N. R.G. 2089/2021

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di PIACENZA

In funzione di giudice unico nella persona del dott.ssa Laura VENTRIGLIA ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al numero di ruolo sopra riportato, promossa da:

Parte_1 C.F. *P.IVA_1*, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con gli avv.ti [redacted] ed [redacted]

-attrice-

CONTRO

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_2*, in persona del legale rappresentante *pro tempore* con l'avv. [redacted]

E

Controparte_2 (C.F. *P.IVA_3*), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con l'avv. [redacted]

-convenute-

§§§

Conclusioni: Le Parti hanno concluso come da fogli di pc e note scritte depositate in atti in sostituzione dell'udienza del 7 novembre 2024, in conformità all'art. 127 *ter* c.p.c..

***

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione[1]

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* conveniva in giudizio, dinanzi il Tribunale di Piacenza, l' *CP_3* di *CP_2* e l' *Controparte_1* chiedendo di accertare e dichiarare la responsabilità delle Convenute nella causazione dell'aggravamento delle lesioni subite da *Parte_2* a seguito del sinistro stradale del 3 giugno 2013 e per l'effetto,

[1] Ai sensi, infatti, dell'art. 16-*bis*, co. 9-*octies*, D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221: "*gli atti di parte e i provvedimenti del giudice depositati con modalità telematiche sono redatti in maniera sintetica*" (comma aggiunto dall'art. 19, co. 1, lett. a, n. 2-*ter*, D.L. 27 giugno 2015, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 132).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-873

condannarle al pagamento, in via solidale, in favore della Compagnia della somma complessiva di € 259.284,15, oltre interessi e rivalutazione monetaria, avendo già liquidato al proprio assicurato *[...]* *Pt_2* l'importo complessivo di € 639.864,00, oltre alle spese sostenute per il procedimento di mediazione e quelle legali ed oltre le spese di CTU relative al procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c. R.G. 461/2020, Tribunale di Piacenza.

A sostegno della domanda, Parte attrice allegava che: - in data 3 giugno 2013 *Parte_2* mentre era alla guida del ciclomotore tg. [redacted] veniva coinvolto in un sinistro stradale avvenuto per colpa di *CP_4* conducente dell'autovettura Fiat Stilo tg. [redacted] assicurata con *Parte_1* e di proprietà del sig. *Parte_3* ed in conseguenza del sinistro subiva gravi lesioni personali; - condotto all'Ospedale di *CP_1* ove veniva riscontrata la frattura del femore destro, in data 6 giugno 2013, veniva sottoposto ad intervento chirurgico di riduzione e sintesi del femore destro con chiodo endomidollare e viti, riduzione e sintesi frattura pilone tibiale con fissatore esterno e stabilizzatore vertebrale V8; - veniva dimesso il 15 giugno 2013 ma il successivo 28 giugno veniva nuovamente ricoverato presso l'Ospedale di *CP_1* per intervento di sintesi tibiale destra, eseguito il 7 agosto 2013 ed il 21 novembre 2013 veniva sottoposto ad intervento di dinamizzazione chiodo endomidollare; - successivamente, si verificava l'evoluzione della frattura della diafisi femorale in pseudoartrosi e in data 28 febbraio 2014, si rendeva necessario l'intervento di rimozione del chiodo endomidollare ed innesto osseo; - seguivano vari cicli di fisioterapia ed in data 5 novembre 2014, [redacted] veniva di nuovo ricoverato presso l'ospedale di *CP_1* per poi essere trasferito, in data 11 novembre 2014, presso l'Ospedale [redacted] di [redacted] (Mantova) per rottura placca del femore destro, in previsione di intervento di ricostruzione del femore; - in data 14 novembre 2014, veniva eseguita TAC-PET che escludeva un'infezione ossea ed il paziente veniva dimesso in pari data; - il 20 novembre 2014, veniva nuovamente ricoverato presso l [redacted] (Mantova) ed il giorno successivo veniva sottoposto ad intervento di rimozione e sostituzione dei mezzi di sintesi e bonifica parte necrotica, per poi essere dimesso in data 29 novembre 2014; - lo stesso giorno veniva ricoverato presso l'Ospedale di *CP_1* dove rimaneva sino al successivo 3 dicembre e durante il ricovero veniva eseguita una intensa fisioterapia; - dal 7 al 17 dicembre 2014 veniva nuovamente ricoverato presso l'Ospedale di *CP_1* dove veniva riscontrata un'infezione della ferita da Escherichia coli e Enterococco; - l'8 gennaio 2015 veniva nuovamente ricoverato nel reparto di ortopedia al [redacted] di [redacted] (MN) per un quadro di flogosi settica in esiti di recente intervento per pseudoartrosi femore dx e in data 16 gennaio 2015, veniva trasferito presso l'Ospedale di *CP_2* dove veniva confermata la presenza di infezione da Escherichia coli e Enterococco e veniva sottoposto ad ulteriore intervento il 20 gennaio 2015; - a partire dal febbraio 2015, il [redacted] veniva trattato dall [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[redacted] di Milano, fino a quando, nel giugno 2015, veniva sottoposto a protesi totale del femore; - al fine di ottenere il risarcimento delle lesioni subite nel sinistro del 3 giugno 2013, il [redacted] inviava richiesta di risarcimento alla Compagnia *Parte_1* e si sottoponeva a visite medico legali presso la dr.ssa *Persona_1* ed il dr. *Per_2* - in data 4 maggio 2017, la pratica veniva definita con la corresponsione da parte della Compagnia assicurativa della somma complessiva di € 639.864,00 in favore del [redacted] cui veniva riconosciuta un'invalidità permanente del 62%; - successivamente, *Parte_1* incaricava il dr. *Persona_3*, al fine di verificare eventuali profili di responsabilità medica per avviare azione di rivalsa nei confronti delle strutture sanitarie oggi convenute in giudizio, il quale, sulla base della relazione del dr. *Persona_4* confermava che la negativa evoluzione della frattura si verificava a causa dell'insufficiente riduzione della frattura scomposta del terzo medio del femore destro, ottenuta con l'inchiodamento endomidollare, posto che dalle radiografie i voluminosi frammenti di corticale erano scomposti attorno al chiodo e non presentavano continuità di tessuto; sicché, *Parte_1* inviava alla *[...] Pt_4* richiesta di risarcimento, con riserva di quantificare la quota di danno imputabile alla negligenza della stessa ed incaricava il prof. *Persona_5* di quantificare il maggior danno biologico riportato da *Parte_2* in conseguenza dell'errato trattamento della frattura al femore destro, il quale quantificava la quota di danno biologico, relativa all'aggravamento della malattia causato dall'errore medico, nella quota del 15–20% rispetto alla valutazione medico-legale del fiduciario *Parte_1* dr. *Persona_6* - successivamente, veniva incardinata la procedura di mediazione n. 1112/2019 nei confronti della *Pt_4* di *CP_1* presso l'organismo *CP_5* sede di *CP_1* e durante il primo incontro emergeva la potenziale responsabilità concorsuale dell' *CP_6* *CP_2* in quanto la *Pt_5* del 14 novembre 2014 non aveva evidenziato presenza di infezione che, verosimilmente, insorgeva a seguito dell'intervento del 21 novembre 2014, eseguito presso il [redacted] di [redacted] e pertanto, *Parte_1* inoltrava diffida all' *CP_3* di *CP_2* ed estendeva la procedura di mediazione nei confronti della stessa; - la Compagnia assicurativa incaricava un proprio fiduciario infettivologo, dr. *Persona_7*, di redigere relazione tecnica ed al terzo incontro di mediazione, tutte le parti convenivano di instaurare avanti il Tribunale di Piacenza un procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c. al fine di espletare una CTU medico-legale, volta ad accertare le rispettive responsabilità dei sanitari [redacted] di Piacenza e di [redacted] - in tale procedimento (R.G. 461/2020), veniva depositata perizia a cura dei CCTTUU dott. *Persona_8* e dott. *Persona_9*, i quali così concludevano: "*la percentuale di responsabilità complessiva da attribuire ai sanitari di* *CP_1* *e di* *CP_2* *che lo ebbero in cura è quindi stimabile nell'ordine del 15% (quindici per cento) come differenziale tra il 45% (danno biologico dovuto al trauma da sinistro stradale del 03.06.2013) ed il 60%*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

