N. R.G. 2022/5431

TRIBUNALE ORDINARIO DI PERUGIA

PRIMA SEZIONE CIVILE

Nel procedimento sommario di cognizione iscritto al n. r.g. **5431/2022**

tra

Parte_1 (c.f. *CodiceFiscale_1*), quale erede di (c.f. *CodiceFiscale_2*), rappresentato e difeso dall'avv. giusta procura su foglio separato e congiunto mediante strumenti informatici alla comparsa di intervento volontario ed elettivamente telematico presso il difensore avv.

RICORRENTE

e

Controparte_1 (C.F. *P.IVA*, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con il patrocinio dell'avv. ed elettivamente domiciliato in PERUGIA presso il difensore avv.

RESISTENTE

Il giudice Gaia Muscato,

sciogliendo la riserva assunta all'udienza del 05/11/2025, ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato il 28.11.2022, *Persona_1* esponeva:

- di essersi ricoverata, il giorno 3.6.2018, presso il presidio ospedaliero di dove il successivo 5.6.2018 veniva sottoposta a intervento chirurgico di "riduzione cruenta di frattura del femore con fissazione interna";
- di essere stata dimessa il giorno 11.6.2018 in buone condizioni generali e di avere svolto la terapia riabilitativa presso la RSA di
- che il 29.8.2018 avvertiva un forte dolore all'anca e, recatasi al pronto soccorso del predetto nosocomio, veniva ricoverata con diagnosi di "dislocazione di mezzi di sintesi in recente frattura di femore sinistro";
- che il 5.9.2018 veniva sottoposta a un secondo intervento chirurgico per la rimozione del chiodo gamma precedentemente impiantato;
- che gli esami (microbiologico e istologico) effettuati sui tessuti (sottocutaneo e perichiodo) prelevati in occasione del secondo intervento accertavano la presenza di stafilococco aureo meticillino sensibile, conducendo alla diagnosi di "osteomielite post chirurgica";
- di essere stata ricoverata una terza volta presso l'ospedale di – in data 9.10.2018 – per un intervento di revisione della ferita chirurgica e di rimozione dei margini fistolosi;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

- di essere stata ricoverata dal 3.12.2018 al 4.1.2019 presso l'unità di medicina generale dell [redacted] dove le veniva riscontrata – tramite esame tac – estesa alterazione osteolitica del femore prossimale;
- di essersi infine ricoverata presso l' *Controparte_2* di Bologna ove veniva sottoposta a intervento di pulizia chirurgica e resezione della testa di femore;
- di avere proseguito la degenza presso la U.O. malattie infettive del [redacted] di Bologna, dopo il riscontro di colonizzazione da E. Coli produttore di carbapenemasi;
- di essere stata infine dimessa in data 14.3.2019 in discrete condizioni generali e di aver fatto rientro al proprio domicilio, al termine del percorso riabilitativo, in data 8.5.2019.

Quindi, deduceva che – secondo quanto confermato dalla relazione di accertamento tecnico preventivo svolta, nel giudizio iscritto al n. 2305/2021 del ruolo generale di questo tribunale, dal dott. *Persona_2* (medico legale) e dal dott. *Persona_3* (specialista in ortopedia e traumatologia) – l'infezione riscontrata su di lei era stata contratta in occasione dell'intervento di riduzione della frattura ed era dovuta alla mancanza di una corretta asepsi e inoltre che la *toilette* radicale effettuata nel corso dell'intervento del 5.9.2019, così come quella effettuata il 9.10.2018 non erano state eseguite in modo tecnicamente corretto, lasciando persistere l'infezione. Allegava quindi di avere riportato un'invalidità permanente (quantificata dai cc.tt.u. nella misura del 38%, ma a suo dire in realtà ben maggiore) superiore a quella (del 8%) che le sarebbe residuata ove la prestazione di cura fosse stata esattamente adempiuta e di aver dovuto affrontare un periodo di malattia più lungo (per ulteriori 180 giorni, oltre i 150 normalmente conseguenti al trattamento ortopedico di riduzione della frattura del femore).

Su tali presupposti la ricorrente proponeva domanda di risarcimento dei danni subiti che specificava nelle seguenti voci: 1) danno non patrimoniale per inabilità permanente e temporanea e sofferenza morale (quantificato in € 200.000,00); 2) danno patrimoniale per spese di trasporto a mezzo ambulanza presso l' *Controparte_2* (pari a complessivi € 1.344,00), per spese di c.t.p. (per ulteriori € 610,00) e per spese di assistenza domiciliare.

L'Azienda ospedaliera *CP_3* , costituendosi in giudizio, negava ogni responsabilità, deducendo che l'infezione del sito chirurgico dopo l'intervento per frattura del femore costituiva una complicanza prevista dalla letteratura scientifica, la cui insorgenza, nel caso di specie, era stata certamente favorita da alcuni fattori di rischio specifici della paziente (anemia ed epatopatia di origine autoimmune ad evoluzione cirrotica) e dall'allungamento della degenza per condizioni personali (a causa dello stato di agitazione psico-motoria comprovata dalla documentazione in atti) e per la necessità di trasfusione. Allegava quindi che era stata effettuata adeguata profilassi antibiotica e contestava che l'infezione fosse stata contratta per effetto di una contaminazione avvenuta in sala operatoria, in quanto: 1) il decorso post operatorio era regolare fino alla dislocazione mezzi di sintesi, avvenuta nel mese di agosto 2018; 2) la presenza di iniziali fenomeni riparativi, riscontrata al controllo ecografico del 18.7.2019 (*rectius* del 18.7.2018), era incompatibile con la presenza di infezione che avrebbe determinato un ritardo di consolidazione; 3) il batterio isolato era lo staphilococco aureo meticillino sensibile, mentre solitamente le infezioni nosocomiali avvengono con batteri meticillino resistenti, atteso il largo uso di antibiotici nei reparti chirurgici. Infine, negava la non adeguatezza della revisione e la non radicalità della *toilette* chirurgica effettuata il 9.10.2018, evidenziando che dalla documentazione medica emergeva che in sede di intervento non erano state rilevate raccolte nei tessuti peri-ossei, né segni di infezione e che gli esami microbiologici dei materiali prelevati in data 09.10.2018, tra cui i tessuti ossei, erano risultati tutti negativi. Ancora osservava che l'intervento di rimozione della testa femorale effettuato a Bologna nel mese di febbraio 2019 si è reso necessario per l'infezione secondaria da E. Coli (diagnosticata presso il [redacted] il 3.12.2018) e non per l'infezione da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Staphilococco aureo meticillino sensibile, che era stata invece trattata ed eradicata presso il [redacted] di [redacted]

Chiedeva quindi il rinnovo della c.t.u. e il rigetto della domanda; in subordine, chiedeva la riduzione del risarcimento richiesto, ritenendo sottostimata la percentuale di invalidità che la paziente avrebbe comunque riportato (tenuto conto del fatto che ella già camminava con antibrachiale ancora prima dell'intervento) e ritenendo sovrastimata la durata del periodo di invalidità temporanea.

