N. R.G. 924/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di NUORO

SEZIONE MONOCRATICA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Tiziana Longu
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **924/2019** promossa da:

Parte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] NUORO presso il difensore avv. [redacted]

ATTORE

contro

CP (C.F.), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTA

FATTO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione *Parte_1* ha convenuto in giudizio l'*Contr* di Nuoro chiedendo accertarsi la responsabilità dell'*Contr* per i pregiudizi subiti dall'attore e, per l'effetto, condannarla a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali al pagamento della somma che sarà ritenuta di giustizia all'esito del giudizio, oltre interessi e rivalutazione dal giorno dell'evento al saldo, con vittoria di onorari e spese, oltre Iva e Cpa.

L'attore ha esposto che l'8.01.2015 è stato ricoverato presso il reparto di chirurgia del P.O. *[...]* *Organizzazione_1* per essere sottoposto ad un intervento urgente di appendicectomia; che a causa di un'insufficienza respiratoria da polmonite è stato sottoposto a terapia antibiotica e poi dimesso in data 05.02.2015 con la diagnosi di "addome avuto da peritonite con appendicite perforata. Diverticolite. Neoplasia vescicale (pTa). Versamento pleurico bilaterale. Laparocele post-chirurgico"; che, in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

occasione della dimissione, i sanitari hanno consigliato una successiva valutazione per la correzione del laparocele e ricanalizzazione; che in data 14.04.2015 il sig. *Pt_1* è stato nuovamente ricoverato e il 16.04.2015 è stato sottoposto ad un intervento di ricanalizzazione ileale laparotomica e contestuale posizionamento di protesi addominale; che il decorso postoperatorio è stato complicato da sepsi secondaria a peritonite ed infezione protesica; che in data 21.04.2015 il sig. *Pt_1* è stato sottoposto a Tc Addome/Pelvi urgente, che ha evidenziato "raccolta saccata dello spessore di 2,7 cm che si estende longitudinalmente lungo il decorso della laparatomia"; che in data 04.05.2015 è stata eseguita una Tv Torace/Addome/Pelvi, da cui è risultato "Torace: è presente una fonda di versamento pleurico bilaterale dello spessore massimo di 2,5 cm a sinistra… Addome/Pelvi: all'attuale controllo appare aumentato lo spessore (3,5 cm) e l'estensione della raccolta saccata in prossimità della plastica addominale estesa lungo il decorso della laparatomia che mostra un livello idroaereo nel contesto"; che in data 06.05.2015 l'attore è stato sottoposto a intervento chirurgico d'urgenza a causa di "peritonite (acuta) diffusa"; che l'intervento ha evidenziato una "diffusa infezione protesica, che risulta adesa tenacemente alle anse intestinali"; che a distanza di tre giorni il sig. *Pt_1* è stato nuovamente sottoposto a intervento chirurgico urgente per deiscenza della sutura ileare; che nell'indagine endoscopica del 27.07.2015 è stata rilevata la presenza di tramiti fistolosi in corrispondenza della cicatrice laparotomica per il cui trattamento si è reso necessario un intervento chirurgico, praticato il 04.08.2015; che, a distanza di quattro mesi dal ricovero, il 14.08.2015 *Parte_1* è stato dimesso con diagnosi di "ricanalizzazione intestinale in pregressa resezione intestinale sec Hartmann per diverticolite"; che il personale sanitario del P.O. *Organizzazione_1*, durante il programmato intervento del 16.04.2015 di ricanalizzazione ileale (in esiti di colostomia dopo resezione di *Per_1*) e laparoplastica addominale con protesi biologica, decorso regolarmente e che non comportava la risoluzione di problemi di particolare complessità, ha determinato accidentalmente la contaminazione microbica del sito chirurgico da parte di agenti patogeni (H. influenzae, E. faecium, E. raffinosus), che nei giorni successivi hanno intaccato la parete addominale e si sono estesi rapidamente sino alla componente protesica, rendendo necessari gli ulteriori due trattamenti chirurgici ravvicinati e in continuità di ricovero; che la predetta contaminazione del sito chirurgico è da ritenersi correlabile a una condotta professionale colposa, consistita in una mancata osservazione delle comuni procedure di asepsi; che a carico di *Parte_1* residuano postumi permanenti che incidono sull'integrità psico-fisica della persona nella misura almeno del 30%; che la condotta dei sanitari ha causato l'inabilità temporanea totale di 120 giorni, l'invalidità temporanea parziale al 75% di 30 giorni, l'invalidità temporanea parziale al 50% di 60 giorni, l'invalidità temporanea parziale al 25% di 30 giorni; che a