(aggravamento causato dagli interventi delle due strutture convenute) (…) tenendo ben presente l'ambito e le indicazioni nel quesito, si ritiene di poter prospettare – in ambito suddivisione del maggior danno rapportabile [redacted] *di Piacenza e quella di* CP_2 *– una divisione del 50% che riconosca un danno differenziale del 7,5% (calcolato dal 45% al 52,5%) per* [redacted] *di Piacenza; all'*CP_3 *di* CP_2 *ugualmente, un danno differenziale del 7,5% (calcolato dal 52,5% al 60%* &). *Per quanto attenga il correlato D.B. Temporaneo – sempre nello stesso ambito – si prospetta un periodo complessivo di 35 (trentacinque) giorni di Totale e 250 (duecentocinquanta) di Parziale al 75% per l'*Pt_4 *di* CP_1 *; per l'*CP_3 *di* CP_2 *invece, si prospetta un periodo complessivo di 275 (duecentosettantacinque) giorni di Totale e 300 (trecento) giorni di Parziale al 75%"*; - nonostante le risultanze peritali, nulla veniva corrisposto dalle convenute ad Parte_1 e il procedimento di mediazione si concludeva con verbale negativo; di talché la Compagnia assicurativa si trovava costretta ad instaurare il presente giudizio di merito.

Si costituiva in giudizio l'CP_3 di CP_2 la quale, contestando quanto *ex adverso* dedotto ed in particolare, la responsabilità dei propri sanitari nella causazione dei danni lamentati dall'Attore, chiedeva, in via principale, respingersi le domande formulate nei propri confronti, in quanto infondate in fatto ed in diritto e comunque non provate ed in via subordinata, di ridurre la richiesta risarcitoria avversaria in proporzione agli specifici profili di responsabilità imputabili ai sanitari dell' CP_1 convenuta.

In particolare, la convenuta CP_3 di CP_2 eccepiva che: - il paziente veniva preso in carico dal reparto di Ortopedia dell [redacted] (MN) per un quadro clinico di mancata consolidazione del femore destro, intervenuto dopo un duplice intervento di inchiodamento endomidollare e di innesto osseo ed osteosintesi con placca, eseguiti presso l'ospedale di CP_1 - dopo aver eseguito gli esami necessari, tra cui TAC PET per escludere una pseudoartrosi infetta e dopo lungo colloquio con il paziente e il figlio, in merito alle possibili azioni chirurgiche, i sanitari dell [redacted] concordavano di procedere ad intervento di rimozione di tutti i mezzi di sintesi ed applicazione di fissatore esterno da ricostruzione che avrebbe permesso, una volta guarita la mancata consolidazione, l'allungamento del femore ed il recupero della metria dell'arto; - l'intervento aveva decorso regolare sia a livello locale che generale e l'infezione dei tramiti degli elementi di presa, successivamente insorta, era complicanza possibile e non infrequente con una incidenza variabile tra il 5% e il 35%, ma non comprometteva il quadro clinico, già complesso e anticipava i tempi della soluzione protesica sostitutiva; - come riportava il dr. […] Persona_4 "*le complicanze successive [all'intervento chirurgico di rimozione della placca e posizionamento del fissatore esterno] non sono imputabili ad errori di trattamento chirurgico, ma compatibili con i rischi connessi all'applicazione del fissatore esterno*", rischi per i quali il paziente