Dopo aver formulato una proposta conciliativa che non veniva accettata dall'azienda sanitaria convenuta, il Tribunale disponeva c.t.u. per rinnovare la quantificazione del grado di invalidità che sarebbe comunque residuato alla paziente anche in caso di mancata infezione, prendendo in considerazione anche le patologie preesistenti (esiti di problematica vertebrale) che già inficiavano la funzione deambulatoria.

Con comparsa del 13.10.2024 si costituiva *Parte_1*, erede di *Persona_1* nel frattempo [redacted] chiedendo la prosecuzione del giudizio.

Preso atto dell'intervenuto decesso della sig.ra *Per_1* parte convenuta all'udienza del giorno 11.12.2024 osservava che la morte non era in alcun modo riconducibile alle vicende di causa, ma incideva sulla quantificazione del danno da invalidità permanente che doveva essere determinato sulla base della durata effettiva della vita della danneggiata e non della durata presunta in base all'aspettativa di vita media.

Con nota del 7.3.2025, parte attrice dava atto di avere ricevuto dall'azienda sanitaria una proposta transattiva che prevedeva il pagamento della somma omnicomprensiva di € 100.000,00 (euro centomila/00), ma di averla rifiutata e chiedeva di fissare l'udienza di discussione.

All'esito dell'udienza del 5.11.2025 il Tribunale riservava la decisione.

*****

Preliminarmente è opportuno osservare che la domanda risarcitoria proposta dalla ricorrente nei confronti dell' *Parte_2* va certamente inquadrata nell'ambito delle azioni di responsabilità contrattuale.

Depone in tal senso la prospettazione dell'avvenuto ricovero nella struttura sanitaria per il programmato intervento di "riduzione cruenta di frattura del femore con fissazione interna", circostanza nella quale si rinviene la stipula del cd. contratto di spedalità.

Appare a questo punto doverosa una premessa in ordine al riparto degli oneri probatori nella responsabilità contrattuale del medico.

In ambito contrattuale, secondo i principi generali affermati dalle Sezioni Unite nella nota pronuncia n. 13533 del 2001, il creditore che agisce per la risoluzione del contratto, per il risarcimento del danno o per l'adempimento, ha l'onere di provare la fonte (legale o negoziale) del proprio diritto, mentre può limitarsi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento dell'altra parte, gravando su quest'ultima (ovvero sul debitore convenuto) l'onere di provare l'esistenza di un fatto estintivo, quale è l'avvenuto adempimento.

Con la sentenza n. 577 del 11/01/2008, resa a sezioni unite, il S.C. ha confermato l'applicabilità di questi principi anche alla responsabilità medica statuendo che in tema di responsabilità contrattuale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

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 e ad allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare di avere esattamente adempiuto.

È stato poi chiarito dalla giurisprudenza di legittimità che laddove l'attore agisca per il risarcimento, incombe su di lui anche l'onere di provare il danno ed il nesso di causalità tra questo e la condotta del sanitario.

Con specifico riferimento al nesso di causalità, la S.C. ha infatti affermato *che «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"), la distribuzione, "inter partes", dell'onere 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 dunque finalizzata a far valere un inadempimento oggettivo. Ne consegue che, per il paziente/danneggiato, l'onere probatorio in ordine alla ricorrenza del nesso di causalità materiale - quando l'impegno curativo sia stato assunto senza particolari limitazioni circa la sua funzionalizzazione a risolvere il problema che egli presentava - si sostanzia nella prova che l'esecuzione della prestazione si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta la prestazione, o dal suo aggravamento, fino ad esiti finali costituiti dall'insorgenza di una nuova patologia o dal decesso del paziente»* (in termini, tra tante, Cass. Sez. 3, Sentenza n. 20904 del 12/09/2013).

Una volta che il creditore ha adempiuto ai propri oneri probatori (dimostrando la fonte contrattuale del proprio diritto, l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, nonché il nesso eziologico tra tali eventi di danno e la condotta del medico o della struttura sanitaria) sorgono gli oneri probatori del debitore. Questi (medico o struttura sanitaria) potrà eccepire l'estinzione dell'obbligazione (contrastando la presunzione semplice di persistenza dell'obbligazione insorta) sotto i due profili dell'estinzione per esatto adempimento e dell'estinzione per impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa non imputabile (art. 1218 c.c.).

Deve a questo punto osservarsi che l'eccezione di estinzione per esatto adempimento potrà essere validamente formulata dal debitore solamente ove questi abbia preventivamente allegato e dimostrato la natura non routinaria dell'intervento.

L'intervento di *routine* è l'intervento di facile esecuzione, in cui l'esito positivo è conseguenza naturale della prestazione di cura perita, ossia corrispondente alle regole dell'arte. In tale situazione il risultato negativo può dipendere solamente o da una condotta imperita (cioè difforme dal modello del settore) o da una causa esterna che abbia reso impossibile la prestazione esatta: l'alternativa è secca e non ammette ulteriori ipotesi, in quanto solo una condotta esterna sopravvenuta può aver alterato la regola di evidenza scientifica secondo cui l'esecuzione della cura in maniera rispettosa delle *leges artis* produce il risultato voluto.

Quindi, laddove non sia fornita la prova della natura non routinaria dell'intervento, il medico debitore potrà eccepire solamente l'estinzione dell'obbligazione per impossibilità non imputabile della prestazione di cura (che avrebbe assicurato il risultato), secondo il paradigma della clausola di esonero di cui all'art. 1218 c.c.

E trattandosi di fattispecie estintiva l'onere è a carico del convenuto, secondo la regola generale di riparto dell'onere probatorio espressa dall'art. 2697 c.c.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Viceversa, laddove sia dimostrato il carattere non routinario dell'intervento (e dunque la natura di obbligazione di mezzi), diventa ammissibile ipotizzare che vi sia stato un esito peggiorativo delle condizioni di salute del paziente nonostante l'esatto adempimento della prestazione di cura e ciò in quanto la possibilità di insuccesso dell'intervento sanitario è contemplata già nel regolamento contrattuale e la prestazione di cura ivi convenuta si configura come attività meramente utile al raggiungimento della guarigione, ma non in grado di realizzarlo con certezza.

