N. R.G. 3814/2016

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di RAVENNA

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessia Vicini
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3814/2016** promossa da:

(C.F. *C.F._1* , con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. ( ) BOLOGNA; , elettivamente il difensore avv.

ATTORE

contro

(C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. (*C.F._3*) - *Parte_2* (*C.F._4*) C/O AVV. SAN PANCRAZIO; , elettivamente domiciliato in (C/O AVVOCATO 18 RUSSIpresso il difensore avv.

CONVENUTO

Controparte_2 (C.F. 00), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. , elettivamente domiciliato in il difensore avv.

TERZO CHIAMATO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Giova premettere alla decisione della presente controversia una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, e del personale medico in essa a qualsiasi titolo operante, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Le ipotesi di peggioramento della condizioni di salute possono essere ricomprese nella definizione sintetica di "danno iatrogeno", da intendersi quale "reazione avversa all'organismo, causata da un trattamento o da un procedimento diagnostico, inavvertitamente causata da un medico".

L'attività medica rientra tradizionalmente e concettualmente a pieno titolo nell'ambito delle "professioni intellettuali", alla cui disciplina il codice civile vigente dedica un autonomo capo, il II°, del III° titolo del libro V°, agli artt. 2229 e ss.

Il quadro codicistico, condizionato dal periodo storico di redazione, è plasmato intorno alla figura del "prestatore d'opera intellettuale", e quindi del medico singolarmente operante, a prescindere dalla struttura organizzativa in cui la sua attività viene prestata, ma consente comunque di enucleare le norme ed i principi applicabili alle vicende del moderno rapporto medico-clinico, caratterizzato da una consolidata – e da molti criticata – sostituzione del rapporto medico-paziente con quello struttura sanitaria-utente.

In campo legislativo tale sostituzione è segnalata con palmare evidenza dall'art. 1 della L. 23 dicembre 1978 n.833 che, al fine di dare una forma concreta all'attuazione amministrativa del dettato di cui all'art. 32 della Carta Costituzionale, premesso e ribadito al primo comma il riconoscimento della salute quale "fondamentale diritto dell'individuo", costituiva il servizio sanitario nazionale quale "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione", con ciò significativamente escludendo dal novero dei soggetti operanti nel S.S.N., organizzato allora su base territoriale nelle Unità Sanitarie Locali, il medico in sé e per sé considerato.

Tale realtà, favorita naturalmente dalla progressiva specializzazione e spedalizzazione del trattamento sanitario, fa sì che la persona necessitante di trattamento clinico – sia esso diagnostico o terapeutico – si rivolge ed entra a contatto, nella maggioranza dei casi, non con un singolo medico da cui è legato da un

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

rapporto fiduciario, bensì con una struttura clinica, costituita dai mezzi, dalle strutture e dagli uomini organizzati per la fornitura della prestazione richiesta.

La responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata.

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle latu sensu alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha quindi natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 cc all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico nonché ai sensi dell'art. 1228 cc all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato(così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

La responsabilità dell'Ente Ospedaliero o della *Pt_3* o della struttura privata nei confronti dei pazienti ricoverati ha natura contrattuale pertanto anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti medici e tale responsabilità trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (Cass. 4400/04; Cass. 6756/01; Cass. 5329/03).

In particolare quanto concerne le prestazioni di natura sanitaria è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale (Cass Pen. 6.04.2005/16.06.2005 n. 22579)

Pertanto dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata quindi dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.

La responsabilità del medico operante.

Ciò premesso quanto al regime di responsabilità della struttura sanitaria, rimane da chiarire qual è invece la natura della responsabilità del medico operante nell'ambito della medesima struttura.

A riguardo si precisa che non pare trovare applicazione nel caso de quo la Legge n. 24 dell'8.03.2017

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

entrata in vigore il 1° aprile 2017 quando le parti avevano già instaurato ed istruito la causa e la controversia si trovava in prossimità di fase decisionale su fatti del resto anteriori alla entrata in vigore del nuovo testo normativo che abroga sostanzialmente all'art. 6 comma 2 l'art. 3 comma 1 del d.l. 158/2012 convertito in Legge 189/2012 (c.d. Legge Balduzzi) in ordine alla responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria e attribuisce, all'art. 7, natura extracontrattuale alla responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria in strutture pubbliche o private salvo che lo stesso avesse agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Anteriormente alla Legge 24 del 2017 ed anche in vigenza della c.d. Legge Balduzzi la più avveduta giurisprudenza di legittimità, superando le precedenti ricostruzioni fondate sulla natura aquiliana di tale responsabilità, si era da tempo orientata a favore della natura contrattuale della responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, a ciò indotta dalla ovvia considerazione della irriducibilità della posizione del medico a quella di un qualsiasi altro soggetto giuridico, tenuto unicamente ad astenersi dal ledere l'altrui sfera giuridica.