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

seguito delle lesioni patite l'*CP_* ha riconosciuto un'invalidità del 67% con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 34% al 73%; che le attuali condizioni fisiche ostano alla ripresa di attività faticose, logoranti e pesanti; che le spese mediche sostenuto sono pari a € 3.660,00.

Con comparsa depositata il 28.11.2019 si è costituita in giudizio l' *CP_3* *Controparte_4* la quale ha chiesto il rigetto di ogni avversa domanda, con vittoria di compensi professionali e spese, oltre IVA e CPA; in via subordinata, la limitazione del risarcimento nella misura che risulterà accertata in giudizio, con parziale compensazione delle spese e dei compensi di lite. La convenuta ha dedotto che l' *Parte_2* di Nuoro è sempre stata particolarmente attenta al problema delle infezioni nosocomiali e, per questo motivo, ha sempre adottato nei propri presidi e strutture, ivi compreso il P.O. *Org_1*, rigorosi codici di comportamento per tutto il personale atti a prevenirle ed evitarle; che la causa dell'infezione patita dal Signor *Pt_1* non è in alcun modo ascrivibile ad una non corretta e/o inadeguata organizzazione aziendale sotto il profilo della asepsi, sterilizzazione, sanificazione e igienizzazione ambientale, né all'inosservanza delle relative prescrizioni da parte del personale medico e paramedico, bensì è al novero di percentuali di infezioni che sono del tutto funzionali ad ogni tipo di intervento chirurgico; che l'infezione insorta nel sig. *Parte_1*, dimesso e inviato al proprio domicilio il 05.02.2015 con previsione del successivo intervento di ricanalizzazione intestinale, può essere derivata da altre fonti durante la permanenza presso il proprio domicilio, da considerarsi quale causa diretta ed esclusiva dell'evento; che il danno estetico per la cicatrice che, secondo l'attore, ha comportato ripercussioni sulla sua vita di relazione, unitamente alle sofferenze e disagi, rappresenta la normale ed attesa conseguenza del necessario intervento di peritonite a cui *Parte_1* si è dovuto sottoporre con urgenza il 08.01.2015; che dall'eventuale importo riconosciuto e liquidato dal Tribunale di Nuoro dovrà essere detratto quanto riconosciuto e/o corrisposto dall' *CP_2* all'attore per le prestazioni previdenziali o indennitarie, onde evitare duplicazioni risarcitorie.

Svolta la ctu medico-legale, all'udienza del 14.06.2022, tenuta mediante lo scambio di note difensive, le parti hanno confermato le rispettive conclusioni. La parte attrice ha chiesto la condanna dell [redacted] al pagamento della somma di € 128.714,65, ovvero di quella diversa ritenuta di giustizia. La parte convenuta in via istruttoria ha chiesto il richiamo del ctu a chiarimenti sui punti precisati nelle note del 25.01.2022. Il giudice ha trattenuto la causa a decisione e ha concesso i termini per il deposito di comparse e repliche conclusionali.

1) La domanda avanzata dalla parte attrice volta ad accertare la responsabilità dell [redacted] è fondata e va accolta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

Come risulta dalla documentazione prodotta e dalla relazione dei ctu, in data 8.1.2015 *[...]* *Pt_1* è stato ricoverato presso la Chirurgia del *Org_2* *Organizzazione_1* " per essere sottoposto ad intervento urgente di appendicectomia. Il paziente, nel postoperatorio ha sviluppato insufficienza respiratoria secondaria a polmonite che ha reso necessario il ricovero in terapia intensiva per un supporto cardiorespiratorio e terapia antibiotica. Il 13 gennaio è stato sottoposto a intervento di Hartmann; il 17 gennaio a posizionamento di pigtail toracico bilaterale; il 23 gennaio a resezione transuretrale di neoplasia vescicale ed il 29 gennaio a drenaggio transuretrale della vescica per ematoma. Il sig. *Pt_1* è stato dimesso il 05/02/2015 con diagnosi di "addome acuto da peritonite con appendicite perforata. Diverticolite. Neoplasia vescicale (pTa). Versamento pleurico bilaterale. Laparocele post-chirurgico".