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

aveva, peraltro, regolarmente sottoscritto consenso informato; - il tempo intercorso tra la dimissione dall [redacted] (25.11.2013), con PCR negativa, tamponi da ferita negativi e senza evidenza clinica di infezione e la comparsa di infezione delle viti dopo tampone (7.12.2013) era compatibile con una colonizzazione locale successiva alle dimissioni dal [redacted] mantovano per cui l'affermazione dei CCTTU in sede di ATP secondo i quali "*si può affermare che l'infezione del sito chirurgico sia avvenuta in ambiente nosocomiale e che questa sia occorsa per l'inosservanza delle buone regole di igiene*", non era suffragata da alcun elemento oggettivo ed era, al contrario, smentita dalla relativa documentazione medica, in quanto tutti i protocolli sanitari per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (SSI) erano stati rispettati mediante somministrazione di terapia antibiotica profilattica, in occasione dell'intervento chirurgico del 21 novembre 2014; - ad ogni modo, l'infezione del tramite delle viti del fissatore esterno era complicanza possibile e non infrequente, anche a fronte del rispetto delle procedure delle Linee Guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, con un'incidenza variabile tra il 5% ed il 35%, a seconda delle casistiche e della complessità dei casi trattati; - anche la quantificazione del danno differenziale proposta dai CCTTU del 15%, inteso come maggior danno tra il 45% ed il 60%, ripartito al 50% tra l' *Pt_4* di *CP_1* e quella di *CP_2* non era condivisibile, come non era condivisibile il periodo di invalidità temporanea indicato dai CCTTU, in quanto la complicanza infettiva si era risolta nel mese di maggio 2015 (rimozione dello spaziatore antibiotato e posizionamento di protesi parziale) e la successiva soluzione protesica totale di femore, eseguita presso l [redacted] era stata la conseguenza della mancata guarigione della frattura dopo i multipli interventi chirurgici a cui fu sottoposto il [redacted]

Si costituiva in giudizio [redacted] di Piacenza, chiedendo, in via preliminare, il rigetto delle domande attoree ed in via subordinata, l'accertamento del diverso grado di colpa e della diversa efficienza causale delle condotte tenute dall' *CP_3* di *CP_2* e di quelle tenute dai sanitari [redacted] di Piacenza, provvedendo alla ripartizione *pro quota* del risarcimento dei lamentati danni, con la conseguente condanna dell'ASST di *CP_2* a manlevare e tenere indenne la prima in relazione agli importi eventualmente dovuti per la propria quota di responsabilità.

Segnatamente, [redacted] di Piacenza eccepiva che: - la vicenda clinica del [redacted] era caratterizzata da intrinseca complessità clinica e le maggiori criticità medico-legali riguardavano la difficile valutazione percentualistica del danno biologico differenziale rispetto al danno base rappresentato dagli esiti disfunzionali attendibili delle plurime e complesse fratture riportate nell'incidente stradale del 3 giugno 2013; - l'intervento veniva effettuato per correggere un difetto dell'asse tibiale e gli ulteriori interventi chirurgici sulla diafisi femorale venivano eseguiti in presenza di una situazione ossea già in parte compromessa dalla presenza di un quadro di pseudoartrosi; - gli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

interventi di dinamizzazione del chiodo endomidollare, eseguiti in data 22 novembre 2013 e 30 gennaio 2014 e di sintesi di frattura con placca, viti ed innesto osseo del 28 febbraio 2014 erano i corretti tentativi terapeutici per ovviare alla mancata consolidazione della frattura diafisaria; - i successivi interventi chirurgici effettuati presso l'ospedale di *CP_2* (in data 21 novembre 2014 e 25 febbraio 2015) non riuscivano ad emendare la mancata unione dei frammenti ossei e la risoluzione del problema si raggiungeva sottoponendo il paziente ad un intervento di protesizzazione completa di femore; - l'intervento del giugno 2013, era complesso non solo per il trauma polifratturativo a carico di distretti corporei differenti, ma anche per la contestuale presenza sullo stesso arto inferiore destro di tre tipologie di frattura, due delle quali gravanti sul femore, a livello prossimale (collo) e diafisario; - la scelta operata dai sanitari in occasione del predetto intervento di applicare un chiodo endomidollare si rivelava corretta, in quanto in grado di soddisfare l'esigenza di bloccare contestualmente sia la frattura prossimale basicervicale che la complessa frattura diafisaria; - l'infezione del sito chirurgico occorsa successivamente all'intervento del 21 novembre 2014 presso l[redacted] in quanto unica causa del fallimento del secondo trapianto osseo, assumeva un ruolo rilevante ed esclusivo nel mantenimento del quadro pseudoartrosico; sicché, l'infezione contratta presso l' *CP_3* di *CP_2* aveva interrotto il nesso causale tra l'errato intervento chirurgico e la protesi poi posizionata presso l'Ospedale [redacted] facendo venir meno ogni responsabilità in capo ai *Controparte_7*

Concessi i termini *ex* art. 183, co. 6 c.p.c. e disposta l'acquisizione del fascicolo relativo alla procedura di ATP R.G. 461/2020, Tribunale di Piacenza, il GI invitava le Parti a valutare una soluzione bonaria della vertenza e rinviava la causa all'udienza del 26 ottobre 2023, per la verifica dell'esito delle trattative, successivamente differita - su richiesta congiunta delle Parti - al 23 novembre 2023 e poi al 13 febbraio 2024.

Alla predetta udienza il Giudice, preso atto che le Parti non erano riuscite a conciliare la lite, fissava udienza di precisazione delle conclusioni, in occasione della quale tratteneva la causa in decisione e concedeva alle Parti i termini *ex* art. 190 c.p.c.. Depositate le memorie di cui alla suddetta norma, la causa viene decisa sulla scorta delle seguenti motivazioni.