Il contatto sociale tra medico e paziente, anche nell'ambito ospedaliero, pubblico o privato, non si configurerebbe infatti quale rapporto paritario, tra soggetti portatori di analoghi obblighi e diritti, bensì quale situazione di affidamento del paziente alla posizione di protezione del medico, soggetto esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 n. 1) cod. pen.) a tutela di una bene di elevato rango costituzionale (art. 32 Cost.).

La fonte di tale obbligazione contrattuale di protezione è stata rinvenuta nel "rapporto contrattuale di fatto" nascente tra medico e paziente per effetto del mero "contatto sociale" (Cass. 22.1.1999 n. 589; Cass. 11488/2004; Cass. 19564/04 Cass. 9085/2006; Cass. S.U. 577/2008).

La responsabilità del medico nei confronti del paziente secondo tale dominante orientamento giurisprudenziale aveva dunque sempre, sino all'introduzione della Legge n. 24/2017, natura contrattuale, sorgente dallo svolgimento di un'attività professionale, che ne connota la disciplina.

Conseguenze della natura della responsabilità sull'onere probatorio.

La natura contrattuale della responsabilità del medico e della struttura al cui interno questo opera per errata prestazione sanitaria comporta quanto all'onere probatorio che il paziente, deducente l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario nonché fornire prova del nesso causale esistente tra inadempimento ed evento dannoso, mentre resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

In particolare il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. S.U. 13533/2001; Cass. 16092/2002; Cass. 6395/2004; Cass. 9351/2007; Cass. 22361/2007; Cass. SU 577/2008).

In particolare il riparto dell'onere probatorio segue quindi i criteri fissati in materia contrattuale alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533/01 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Ove pertanto sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico, per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del contatto) e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato sia esso il sanitario o la struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. 975/2009).

Natura solidale della responsabilità.

Quando un medesimo danno è provocato da più soggetti anche se per inadempimenti di contratti diversi intercorsi rispettivamente tra ciascuno di essi e il danneggiato tali soggetti devono essere considerati corresponsabili in solido non tanto sulla base dell'estensione alla responsabilità contrattuale della norma dell'art. 2055 cc dettata per la responsabilità extracontrattuale quanto perché sia in tema di responsabilità contrattuale che di responsabilità extracontrattuale "se un unico evento dannoso è imputabile a più persone al fine di ritenere la responsabilità di tutte nell'obbligo risarcitorio, è sufficiente, in base ai principi che regolano il nesso di causalità ed il concorso di più cause efficienti nella produzione dell'evento (dei quali del resto l'art. 2055 cc costituisce un'esplicitazione) che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrli (Cass. Sez. III N. 23919/2006).

Il fatto.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

Parte_1 dopo essere stato ricoverato in data 15.08.11, veniva sottoposto presso *Org_1* *[...]* ad intervento chirurgico di sostituzione valvolare aortica in data 18.08.2011, con diagnosi di ingresso presso il convenuto istituto, di "soffio aortico rude".

Ciò che lamenta l'attore non è l'esecuzione in sé dell'intervento di sostituzione valvolare aortica, che non ha ricevuto censure di merito, quanto la contrazione durante l'esecuzione dello stesso ovvero nel corso della degenza post-operatoria di una infezione ospedaliera (endocardite da Staphylococcus epidermidis).

Tale infezione ha causato gravi problemi al paziente, che ha subito successivo reintervento in data 7.10.11 per la sostituzione di protesi aortica con protesi biologica.

A seguito dell'infezione e dell'intervento che ne è seguito *Parte_1* ha quindi residuato dei postumi peggiori rispetto a quelli che avrebbe (comunque) dovuto sopportare in relazione alla sua condizione fisica già di per sé compromessa prima dell'intervento del 18.08.11.