Il 14/04/2015 l'attore è stato nuovamente ricoverato presso la Chirurgia del medesimo nosocomio e sottoposto il 16/04 a ricanalizzazione ileale laparotomica e contestuale posizionamento di protesi addominale di tipo biologico (durata dell'intervento 4 ore e 20 minuti). Il decorso postoperatorio è stato complicato da sepsi secondaria a peritonite e infezione protesica. Il 21/04 una TC addome urgente ha posto in evidenza una raccolta saccata posteriore ai muscoli retti dello spessore di 2,7 cm ed il 04/05 da una TC torace e addome è risultato un versamento pleurico bilaterale ed un aumento dello spessore e dell'estensione della raccolta (3,5 cm.) con un livello idroaereo nel contesto.

Il 06/05 dall'esame del liquido peritoneale è risultata la positività per es. microbiologici a E. faecium, E. raffinosus; dall'emocoltura è emersa la positività per S. haemolyticus ed è stata somministrata la seguente terapia antibiotica: Merrem 1 gr x 3 , Metronidazolo 500 mg x 3, Linezolid 25 ml/h, Diflucan. Lo stesso giorno il paziente è stato sottoposto ad intervento in urgenza per diffusa infezione protesica che risultava tenacemente adesa alle anse intestinali con peritonite acuta diffusa. Durante le manovre di sbrigliamento è stata lesionata un'ansa intestinale che è stata suturata ed è stato creato un bypass latero-laterale.

Il 09/05 il sig. *Pt_1* è stato sottoposto a nuovo intervento in urgenza per deiscenza della sutura. Un'endoscopia del 27/07 ha posto in evidenza due tramiti fistolosi. Il 04/08 è stato sottoposto ad intervento chirurgico di laparotomia, lisi aderenziale estesa, entero-entero anastomosi per fistola enterocutanea ad alta portata. Il 14/08 il sig. *Pt_1* è stato dimesso con diagnosi di "ricanalizzazione intestinale in pregressa resezione intestinale secondo *Per_1* per diverticolite … Chiusura colostomia + plastica parete addominale con protesi biologica (16.4.15). Decorso post-operatorio complicato da sepsi secondaria a peritonite ed infezione protesica. Ricovero in terapia intensiva dal 5.5.15 al 09.05.2015. Re-intervento in data 6.5.15 di rimozione protesica e viscerolisi. Decorso post-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

operatorio complicato da deiscenza sutura ileale. Re-intervento di toilette e posizionamento tubo *Org_3* a livello della deiscenza. Decorso post-operatorio complicato da fistola enterocutanea ad alta portata. Re-intervento in data 4.8.15 di viscerolisi e confezione di enteroanastomosi. Regolare di lesione ulcerativa nella sede della pregressa fistola che viene medica quotidianamente…Torna per controllo in data 16/08/2015…".

Secondo quanto sostenuto dalla parte attrice, durante l'esecuzione dell'intervento del 16.4.2015 il personale sanitario ha determinato accidentalmente la contaminazione microbica del sito chirurgico da parte di agenti patogeni (H. influenzae, E. faecium, E. raffinosus) che nei giorni successivi ha intaccato la parete addominale e si è estesa rapidamente sino alla componente protesica, rendendo necessari ulteriori trattamenti chirurgici ravvicinati e in continuità di ricovero.