***

Parte attrice chiede la condanna delle convenute strutture sanitarie al risarcimento del maggior aggravamento del danno subìto da *Parte_2* imputabile ai sanitari dei Nosocomi convenuti (quantificato nella quota del 15 – 20% di danno biologico) che intervennero nella gestione del paziente a seguito del sinistro stradale del 3 giugno 2013 avvenuto per colpa esclusiva del sig. *CP_4* conducente dell'autovettura Fiat Stilo tg. [redacted] assicurata con *Parte_1* che

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

corrispondeva al Danneggiato, il quale riportava un'invalidità permanente del 62%, la somma complessiva di € 639.864,00.

In particolare, [redacted] di Piacenza si imputa la scelta errata di eseguire un intervento chirurgico per la frattura femorale a cui il paziente venne sottoposto mentre l'Ospedale [redacted] di [redacted] viene ritenuto responsabile dell'infezione nosocomiale contratta dal paziente, che rese necessario l'intervento di protesi poi eseguito presso la [redacted] di Milano.

Giova premettere che nei rapporti interni tra coobbligati, l'azione di regresso esperita da chi abbia pagato il credito risarcitorio è esercitabile nei confronti di tutti i corresponsabili in solido ai sensi dell'art. 2055 c.c..

Tanto premesso, la domanda di Parte Attrice merita accoglimento, per le ragioni di seguito precisate.

Deve anzitutto rilevarsi come - secondo un insegnamento consolidato della giurisprudenza, avallato dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 9556/2002, n. 577/2008) - il rapporto che lega la struttura sanitaria (pubblica o privata) al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria") che si perfeziona, anche sulla base di fatti concludenti, con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. n. 8826/2007). Tale contratto ha ad oggetto l'obbligo della struttura di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia prestazioni secondarie ed accessorie. Ne discende che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. Segnatamente, l'art. 3, comma 1 del d.l. 158/2012, convertito in l. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi) prevede 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. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo*". In seguito all'entrata in vigore di tale nuova previsione, rispetto al significato da attribuire al rinvio all'art. 2043 c.c. ivi contenuto, si sono distinti in giurisprudenza e in dottrina almeno tre diversi orientamenti. In base ad un primo indirizzo, il legislatore avrebbe inteso superare la teorica del contatto sociale e la conseguente contrattualizzazione della responsabilità medica (risalente alla sentenza n. 589/1999), riportando quest'ultima integralmente in ambito aquiliano. n secondo orientamento ha sostenuto, al contrario, che la responsabilità del medico e della struttura ospedaliera rimarrebbero entrambe di natura contrattuale (Cass. n. 8940/2014; cfr. seppur in obiter, Cass. n. 6243/2015). In base ad un terzo indirizzo – inaugurato da un autorevole arresto giurisprudenziale di questa Sezione e pienamente condiviso da questo giudice – si avrebbe un doppio binario di responsabilità: contrattuale per la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

struttura ed extracontrattuale per il medico dipendente. Invero, per quanto interessa ai fini della presente decisione, l'art. 3 della c.d. legge Balduzzi – riferendosi espressamente alla responsabilità dell'esercente una professione sanitaria autore della condotta illecita – non può avere alcuna portata innovativa sulla natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica o privata.

Ne consegue che, la struttura sanitaria è responsabile nei confronti del paziente danneggiato ai sensi dell'art. 1218 c.c. per il risarcimento dei danni derivanti dall'inesatto adempimento della prestazione a cui è direttamente obbligata. Ciò sia che s'intenda far riferimento ad un contratto atipico fra la struttura sanitaria e il paziente (c.d. contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria"); sia che si preferisca ravvisare nella legge (l. n. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario) la fonte dell'obbligo per la struttura di erogare determinate prestazioni in favore del paziente, al pari di ogni responsabilità che scaturisce dall'inadempimento di obbligazioni derivanti da "altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento" (art. 1173 c.c.). Né alcun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato), nello svolgimento delle prestazioni, si avvalga di dipendenti o collaboratori esterni e che la condotta dannosa sia materialmente posta in essere da uno di tali soggetti (cfr. art. 1228 c.c.). In particolare, la struttura sanitaria convenuta è chiamata a rispondere del danno causato dal proprio inesatto adempimento delle prestazioni a cui è direttamente obbligata, ai sensi dell'art. 1218 c.c. In particolare sulla struttura sanitaria convenuta gravano precisi obblighi relativi alla scelta dei professionisti che operano presso l'ente e al controllo sulla formazione e l'aggiornamento degli stessi (allo scopo di evitare danni a terzi che, senza alcuna possibilità di controllare la preparazione dei professionisti che lavorano presso la struttura sanitaria, vengono con loro in contatto). Dalla riconosciuta natura contrattuale della responsabilità in esame discende, da un punto di vista processuale, che l'attore-creditore il quale agisca in giudizio per il risarcimento del danno da inadempimento ha l'onere, in conformità alla regola generale di cui all'art. 2697c.c., di fornire la prova del suo credito (ad es. del perfezionamento del contratto), del danno di cui chiede il ristoro e del nesso causale fra il danno lamentato e l'inadempimento allegato. Il convenuto-debitore dovrà dunque fornire la prova di aver esattamente eseguito la prestazione dovuta o, in alternativa, che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile. Invero, è opportuno rammentare come, per consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, secondo i criteri di riparto dell'onere della prova, "*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*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione" (Cass.civ.III, 11 novembre 2019 n. 28992). Ne deriva che, laddove il creditore abbia assolto al proprio onere di provare il nesso di causalità tra la condotta del debitore e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, anche a mezzo di presunzioni, spetta al debitore dimostrare l'insussistenza dell'inadempimento o che esso derivi da impossibilità della prestazione a lui non imputabile e quindi da una causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176 c.c.. Il nesso causale può essere ritenuto sussistente non solo quando il danno possa ritenersi conseguenza inevitabile della condotta, ma anche quando ne sia conseguenza altamente probabile e verosimile, non già una mera possibilità astratta (cfr. Cass. n. 14759/2007). E' ormai principio consolidato quello secondo cui, in tema di responsabilità civile, la verifica del nesso causale tra condotta (commissiva e/o omissiva) e fatto dannoso deve compiersi in base alla regola probatoria del "più probabile che non" (Cass., S.U., 11 gennaio 2008, n. 576, Cass.civ. ord. 20 giugno 2019 n. 16581). Come più volte chiarito dalla stessa Corte di legittimità, l'applicazione di tale criterio non si esaurisce nella verifica del coefficiente di probabilità statistica espresso dalla legge scientifica di copertura, e quindi al mero rilievo della probabilità quantitativa della frequenza di un determinato evento, ma richiede che il giudice ne accerti la validità nel caso concreto, secondo il criterio della probabilità logica, che tiene conto delle circostanze di fatto e dell'evidenza probatoria del singolo caso, valorizzando eventuali altri elementi di conferma e considerando la eventualesclusione di altre possibili cause alternative. Inoltre, va precisato che, in tutte le ipotesi in cui venga in rilievo una condotta omissiva, la verifica da compiere si concreta nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto (cfr. da ultimo, Cass.civ., sez. 3, 27 luglio 2021 n. 21530 e Cass.civ., ord. 30 giugno 2021 n. 18584). Sul punto, la citata pronuncia n. 21530/2021 ha in particolare evidenziato che la affermazione del nesso di causalità materiale non è necessariamente predicabile secondo la preponderanza dell'evidenza legata al criterio del "50% + 1" ma può ricorrere anche in situazioni di probabilità minori, tenuto conto delle acquisizioni probatorie, sia in positivo, che in negativo, ovvero come assenza di fattori alternativi plausibili.