Il risarcimento del danno pertanto si muove in questa area specifica che non è quella tout court della descritta deteriorata situazione fisica in cui versa all'attuale il *Pt_1* ma del differenziale fra il suo stato (peggiore) e quello che sarebbe stato (migliore), se l'infezione (e quanto ad essa necessariamente conseguito) non fosse stata contratta.

Che all'esito dell'intervento del 18.08.11 l'attore abbia contratto un'infezione nosocomiale senza alcun dubbio riconducibile, secondo la condivisa ricostruzione degli eventi effettuata dal consulente del Giudice, al ricovero ed all'intervento stesso, non può essere revocato in dubbio.

Il CTU ha infatti rilevato come siano emersi errori e criticità commessi dai sanitari sia nel "timing" di somministrazione della prima dose di antibiotico eseguita alcune ore prima dell'intervento chirurgico anziché immediatamente prima dell'inizio dell'intervento stesso (facendo eventualmente ricorso a una ulteriore dose intraoperatoria) come richiesto dal caso in esame in considerazione della patologia che si stava affrontando e delle caratteristiche bio-patologiche del paziente sia nel dosaggio utilizzato (400 mg il giorno antecedente l'intervento e 400 mg il giorno dell'intervento) da ritenersi inadeguato in considerazione della tipologia di intervento e delle caratteristiche bio-morfologiche del paziente (adulto, di sesso maschile, di anni 62 con peso di 78-80 kg).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

Il perito ha addotto che “le suddette inadeguate condotte professionali hanno contribuito in maniera determinante all’insorgenza dell’endocardite valvolare protesica che complicò il decorso e che portò al ricovero del 18.9.11 e rese necessario un secondo intervento cardiochirurgico in data 7.10.11 per sostituzione della protesi impiantata presso *Organizzazione_2* ” riconoscendo quindi la sussistenza del nesso di causalità materiale diretto tra l’inadeguata ed errata esecuzione di profilassi antibiotica perioperatoria da parte dei sanitari in occasione dell’intervento del 18.08.11 e la complicanza endocardica valvolare aortica verificatasi.

Il nosocomio, da parte sua, avrebbe dovuto fornire la prova seria e rigorosa di aver fatto tutto il possibile per evitare l'insorgenza dell'infezione stessa.

In realtà la struttura sanitaria non ha affatto assolto all'onere che le incombeva, vale a dire di provare di avere posto in essere ogni cautela e precauzione, funzionale, strutturale e di metodo, al fine di realizzare e mantenere costante un' ottimale sanificazione della struttura, dei locali, degli ambienti, dei mezzi e del personale addetto nonché di avere adottato tutte le terapie precauzionali adeguate ad evitare l’insorgere di fenomeni infettivi.

Solo se avesse soddisfatto a tale onere il giudice avrebbe potuto valutare la eventuale rilevanza, a favore del nosocomio, dell'essere l'infezione di cui trattasi una complicanza di tal genere di intervento (per inciso risulta documentalmente anche un deficit specifico di cautela laddove la paziente non è stata sottoposta, come elementare prudenza consigliava, nell'immediatezza dell'intervento chirurgico, ad adeguato trattamento antibiotico preventivo).

Organizzazione_1 è pertanto soccombente in punto di responsabilità.

Infatti la difesa svolta dalla struttura convenuta risulta assolutamente carente ed insufficiente.

In primo luogo non essendo stato accertato in quale momento ed ambito del perimetro temporale e spaziale nel quale l’attrice è entrata nella sfera di azione della struttura ospedaliera sia stata contratta l’infezione, è del tutto riduttivo aver richiamato generici protocolli interni di sterilizzazione relativi alle sale operatorie o ai reparti di degenza, potendo essere stata diffusa l’infezione in altro momento (rispetto all’intervento chirurgico) e luogo dell’ospedale (essendo l’attore rimasto nell’ospedale dal 15 agosto al 31 agosto 2011).

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

In secondo luogo si tratta comunque di protocolli astratti, nel senso di programmatici, mentre è mancata sia la prova sia la semplice allegazione di quali siano state in concreto le condotte poste in essere dalla struttura per una efficace e consapevole opera di sanificazione.