Dunque, nei casi di interventi di difficoltà ordinaria o speciale, il debitore potrà anche eccepire che l'obbligazione si è estinta per adempimento, dimostrando di avere tenuto una condotta di cura perita, ossia rispettosa delle linee guida o, in difetto di queste, delle buone pratiche clinico assistenziali.

Laddove il sanitario fornisca la prova del predetto fatto estintivo, il paziente creditore potrà contrastare tale prova dimostrando che l'aggravamento è dipeso da una causa che il debitore avrebbe potuto prevedere ed evitare con l'ordinaria diligenza. Ed infatti il debitore non ha solamente l'obbligo di eseguire con perizia la propria prestazione, ma ha anche il dovere di conservare la possibilità di adempiere, sicché ove egli risulti non aver tenuto tale condotta conservativa, per negligenza o imprudenza, risponderà del danno nonostante l'esecuzione esperta della cura.

Non c'è pertanto estinzione dell'obbligazione se, provato da parte del debitore il rispetto delle *leges artis*, il creditore provi che l'aggravamento o l'insorgenza di nuova patologia è derivato da causa prevedibile ed evitabile con l'ordinaria diligenza.

*****

Venendo alla fattispecie che ci occupa, la ricorrente ha lamentato di aver contratto nel corso dell'intervento chirurgico del 3.6.2018 una infezione da Staphylococco aureo meticillino sensibile, non adeguatamente trattata con gli interventi eseguiti nei giorni 5.9.2018 e 8.10.2018, durante i quali non era stata effettuata una *toilette* radicale del focolaio infiammatorio, e ha dedotto l'esistenza di un nesso di causalità tra il contagio avvenuto in sede operatoria, l'infezione ossea (osteomielite) sviluppata e la resezione della teste femorale cui si era dovuta sottoporre e che aveva lasciato residuare un'instabilità di anca e una disabilità deambulatoria.

L'esistenza dell'infezione è pacifica ed ampiamente documentata.

Le difese della *Parte* resistente si fondano invero sulla contestazione del nesso di causalità tra l'infezione e la condotta del personale sanitario, deducendo quale fattore causale alternativo la presenza di focolai endogeni (l'infezione delle vie urinarie contratta successivamente alle dimissioni dalla struttura ospedaliera) o l'azione successiva della paziente che avrebbe rimosso la medicazione della ferita chirurgica.

Le risultanze dell'accertamento medico preventivo espletato dal dott. *Persona_4* e dal dott. *Persona_3* consentono tuttavia di affermare che la contaminazione si è realizzata nel corso dell'intervento chirurgico (pag. 28 e ss. della relazione).

Premesso che l'accertamento del nesso causale (tema di prova del creditore) va condotto facendo applicazione dei principi in materia di causalità materiale e del criterio di valutazione del "più probabile che non", deve darsi atto che le conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu. sono fondate sui seguenti criteri:

1) Criterio topografico, stante il riscontro della presenza del batterio stafilococco aureo MS Meticillino sensibile sul chiodo femorale, sulla vite cefalica, sulla vite bloccaggio, sulla vite

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

distale e sul tessuto perichiodo (secondo quanto risulta dal referto degli esami microbiologici sul materiale prelevato in occasione dell'intervento di rimozione del chiodo effettuato il 5.9.2018), presenza che consentiva di formulare la diagnosi di infezione profonda del sito chirurgico (IAFF - Infection After Fracture Fixation);

2) Criterio di idoneità lesiva, in quanto la letteratura medica individua la patogenesi dell'infezione del sito di frattura femorale a livello dell'anca, alternativamente, nella diffusione da altri siti di infezione (via contigua o ematogena), di cui i più comuni sono il tratto urinario (UTI) e il polmone, oppure per infezione diretta del sito chirurgico (SSI);
3) Criterio di esclusione di altre cause, essendo rimasto accertato che al momento in cui fu riscontrata l'infezione del sito di frattura (fine agosto/inizio settembre 2018) non vi erano infezioni del tratto urinario e dei polmoni, né in generale altri focolai di infezione, né prossimi, né lontani.
   Al riguardo è opportuno evidenziare che l'assenza di focolai infettivi è circostanza ammessa dalla convenuta (cfr. pag. 2 delle note di osservazioni critiche alla c.t.u. allegate a quest'ultima relazione), la quale si è limitata a ipotizzare l'esistenza di una colonizzazione batterica silente delle fosse nasali, che sarebbe stato tuttavia comunque suo dovere accertare mediante uno *screening* pre-operatorio.
   Quanto all'alternativa causale della rimozione della medicazione da parte della paziente, manca l'idoneità lesiva, essendo certo – sulla base dei criteri medico scientifici illustrati dai cc.tt.u. e della letteratura di settore da loro richiamata – che l'infezione profonda del sito chirurgico non può essere stata determinata da un contagio verificatosi attraverso la ferita esterna.
   Altrettanto deve dirsi circa l'infezione da E. Coli cui fa riferimento la convenuta nelle proprie difese, non essendo possibile attribuire a tale contaminazione l'infezione profonda del sito chirurgico, dal momento che l'unico batterio rinvenuto sui dispositivi protesici e sui tessuti profondi è lo stafilococco aureo MS Meticillino (riscontrato nell'esame colturale effettuato sui campioni prelevati in data 5.9.2018), mentre il batterio dell'Escherichia Coli non vi è mai stato rinvenuto (né sui campioni prelevati il 5.9.2018, né su quelli prelevati successivamente il 22.2.2019 presso l'Istituto *CP_2* il cui esame dava esito negativo, secondo quanto emerge dalla certificazione medica di cui alla cartella clinica prodotta sub doc. 9 del fascicolo attoreo, pag. 37).

Sulla base di tali elementi, i cc.tt.uu. hanno concluso che l'inoculazione diretta durante l'atto chirurgico costituisce la fonte di infezione maggiormente verosimile (pag. 29) e hanno chiarito che *«le IAFF tardive sono in genere dovute a batteri a bassa virulenza che maturano progressivamente biofilm diventando più resistenti agli antibiotici e alle difese dell'ospite»* (pag. 28), così rispondendo all'obiezione critica dell'azienda sanitaria convenuta secondo cui le infezioni nosocomiali sono normalmente causate da batteri antibiotico resistenti, ad alta virulenza.

