedette prima a intensa e protratta terapia antibiotica plurifarmacologica e, poi, a sostituzione protesica, previo espianto chirurgico della protesi infetta e posizionamento temporaneo di spaziatore antibiotato*".

Preliminarmente alla verifica della tesi di parte attrice il ctu si diffonde in un'ampia dissertazione:

a) sull'eziologia e natura delle infezioni su protesi ortopediche;
b) sulla gestione del relativo rischio e delle misure preventive da adottare per ridurlo;
c) sulla distinzione (avuto riguardo al rapporto temporale tra l'impianto della protesi e l'insorgenza dell'infezione stessa) tra infezioni precoci, intermedie e tardive (ognuna con patogenesi ed etiologia diverse);
d) sulla distinzione basata unicamente sui meccanismi patogenetici (suddividendo le infezioni protesiche in tre gruppi: 1) inoculazione diretta dei microrganismi durante l'impianto della protesi o nella gestione postchirurgica della ferita; 2) disseminazione ematogena in corso di batteriemia; 3) riattivazione di un'infezione latente;
e) sulla difficoltà diagnostica e sul decorso clinico delle infezioni, concentrandosi in particolare sui **criteri per la diagnosi di infezione peri-protesica;**
f) sui possibili approcci curativi per controllare l'infezione.

Ciò premesso, il ctu (cfr. pagg. 17 e ss.) passa ad esaminare il caso di specie affermando quanto segue: " *un primo momento di interesse in tema di responsabilità professionale nell'insorgenza di una infezione protesica è quello relativo alla* ***profilassi***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

antibiotica, *oggi riconosciuta come un presidio fondamentale per ridurre in maniera rilevante l'incidenza delle infezioni postoperatorie.*

La ragione d'essere della profilassi antibiotica è rappresentata dalla necessità di contrastare e/o impedire la immediata localizzazione di elementi batterici nella sede di intervento.

La velocità di riproduzione delle colonie rende ragione della necessità di predisporre un'adeguata concentrazione locale di antibiotici che, tuttavia, deve essere ad ampio spettro d'azione ed a carattere generico, anche se ad emivita breve.

Peraltro le Linee Guida Regionali per la "Profilassi antibiotica peri-operatoria" della Controparte_7 , emanate con delibera n°1814 e pubblicate sul Org_1 (bollettino ufficiale della Controparte_7) - n. 58 del 5 novembre 2007, raccomandano di effettuare la profilassi antibiotica nella chirurgia protesica dell'adulto utilizzando una dose preoperatoria di 2 g di Cefazolina, 1 g dopo 3h intraoperatoria ed 1 g/6h per 24h postoperatoria. Nello specifico la dose preoperatoria deve essere somministrata 30 minuti prima dell'inizio dell'intervento chirurgico. Solo se la percentuale di MRSA/MRSE>50%, calcolata sugli isolati da ferite infette è raccomandato l'utilizzo della vancomicina anziché la cefazolina.

Orbene, ***nel caso di specie, in riferimento all'aspetto della profilassi, la condotta dei sanitari convenuti è da ritenersi censurabile****, posto che l'intervento di artroprotesi d'anca non risulta preceduto da congrua profilassi antibiotica peri-operatoria così come raccomandato dalle Linee Guida nazionali.*

In particolare, deve precisarsi che nelle cartelle cliniche disponibili non risulta affatto somministrata terapia antibiotica profilattica e che il foglio di prescrizione di terapia contenuto nella produzione di parte convenuta ("terapia intramuscolare dal 19/9 ceftriaxone ... lixidol, terapia orale nexium ... terapia sottocute clexane ...") documenta, appunto, la sola prescrizione di antibiotico ma non la sua concreta somministrazione peri-operatoria. Inoltre, non può non rilevarsi che detto foglio di prescrizione reca una data a stampa successiva di diversi giorni (29/9/11 ore 8:54:32) rispetto all'intervento chirurgico di artroprotesi d'anca (23/9/11).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Di qui l'inadeguatezza di condotta relativa alla doverosa profilassi antibiotica peri-operatoria.

