REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

SEZIONE XIII CIVILE

Il Tribunale, in persona del Giudice Unico, dott.ssa Vittoria Amirante, ha emesso la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile di I grado iscritta al n. 425 del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2019 vertente

T R A

Parte_1 [redacted] e res in Roma [redacted] elettivamente [redacted] presso lo studio degli Avv.ti [redacted] e [redacted] dai quali è rappresentato e difeso giusta procura in calce all'atto di citazione

ATTORE

E

Controparte_1 in persona del Direttore generale legale rappresentante p.t. elettivamente domiciliata presso la sede legale aziendale sita in Roma Circ.ne Gianicolense n. 87, rappresentata e difesa dagli Avv.ti [redacted] e [redacted] giusta procura in calce alla comparsa di costituzione

CONVENUTA

GGETTO: RISARCIMENTO DANNI DA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

CONCLUSIONI

All'udienza del 28.10.2020 le parti concludevano come da verbale di udienza a trattazione scritta secondo le modalità previste dall'art. 83 lett. h del D.L. 18/2020 ed il giudice tratteneva la causa in decisione con termine di giorni 60 per conclusionali e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

giorni 20 per repliche

FATTO E DIRITTO

Omesso lo svolgimento del processo, ai sensi del nuovo testo dell'art. 132, comma 2 nr. 4 c.p.c. è pur tuttavia opportuno precisare preliminarmente l'oggetto del processo, consistente in una domanda di condanna dell'*Con* Osp. *Controparte_3* al risarcimento di danni patiti da *Parte_1* in conseguenza dell'infezione nosocomiale da enterobacter spp e Pseudomonas Aeruginosa contratta in occasione ed a causa dei trattamenti sanitari e degli interventi chirurgici eseguiti dai sanitari dell' *CP_4* *[...]* ed in particolare in occasione del ricovero dal 10.3.2015 al 13.3.2015 ed intervento di rimozione placca e viti perone e artroprotesi caviglia dx eseguito l'11.3.2015. Deduceva che a causa dell'infezione contratta in conseguenza dell'intervento chirurgico si erano rese necessarie cure ed un ulteriore intervento del 6.4.2015 di irrigazione ferita e rimozione di dispositivo impiantato. Lamentava la negligenza e l'imperizia dei sanitari del *CP_3* che avevano omesso una adeguata profilassi pre operatoria ed avevano omesso una tempestiva diagnosi del processo infettivo e che all'esito dei trattamenti e cure residuavano postumi causalmente determinati dall'infezione contratta nella misura di 10% di IP, 60 gg di ITA e 30 gg di ITP al 50%. Lamentava pertanto di aver patito un danno non patrimoniale (biologico, morale ed esistenziale). Esponeva, infine, che in relazione ai medesimi fatti era stato proposto ricorso per ATP ex art. 696 bis c.p.c. e che la procedura non si era ancora conclusa. Concludeva chiedendo che, accertata la responsabilità contrattuale dell'*Con* Osp. *Controparte_5* ed il nesso causale tra la condotta negligente ed i danni riportati da *Pt_1* la struttura convenuta venisse condannata al risarcimento dei danni patiti e liquidati nella complessiva somma di € 25.000 oltre rivalutazione ed interessi con vittoria di spese.

La convenuta *Controparte_1* si costituiva contestando ogni profilo di responsabilità e soprattutto la sussistenza del nesso causale tra ricovero ed insorgenza delle infezioni e tra queste ed i danni lamentati. Deduceva, poi, la correttezza della condotta dei sanitari evidenziando di aver adottato procedure di sanificazione e di igiene ospedaliera ed in generale tutte le strategie scientificamente conosciute e valide per impedire l'insorgenza di patologie infettive. Contestava, poi, il quantum dei danni lamentati. Concludeva quindi chiedendo il rigetto della domanda avversaria.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Così ricostruito, in via di estrema sintesi, l'oggetto del processo e la posizione delle parti, occorre premettere che la consolidata giurisprudenza di legittimità e di merito a partire dagli anni novanta ha gradualmente fatto confluire tutte le fattispecie di responsabilità in campo sanitario nell'ambito della responsabilità contrattuale, con la conseguenza dell'applicazione dei correlativi regimi della ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione, tipici delle obbligazioni da contratto d'opera professionale, quanto alla struttura sanitaria, ravvisando la fonte di tale tipo di responsabilità nella conclusione, al momento della "accettazione" del paziente nella struttura, di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità avente ad oggetto l'obbligo della struttura di adempiere sia prestazioni principali di carattere sanitario che prestazioni secondarie ed accessorie quali quelle assistenziali e latu senso alberghiere. La responsabilità dell'ente ha, così, assunto carattere contrattuale in relazione sia a fatti di inadempimento propri della struttura che alle condotte dei medici dipendenti, in applicazione dell'art. 1228 c.c. sulla responsabilità del debitore per fatti dolosi o colposi degli ausiliari. Quanto al medico dipendente, la giurisprudenza, valorizzando la sussistenza di un rapporto in cui il paziente si affida alle cure del medico ed il medico accetta di prestargliele, ha accolto la qualificazione della fonte del rapporto medico dipendente-paziente in termini di "contatto sociale". La Corte di Cassazione con sentenza del 22.01.1999 n. 589 ha affermato, infatti, che «l'obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario per responsabilità professionale nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale" ha natura contrattuale».