La circostanza è peraltro idonea a fornire spiegazione del perché gli esiti del controllo radiografico effettuato in data 18.07.2018 evidenziavano iniziali fenomeni riparativi, i quali sarebbero stati preclusi in caso di infezione. Invero, trattandosi di batterio a bassa virulenza la contaminazione non ha immediatamente determinato l'infezione e inizialmente i batteri hanno solo aderito ai dispositivi di protesi, iniziando a formare il biofilm che avrebbe poi consentito loro di proliferare. Non vi è dunque nessuna incompatibilità tra l'avvenuto contagio in occasione dell'intervento chirurgico del 5.6.2018 e il riscontro di iniziali fenomeni riparativi all'inizio di luglio del 2018, in quanto a tale epoca non era ancora insorta l'infezione che li avrebbe ostacolati e i batteri erano presenti nell'organismo del paziente in forma silente.

In conclusione, facendo applicazione dei predetti criteri medico legali, può dirsi accertata l'esistenza del nesso causale tra l'infezione profonda del sito chirurgico e il contagio da stafilococco aureo MS Meticillino per inoculazione diretta durante l'atto chirurgico.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Ciò posto, deve osservarsi che parte convenuta non ha dimostrato di avere assunto tutti i dovuti comportamenti di prevenzione infettiva pre e intra operatoria ed anzi dall'espletata c.t.u. sono emersi elementi concreti di criticità.

Risulta, infatti, che la tempistica della profilassi antibiotica – effettuata con somministrazione di Cefazolina per via endovenosa, a dosaggio non specificato, alle ore 7.30 – non ha rispettato le buone prassi che impongono di tener conto del tempo di emivita biologica del farmaco e individuano il tempo ottimale di somministrazione in 30/60 minuti prima dell'incisione (cfr. pag. 29 e 39 della relazione). Nel caso di specie, l'emivita biologica della *Parte_4* è di 1,8-2 ore, secondo il riassunto delle caratteristiche del prodotto riportato dall'AIFA; ne discende che, poiché la somministrazione è avvenuta alle ore 7.30 e l'intervento chirurgico ha avuto inizio alle ore 9.15 e termine alle ore 9.55, la quota di intervento compresa fra le 9.30 e le 9.55 è stata effettuata dopo il termine della emivita biologica del farmaco, sicché vi è stata una fase temporale che si è svolta nel periodo in cui il farmaco circolava nella paziente a concentrazione inefficace.

Mancano poi prove in merito all'effettuazione e alle modalità di esecuzione del lavaggio delle mani e della vestizione dell'*equipe* chirurgica, dell'uso di dispositivi di protezione, della preparazione del campo operatorio in tema di disinfezione cutanea; inoltre non ci sono informazioni in merito alla decontaminazione/pulizia/ sanificazione ambientale nella area operatoria, al controllo batteriologico delle superfici, al traffico di personale e al numero di accessi alla sala operatoria durante l'atto chirurgico.

Al riguardo, infatti, l'*Parte* convenuta si è limitata a produrre la documentazione relativa all'adozione di procedure aziendali di sanificazione e disinfezione del blocco operatorio e all'adozione di generali misure di prevenzione del rischio infettivo, senza dimostrare l'effettiva applicazione delle dette indicazioni nel caso di specie. Quanto alle dichiarazioni scritte a firma della infermiera *Testimone_1* (strumentista nel corso dell'intervento del 5.6.2018) e dei dott.ri *Per_5 [...]* (primo operatore) e *Testimone_2* si osserva che non può certamente riconoscersi alle stesse valore di certificazione, dal momento che si tratta di atti redatti al di fuori della cartella clinica e in epoca successiva al ricevimento della richiesta risarcitoria. Ne consegue che le dichiarazioni rese dai predetti soggetti, per essere acquisite come valida prova, avrebbero dovuto essere rese sotto giuramento nel corso dell'esame testimoniale, che tuttavia non si è mai svolto, in quanto mai richiesto dalla *Parte* convenuta.

In conclusione, la concreta violazione delle buone prassi in ordine alla tempistica di somministrazione della profilassi antibiotica e la mancanza di prova in merito all'effettiva adozione delle procedure di prevenzione del rischio infettivo che l'azienda aveva stabilito di adottare inducono a concludere per l'inesatto adempimento dell'obbligazione di cura, sotto il profilo della tutela dalla contaminazione batterica.

Fondato appare anche l'addebito relativo alla non corretta gestione terapeutica dell'infezione, con riguardo in particolare all'incompleta pulizia del focolaio infiammatorio.

Secondo quanto affermato dai cc.tt.u. (pag. 31) per una *toilette* radicale è richiesto lo sbrigliamento di tutto l'osso coinvolto, oltre che dei tessuti molli, intervento che tuttavia non risulta essere stato attuato nel caso di specie, dal momento che non ve ne è traccia nei verbali operatori.

Del resto, a riprova dell'incompletezza dell'azione di pulizia svolta devono richiamarsi i referti delle ecografie del 5.11.18 e del 9.11.18 e della TC effettuata il 16.11.18 i quali documentano l'esistenza di grossolane raccolte fluide (cfr. pag. 32 e 38 della relazione), dimostrando o la persistenza di raccolte preesistenti non oggetto di svuotamento o la formazione di nuove raccolte dopo una pulizia non accurata (pag. 32 della relazione).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Anche sotto tale profilo, dunque, la prestazione di cura resa dall'azienda sanitaria convenuta non può ritenersi esatta.

Conclusivamente, vi è nesso causale tra la condotta dei medici (carente prevenzione di infezione del sito operatorio e incompleta bonifica del focolaio infettivo) e l'evento lesivo dell'osteomielite post frattura di femore (pag. 33); vi è altresì nesso causale tra la detta infezione (osteomielite) e la mobilizzazione del mezzo di sintesi (chiodo endomidollare), che è conseguenza delle alterazioni osteostrutturali prodotte dall'infezione (pag. 26 e 31 della relazione di atp) e che ha reso necessaria la resezione della testa del femore. Dunque, la condizione di instabilità d'anca riscontrata nel corso delle operazioni di consulenza e responsabile della disabilità deambulatoria è eziologicamente riconducibile alle condotte inadempienti della convenuta.

*****

Passando all'individuazione dei danni risarcibili, va certamente accolta la domanda di risarcimento del danno non patrimoniale per la menomazione dell'integrità fisica della ricorrente.

In proposito va osservato che non sussiste alcun dubbio circa la risarcibilità di tale categoria di danni anche in ipotesi di responsabilità contrattuale tutte le volte in cui il contratto di cui si deduce l'inadempimento tuteli (anche) interessi di natura non patrimoniale.