Un secondo momento di interesse medico-legale è correlato alla ***possibilità che la contaminazione batterica si sia verificata nel corso dell'intervento o nel post-operatorio****, coinvolgendo nell'ipotesi di colpa il personale e le strutture chirurgiche.*

L'ambiente della sala operatoria o lo stesso personale sanitario possono trasmettere una contaminazione al campo operatorio attraverso qualsiasi veicolo settico che può certamente eludere una asepsi apparentemente corretta; una responsabilità diretta non è dimostrabile, ma può essere fondatamente ipotizzata quando nella stessa sala sia stato effettuato, nelle ore precedenti, un intervento evidentemente settico; analoga situazione si può verificare nel caso che, dopo l'intervento, il paziente venga ricoverato in un ambiente dove siano degenti altri pazienti portatori di infezioni. Su tale ultimo aspetto è utile rammentare che le infezioni nosocomiali comprendono le infezioni che si contraggono in pazienti che ricevono trattamenti in qualsiasi luogo di degenza.

Orbene, nel caso di specie l'infezione protesica presentata dall'attrice (ad etiologia riconducibile alla contaminazione da Staphylococcus epidermidis e Streptococcus anginosus) è classificabile, per tempi e modalità di insorgenza, ***quale infezione intermedia o ritardata*** *e, in tal senso,* ***essa è riconducibile (nell'ottica del più probabile che non) ad una contaminazione intraospedaliera****.*

Per di più deve segnalarsi che ***il diario clinico post-operatorio è praticamente inesistente****, nel senso che dopo l'intervento chirurgico non risultano attuate quelle doverose attività di verifica delle condizioni cliniche generali e locali di un operato di artroprotesi d'anca, finalizzate a minimizzare il rischio di sviluppo di infezione nell'immediato post-operatorio.*

Del resto ***la documentazione allegata alla produzione di parte convenuta non è sufficiente ad escludere un nesso di causa-effetto tra la degenza ospedaliera e l'infezione protesica*** *posto che:*

1) il registro di sanificazione del blocco operatorio non esclude una contaminazione successiva alla sanificazione medesima;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

2) le istruzioni operative aziendali (molte delle quali, peraltro, emanate successivamente ai fatti in questione) non ne comprovano una effettiva attuazione.

In definitiva, si dispone di convergenti motivazioni ***per ricondurre in senso causale l'infezione protesica a difetti assistenziali del P.O. "*** *CP_1* ***di*** [redacted] *dovendo precisarsi che le condotte doverose ma omesse avrebbero, nell'ottica del più probabile che non, impedito l'evento avverso e le sue conseguenze menomative che, pertanto, assumono il significato di un danno iatrogeno risarcibile*".

Occorre rimarcare come, **a fronte dell'inoltro della bozza di perizia** alle parti, **le stesse non hanno inoltrato nessun rilievo critico**.

Decisamente tardivi appaiono, peraltro, i rilievi critici mossi dalla convenuta unicamente in occasione del deposito telematico (in data 2 febbraio 2020) della nota con cui ha evidenziato le ragioni del rifiuto della proposta transattiva di questo Giudice a norma dell'art.185 bis c.p.c..

Peraltro, pure prescindendo dalla questione posta dalla Seconda Sezione della Corte di Cassazione con l'ordinanza 29 gennaio 2020, n. 1990 (con cui ha rimesso gli atti al Primo Presidente per la eventuale risoluzione, da parte delle Sezioni Unite, della questione riguardante l'ammissibilità della contestazione degli esiti della consulenza tecnica di ufficio espletata in corso di giudizio per la prima volta in sede di comparsa conclusionale), appare evidente come tali rilievi appaiono essenzialmente riprodurre le argomentazioni inerenti la qualificabilità dell'infezione quale complicanza incolpevole, inidonee, alla luce dei principi in tema di onere probatorio richiamati ed alle conclusioni del ctu, ad affermare la condivisibilità delle stesse.