I ctu hanno posto in evidenza che l'infezione della ferita è la complicanza più frequente dopo la ricanalizzazione, con un'incidenza superiore agli altri interventi di chirurgia colorettale. Tuttavia nel caso di specie, uno dei germi isolati è uno Stafilococco meticillino-resistente, la cui origine è con elevata probabilità nosocomiale. Tale dato è emerso dalla valutazione dei referti degli esami microbiologici e degli antibiogrammi del 05.05.2015, ovvero di quelli eseguiti in periodo successivo rispetto all'intervento di ricanalizzazione ileale laparotomica effettuato in data 16.04.2015. I ctu hanno ritenuto pertanto che l'infezione manifestata dal paziente sia con alta probabilità di origine nosocomiale, riconducibile alla mancata osservanza delle procedure di asepsi. Le infezioni da stafilococco meticillino-resistente (MRSA), infatti, possono essere contratte soprattutto in ospedale o in altre strutture di cura, tipicamente in occasione di procedure invasive (ad esempio interventi chirurgici o inserimento di cateteri in vena). In particolare, nel caso del Sig. *Pt_1* l'infezione protesica è intervenuta in corso di ricovero (06.05.2015) entro le prime tre settimane dall'intervento di ricanalizzazione laparotomia del 16.04.2015, ovvero in paziente degente, convalescente e con ferita chirurgica ancora recente, il che consente di concludere che l'infezione manifestata dallo stesso sia con alta probabilità di origine nosocomiale.

In particolare i ctu hanno posto in evidenza che, anche tenendo conto dell'apporto eventualmente dato anche dagli altri germi di provenienza enterica, l'esistenza di ulteriori fattori concomitanti non può di per sé escludere le conseguenze della complicanza iatrogena, specie quanto è comprovata, come in questo caso, l'esistenza di un ceppo di origine esogena più pericoloso e avente caratteristiche di virulenza superiore a quella dei comuni batteri commensali. Il fatto poi che l'esame colturale, eseguito direttamente nel focolaio di lesione, sia risultato negativo allo stafilococco meticillino-resistente non esclude, di per sè, l'infezione per via dei possibili falsi negativi legati alla somministrazione di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

antibiotici eseguita prima del prelievo del liquido biologico da esaminare. In ogni caso l'emocultura (nel caso di specie positiva per MRSA) rappresenta il "gold standard" nella diagnosi microbiologica.

Sotto il profilo giuridico va rilevato che, secondo l'orientamento seguito dalla giurisprudenza di legittimità (v. Cass., Sez. U, 11/01/2008, n. 577), 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 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, mentre rimane a carico del debitore l'onere di dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante. Allorquando la responsabilità medica venga invocata a titolo contrattuale, cioè sul presupposto che fra il paziente ed il medico e/o la struttura sanitaria sia intercorso un rapporto contrattuale (o da "contatto sociale"), la distribuzione inter partes del carico probatorio riguardo al nesso causale deve tenere conto della circostanza che la responsabilità è invocata in forza di un rapporto obbligatorio corrente fra le parti ed è finalizzata a far valere un inadempimento oggettivo: sul danneggiato grava dunque l'onere di allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a porsi come causa o concausa del danno, nella prestazione del medico inserita nella sequenza eziologica da cui è scaturito il lamentato pregiudizio (così Cass. 12/09/2013, n. 20904; Cass. 21/07/2011, n. 15993; Cass. 12/12/2013, n. 27855; Cass. 30/09/2014, n. 20547; Cass. 14/07/2015, n. 14642). Recentemente la Corte di Cassazione ha ribadito che nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento (onere che va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno), con la conseguenza che, se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (cfr. Cass. n. 975/2009, Cass. n. 17143/2012, Cass. n. 4792/2013, Cass. n. 18392/2017; Cass., n. 29315/2017; Cass., n. 20812/2918; Cass., n. 21008/2018). In particolare, la Corte di Cassazione ha posto in evidenza che l'onere a carico del danneggiato della prova degli elementi costitutivi della sua pretesa vale, ovviamente, sia in riferimento al nesso causale materiale (attinente alla derivazione dell'evento lesivo dalla condotta illecita o inadempiente) che in relazione al nesso causale giuridico (ossia alla individuazione delle singole conseguenze pregiudizievoli dell'evento lesivo); trattandosi di elementi egualmente "distanti" da entrambe le parti (e anzi, quanto al secondo, maggiormente "vicini" al danneggiato), non v'è spazio per ipotizzare a carico dell'asserito danneggiante

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

una "prova liberatoria" rispetto al nesso di causa (a differenza di quanto accade per la prova dell'avvenuto adempimento o della correttezza della condotta); né può valere, in senso contrario, il fatto che l'art. 1218 cod. civ. faccia riferimento alla causa, laddove richiede al debitore di provare «che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile»: infatti, la causa in questione attiene alla «non imputabilità dell'impossibilità di adempiere», che si colloca nell'ambito delle cause estintive dell'obbligazione (costituenti «tema di prova della parte debitrice») e concerne un «ciclo causale» che è del tutto distinto da quello relativo all'evento dannoso conseguente all'adempimento mancato o inesatto.