Deve ritenersi infatti che tra i danni emergenti di cui all'art. 1223 c.c. vadano compresi anche i danni a beni non economicamente valutabili, allorquando la loro tutela era stata dedotta nell'obbligazione.

Tale opinione, più volte espressa dalla giurisprudenza di legittimità, soprattutto in relazione a ipotesi di contratti di prestazione di cure, ha trovato definitivo avallo nelle sentenze a sezioni unite della corte di cassazione nn. 26972 e 26973 dell'11.11.2008: in tali pronunce la suprema corte – argomentando dalla possibile rilevanza contrattuale anche di interessi non patrimoniali, come si ricava dall'art. 1174 c.c. – è giunta ad affermare che *"se l'inadempimento dell'obbligazione determina, oltre alla violazione degli obblighi di rilevanza economica assunti con il contratto, anche la lesione di un diritto inviolabile della persona del creditore, la tutela risarcitoria del danno non patrimoniale potrà essere versata nell'azione di responsabilità contrattuale, senza ricorrere all'espediente del cumulo di azioni*."

Tanto premesso, deve osservarsi che, secondo l'attuale elaborazione giurisprudenziale, la tipicità del danno non patrimoniale (art. 2059 c.c.) è soddisfatta non solo da espresse disposizioni legislative (art. 185 c.p. per i danni da reato, art. 2 l. 117/98 in materia di riparazione per ingiusta detenzione; art. 29 comma 9 l. 675/96 in materia di trattamento di dati personali; art. 2 l. 89/01 in materia di eccessiva durata del processo), ma anche dalle previsioni costituzionali di tutela di diritti inviolabili dell'uomo, atteso che la previsione di una garanzia costituzionale non può che significare riconoscimento della protezione minima che è quella risarcitoria.

È quindi risarcibile il cd. danno biologico, ossia la lesione del diritto alla salute, pacificamente dotato di copertura costituzionale (art. 32 cost.).

In particolare, con riguardo all'operazione di attribuzione di un valore monetario al complesso delle ripercussioni negative verificatesi su beni non economicamente valutabili, le sezioni unite hanno precisato che il risarcimento deve assicurare un ristoro completo, ma senza duplicazioni, sicché devono prendersi in considerazione tutti i pregiudizi-conseguenza ricorrenti nella fattispecie concreta ma una e una sola volta, avendo ben presente l'effettivo svantaggio subito a prescindere dal nome utilizzato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Ancora, con riguardo al metodo ed al parametro di liquidazione, la Corte di cassazione (sentenze nn. 12408/2011; 14402/2008) ha affermato che, quando manchino criteri stabiliti dalla legge, deve farsi riferimento al criterio di liquidazione predisposto dal tribunale di Milano ("tabella per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione all'integrità psicofisica" adottata il 25.6.2009 e periodicamente aggiornata, in riferimento alle variazioni del costo della vita accertate dall'Istat), in quanto idoneo a garantire l'uniformità di trattamento essendo esso già ampiamente diffuso sul territorio nazionale.

Ritiene questo giudice di dover condividere le valutazioni espresse dalla corte di legittimità circa la necessità che su tutto il territorio nazionale venga adottato un sistema uniforme di liquidazione del danno non patrimoniale, in modo da garantire la parità di trattamento tra tutti i cittadini e la certezza del diritto, nonché favorire la deflazione del contenzioso.

Con riguardo alla previsione di cui all'art. 3 del decreto legge n. 158/2012 (che recita: *"Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo"*) deve darsi conto della intervenuta emanazione delle tabelle di cui all'art. 138, relativa alle menomazioni dell'integrità psicofisica comprese tra dieci e cento punti.

Ed infatti con il D.P.R. 13.01.2025, n. 12 è stata adottata la Tabella Unica Nazionale (c.d. T.U.N.), entrata in vigore il 5 marzo 2025, per la quantificazione del *"danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entità conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nonché conseguenti all'attività dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata"*.

Tale tabella, tuttavia, non è applicabile al caso di specie, avendo il d.p.r. n. 12/2025, all'art. 5, espressamente previsto che *"Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano ai sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore"* e quindi a partire dal 5.3.2025.

Poiché l'evento per cui è causa si è verificato nel 2018, esso si sottrae all'applicazione del citato d.p.r. n. 12/2025.

Al riguardo è opportuno osservare che con la previsione di un regime transitorio il legislatore ha inteso disciplinare la successione nel tempo di due regimi legali: quello, nuovo, di liquidazione secondo il parametro normativo di cui al d.p.r. n. 12/2025 e quello, preesistente, di liquidazione equitativa dettato dagli artt. 1226 e 2056 c.c.

In proposito, poi, non si può tacere l'evoluzione che il processo di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione all'integrità psico-fisica ha avuto negli ultimi decenni e che ha portato all'elaborazione del sistema tabellare, nonché all'individuazione di un criterio uniforme individuato nelle tabelle del Tribunale di Milano e adottato sull'intero territorio nazionale (a partire dalla nota sentenza Amatucci, Cass. n. 12408/2011), venendo a conformare e a riempire di contenuti specifici il criterio generale dell'equità giudiziale.

Sussiste dunque anche nel diritto vivente antecedente all'emanazione del d.p.r. n. 12/2025 una *regula iuris* cui fare riferimento per i sinistri verificatisi prima dell'emanazione del d.p.r. n. 12/2025 ed è quella della liquidazione equitativa secondo le tabelle del Tribunale di Milano.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

E il legislatore ha chiaramente inteso adottare il regime intertemporale secondo cui il criterio legale della liquidazione equitativa deve continuare a trovare applicazione in relazione alle conseguenze dannose dei sinistri verificatisi prima del 5.3.2025, sicché una diversa interpretazione si porrebbe chiaramente e apertamente in contrasto con la *voluntas legis*.

Si farà dunque applicazione della citata tabella meneghina, la quale si è fatta carico dell'esigenza di una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale elaborando un valore del cd. punto che tiene conto sia del danno da lesione permanente dell'integrità fisica (nei risvolti anatomo funzionali e relazionali), sia delle conseguenze in termini di dolore e sofferenza soggettiva; accanto a tale valore medio (che aumenta progressivamente in ragione dell'aumento del grado di invalidità e decresce in ragione dell'età della vittima) sono state previste percentuali massime di aumento da utilizzarsi ai fini della cd. personalizzazione, laddove il caso concreto presenti peculiarità specifiche (debitamente allegate e provate) sia quanto agli aspetti anatonomo-funzionali e relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva; è stato infine, elaborato il valore medio di liquidazione *pro die* per il danno non patrimoniale da lesione temporanea al 100%, pari a € 115,00 aumentabile fino a un massimo di € 172,50 in ragione delle peculiarità della situazione concreta.