L'affermata natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, ha poi trovato l'ulteriore conforto delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte di Cassazione, le quali con la ormai notissima sentenza dell'11 gennaio 2008, n. 577 hanno prestato sostanziale adesione a tale opzione ermeneutica, affermando che, "per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria"(cfr. anche Cass. 25.2.2005, n. 4058).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Tale inquadramento giuridico non viene meno a seguito neanche a seguito dell'entrata in vigore della L. n. 189 del 2012 c.d. legge Balduzzi che, con riferimento alla disciplina della responsabilità penale del medico fa salvo "l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c.". Innanzitutto quanto al caso di specie, la legge non contiene alcuna specificazione relativa alla natura della responsabilità della struttura sanitaria che, pertanto, rimane quella delineata dalla giurisprudenza richiamata, avendo espressamente limitato il riferimento all'art. 2043 c.c. al solo "esercente la professione sanitaria". Deve ritenersi, inoltre, in generale, che con tale inciso il legislatore non abbia inteso imporre una qualificazione giuridica della responsabilità del sanitario come extracontrattuale (con applicazione della disciplina conseguente soprattutto in termini di prescrizione e di onere della prova), ma semplicemente fare salvo il diritto al risarcimento del danno in sede civile (si veda sul punto la recentissima Cass. 28994 dell'11.11.2019) Rimane quindi possibile per il giudice qualificare tale responsabilità come contrattuale ove si fondi su un contatto giuridico qualificato.

Occorre, infine, evidenziare che la anche la recente Legge di Riforma della Responsabilità Sanitaria L. 24 del 8.3.2017 (non applicabile ratione temporis al caso di specie come statuito di recente da Cass. 28994/2019) ribadisce che la struttura sanitaria risponde ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. (mentre afferma che i sanitari rispondono del loro operato in base all'art. 2043 c.c. a meno che non abbiano agito nell'adempimento di una obbligazione direttamente assunta con il paziente).

Si ritiene, pertanto, che nel caso in esame, concernente un'ipotesi di responsabilità di una struttura sanitaria e del sanitario ivi operante debbano applicarsi i criteri propri della responsabilità contrattuale con conseguente applicazione della relativa normativa in termini di prescrizione, grado della colpa, ripartizione dell'onere della prova.

Con riferimento all'onere probatorio già le S.U. della Suprema Corte con la sentenza n. 577/2008 hanno affermato che "l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante".

Di recente si è, peraltro chiarito che "In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (così Cass. n. 18392 del 26/07/2017) ed ancora che "nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata" (così Cass. n. 3704 del 15/02/2018. Nello stesso senso Cass. n. 26700 del 23/10/2018 ed ancora le recentissime Cass. 28991 e 28992 dell'11.11.2019).

L'attore danneggiato è, invece, corrispondentemente esonerato dal provare la negligenza del sanitario: si può infatti limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali species dell'inadempimento agli obblighi assunti con il contatto negoziale ovvero con il contratto di spedalità, consistenti nella prestazione di assistenza diagnostica e terapeutica conformata alla miglior scienza ed esperienza ed alla perizia richiesta dalla natura e caratteristiche degli interventi necessari, ovvero comunque alla particolare situazione clinica-patologica. È, per contro, onere del medico provare che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a propria negligenza o imperizia.

In altre parole, solo dopo aver riscontrato l'esistenza di un nesso eziologico deve essere affrontato il tema della esistenza della colpa e dell'onere della prova.

Provata la sussistenza del nesso causale, in base alla presunzione relativa alla imputabilità per colpa (negligenza o imperizia professionale) di tale omissione al convenuto- professionista sanitario, sarà quest'ultimo, a dover provare, al fine di vincere tale presunzione semplice, la correttezza delle modalità diagnostiche e terapeutiche seguite, ossia della non imputabilità a colpa dell'inadempimento (omissione diagnostica o terapeutica) o, ancora, della insussistenza della omissione addebitata (effettuazione di ogni azione, manovra o prescrizione, in concreto e data la situazione del paziente e le emergenze cliniche disponibili e accertabili con la ordinaria diligenza del professionista appartenente alla categoria).