Quanto precede, infatti, consente di ricostruire la fattispecie concreta sottoposta al vaglio del Tribunale, nei termini sopra individuati.

Invero, per ciò che concerne l'invocata responsabilità, l'attrice ha fornito - come richiestogli in applicazione dei principi innanzi esposti - la prova della conclusione del contratto di spedalità con la convenuta struttura sanitaria; avuto, inoltre, riguardo all'allegazione di un inadempimento qualificato, l'attrice ha fornito indicazione dei profili di inadempimento nei termini sopra sintetizzati.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Inoltre, alla luce della documentazione medica richiamata e delle indagini peritali, è rimasta accertata la sussistenza del nesso di causalità tra l'inadeguato trattamento sanitario ricevuto presso la convenuta *Controparte_1* nei termini appena descritti e ed i postumi permanenti come individuati dal ctu in perizia e correlati all'infezione contratta.

La convenuta struttura sanitaria, per contro, non ha fornito la prova liberatoria alla stessa richiesta, consistente, come già chiarito, nella dimostrazione della diligente esecuzione della prestazione medica ovvero della riconducibilità degli esiti peggiorativi di cui si è detto ad un evento imprevisto ed imprevedibile. Ciò dicasi alla luce delle lacune probatorie evidenziate dallo stesso ctu.

Ne deriva, pertanto, l'accoglimento della domanda risarcitoria proposta dall'attrice nei confronti della predetta convenuta struttura sanitaria, la quale, come già sopra chiarito, risponde a titolo contrattuale per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, ex art. 1228 cod. civ., con riferimento all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta dal personale sanitario da essa dipendente.

Ciò posto, deve ora procedersi alla quantificazione del lamentato danno.

Avuto riguardo al danno biologico per postumi permanenti, il ctu conclude evidenziando quanto segue: "*da un punto di vista valutativo del danno all'efficienza fisica dell'interessata, va detto che la letteratura valutativa tabellare medico-legale del danno alla persona* *Organizzazione_2* *Linee Guida per la Valutazione Medico-legale del Danno alla Persona in Ambito Civilistico. Giuffré, Milano, 2016) indica abitualmente per* ***postumi d'artroprotesi d'anca di valore menomativo analoghi a quelli residuati all'attrice un danno biologico del 30%****, valore di danno base da considerare per la stima del danno iatrogeno che tiene conto dei postumi funzionali, della cicatrice chirurgica e del reperto anatomo-radiografico, in un contesto di diffuse alterazioni degenerative artrosiche.*

Ai fini risarcitori v'è, tuttavia, da tener presente che anche nell'ipotesi di una buona riuscita dell'intervento di artroprotesi d'anca, cioè di un intervento non connotato da infezione protesica, sarebbe comunque residuata una invalidità stimabile mediamente intorno al 20%, per cui dall'attuale invalidità complessivamente riferibile ai postumi anatomo-funzionali ed estetici all'anca destra va in ogni caso sottratta tale percentuale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Su questa base si perviene al riconoscimento di un ***danno biologico differenziale iatrogeno risarcibile del 10%****, che rappresenta un valore adeguato a caratterizzare in senso menomativo i postumi direttamente conseguenti ai difetti assistenziali rilevati nel caso di specie (cioè con astrazione di quelli in sé e per sé riconducibili ad un'artroprotesi d'anca non connotata da eventi avversi come quello in questione).*

I riflessi dei postumi sulla sfera individuale, sulla sfera relazionale e sull'espletamento delle normali attività quotidiane si ritengono assorbiti nel valore menomativo del danno biologico prospettato…..

Ai fini della stima del danno temporaneo iatrogeno, tenuto conto del periodo di invalidità temporanea che sarebbe comunque conseguito ad un intervento di artroprotesi d'anca ben riuscito ed in base a criteri scientifici desunti dalla comune esperienza clinica, si ritiene di poter indicare ***una iniziale invalidità totale (ITT) di 90 giorni e una successiva invalidità temporanea parziale (ITP), progressivamente decrescente e mediamente valutabile sul 75%, per 60 giorni e sul 50% per ulteriori 120 giorni***".