*****

Venendo al caso di specie, i consulenti d'ufficio hanno riscontrato in capo alla sig.ra *Per_1* un'anca ballante non protesizzabile, riconducendo tale condizione alla sopravvenuta complicazione infettiva iatrogena (pag. 35).

Nell'individuare il danno risarcibile occorrerà tuttavia prendere in considerazione le pregresse patologie che affliggevano la ricorrente e segnatamente il quadro artrosico-degenerativo da scoliosi lombare con crollo vertebrale già sottoposto a chirurgia, che già prima dei fatti di causa determinava una difficoltà dinamico-deambulatoria, che rendeva necessario il ricorso a un ausilio antibrachiale, e una progressiva astenia.

Ed infatti deve tenersi conto delle menomazioni preesistenti e concorrenti, ossia che concorrono ad amplificare le conseguenze dannose cagionate dall'illecito.

Nel caso di specie il quadro artrosico-degenerativo preesistente e interessante la colonna vertebrale dell'attrice deve considerarsi una menomazione concorrente in quanto incidente sulla medesima funzione deambulatoria attinta dalla menomazione dell'anca causata dall'illecito e dunque interferente con quest'ultima.

Per la medesima ragione dovrà inoltre considerarsi la lesione che sarebbe comunque residuata alla sig.ra *Per_1* anche in assenza di infezione, quale conseguenza della riportata frattura pertrocanterica del femore sinistro.

Operando in tal modo è possibile sterilizzare il risarcimento dai pregiudizi che non sono conseguenza immediata e diretta dell'evento di danno e che pertanto non sono causalmente imputabili (secondo le regole della cd. causalità giuridica) al responsabile.

A tal fine dovrà procedersi – secondo l'insegnamento della giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. n. 28986/2019) – come segue:

a) stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo e convertendola in denaro;

b) stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva che l'individuo avrebbe avuto ove non vi fosse stata l'infezione causata dall'inadempimento e convertendola in denaro;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

c) sottraendo l'importo b) dall'importo a).

Passando a fare applicazione di tali principi al caso che ci occupa, deve assumersi come punto di partenza la relazione del c.t.u. *Persona_6*, il quale – facendo applicazione della scala delle fragilità rielaborata dalla SIMLA (Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni) con le linee guida del 2016 – ha determinato la percentuale di invalidità effettivamente riscontrata sulla persona della sig.ra *Per_1* nella misura del 75% ed ha quantificato nel 45% la percentuale di invalidità che avrebbe comunque riportato la sig.ra *Per_1* anche nell'ipotesi in cui non avesse contratto l'infezione e non avesse subito la resezione della teste *Tes_3*

Deve a questo punto osservarsi che la valutazione effettuata dal c.t.u. *Per_6* è basata esclusivamente sul grado di autonomia residuato alla paziente, facendo applicazione di un parametro (la scala di fragilità) che non è in nessun modo collegato al tipo di lesioni patite, ma opera soltanto in funzione delle abilità residuate e del tipo di aiuto di cui il soggetto necessita.

Per tale ragione appare necessario verificare se la stima così compiuta trova riscontro nei *baremes* maggiormente adottati – ossia quelli di cui alle tabelle elaborate dalla SIMLA per la valutazione medico legale delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente[1] – operando ove occorra i dovuti adeguamenti.

Principiando dalla valutazione della condizione ipotetica in cui si sarebbe trovata la sig.ra *Per_1* nel caso di esatto adempimento dell'obbligazione di cura, deve aversi riguardo – come detto – non soltanto agli esiti attesi della frattura femorale (in mancanza di infezione), ma anche al quadro artrosico-degenerativo da scoliosi lombare con crollo vertebrale già sottoposto a chirurgia, che già prima dell'intervento determinava una difficoltà dinamico deambulatoria.

Risulta infatti da tutte le anamnesi in atti che la sig.ra *Per_1* già prima della frattura, deambulava con l'appoggio di un ausilio antibrachiale, resosi necessario in conseguenza del crollo vertebrale da lei subito. Risulta inoltre che già da prima della frattura era stata riconosciuta portatrice di handicap con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (cfr. documentazione invalidità civile, riportata a pag. 13 della c.t.u.). Tale lesione (crollo vertebrale), infatti, può causare (in misura più o meno accentuata e soprattutto nelle ipotesi in cui le lesioni scheletriche hanno interessato il muro vertebrale posteriore) una compressione midollare o neuro-radicolare, tale da compromettere anche significativamente l'autonoma deambulazione. Risulta documentata anche una preesistente astenia muscolare (sempre riconducibile alla patologia vertebrale), la quale ordinariamente concorre a determinare una lieve/moderata incertezza e instabilità deambulatoria, molto limitante.

Per valutare tale condizione si ritiene di poter fare applicazione analogica della voce *"paraparesi con deficit di forza lieve moderata, possibilità di deambulare senza appoggio a seconda del grado di deficit della funzione sfinterica"* delle tabelle SIMLA (che prevede una stima compresa tra il 30% e il 45%), riconoscendo la percentuale massima (45%) in considerazione del fatto che la condizione dell'attrice richiedeva l'appoggio di un deambulatore. Deve poi tenersi conto degli esiti della frattura pertrocanterica correttamente trattata, che avrebbero comunque determinato un indebolimento dell'arto, aumentandone il grado di instabilità. Considerato che alla voce *"Esiti in pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore"* la citata tabella SIMLA prevede l'attribuzione di una percentuale di invalidità compresa tra il 15% e il 18% per tale menomazione, ove autonomamente considerata, appare congruo operare un aumento di 5 punti percentuali rispetto alla stima parziale innanzi compiuta, sicché in definitiva la percentuale di invalidità da riconoscersi si determina nel 50%.