In applicazione di tutti i suesposti principi va, dunque, esaminata la domanda attorea tenendo conto che era onere di parte attrice dimostrare l'esistenza del contratto con la struttura sanitaria ed allegare l'inadempimento (o comunque l'inesatto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

adempimento) delle prestazioni medico professionali rese nei confronti del Pt_1 dalla struttura convenuta e provare il nesso causale tra la condotta ed il danno restando, invece, a carico della convenuta la prova che le medesime prestazioni erano state eseguite in modo diligente e che il danno è stato determinato da un evento imprevisto, imprevedibile ovvero inevitabile.

Ai fini dell'accoglimento della domanda attorea, occorre dunque verificare: a) l'esistenza del contratto con la convenuta b) se vi sia un danno causalmente riconducibile all'operato dei sanitari della struttura e/o della struttura; (b) in caso di risposta affermativa al quesito sub (b), se la condotta sia ad essi imputabile a titolo di colpa.

Per quanto, dunque, attiene al primo punto va rilevato che non è contestato ed è documentalmente provato che il Pt_1 veniva ricoverato presso la struttura convenuta: una prima volta in data 18 agosto 2013, a seguito di una caduta accidentale, ed all'esito di diversi esami ed accertamenti diagnostici, veniva sottoposto ad intervento chirurgico ortopedico di "riduzione ed osteo sintesi con placca e viti perone distale, viti sindesmosi, fili k, fe"; una seconda volta in data 13 novembre 2013 venendo sottoposto ad intervento chirurgico di "rimozione FE e mezzi di sintesi"; una terza volta dal 10 al 13 marzo 2015 con diagnosi di "artrosi localizzata primaria caviglia dx" per essere sottoposto ad artroprotesi della caviglia dx.

Sicchè può ritenersi dimostrata la conclusione del contratto avente ad oggetto prestazioni sanitarie tra il Pt_1 e la convenuta.

Quanto al nesso causale va evidenziato che in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio".

Ciò posto ed applicando i suesposti principi all'odierna fattispecie le risultanze della espletata CTU inducono a ritenere sussistente il nesso causale tra l'insorgenza di infezione e l'intervento chirurgico del marzo 2015. Ed infatti occorre considerare da un

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

lato che tale circostanza non pare seriamente contestata nemmeno dalla struttura convenuta e dall'altro che anche i CTU danno per pacifica l'origine nosocomiale della infezione riscontrata a pochi giorni di distanza dalla dimissione all'esito dell'intervento del marzo 2015. Dalla documentazione clinica prodotta risulta peraltro che dopo le dimissioni conseguenti all'intervento di artroprotesi della caviglia del 13.3.2015 già il 28 marzo 2015 in sede di visita di controllo ambulatoriale presso l' *CP_4* *CP_1* *[...]* veniva riscontrata "deiscenza di ferita chirurgica" e che il tampone successivamente eseguito con esame colturale della ferita del 1.4.2015 evidenziava: "esame colturale del tampone negativo per miceti e positivo per pseudomonas aeruginosa e enterobacter spp". I CCTTUU hanno poi affermato che in conseguenza della infezione contratta nel corso del ricovero del marzo 2015 in primo luogo si è determinata la necessità di un ulteriore intervento di rimozione dei mezzi di sintesi e toilette chirurgica nonché un prolungamento delle cure, ed in secondo luogo sono derivati a carico del *Pt_1* postumi diversi e maggiori rispetto a quanto attendibile all'esito di un intervento di protesi totale della caviglia. In conclusione in base a tali considerazioni, alla luce del criterio temporale, topografico e di idoneità causale è possibile concludere che con alto grado di probabilità l'infezione abbia una genesi ospedaliera atteso altresì che mentre in data antecedente all'intervento del marzo 2015 il *Pt_1* non era affetto da alcuna infezione, in seguito ed in conseguenza del suddetto intervento ha contratto l'infezione. E', inoltre, provato in atti in base alla CTU svolta ed esaustivamente motivata sul punto, che la sepsi è stata responsabile dell'aggravamento delle condizioni cliniche del *Pt_1* che ha reso necessario il reintervento per rimozione dei mezzi di sintesi e toilette chirurgica con conseguente prolungamento della degenza e le cure volte a contrastare l'infezione.