Anche tali conclusioni sono state tardivamente contestate dalla convenuta con le note depositate telematicamente in data 2 febbraio 2020, con argomentazioni, peraltro, che non appaiono idonee a contrastare i puntuali riferimenti tabellari forniti dal ctu.

Quanto all'individuazione del criterio di liquidazione del danno biologico così individuato, tra le varie soluzioni elaborate dalla giurisprudenza, ritiene questo Giudice di aderire a quell'orientamento che rapporta il cosiddetto valore punto alla gravità della menomazione ed all'età del soggetto leso, così da offrire un parametro che, da un lato, sia obiettivamente verificabile e, dall'altro, non escludendo la possibilità di adeguamento al caso concreto, consenta di ricostruire in modo quanto più possibile adeguato alla persona offesa il valore umano perduto; ciò, in particolare, mediante applicazione delle "Tabelle" elaborate dal Tribunale di Milano, che, secondo l'insegnamento della Suprema Corte, risultano essere quelle statisticamente maggiormente testate, e pertanto le più idonee ad essere assunte quale criterio generale di valutazione che, con l'apporto dei necessari ed opportuni correttivi ai fini della c.d. personalizzazione del ristoro, consenta di pervenire alla relativa determinazione in termini maggiormente congrui, sia sul piano dell'effettività del ristoro del pregiudizio che di quello della relativa perequazione - nel rispetto delle

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

diversità proprie dei singoli casi concreti - sul territorio nazionale (cfr. Cass., sez. III, 30 giugno 2011, n. 14402).

Ciò posto, considerato che in sede di liquidazione del danno da invalidità per postumi permanenti il valore da attribuirsi ai punti di invalidità deve essere rapportato all'entità percentuale dell'invalidità riscontrata, e che l'aumento progressivo del predetto valore, per punto di invalidità, deve essere differenziato a seconda dell'età (dovendosi rapportare la liquidazione del danno biologico alla diversa incidenza dell'invalidità sul bene salute compromesso a seconda dell'arco vitale trascorso e dell'aspettativa di vita residua), avuto riguardo ai criteri di liquidazione del danno alla persona in uso presso il Tribunale di Milano (tabelle 2018), l'importo astrattamente liquidabile - in via di equità - per una lesione iatrogena dell'integrità psico-fisica del 10% in soggetto di sesso femminile di 66 anni di età all'epoca dei fatti risulta corrispondente alla somma di Euro 66.270,00, nonché ad Euro 19.110,00 per l'inabilità temporanea, totale e parziale (con l'applicazione dell'importo di euro 98,00 pro die, quanto all'invalidità temporanea), per **un totale di euro 85.380,00**.

In relazione alla somma liquidata per inabilità permanente deve segnalarsi come, avendo la vicenda sanitaria sopra illustrata inciso sull'attuale menomazione fisica complessiva della paziente (pari al 18%) con una valenza causale di circa l'8% (danno iatrogeno differenziale), la liquidazione è stata compiuta, al fine di realizzare una completa funzione riparatoria del risarcimento, detraendo dall'importo astrattamente liquidabile ad un soggetto di pari età (21 anni) per una lesione dell'integrità fisica pari al 30 % (cioè Euro 125.630,00) la somma astrattamente collegata alla menomazione comunque connessa alle sequele proprie derivanti dalla patologia di cui l'attrice risultava affetta, pari a circa 20% di danno biologico (cioè Euro 59.360,00).

Nulla può essere riconosciuto avuto riguardo all'incidenza della lesione iatrogena sull'attività di casalinga, atteso che, come rilevato dal ctu, "*i riflessi dei postumi sulla sfera individuale, sulla sfera relazionale e sull'espletamento delle normali attività quotidiane si ritengono assorbiti nel valore menomativo del danno biologico prospettato"*.

È difettata, quindi, l'allegazione e la prova di danni patrimoniali correlati alle spese sanitarie sostenute ed a sostenersi nonché alla perdita di capacità lavorativa.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

Occorre, a tal punto, prendere in considerazione le ulteriori richieste di ristoro dei danni non patrimoniali.