[1] https://www.iss.it/documents/20126/10001426/RBPCA-00097_SIMLA_mar2025.pdf/796f8828-e64c-1e06-90c9-ee8976a6392c?t=1743072458468

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Quanto alla condizione effettivamente riscontrata sulla sig.ra Per_1 ritiene il Tribunale di dover ridurre la percentuale di invalidità indicata dal c.t.u. (75%), tenuto conto che la tabella SIMLA prevede una percentuale di invalidità dell'85% per la *"Paraplegia di origine midollare in assenza di controllo del tronco"* (dunque per la paralisi di entrambi gli arti inferiori e non soltanto di uno e con perdita di controllo del tronco, che invece è stato mantenuto dalla sig.ra Per_1 e una percentuale di invalidità compresa tra 70 e 80% per la *"Perdita anatomica di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace"* (ancora una volta con menomazione riguardante entrambi gli arti inferiori e perdita anatomica oltre che funzionale). Valutato che la sig.ra Per_1 pur non potendo caricare sulla gamba sinistra, riusciva ad usare l'arto inferiore destro come perno per i cambi posturali con assistenza (cfr. pag. 31 della relazione di c.t.u., ove si riportano gli esiti dell'esame obiettivo distrettuale) e conservava capacità di deambulazione sebbene *"solo per brevi tratti con base allargata e circonduzione del piede sinistro, evidente e marcata zoppia"* e con ausilio (deambulatore) e/o assistenza per sostegno/supervisione (cfr. pag. 31 citata), appare rispondente ai parametri della tabella SIMLA il riconoscimento di un'invalidità permanente del 65%.

Deve a questo punto procedersi a convertire in denaro tali misure, facendo applicazione della tabella del Tribunale di Milano.

Tenuto conto dell'invalidità permanente del 65% e dell'età della danneggiata all'epoca del fatto – 73 anni – l'equivalente monetario della riduzione dell'integrità psicofisica della ricorrente va individuato nella somma di € 545.553,00 secondo i valori attuali, utilizzando il valore punto di € 13.114,25 moltiplicato per il grado di invalidità e per il coefficiente di 0,640 corrispondente all'età della danneggiata.

Deve a questo punto determinarsi quale è l'equivalente monetario del grado di invalidità non eziologicamente attribuibile alla azienda sanitaria resistente, ossia quello che sarebbe comunque residuato in capo alla ricorrente. Tenuto conto dell'invalidità del 50% e fermo il predetto parametro dell'età della danneggiata all'epoca del fatto (73 anni) l'equivalente monetario della riduzione dell'integrità psicofisica della ricorrente va individuato nella somma di € 355.286,00 secondo i valori attuali (valore punto di € 11.102,70 moltiplicato per il grado di invalidità di 50 e per il coefficiente di 0,640).

La misura del risarcimento dovuto a titolo di invalidità permanente si determina quindi nella somma di € 190.267,00, ottenuta sottraendo dall'importo di € 545.553,00 (corrispondente all'equivalente monetario dell'invalidità permanente del 65% esistente in fatto) la cifra di € 355.286,00 (corrispondente all'equivalente monetario dell'invalidità permanente del 50% che sarebbe comunque residuata in capo alla ricorrente in ipotesi di esatto adempimento della prestazione di cura).

Tale somma è quella che sarebbe spettata alla sig.ra Per_1 ove fosse ancora in vita e non fosse deceduta in corso di causa.

Diversamente, qualora – come nel caso di specie – la vittima di un danno alla salute sia deceduta, prima della conclusione del giudizio, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, l'ammontare del risarcimento spettante agli eredi del defunto *iure successionis* va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato e non a quella statisticamente probabile, sicché tale danno va liquidato in base al criterio della proporzionalità, cioè assumendo come punto di partenza il risarcimento spettante, a parità di età e di percentuale di invalidità permanente, alla persona offesa che sia rimasta in vita fino al termine del giudizio e diminuendo quella somma in proporzione agli anni di vita residua effettivamente vissuti (cfr. Cass. n. 15112/2024, n. 41933/2021).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

La somma di € 190.267,00 era stimata ipotizzando, sulla base dei dati statistici ISTAT, una vita residua di 13 anni, ottenuta detraendo dall'aspettativa di vita di 86 anni di cui agli ultimi indicatori demografici ISTAT disponibili (2024), l'età della paziente al momento del sinistro (73 anni).

Ne discende che il risarcimento annuo era di € 14.635,92 (€ 190.267,00: 13 anni).

Poiché la sig.ra [redacted] è effettivamente vissuta solo per ulteriori 6 anni dopo il sinistro (essendo all'età di 79 anni), il risarcimento dovuto si determina pertanto in € 87.815,53 (€ 14.635,92 x 6 anni).

Spetta altresì alla ricorrente il risarcimento del danno da invalidità temporanea, avendo i consulenti d'ufficio accertato un incremento del periodo di invalidità temporanea che sarebbe normalmente conseguito al predetto intervento chirurgico in ipotesi di esatto adempimento della prestazione e quantificato tale incremento in giorni 180, tutti di inabilità temporanea assoluta.

A titolo di inabilità temporanea, vanno liquidate le somme di € 20.700,00 (€ 115,00 x 180 giorni) per l'inabilità temporanea assoluta.

Il danno non patrimoniale si liquida, quindi, in complessivi € 108.515,53 (€ 87.815,53 + € 20.700,00).

Ciò posto, va dato atto che non sussistono i presupposti per procedere ad un aumento della posta risarcitoria a titolo di personalizzazione.

In proposito va ricordato che il danno alla salute è costituito dalle concrete rinunce indotte dalla menomazione all'integrità psicofisica, essendo il predetto danno non patrimoniale un danno dinamico-relazionale, di cui la riduzione dell'integrità fisica rappresenta il mero presupposto (in questo senso Cass. n. 18056/2019; il principio comunque è pacifico e risalente: nel medesimo senso si vedano, *ex multis*, Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008, in motivazione; Sentenza n. 7101/1990; Sentenza n. 2761/1990; Sentenza n. 357/1993; e così via sino alla sentenza capostipite, ovvero Sentenza n. 3675/1981).

Ne discende che la personalizzazione (in aumento) del risarcimento spettante alla vittima si giustifica soltanto se le conseguenze dannose sofferte siano straordinarie ed eccezionali, essendo già ricomprese, quelle ordinarie, nella valutazione tabellare del grado percentuale di invalidità permanente accertato (Cass. III, 11/11/2019, n. 28988). Le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'*id quod plerumque accidit* (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano quindi alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento.

Le circostanze di fatto che giustificano la personalizzazione del risarcimento del danno non patrimoniale, inoltre, in quanto "fatto costitutivo" della pretesa, devono essere allegate in modo circostanziato e provate dall'attore.

Nel caso di specie non sono state prospettate, né sono emerse circostanze che inducano a discostarsi da tale corrispondenza fondata sul principio di proporzionalità, sicché la liquidazione compiuta sulla base del punto standard appare pienamente satisfattiva del danno subito. In conclusione, non si deve operare alcuna personalizzazione, rispetto alla valutazione tabellare del danno non patrimoniale.