Accertata la sussistenza del nesso causale e passando all'analisi del profilo della colpa sotto forma di negligente o imperita prestazione medica va evidenziato che dalla lettura della documentazione allegata come anche esaminata dal consulente emerge che sia la diagnosi che la scelta dell'intervento sono state corrette, così come pure corretta è risultata la materiale esecuzione dell'intervento chirurgico eseguito in conformità alle metodiche medico-chirurgiche stabilite dalla prassi e dalla scienza medica.

Quanto alla condotta relativa alla prevenzione e contrasto delle infezioni nosocomiali in genere va, tuttavia, rilevato che se da un lato risulta la correttezza della condotta peri operatoria dei sanitari i quali hanno somministrato idonea profilassi antibiotica sia nel preoperatorio che nell'immediato post operatorio secondo le Linee

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Guida e provveduto al lavaggio della cute in sala con clorexidina, eseguendo ripetuti lavaggi, ed infine correttamente evitato l'utilizzo di fascia ischemica, dall'altro non vi è prova alcuna della adozione da parte della struttura convenuta di sistemi o procedure di prevenzione per la riduzione del fenomeno delle infezioni nosocomiali. Devono, dunque, disattendersi le valutazioni svolte sul punto dai CCTTUU sulla base di un giudizio non motivato e non fondato su documenti prodotti in atti. I CCTTUU, infatti, sul punto si limitano ad enunciare che "malgrado siano stati adottati rigidi programmi di controllo delle infezioni, come evidenziato dalla documentazione depositata da parte convenuta, malgrado gli sforzi che il personale sanitario (infermieri, medici altri operatori) pone in essere per mantenere l'ospedale un ambiente con minor carica batterica e nonostante che nel corso dell'intervento venivano messe in atto dai chirurghi operatori misure idonee alla prevenzione delle infezioni (paz sottoposto in fase pre-operatoria ad idonea profilassi antibiotica e lavaggio della cute in pre-sala con *Org_1* , inoltre durante
l'intervento chirurgico non veniva utilizzata la fascia ischemica e venivano eseguiti ripetuti lavaggi e soprattutto somministrata una seconda dose di antibiotico a 3 ore dall'inizio dell'intervento chirurgico), nel decorso post-operatorio si manifestava, come complicanza, una deiscenza della ferita chirurgica della caviglia destra dovuta a "infezione nosocomiale da Enterobacter spp e Pseudomonas Aeruginosa".

Contrariamente a quanto apoditticamente affermato dai consulenti, tuttavia, non risulta in alcun modo documentata l'effettuazione in concreto dei "rigidi programmi di controllo" peraltro solo genericamente richiamati dai CTU.

Quanto, infatti, alla documentazione depositata dall' *Con* Osp. *CP_1* in relazione a tale aspetto - 1) Protocollo aziendale sull'Igiene delle mani ed uso dei guanti; 2) Copia nota *Con* Osp. *Controparte_1* – Direzione Medica *[...]* *Organizzazione_2* prot.n. 4205 del l'11/12/2008; 3) Copia nota *Con* Osp. *Controparte_1* – Direzione Medica *Organizzazione_2* *[...]* prot. m. 1503 del 5/5/2009; 4) Copia deliberazione n. 2340 del 16/11/2009 con allegati; 5) Copia deliberazione n. 882 del 29/12/2014; 6) Copia nota *Org_3* *Controparte_1* – Direzione Approvvigionamenti prot. n. 1366 del 19/2/2010; 7) Copia pianta piano interrato "percorsi dello sporco"; 8) Copia deliberazione n. 84 del 21/1/2014 con allegati; 9) Copia deliberazione n. 266 del 23/7/2014; 10) Classificazione aree per livello di complessità; 11) Schede tecniche prestazionali per aree e codice colore; 12) Copia estratto regolamento di esecuzione del servizio di pulizia e sanificazione; 13) Copia deliberazione n. 277 del 14/3/2015 con

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

allegati- va evidenziato che sebbene possano essere considerate rappresentative di una attenzione posta dalla struttura sanitaria alle norme igieniche, al rischio infettivo ed alla prevenzione, sono del tutto insufficienti a far ritenere provata la adozione di detti strumenti di prevenzione in concreto.

Non vi è, infatti alcuna prova delle verifiche e dei risultati in ordine all'asepsi della sala operatoria e degli strumentari, né della correttezza dei comportamenti del personale ospedaliero circa l'utilizzo obbligatorio di presidi (maschere, camici, cuffie, guanti) per proteggere il personale dalla contaminazione e dalla seguente propagazione di microrganismi. Nulla inoltre è citato relativamente alle procedure di medicazione post-operatoria, né è possibile escludere che proprio in questa fase si sia verificata l'infezione.