Tanto premesso, nel caso di specie, si ritiene provata la condotta inadempiente imputata dall'Attore ai sanitari delle Strutture sanitarie convenute che hanno determinato un aggravamento del danno dallo stesso subito in conseguenza delle errate scelte clinico-chirurgiche assunte dai sanitari del [redacted] piacentino nonché dell'infezione contratta in occasione del ricovero presso l [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Al riguardo allora soccorrono le conclusioni cui è pervenuto il CTU in sede di ATP dalle quali non si ha motivo di dissentire, in quanto l'elaborato peritale ha vagliato - con i dovuti approfondimenti, con ampia motivazione e rimettendo al giudice le decisioni di diritto - ogni profilo tecnico della controversia, tenendo in considerazione tutte le osservazioni delle parti, ad esse replicando con puntuale attenzione.

Il Tribunale dunque -aderendo alle conclusioni del CTU, che ha tenuto conto dei rilievi dei CTP, replicandovi- "*esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento, e non è necessario che si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le conclusioni tratte*" (cfr. Corte d'Appello di Milano, sentenza n. 2618/16, in cui si richiama Cass. sentenza n. 10222/2009).

Pertanto, buona parte delle motivazioni della CTU si intende qui richiamata, attesa la legittimità della motivazione *per relationem* all'intero elaborato della CTU, come affermato dalla sentenza della Corte di Appello di Milano, n. 2607/2017.

Invero, il CTU ha accertato che: - ll Sig. *Pt_2* veniva trasportato in data 3 giugno 2013 presso il PS dell'Ospedale di *CP_1* dopo un importante politrauma da incidente stradale. La situazione clinica all'arrivo presso il sopracitato nosocomio era certamente gravata da una serie di fratture distribuite a tutto il corpo, in particolar modo all'emisoma destro; tra queste vi era anche una frattura pertrocanterica e pluriframmentaria del terzo medio del femore destro; - il sig. *Pt_2* veniva trattato con il posizionamento di un chiodo endomidollare, senza lo studio accurato del tipo di frattura molto complessa dallo stesso riportata che avrebbe richiesto, invece, un precoce trattamento con un fissatore esterno a cui poteva poi seguire il posizionamento di un chiodo endomidollare; - la scelta errata dei *CP_7* di *CP_1* ha determinato una rapida mobilizzazione del chiodo endomidollare (a distanza di cinque mesi) e l'evoluzione in un quadro di pseudoartrosi, che ha costretto gli stessi a sottoporre il paziente a nuovo trattamento chirurgico in data 28.2.2014 con applicazione di placca NCB zimmer a 12 fori con due viti nel collo femorale ed innesto osseo da prelievo di cresta iliaca; - anche in questo caso, però, l'intervento chirurgico risultò fallimentare per la rottura del mezzo di sintesi dal momento che, seppur la placca con innesto osseo risulta una delle scelte chirurgiche più utilizzate, nel caso di specie, la distanza tra le parti ossee del femore era tale che occorreva un intervento chirurgico più stabilizzante, mediante l'utilizzo – ancora una volta – di un fissatore esterno; - il paziente veniva, dunque, trasferito presso l[redacted] ove in data 21.11.2014 veniva correttamente trattato con fissatore LRS da ricostruzione in compressione e accorciamento ma, purtroppo, anche in questo caso subentrava un evento avverso che comprometteva l'atto chirurgico, posto che a distanza di pochi giorni insorgeva una infezione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