Il postulato dell'attore, che il contagio ad opera di un batterio tipicamente nosocomiale (vale a dire che vive, prolifera, si rafforza e si caratterizza per la sua presenza in ambito ospedaliero), e dei danni alla persona (anche in termini di aggravamento delle condizioni del paziente), che ne siano conseguiti, presupponga indefettibilmente, a carico dell'ospedale, una carenza, una deficienza di attenzione e di messa in opera in ordine alle procedure di sanificazione e di asetticità che devono costantemente garantire la sicurezza del paziente contro i contagi da infezioni nella struttura ospedaliera, è, nella sua assolutezza, errato in quanto viziato da un salto logico e quindi, non condivisibile.

Va evidenziato, che nel caso in esame come pressoché in ogni altro analogo, è pressoché impossibile, anche laddove sia accertata con sicurezza la natura e la provenienza nosocomiale del batterio che ha contagiato il paziente ricoverato, ed anche laddove sia certo che il medesimo non era affetto prima del ricovero dalla relativa patologia infettiva, individuare specificamente il luogo e settore dell'ospedale nel quale si è prodotto il contagio, vale a dire il momento preciso, il settore di attività, l'azione medica o infermieristica o invece il contesto di altro genere (che può essere una semplice situazione omissiva quale ad esempio la mancata adeguata pulizia dei bagni) scatenante, e, in definitiva, l'anello assente o incrinato della catena di protezione delle misure di sanificazione nel quale si è inserito il fattore nocivo (batterio)

In altre parole, la mancata identificazione del dove del quando e del come il batterio, proliferante in ambiente ospedaliero, sia stato trasmesso al paziente è una costante di tali vicende, anche in sede giudiziale.

Proprio tale pressoché costante carenza conoscitiva introduce un elemento di rottura della concatenazione dei fatti del processo deduttivo relativo all'accertamento della responsabilità dell'ospedale, del che non sempre si è consapevoli, tanto che talvolta si giunge) comunque e nonostante ciò, ad affermare (con vera aporia) la responsabilità della struttura ospedaliera.

Infatti, mentre nel caso (raro, quasi meramente di scuola) in cui si possa affermare che l'infezione è stata contratta in un luogo e momento specifico, ad esempio nella camera operatoria, a causa della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

mancata (o non adeguata) sterilizzazione dai strumenti adoperati dai medici chirurghi, il cerchio della responsabilità è definitivamente chiuso con la accertata responsabilità dell'ospedale; nel caso, diverso e ordinario, che vi sia solo la certezza che l'infezione è di natura ospedaliera, non può affermarsi *tout court* una tale responsabilità, che verrebbe predicata solo in via deduttiva, da una solo presunta carenza di sanificazione da parte della struttura ospedaliera.

Ciò per la elementare ragione che il ventaglio di possibilità di contrazione dell'infezione in relazione a condotte, luoghi e situazioni si amplifica, in questo caso, a dismisura, riducendo correlativamente il grado di certezza in merito non all'esistenza del nesso causale (condotta dell'ospedale in materia di sanificazione – diffusione dell'infezione), che è stato definitivamente accertato a mezzo della consulenza (o addirittura per via di non specifica contestazione), quanto alla esistenza della colpa, la cui sussistenza è altresì necessaria (sarebbe infatti un errore grossolano ritenere di poter imputare il danno di cui trattasi a titolo di responsabilità oggettiva dell'ospedale)

Fermo restando quanto precede, e cioé che possono intervenire infezioni nosocomiali non addebitabili all'ospedale, per essere esse prevedibili ma non tutte e sempre prevenibili, va ritenuto che una volta accertato che il paziente abbia contratto una infezione nosocomiale, in virtù dei principi che regolano l'onere della prova, in materia contrattuale (qual'è quella che ci occupa, *ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contratto sociale")* non vi può essere alcun dubbio che incombe alla struttura sanitaria pubblica o privata provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta e consapevole sanificazione, al fine di evitare la contaminazione dei pazienti ad opera dei batteri c.d.nosocomiali.

La convenuta avrebbe dunque dovuto fornire la prova – che come infra esposto non può che essere indiziaria- che l'evento dannoso (contagio da batterio nosocomiale) era sì possibile e prevedibile (fatto pacifico), ma non prevenibile, rientrando in quella percentuale di casi che la scienza medica ha enucleato come eventi che possono sfuggire ai controlli di sicurezza apprestabili e di fatto apprestati dalla struttura sanitaria.