Nel caso di specie, come è stato evidenziato, sulla base degli accertamenti svolti dai consulenti, deve ritenersi dimostrato che l'infezione che ha colpito il sig. *Pt_1* sia stata contratta in occasione dell'intervento di ricanalizzazione laparotomia del 16.04.2015: uno dei germi isolati, infatti, è uno Stafilococco meticillino-resistente, la cui origine è con elevata probabilità nosocomiale.

Come ha evidenziato la giurisprudenza, grava sulla struttura sanitaria anche l'obbligazione di garantire l'assoluta sterilità dell'attrezzatura chirurgica e dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo, nonché l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria (Cass., n. 17696/2020).

Tuttavia la parte convenuta non ha dimostrato di aver adottato tutti gli accorgimenti idonei ad evitare tale tipo di evento. A tal fine non possono ritenersi sufficienti i documenti prodotti dall'azienda sanitaria, in quanto non è stata dedotta alcuna istanza istruttoria idonea a dimostrare l'osservanza da parte dei sanitari dei protocolli efficaci per la prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero nel caso in esame. In particolare, anche là dove i protocolli prodotti possano essere ritenuti astrattamente idonei ad assicurare il rispetto delle precauzioni igieniche volte a prevenire l'insorgenza di infezioni ospedaliere, la parte convenuta non ha dimostrato di aver applicato le profilassi igieniche nel caso di specie.

Alla luce di tali considerazioni, deve ritenersi dimostrato che l'infezione contratta dal sig. *Pt_1* sia riconducibile causalmente alla condotta imprudente e negligente dei sanitari, che, nonostante la prevedibilità e prevenibilità delle infezioni nosocomiali in occasione degli interventi chirurgici e in particolare dell'intervento di ricanalizzazione, non hanno dimostrato di aver adottato alcun accorgimento idoneo ad evitare tale evento, con la conseguente determinazione di un "danno iatrogeno non previsto (ovvero legato alle complicanze infettive insorte e ai successivi interventi di revisioni svolti) consistente in un vasto laparocele mediano non riducibile per disastro parietale addominale da diastasi dei muscoli retti".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

2) Ciò premesso, va rilevato che secondo il costante orientamento della giurisprudenza, la struttura sanitaria risponde dei danni derivanti al paziente dai trattamenti sanitari praticati, costituendo criterio di imputazione a suo carico la circostanza che l'attività sanitaria diretta all'adempimento risulti svolta da persone inserite nell'organizzazione, di cui essa si avvale per adempiere alla prestazione (cfr. Cass., 14 luglio 2004 n. 13066; Cass., 13 aprile 2007, n. 8826).

Per quanto concerne la quantificazione del danno, alla luce delle valutazioni espresse dai consulenti tecnici, deve ritenersi accertato che, per effetto dell'infezione nosocomiale e dei conseguenti interventi subiti, il sig. *Pt_1* abbia riportato un vasto laparocele mediano non riducibile per disastro parietale addominale da diastasi dei muscoli retti che ha determinato un aggravamento dell'invalidità permanente derivante dal primo intervento demolitivo di Hartmann, eseguito correttamente, valutabile nella misura del 25%, quantificabile nella misura del 15% in più (a partire dal punto 26 sino al punto 40), nonché un notevole allungamento dei tempi di degenza ospedaliera di 113 giorni in più rispetto a quelli in media attesi, un periodo di inabilità temporanea parziale al 75% di giorni 15 (quindici) e ulteriori 30 (trenta) giorni al 50% per lo stato di convalescenza postricovero.

Come ha evidenziato la giurisprudenza, il "danno iatrogeno" va liquidato monetizzando, dapprima, il grado complessivo di invalidità permanente accertato "in corpore", indi il grado verosimile della predetta invalidità che sarebbe residuato anche in assenza dell'errore medico, poi, detraendo il secondo dal primo (V. Cass., n. 26117/2021).

Ciò premesso, va rilevato che i postumi permanenti di cui è affetto l'attore devono essere considerati nell'ambito del danno non patrimoniale.