del sito chirurgico con alta probabilità conseguenza dell'intervento dal momento che, dall'esame della documentazione clinica in atti, risulta che [redacted] al suo ingresso presso l [redacted] non presentava patologie mentre in sede di dimissioni (29.11.2014), già si rilevava una sofferenza cutanea con area necrotica; - si rendeva, dunque, necessario un nuovo ricovero presso [redacted] di Piacenza dove, dagli esami colturali effettuati sulla ferita, risultava la positività per Escherichia coli ampicillino-resistente e per Enterococcus faecalis ampicillino-sensibile; - pertanto, si può affermare che l'infezione del sito chirurgico sia avvenuta in ambiente nosocomiale e che questa sia occorsa per l'inosservanza delle buone regole di igiene, dal momento che nella cartella clinica del paziente non emerge che siano state poste in essere tutte quelle misure preventive per scongiurare "l'evento infezione" e che non è solo la corretta somministrazione della terapia antibiotica, ma anche una corretta tricotomia, una idonea preparazione del sito chirurgico, l'utilizzo corretto di sigillanti chirurgici anti-microbici, una ottimale preparazione chirurgica delle mani, una corretta preparazione meccanica dell'intestino, etc; - tale evento infettivo proprio perché era prevedibile, poteva essere evitato e doveva essere evitato soprattutto in un paziente sottoposto a diverse operazioni a distanza di poco tempo; - non è possibile stabilire con precisione la quota di responsabilità imputabile ai *Controparte_8* e quella addebitabile ai *Controparte_9* dal momento che se è vero che l'infezione nosocomiale sopraggiunta ha fatto sorgere la necessità della protesi poi posizionata presso [redacted] di Milano è anche vero che il maggiore rischio di infezione è stato determinato anche dalla condotta dei sanitari del nosocomio *Per_10* visto che operare su un campo operatorio già interessato da pregressi interventi chirurgici aumenta il rischio infettivo e dunque, in caso di corretta condotta chirurgica, vi sarebbe stata una minore compromissione dell'integrità fisica del soggetto; allo stesso tempo, quando il paziente è giunto all [redacted] era ancora possibile recuperare una buona parte dell'anatomia e della funzionalità del femore se non fosse sopraggiunta l'infezione nosocomiale che ha poi portato al fallimento dell'intervento e reso necessario il posizionamento di protesi totale di femore eseguito presso [redacted] di Milano, con successivo periodo di riabilitazione presso l'Ospedale di [redacted] (PC) ove rimaneva degente fino al 27.7.2015 e successivi due periodi di degenza presso la [redacted] e la *Controparte_10* *[...]*, fino a quando in data 15.2.2016 gli era concesso il carico completo dell'arto; - anche in merito all'inabilità temporanea, valgono le medesime considerazioni visto che la valutazione di 275 giorni al 100% e 300 giorni al 75% è il risultato di un attenta disamina della documentazione, tenendo in doverosa considerazione sia i lunghi periodi di ricovero cui venne sottoposto il *Pt_2* sia i successivi intervalli di tempo necessari per la stabilizzazione clinica dei postumi, da suddividersi per complessivi 285 giorni a *CP_1*, ovvero il tempo trascorso tra

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'errore tecnico e il ricovero presso l'Ospedale di CP_2 e per 575 giorni a CP_2 ovvero il periodo di tempo necessario per bonificare l'osso dall'infezione patita e recuperare la funzionalità complessiva fino alla stabilizzazione clinica.

Ebbene, come risulta dalla documentazione in atti, a seguito del sinistro avvenuto in data 3 giugno 2013, Parte_6 veniva ricoverato presso il [redacted] piacentino per "*politrauma stradale con frattura di diafisi femorale dx, fratture costali multiple, frattura del collo del femore, fratture di D8*" e in data 6 giugno 2013 veniva sottoposto ad intervento di riduzione e sintesi del femore destro con chiodo endomidollare, tibia destra con fissatore esterno, stabilizzazione vertebrale di D8 (doc. 2 di Parte Attrice). Secondo il Collegio peritale la frattura del [redacted] "*meritava un precoce trattamento con fissatore esterno, e nell'eventualità, mediante l'inserimento successivo di un chiodo o di una placca*", posto che "*lo scopo del trattamento delle fatture del femore è riallineare i monconi fratturativi al fine di ripristinare la biomeccanica dell'osso*" e permettere così una guarigione più breve in termini temporali. Solitamente il trattamento di scelta è l'impianto di un chiodo midollare, ma nel caso in cui i frammenti, come nel caso di specie, non erano in contatto tra loro, la strategia chirurgica migliore sarebbe stato un iniziale trattamento mediante posizionamento di un fissatore esterno a cui poi far seguire, a seconda dello stato osseo e dei tessuti molli perifratturativi, il posizionamento di un chiodo endomidollare o di una placca. Al contrario, la scelta dei sanitari di CP_1 causava "*mobilizzazione del chiodo endomidollare*" e pseudoartrosi e conseguentemente, la necessità di un nuovo intervento cui il paziente veniva sottoposto in data 28 febbraio 2014 allorché veniva inserita una "*placca NCB Zimmer a 12 fori con 2 viti nel collo femorale ed innesto osseo da prelievo di cresta iliaca*", intervento che si rivelava anch'esso, tuttavia, fallimentare poiché si assisteva alla rottura del mezzo di sintesi così collocato. Anche in tal caso, secondo i Consulenti, i medici piacentini avrebbero dovuto utilizzare piuttosto un fissatore esterno, dato che la placca non era sufficiente per lo status clinico del [redacted] ("*la distanza tra le parti ossee del femore era tale che occorreva un intervento chirurgico più stabilizzante, mediante l'utilizzo – ancora una volta – di un fissatore esterno*").

E' possibile dunque affermare che l'errore commesso dai sanitari del nosocomio di CP_1 si sia stata l'errata scelta di non utilizzare un fissatore esterno per trattare la frattura sia in occasione del primo intervento, allorquando i sanitari decidevano di applicare direttamente un chiodo endomidollare, sia del secondo, quando decidevano invece di inserire una placca nel collo femorale.

Pertanto, è infondata l'eccezione svolta dalla Convenuta [redacted] di Piacenza diretta a sostenere che l'infezione poi contratta presso l' CP_3 di CP_2 è idonea ad interrompere il nesso causale tra l'errato intervento chirurgico e la protesi poi posizionata presso l'Ospedale [redacted] posto che, come condivisibilmente chiarito dai periti dr Per_9 e Per_8 in termini causali, il contributo dei

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sanitari di CP_1 nell'aggravamento dei postumi permanenti del [redacted] è consistito nella erronea scelta della tipologia di intervento chirurgico da eseguire, determinando conseguentemente la necessità di sottoporre il paziente a diversi interventi chirurgici aumentando di fatto il rischio infettivo che poi venne a concretizzarsi a seguito dell'intervento eseguito presso l'Ospedale [redacted] a causa dell'inosservanza delle buone regole di igiene, come comprovato dalla circostanza che all'ingresso in Ospedale il paziente non presentava patologie infettive evidenti oppure in incubazione e che già al momento delle dimissioni, in data 29.11.2014, già si rilevava una sofferenza cutanea con area necrotica.