Vale a dire la prova che siano stati attuati specifici protocolli diretti all'applicazione, monitoraggio, aggiornamento e verifica dei risultati delle pratiche dirette ad evitare o contenere le infezioni

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

nosocomiali; che sia stato istituito un comitato o gruppo di lavoro a ciò deputato; e che sia rappresentato come abbia operato e quali siano state le iniziative intraprese.

Il tutto al fine di pervenire ad una ragionevole e motivata valutazione sulla sussistenza di profili di colpa a carico del nosocomio.

Ovvero per escluderlo, mediante l'affermazione che avendo adempiuto il nosocomio a quanto era possibile ed esigibile allo stato dell'arte, l'evento dannoso infezione andrebbe ascritto nel novero delle complicanze imprevedibili ed inevitabili collegate alla presenza della paziente nel nosocomio.

E che in tale contesto di azioni positive giammai potrebbe predicarsi una responsabilità del nosocomio se non fondandola su un inaccettabile principio di responsabilità oggettiva dell'ospedale (a cui carico verrebbero posti anche i casi di infezioni non evitabili pur in presenza di una condotta immune da censure per quanto riguarda la sanificazione).

Tale esclusione di responsabilità va in definitiva rapportata ad un obiettivo che il giudice identifica, mutuandolo da altre settori scientifici (ed esempio in materia di propagazione di onde elettromagnetiche la cui dannosità - o meno- è ancora largamente ignota), nel c.d. minimo rischio (ovvero nella adozione di un insieme di procedure e di protocolli elaborati allo stato attuale dalla scienza del settore per ridurre al minimo il rischio di esposizione ad infezioni nosocomiali dei pazienti).

Come rilevato la difesa della struttura sanitaria su tali questioni è del tutto carente e di stile, cosicché non può che essere affermata la piena responsabilità del nosocomio per l'evento dannoso subito dall'attrice.

Controparte_3 , quale compagnia di assicurazione della struttura sanitaria sarà tenuta a manlevare, nei limiti di cui alle condizioni di polizza, la stessa da quanto condannata a pagare in favore di parte attrice in virtù della presente sentenza, nel rispetto del massimale e scoperto di polizza.

Il danno conseguenza risarcibile nel caso di specie risulta il solo danno differenziale, vale a dire il maggior danno, quello correlato all'aggravamento delle condizioni, già deteriorate, dell'attrice a causa dell'infezione nosocomiale.

Per quanto riguarda la quantificazione del danno, è nota la giurisprudenza, che si condivide, predicativa della unitarietà del danno non patrimoniale e della necessità che si evitino duplicazioni di poste, mascherate sotto nomi diversi.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

E' altrettanto nota la giurisprudenza che segnala la necessità, una volta individuato, il valore del risarcimento attribuibile con il sistema tabellare, di valutare la opportunità di diminuire o aumentare l'ammontare del risarcimento in relazione alle circostanze tutte del caso, ove e nella misura che siano accertate e riconosciute, al fine della migliore quanto possibile, personalizzazione del ristoro.

Il Giudice, riferendosi alla espletata CTU, ritiene che in questo caso il danno non patrimoniale che contiene oltre al danno biologico in senso stretto, anche le componenti dinamico relazionali sulle quali il pregiudizio ha inciso ed il dolore e le sofferenze (morali) provocate dall'evento, sia da collocare in misura del 10%.

La personalizzazione del danno biologico secondo i nuovi criteri informatori indicati dalle SSUU e confermati, quanto alle lesioni di lieve entità, dalla Corte Costituzionale con sentenza 235/2014 comporta che la somma liquidata ricomprende in se tutto il danno non patrimoniale nella sua interezza subito dalla vittima di lesioni con valutazione quindi sia degli aspetti di sofferenza soggettiva sia degli aspetti anatomo-funzionali relazionali.

Tale personalizzazione può avvenire naturalmente solo sulla base di circostanze peculiari allegate e provate dal danneggiato.

Nel caso in esame dalla CTU non sono emersi elementi utili alla personalizzazione del danno tabellare da individuarsi in misura del 10%

Condivisa la relazione peritale d'ufficio, va stabilito che l'attore ha diritto al ristoro dei danni in relazione ai seguenti parametri:

1. invalidità permanente 10 %
2. invalidità temporanea di gg.19 (al 100%) e gg 37 (al 50%)

L'ammontare del risarcimento viene pertanto determinato per il danno non patrimoniale in complessivi € 23.089,00 già valutati all'attualità.