Per quanto concerne, invece, le predette voci di danno (danno morale e/o esistenziale), questo Giudice, alla luce della già citata sentenza delle SS.UU. della Cassazione n. 26972/2008, che ha riconosciuto la valenza unitaria del danno non patrimoniale, negando al contempo l'autonoma risarcibilità sia del danno morale che del danno esistenziale e sottolineando la necessità di evitare duplicazioni risarcitorie, ritiene di aderire alla soluzione prospettata in tale sentenza, per cui, in assenza di puntuali allegazioni ed elementi probatori, ritiene che tale ulteriore danno non possa essere riconosciuto.

Invero la personalizzazione non costituisce mai un automatismo, ma richiede l'individuazione di specifiche circostanze ulteriori rispetto a quelle ordinarie.

I valori tabellari sopra richiamati sono, infatti, destinati alla riparazione dei pregiudizi normalmente patiti da qualunque vittima di lesioni analoghe. Spetta al giudice far emergere e valorizzare, le specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso concreto, che superino le conseguenze "comuni" già compensate dalla liquidazione forfettizzata del danno non patrimoniale assicurata dalle previsioni tabellari. Il pregiudizio specifico si distingue da quello ordinario per «l'irripetibile singolarità dell'esperienza di vita individuale nella specie considerata, caratterizzata da aspetti legati alle dinamiche emotive della vita interiore, o all'uso del corpo e alla valorizzazione dei relativi aspetti funzionali, di per sé tali da presentare obiettive e riconoscibili ragioni di apprezzamento (in un'ottica che, ovviamente, superi la dimensione "economicistica" dello scambio di prestazioni), meritevoli di tradursi in una differente (più ricca e, dunque, individualizzata) considerazione in termini monetari, rispetto a quanto suole compiersi in assenza di dette peculiarità» (Cass. 21939/2017).

Ai fini della personalizzazione del danno morale non rileva, pertanto, la mera sofferenza derivante dallo sconvolgimento delle abitudini di vita del danneggiato, ricollegabili ad esempio, al dolore di comune riferibilità e, quindi, non apprezzabile in una prospettiva di solidarietà relazionale; bensì rileva la lesione di interessi che assumano consistenza sul piano del disegno costituzionale della vita della persona. È necessario che il danno, di cui si chiede la personalizzazione, presenti dei profili di concreta riferibilità e inerenza all'esperienza personale, specifica e irripetibile. Diversamente opinando, si

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

realizzerebbe una duplicazione delle poste risarcitorie; infatti, le conseguenze ordinarie che discendono da una lesione (di quella specifica entità e riferite a un soggetto di quella specifica età anagrafica) sono integralmente risarcite nella liquidazione del danno alla persona operata attraverso il meccanismo tabellare.

Nel caso di specie è difettata una puntuale allegazione delle circostanze sopra indicate.

Nella liquidazione del danno cagionato da illecito aquiliano, in caso di ritardo nell'adempimento, tuttavia, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario; tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr., in tal senso ed ex multis, Cass. SS. UU., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. 10 marzo 2000, n. 2796).

Orbene, per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma rivalutata in base ad un indice di rivalutazione medio questo Giudicante reputa opportuno condannare la convenuta al pagamento, in favore dell'attrice, degli interessi al tasso legale previsto dal codice civile, dalla data dell'evento dannoso (luglio 2012) sull'importo di euro **85.380,00**, somma che deve essere devalutata, in base all'indice ISTAT delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (cosiddetto indice FOI), alla suddetta data del settembre 2011 - quale momento in cui l'illecito si è prodotto - e, quindi, anno per anno, ed a partire dal settembre 2012 e fino al momento della pubblicazione della presente decisione (mediante deposito in Cancelleria), sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra indicata, con divieto di anatocismo.