Come è noto, in tema di infezioni nosocomiali, l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria deve essere effettuato sulla base del criterio temporale, relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia, topografico, correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della c.d. probabilità prevalente e clinico, in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria (Cass. civ., sez. III, 03 marzo 2023, n. 6386).

In tema di responsabilità sanitaria per infezioni contratte all'interno di ambiente ospedaliero, il riparto dell'onere probatorio si atteggia di modo che, a fronte della prova (presuntiva) gravante sul paziente della contrazione dell'infezione 'nosocomiale', incombe sulla struttura provare di aver adottato ogni cautela prescritte dalle vigenti normative per prevenire l'insorgenza di patologie, nonché di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico. Ciò in quanto, "*in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti,*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio" (Cass. civ. sez. III, 13 giugno 2023, n.16900).

Ne consegue che incombeva sulla Struttura sanitaria l'onere di provare di avere adottato tutte le misure necessarie atte a prevenire l'insorgenza dell'evento infettivo in concreto verificatosi, ovvero il corretto rispetto delle condizioni igienico-sanitarie richieste nel caso di specie e che l'origine dell'insorgenza dell'infezione sia attribuibile ad una causa imprevedibile ed inevitabile mentre la convenuta *CP_3* di *CP_2* non ha fornito alcuna prova circa l'adozione di misure igienico-sanitarie idonee a prevenire il rischio di infezioni (a titolo esemplificativo: frequenza delle operazioni di sanificazione e verifica delle stesse; sterilizzazione del materiale chirurgico, altro), limitandosi ad allegare genericamente che, nel caso di specie, sarebbero stati rispettati tutti i protocolli sanitari per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico senza, tuttavia, fornirne la prova effettiva ed inoltre, il predetto evento infettivo proprio perché era prevedibile, doveva essere evitato soprattutto in un paziente a rischio poiché sottoposto a diverse operazioni a distanza di poco tempo.

In conclusione, con riferimento all'*an debeatur*, si può affermare che sia la condotta dei sanitari [redacted] di Piacenza (scelta errata del trattamento chirurgico) sia quella dei sanitari dell [redacted] (non rispetto delle pratiche igienico-sanitarie) hanno concorso all'aggravamento del quadro clinico di *Parte_6* già compromesso all'esito del sinistro del 3 giugno 2013, divenendo conseguentemente responsabili del maggior danno subìto dal paziente.

Passando a quantificare la percentuale di danno attribuibile alle condotte colpose dei sanitari delle strutture convenute, si rileva come i CCTTU hanno affermato che le lesioni subite dall'Attore a causa del sinistro stradale del 3.6.2013, trattate con l'accortezza necessitata dalle nuove indicazioni della letteratura scientifica, avrebbero potuto comportare comunque un quadro anatomo funzionale peggiorativo rispetto allo *statu quo ante*, stimabile nella misura del 45% (quarantacinque per cento) e che, invece, quanto rilevato allo stato attuale, a seguito dell'intera vicenda subita dal periziando, è quantificabile in un danno biologico del 60% (sessanta per cento).

Ne consegue che, la percentuale di responsabilità complessiva da attribuire ai sanitari di *CP_1* e di *CP_2* che lo ebbero in cura è stimabile nell'ordine del 15% come differenziale tra il 45% ed il 60%.

Dal momento che i CCTTU hanno ritenuto che suddividere il 15% nella quota percentuale tra [redacted] di Piacenza e di *CP_2* è compito arduo e che [redacted] di Piacenza, il quale ha operato due volte il *Pt_2* con indicazioni chirurgiche non idonee, alterando il campo operatorio e rendendo la condizione ossea peggiore rispetto a quella, già grave, che si presentava in seguito al

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sinistro, ha contribuito ad aumentare il rischio di infezione nosocomiale successivamente contratta dal *Parte_7* in occasione dell'intervento chirurgico di posizionamento del fissatore esterno eseguito a *CP_2* e dato che non è possibile, vista la complessità del caso, calcolare di quanto, un terzo intervento, abbia aumentato il rischio infettivo rispetto al primo accesso, si condividono le conclusioni dei Consulenti che hanno prospettato una divisione al 50% del danno differenziale patito dal sig. *Pt_2* nella misura del 7,5% ciascuno.

Allo stesso modo, si condividono le conclusioni relative al correlato D.B. Temporaneo – sempre nello stesso ambito – si prospetta un periodo complessivo di 35 (trentacinque) giorni di Totale e 250 (duecentocinquanta) di Parziale al 75% per l' *Pt_4* di *CP_1* per l' *CP_3* di *CP_2* invece, si prospetta un periodo complessivo di 275 (duecentosettantacinque) giorni di Totale e 300 (trecento) giorni di Parziale al 75%. Ed invero, tenendo conto dei periodi di recupero che si verificano in casi consimili, è possibile affermare che – a causa delle lesioni subite presso le *Pt_4* di *CP_1* e *CP_2* – il paziente ha dovuto superare non un intervento chirurgico ed un trattamento riabilitativo, ma più interventi con connessi periodi di cure/riabilitazioni.

Secondo la giurisprudenza, in tema di responsabilità medica, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario (Cass. civ., sez. III, 30 luglio 2024, n. 21261).

Nel caso concreto, occorre pertanto procedere al calcolo monetario del totale del danno riportato (ossia il 60 %, conseguente ad una invalidità permanente complessiva, all'esito del sinistro e dell'intervento dei sanitari) e sottrarre dal risultato il valore monetario della percentuale di danno non iatrogeno, derivante esclusivamente dai postumi permanenti del sinistro (45%).