Secondo l'orientamento più recente seguito dalla giurisprudenza di legittimità, la categoria generale del danno non patrimoniale - che attiene alla lesione di interessi inerenti alla persona non connotati da valore di scambio - presenta natura composita, articolandosi in una serie di aspetti (o voci) aventi funzione meramente descrittiva, quali il danno morale (identificabile nel patema d'animo o sofferenza interiore subìti dalla vittima dell'illecito, ovvero nella lesione arrecata alla dignità o integrità morale, quale massima espressione della dignità umana), quello biologico (inteso come lesione del bene salute) e quello esistenziale (costituito dallo sconvolgimento delle abitudini di vita del soggetto danneggiato), dei quali - ove essi ricorrano cumulativamente - occorre tenere conto in sede di liquidazione del danno, in ossequio al principio dell'integralità del risarcimento, senza che a ciò osti il carattere unitario della liquidazione, da ritenere violato solo quando lo stesso aspetto (o voce) venga computato due (o più) volte sulla base di diverse, meramente formali, denominazioni (v. Cass., 23 gennaio 2014, n. 1361; Cass., 22 agosto 2013, n. 19402; Cass., Sez. U. n. 26972/2008).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

Tenuto conto dei vari profili che vengono in rilievo nel caso di specie nella determinazione del danno non patrimoniale (l'età dell'attore all'epoca dell'insorgenza della patologia – 50 anni – la natura ed entità della menomazione subita dal medesimo, le ripercussioni sulla vita di relazione emergenti dal tipo di lesione riscontrata dai ctu e dalla presenza della cicatrice xifo-ombelica-pubica lunga 30 cm, fino a 11 cm di larghezza, le difficoltà e i condizionamenti incontrati nell'attività lavorativa svolta dal sig. *Pt_1* emergenti dalla documentazione prodotta, tra cui il verbale sanitario della Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile da cui risulta l'invalidità con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 34% al 73%, v. doc. 10 fasc. attore) appare equo, considerati i valori monetari attuali e i criteri tabellari indicati dal Tribunale di Milano, liquidare in euro 241.822,00 al valore attuale la somma relativa al danno non patrimoniale permanente e quindi in € 140.867,00 al valore attuale la somma relativa al danno iatrogeno per inabilità permanente, pari alla differenza tra € 241.822,00 e € 100.955,00, corrispondente al grado di invalidità che sarebbe residuato in assenza dell'errore medico, e in € 13.785,45 (di cui € 11.187,00 a titolo di invalidità temporanea totale per i 113 giorni di ricovero, € 1.113,75 a titolo di invalidità temporanea al 75% per 15 giorni, € 1.485,00 a titolo di inabilità temporanea al 50% per 30 giorni) la somma relativa al complessivo danno biologico temporaneo subito, al valore attuale della moneta.

In particolare, va rilevato che nell'importo sopra indicato è compreso il danno relativo alla sofferenza interiore subita dal paziente in ragione dell'evento lesivo e delle difficoltà derivanti dalla patologia nella vita di relazione, nella ricerca dell'attività lavorativa e nello svolgimento della stessa.

Per quanto concerne gli interessi da computarsi sulle predette somme non può non tenersi conto di quanto affermato dalla sentenza della Corte di Cassazione a sezioni unite 17/2/95 n. 1712 circa le modalità di liquidazione del danno da ritardo nel conseguimento dell'equivalente monetario di un dato valore.

La predetta sentenza, esclusa comunque la possibilità di computare gli interessi legali sulla somma rivalutata dalla data dell'illecito al momento della liquidazione, ha dato alcune indicazioni per sistemi di calcolo diversi, tali comunque da evitare la rivalutazione, oltre che della somma capitale, anche degli interessi stessi.

La decisione ha infatti affermato che in base al sistema tradizionale (e cioè computando gli interessi sulla somma rivalutata alla data della sentenza), il creditore viene a ricevere più del danno effettivamente sofferto: il computo degli interessi mira infatti a risarcire il danno per il ritardo con cui il creditore riceve l'equivalente pecuniario del debito di valore, danno costituito dal mancato godimento

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

delle utilità che avrebbero potuto trarsi dal tempestivo conseguimento di una somma di denaro che, all'epoca del fatto, era per definizione non rivalutata.