Il CTU, eccettuate spese mediche congrue e causalmente imputabili all'inadempimento di causa per € 2.677,10 somma da rivalutare in base agli indici ISTAT dall'esborso alla pubblicazione della sentenza, non ha rilevato ulteriori danni né patrimoniali né non patrimoniali.

Le somme riconosciute sono la risultanza della rivalutazione alla data della decisione (secondo le tabelle aggiornate): ed invero solo attraverso il meccanismo della rivalutazione monetaria è possibile rendere effettivo il principio secondo cui il patrimonio del creditore danneggiato deve essere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

ricostituito per intero (quanto meno per equivalente); essendo evidente che, pur nell'ambito del vigente principio nominalistico, altro è un determinato importo di denaro disponibile oggi ed altro è il medesimo importo disponibile in un tempo passato).

A tali somme vanno aggiunti gli interessi legali.

Infatti è dovuto **l'** ulteriore danno consistente nel mancato godimento da parte del danneggiato dell'equivalente monetario del bene perduto per tutto il tempo decorrente fra il fatto e la sua liquidazione. Ed invero devesi a tale fine fare applicazione delle presunzioni semplici in virtù delle quali non si può obliterare che ove il danneggiato fosse stato in possesso delle somme predette le avrebbe verosimilmente impiegate secondo i modi e le forme tipiche del piccolo risparmiatore in parte investendole nelle forme d'uso di tale categoria economica (ad esempio in azioni ed obbligazioni, in fondi, in titoli di Stato o di altro genere) ricavandone i relativi guadagni. Con tali comportamenti oltre a porre il denaro al riparo dalla svalutazione vi sarebbe stato un guadagno (che è invece mancato) che pertanto è giusto e doveroso risarcire, in via equitativa, con la attribuzione degli interessi legali.

Il calcolo di tali interessi viene effettuato in virtù della sentenza del 17.2.1995 n.1712 della Suprema Corte procedendo prima alla devalutazione delle somme alla data del fatto**,** importi che erano stati rivalutati alla data della sentenza; e successivamente calcolando sugli importi rivalutati anno per anno i relativi interessi legali ai tassi stabiliti per legge anno per anno, senza alcuna capitalizzazione.

Su tale somma sono poi dovuti gli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza fino al saldo.

Le spese (che vengono regolate secondo le previsioni – orientative per il giudice che tiene conto di ogni utile circostanza per adeguare nel modo migliore la liquidazione al caso concreto- della l.24.3.2012 n.27 e del D.M. Ministero Giustizia 10.3.2014 n.55) seguono la soccombenza e vengono liquidate come in dispositivo mentre dovranno essere compensate tra convenuta e terza chiamata.

Le spese di CTU dovranno porsi definitivamente a carico di *Organizzazione_1* .

PQM

Il Tribunale di Ravenna definitivamente pronunciando nella causa RG n. 3814/2016 ogni contraria, istanza, decisione, eccezione disattesa così decide:

- accertata la responsabilità di *Organizzazione_1* in ordine ai fatti oggetto di causa condanna *Organizzazione_1* a risarcire in favore di *Parte_1* la somma di € 23.089,00 già valutata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693

all'attualità a titolo di danno non patrimoniale e la somma di € 2.677,10 da rivalutare in base agli indici ISTAT dalla data del pagamento alla pubblicazione della sentenza a titolo di danno patrimoniale; su tale importo, svalutato alla data del sinistro ed anno per anno rivalutato sino alla pubblicazione della sentenza sono dovuti, a titolo di risarcimento del danno da ritardo nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria, gli interessi legali maturati; sulla somma così risultante saranno dovuti gli interessi legali ex art. 1282 cc che matureranno dalla data della pubblicazione della presente sentenza sino al saldo effettivo;

- condanna *Controparte_2* a rifondere, nei limiti delle condizioni di polizza, quanto *Parte_4* sarà costretta a corrispondere a *Parte_1* in virtù della presente sentenza di condanna;

- condanna *Organizzazione_1* a rifondere in favore di *Parte_1* le spese di lite che liquida in € 4.835,00 per compenso, € 786,00 per spese oltre 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge;

- compensa le spese di lite tra *Organizzazione_1* e *Controparte_2* ;

- pone le spese di CTU medica definitivamente a carico di *Organizzazione_1*

Così deciso in Ravenna, 18 giugno 2019

Il Giudice

Dott.ssa Alessia Vicini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-693