Applicando le Tabelle di Milano anno 2014 (quelle vigenti al tempo del pagamento eseguito da *Parte_1* in favore del Danneggiato in data 4 maggio 2017, come risulta dalla quietanza di pagamento prodotta in atti dalla Compagnia assicurativa che oggi agisce in regresso), il danno differenziale (15%) così ottenuto ammonta a complessivi € 167.254,00 che, come correttamente concluso dai CCTTUU, va suddiviso al 50% tra le due strutture sanitarie; di talché, le Convenute andranno condannate al pagamento dell'importo di € 83.627,00 ciascuna in favore dell'Attrice a titolo di risarcimento del danno iatrogeno riferito alla sola invalidità permanente.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Alla liquidazione di tale voce di danno va aggiunta anche la liquidazione del danno da invalidità temporanea, nonché il danno patrimoniale.

Nello specifico, con riferimento alla convenuta *Parte_4* il Collegio peritale ha riconosciuto, in termini di invalidità temporanea, 35 giorni di invalidità temporanea totale e 250 giorni di invalidità temporanea parziale al 75% ("*da intendersi quale tempo trascorso tra l'errore tecnico e il ricovero presso l'Ospedale di CP_2),* mentre, con riferimento alla convenuta *CP_11* 275 giorni di invalidità temporanea totale e 300 giorni di invalidità temporanea parziale al 75% ("*tempo necessario per bonificare l'osso dall'infezione patita e recuperare la funzionalità complessiva fino alla stabilizzazione clinica"*, posto che - come chiarito dai CCTTU - in mancanza dell'evento infettivo, il [redacted] non sarebbe stato operato di protesi e conseguentemente la responsabilità del danno temporale occorso dal 29.11.20145 è da imputare [redacted] di Mantova).

Ciò chiarito, ai fini del calcolo del danno da inabilità temporanea, applicando le già richiamate Tabelle Milanesi, va disposta la condanna di *Parte_4* al pagamento di € 21.360,00 (35 giorni di ITT al 100% e 250 giorni di ITP al 75%), nonché la condanna dell'altra convenuta *[...] CP_11* al pagamento della somma di € 48.000,00 (275 giorni di ITT al 100% e 300 giorni di ITP al 75%).

Quanto al danno patrimoniale, con riferimento alla convenuta *Parte_4* il Collegio peritale ha ritenuto di riconoscere, quali spese di cura congrue e necessarie, la somma di € 1.675,00 ed € 3.350,00 con riferimento alla convenuta *CP_11*

In definitiva, va disposta la condanna delle convenute *Parte_4* e *CP_11* rispettivamente, al pagamento di € 104.987,00 ed € 131.627,00 a titolo di danno non patrimoniale oltre, rispettivamente € 1.675,00 ed € 3.350,00 a titolo di danno patrimoniale, oltre interessi legali decorrenti dal ricorso per ATP e fino al soddisfo mentre non è dovuta la rivalutazione monetaria trattandosi di debito di valuta e non di valore.

***

Le spese processuali (relative alla fase *ante causam* e di merito) seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo, sulla scorta del D.M. 55/14 e tenuto conto del valore della controversia, con riferimento al "*decisum*" e non al "*disputatum*" (cfr. Cass. S.U. sentenza 11 settembre 2007, n. 19014).

Va precisato altresì che le spese di CTU sostenute dagli attori in sede di ATP (in cui gli stessi erano ricorrenti) vanno poste in solido a carico delle Convenute in virtù del seguente principio giurisprudenziale: "*le spese dell'accertamento tecnico preventivo "ante causam" vanno poste, a conclusione della procedura, a carico della parte richiedente e vanno prese in considerazione nel*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

successivo giudizio di merito (ove l'accertamento stesso venga acquisito) come spese giudiziali, da porre, salva l'ipotesi di possibile compensazione totale o parziale, a carico del soccombente e da liquidare in un unico contesto" (cfr. Cass. sentenza n. 14268/17).

Va, altresì, disposta la condanna delle Convenute, in solido tra loro, alla rifusione delle spese di mediazione che rientrano nel *genus* delle spese di giudizio e devono essere liquidate secondo il principio della soccombenza (Cass. n. 5389 del 29/2/2024) (v. Cass., Sez. III Civ., 14 maggio 2019, n.12712). Vanno, pertanto, poste a carico delle parti soccombenti, in solido tra loro, le spese della fase di mediazione, che si quantificano in complessivi € 908,90, di cui € 97,60 (€ 80,00 oltre Iva) per spese di avvio ed € 811,30 (€ 665,00 oltre Iva) per la procedura (doc. 33 di Parte Attrice).

La presente sentenza è dichiarata provvisoriamente esecutiva *ex lege*.

P.Q.M.

Il Tribunale di Piacenza ogni altra istanza, eccezione o deduzione disattesa, definitivamente pronunciando, così decide:

1. **accoglie** la domanda di Parte attrice e per l'effetto, **condanna** l' *CP_1* di *CP_1* al pagamento, in favore di *Parte_1* dell'importo complessivo di € 104.987,00 e l' *[...] CP_11* al pagamento, in favore dell'Attrice, dell'importo complessivo di € 131.627,00, oltre interessi come in parte motiva;
2. **condanna** le Convenute in solido alla rifusione delle spese di lite in favore di Parte attrice, che si liquidano: - (i) quanto alla fase *ante causam* in € 286,00 per spese esenti ed € 3.645,00 per compensi professionali (valori medi sullo scaglione di riferimento) - (ii); quanto all'odierno giudizio di merito in € 786,00 per spese esenti ed 7.795,00 per compensi professionali (valori minimi sullo scaglione di riferimento), oltre rimborso forfetario spese generali al 15%, oltre IVA se e in quanto dovuta e CPA come per legge, oltre € 908,90 per spese di mediazione;
3. **pone** definitivamente a carico delle Convenute in solido le spese della CTU per come liquidate in sede di ATP.

Così deciso in Piacenza, in data 1° marzo 2025

Il Giudice

dott.ssa Laura Ventriglia

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it