La sentenza di cui si è detto ha anche stabilito che il danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione da illecito extra-contrattuale debba essere provato dal danneggiato, stemperando tuttavia il rigore della prova con l'utilizzabilità di presunzioni semplici e criteri equitativi ed affermando che, nell'ambito di un equo apprezzamento (art. 2056 cc), tale danno può (anche se non deve) essere liquidato attraverso il ricorso agli interessi, senza necessariamente dover far ricorso al tasso legale degli stessi.

Nel caso di specie il giudice ritiene che, adottata in via equitativa la misura degli interessi legali, tenuto conto dell'andamento dei tassi d'impiego del denaro nel periodo considerato e non essendovi prova di un danno diverso e maggiore, gli stessi, in conformità ai criteri della decisione ricordata, debbano essere computati di anno in anno sulla somma che esprime il danno all'epoca del fatto illecito, rivalutata di anno in anno a decorrere dalla predetta data in base all'indice elaborato dall'Istat per le famiglie degli operai ed impiegati dell'industria sino alla data di pubblicazione della sentenza.

Occorrerà pertanto svalutare le somme sopra indicate dalla data di pubblicazione della sentenza al 6.5.2015 (data dell'insorgenza dell'infezione) in base al predetto indice *Org_* e procedere alla rivalutazione di ciascuna somma di anno in anno da tale data a quella di pubblicazione della sentenza al fine di calcolare annualmente, sulle somme via via rivalutate, gli interessi.

Sulle somme finali liquidate in base ai predetti criteri (capitale più interessi) saranno ovviamente dovuti gli interessi legali (ex art. 1282 c.c.) dalla pubblicazione della presente sentenza al saldo.

3) La parte attrice ha chiesto il risarcimento del danno patrimoniale pari a € 3.660,00. Come emerge dalla documentazione prodotta, tale importo corrisponde al compenso richiesto dal consulente di parte per la relazione medica nella nota pro forma dell'1.7.2018, dove si evidenzia che la fattura verrà emessa al saldo della prestazione.

Come ha rilevato la giurisprudenza, in tema di spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, non è possibile disporre la condanna del soccombente al pagamento delle stesse in mancanza di prova dell'esborso sopportato dalla parte vittoriosa, dovendosi escludere che l'assunzione dell'obbligazione sia sufficiente a dimostrare il pagamento (Cass., n. 21402/2022).

Nel caso di specie, la parte attrice non ha dimostrato di aver provveduto al pagamento del compenso sopra indicato. Di conseguenza, tale domanda non può essere accolta.

Va accolta invece la richiesta di rimborso delle spese relativa alla mediazione, da liquidarsi nell'ambito delle spese di lite (v. doc. 13, fasc. attore).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862

4) Il regolamento delle spese di lite, liquidate in dispositivo in parziale difformità dalla nota, tenuto conto della limitata attività istruttoria, segue il principio della soccombenza.

Le spese di ctu vanno poste in via definitiva a carico della parte convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa in epigrafe, ogni diversa domanda ed eccezione disattesa, così provvede:

1) dichiara la responsabilità dell'azienda sanitaria convenuta per l'infezione contratta da *[...] Pt_1* in occasione dell'intervento chirurgico subito il 16.4.2015 e per l'effetto condanna l' *[...] CP_5* al pagamento a favore dell'attore della somma di € 154.652,45, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, oltre agli interessi legali da calcolarsi annualmente sulle predette somme, svalutate ex indice *Org_* per le famiglie degli impiegati ed operai dell'industria dalla data di pubblicazione della sentenza al 6.5.2015 e rivalutate di anno in anno da tale data sino alla data di pubblicazione della presente sentenza, come indicato in motivazione;

2) condanna l' *CP_5* al pagamento a favore della parte attrice delle spese di lite, che liquida in complessivi euro 10.577,25 per compensi, euro 593,00 per esborsi, oltre a Iva, CPA e spese generali, da distrarsi in favore del procuratore antistatario;

3) pone le spese di ctu, liquidate con separato decreto a carico della parte convenuta.

Cosi deciso in Nuoro, il 14 novembre 2022.

Il Giudice
dott. Tiziana Longu

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-862