Dal momento della pubblicazione della presente sentenza e fino all'effettiva corresponsione, infine, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale sopra liquidata a titolo risarcitorio, gli ulteriori interessi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 cod. civ.,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

posto che, al momento della pubblicazione della sentenza, l'obbligazione risarcitoria, che ha natura di debito di valore, si trasforma in debito di valuta, con conseguente applicabilità degli istituti tipici delle obbligazioni pecuniarie in senso stretto, sulla somma globale composta da capitale, rivalutazione e coacervo degli interessi maturati fino alla data predetta (pubblicazione della sentenza: cfr., in tal senso, Cass. 3 dicembre 1999, n. 13470; Cass. 21 aprile 1998, n. 4030).

Le spese di lite tra l'attrice e la convenuta struttura sanitaria seguono la soccombenza di quest'ultima e si liquidano come da dispositivo facendo applicazione delle tariffe previste dal DM n.55 del 2004 e dello scaglione tariffario corrispondente al valore della del credito risarcitorio concretamente riconosciuto.

L'ingiustificato rifiuto della proposta conciliativa formulata da questo Giudice ai sensi dell'art.185 bis c.p.c. da parte della convenuta struttura sanitaria (proposta accettata da parte attrice e che conteneva, per la convenuta, condizioni economiche ben più favorevoli di quelle scaturenti dalla presente statuizione di condanna) legittima un incremento degli onorari riconosciuti a favore di parte attrice, correlato alla manifesta fondatezza della pretesa azionata in giudizio, quanto meno avuto riguardo alla fase di precisazione delle conclusioni.

Va, inoltre, dato rilievo alla circostanza che parte convenuta ha omesso di partecipare, senza giustificato motivo, alla procedura di mediazione avviata dall'attrice prima del presente giudizio.

Orbene con il decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 è stata data attuazione all'articolo 60 della legge 18 giugno 2009 n. 69 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

L'articolo 84, comma 1, lettera i) del decreto legge 21 giugno 2013 n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013 n. 98, ha inseriti nell'articolo 8 del decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 il comma 4-bis che, tra l'altro, dispone "…*il giudice condanna la parte costituita che nei casi previsti dall'articolo 5, non ha partecipato al procedimento senza giustificato motivo, al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

In ragione di quanto sopra va adottata statuizione di condanna nei riguardi della convenuta.

Le spese di ctu vanno, infine, definitivamente poste a carico di parte convenuta la quale va condannata a rivalere le controparti delle somme a tale titolo provvisoriamente ed eventualmente corrisposte al nominato ctu, previa esibizione di documentazione fiscale.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, 8 SEZIONE civile, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulle domande proposte, così provvede:

- Accoglie nei limiti di cui in parte motiva la domanda risarcitoria proposta da *Pt_1 [...]* nei confronti della convenuta [redacted] *CP_1* in persona del l.r.p.t.; per l'effetto condanna detta convenuta al pagamento in favore dell'attrice *Parte_2* dell'importo di euro **85.380,00**, oltre interessi e rivalutazione come riconosciuti in parte motiva;
- condanna la convenuta [redacted] *CP_1* in persona del l.r.p.t., alla refusione delle spese di lite in favore dell'attrice *Parte_1* che si liquidano in euro 3.500,00 per spese (ivi comprese le spese di ctp relative alla fase stragiudiziale e giudiziale) ed euro 15.000,00 per onorari, oltre rimborso forfettario per spese generali nella misura del 15% degli onorari, iva e cpa, con attribuzione al difensore avvocato [redacted] dichiaratosi anticipatario;
- condanna la convenuta [redacted] *CP_1* in persona del l.r.p.t. ed a norma dell'articolo 8 comma 4 bis del decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 il comma, **al pagamento al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il presente giudizio**;

- pone definitivamente a carico della *CP_8* [redacted] *CP_1* in persona del l.r.p.t., le spese relative alla ctu, già liquidate in atti, con condanna a rivalere la controparte delle somme a tale titolo provvisoriamente ed eventualmente corrisposte al nominato ctu, previa esibizione di documentazione fiscale.

Così deciso in Napoli, il 27/10/2020.

Il Giudice

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640

(dott. Marcello Amura)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-640