Appare opportuno precisare che la liquidazione appena compiuta sulla base del sistema tabellare milanese tiene conto anche del danno morale per le sofferenze patite.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

L'esistenza di un siffatto danno può certamente inferirsi, sulla base di criteri logico-presuntivi, dai fatti notori della ricorrenza di una condizione di afflizione fisica e psicologica in presenza di lesioni alla salute e della sussistenza di una corrispondenza di tipo proporzionale tra gravità della lesione e misura della sofferenza.

In assenza di elementi che giustifichino una personalizzazione di tale voce di danno, la liquidazione tabellare deve ritenersi pienamente satisfattiva.

In conclusione, non si deve operare alcuna personalizzazione rispetto alla valutazione tabellare del danno non patrimoniale (né sotto il profilo del danno biologico, né sotto quello del danno morale).

Il risarcimento dovuto a titolo di danno non patrimoniale si determina quindi in € 108.515,53.

Detta somma è già espressa in valori monetari attuali, con la conseguenza che non può riconoscersi la rivalutazione monetaria.

Poiché la somma sopra determinata costituisce debito di valore, deve essere riconosciuto, secondo l'orientamento espresso dalla giurisprudenza di legittimità (vedi Cass. civ., Sez. Un., 17 febbraio 1995, n. 1712; Cass. civ., Sez. Un., 10 settembre 1998, n. 8947), oltre all'equivalente pecuniario del bene perduto, anche il danno da lucro cessante, per il mancato godimento delle somme dovute e liquidate nei precedenti capi, in considerazione del fatto che il ritardato conseguimento della disponibilità di una somma di denaro rispetto al sorgere del credito determina un incremento del patrimonio del debitore, che non paga subito, con conseguente lucro cessante della persona che dovrebbe ottenerla e non ne ha la disponibilità.

Appare, altresì, conforme a giustizia, sempre alla luce del citato orientamento giurisprudenziale, porre a base del calcolo degli interessi la somma dovuta a titolo di risarcimento del danno devalutata alla data del fatto (3.6.2018), rivalutata anno per anno secondo l'indice Foi-Istat, applicando su tale importo un tasso pari al rendimento medio degli interessi legali per il periodo di indisponibilità della somma.

La somma che così si ottiene ammonta ad € 120.939,37 (di cui € 12.423,83 per interessi).

Sulla somma così risultante, corrispondente all'intero danno risarcibile liquidato a parte attrice, sono altresì dovuti gli interessi al tasso legale sino al saldo e con decorrenza dalla data della presente pronuncia, coincidente con la trasformazione del debito di valore in debito di valuta.

Venendo alle voci di danno patrimoniale, va riconosciuto il danno per le spese di trasporto in ambulanza presso l' *Controparte_2* di Bologna – documentate (all. 17 del fascicolo di parte ricorrente) e ritenute congrue – che ammonta alla somma complessiva di € 1.344,00.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

Non può invece riconoscersi il danno patrimoniale relativo a spese sostenute per l'assistenza domiciliare, in mancanza di prova di un tale esborso.

In effetti risulta dalle stesse allegazioni della ricorrente (cfr. pag. 30 della citazione) che siano stati il figlio e una vicina di casa a provvedere a darle aiuto per la gestione della vita quotidiana e che non sia stato stipulato nessun contratto con personale di assistenza.

La detta somma di € 1.344,00, determinata a valori del gennaio 2019, va rivalutata alla data attuale e incrementata degli interessi di mora, sicché l'importo dovuto si determina in € 1.778,43 (di cui € 180,41 per interessi ed € 254,02 per rivalutazione).

L'importo complessivamente dovuto in favore della parte ricorrente ammonta ad € 122.717,80 (120.939,37 + € 1.778,43).

VI. DELLE SPESE DI LITE

Deve infine, provvedersi sulle spese di lite, ai sensi dell'art. 702 ter ultimo comma c.p.c.

In applicazione del principio di soccombenza, l *Pt_5* resistente va condannata alla rifusione, in favore della parte ricorrente, delle spese di lite del presente giudizio che si liquidano nella misura indicata in dispositivo sulla base dei parametri di cui al d.m. 147/2022 (scaglione da € 52.000,01 a € 260.000,00, tutte le fasi, tranne quella decisionale, non svolta; valori compresi tra i minimi e i medi).

Vanno altresì riconosciute alla ricorrente le spese del giudizio di istruzione preventiva, liquidate sulla base dei parametri di cui al d.m. 55/2014 (scaglione da € 52.000,01 a € 260.000,00, tutte le fasi, valori compresi tra i minimi e i medi) nella somma di € 2.092,50, oltre spese vive per € 896,00 (ivi comprese le spese di c.t.p. pari a € 610,00), rimborso spese generali al 15%, c.p.a. e i.v.a. come per legge; nonché le spese sostenute per il pagamento dei cc.tt.u. *Persona_3* e *[...]* *Per_2* nel predetto giudizio di accertamento tecnico preventivo nella misura liquidata con decreto del Presidente del tribunale.

Le spese per il compenso del c.t.u. *Persona_6* – liquidate con decreto del 18.12.2024 – vanno poste definitivamente a carico dell' *Pt_5* convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica,

respinta ogni contraria domanda, eccezione e difesa

- Condanna la *CP_4* al pagamento, in favore di *Parte_1* della somma di € 122.717,80, oltre interessi legali dalla presente pronuncia al soddisfo;

- Condanna la *CP_4* al pagamento, in favore di *Parte_1*, delle spese di lite del pres liquida in € 286,00 per s per compenso professionale, oltre rimborso spese generali al 15%, c.p.a. e i.v.a. come per legge, nonché delle spese di lite del giudizio di istruzione preventiva che liquida in € 896,00 per spese ed € 2.092,50 per compenso professionale, oltre rimborso spese generali al 15%, c.p.a. e i.v.a. come per legge;

- Pone a carico della *CP_4* le spese sostenute per il compenso dei consulenti d'ufficio incaricati accertamento tecnico preventivo e per l'effetto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891

condanna la predetta *CP_4* a rifondere a *Parte_1* la somma di cui al decreto di liquidazione del compenso emesso nel giudizio di a.t.p.;

- Pone a carico della *CP_4* le spese sostenute per il compenso del consulente d'ufficio incaricato nel presente giudizio.

Si comunichi.

Perugia, 20 febbraio 2026

Il giudice
Gaia Muscato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-891