Del tutto inutile risulta poi il ripetuto ricorso, da parte dei CCTTUU, al concetto di "complicanza" al fine di escludere la responsabilità della struttura. Sul punto appare opportuno sottolineare quanto chiaramente espresso dalla Suprema Corte (sent. N. 13328 del 30.6.2015, successivamente ribadito da Cass. n. 24074 del 13/10/2017) in ordine al concetto di "complicanza": "al medico convenuto in un giudizio di responsabilità non basta, per superare la presunzione posta a suo carico dall'art. 1218 c.c., dimostrare che l'evento dannoso per il paziente rientri astrattamente nel novero di quelle che nel lessico clinico vengono chiamate "complicanze", rilevate dalla statistica sanitaria. Col lemma "complicanza", la medicina clinica e la medicina legale designano solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile. Tale concetto è inutile nel campo giuridico. Quando, infatti, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la conclusione di esso si verifichi un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una: o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso esso va ascritto a colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze"; ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art. 1218 c.c., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze". Da quanto esposto consegue, sul piano della prova, che nel giudizio di responsabilità tra paziente e medico: o il medico riesce a dimostrare di avere tenuto una condotta conforme alle leges artis, ed allora egli va esente da responsabilità a nulla rilevando che il danno patito dal paziente rientri o meno nella categoria delle "complicanze"; ovvero, all'opposto, il medico quella prova non riesce a fornirla ed allora non gli gioverà la circostanza che l'evento di danno sia in astratto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

imprevedibile ed inevitabile, giacchè quel che rileva è se era prevedibile ed evitabile nel caso concreto".

Nel caso di specie, come evidenziato, non si riscontra alcun elemento a sostegno della rispondenza della condotta dei sanitari alle leges artis applicabili al caso di specie né è provato che la complicanza insorta fosse, benchè prevedibile in quanto statisticamente ricorrente, non evitabile.

Atteso, peraltro, che – una volta accertata la sussistenza del nesso causale – gravava sulla struttura l'onere di dimostrare di avere diligentemente operato, sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, il mancato raggiungimento della prova in ordine agli enunciati profili da parte della struttura sanitaria, ne comporta la responsabilità diretta nella causazione del danno a carico del Pt_1

Accertata dunque la responsabilità della convenuta struttura, va esaminato il profilo della quantificazione dei danni patiti dal Pt_1 alla luce della ormai consolidata interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. come norma deputata alla tutela risarcitoria del danno non patrimoniale inteso nella sua più ampia accezione, e della conseguente bipolarità prevista dal vigente codice civile tra danno patrimoniale (art. 2043 c.c.) e danno non patrimoniale (art. 2059 c.c.).

A tal proposito va evidenziato che la Suprema Corte a Sezioni Unite con sentenza n. 26972 del 11.11.2008 ha posto in materia di danno non patrimoniale alcuni punti fermi affermando per quanto di interesse in questa sede che:1) il danno non patrimoniale costituisce una categoria ampia ed onnicomprensiva, all'interno della quale non è possibile ritagliare ulteriori sotto categorie. Pertanto il c.d. danno esistenziale, inteso quale "il pregiudizio alle attività non remunerative della persona" causato dal fatto illecito lesivo di un diritto costituzionalmente garantito, costituisce solo un ordinario danno non patrimoniale, che non può essere liquidato separatamente sol perché diversamente denominato; 2) il danno non patrimoniale è risarcibile nei soli casi previsti dalla legge, i quali si dividono in due gruppi: le ipotesi in cui la risarcibilità è prevista in modo espresso (fatto illecito integrante reato) e quello in cui la risarcibilità, pur non essendo prevista da norma di legge ad hoc, deve ammettersi sulla base di una interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 cod. civ., per avere il fatto illecito vulnerato in modo grave un diritto della persona direttamente tutelato dalla legge; 3) dal principio del necessario riconoscimento, per i diritti inviolabili della

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

persona, della minima tutela costituita dal risarcimento, consegue che la lesione dei diritti inviolabili della persona che abbia determinato un danno non patrimoniale comporta l'obbligo di risarcire tale danno, quale che sia la fonte della responsabilità, contrattuale o extracontrattuale 4) Il danno non patrimoniale, anche quando sia determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona, costituisce danno conseguenza che deve essere allegato e provato. Le SU della Suprema Corte hanno, inoltre, evidenziato che l'art. 2059 c.c. va completato con gli elementi strutturali dell'art. 2043, norma di rinvio che "non delinea una distinta fattispecie di illecito produttiva di danno non patrimoniale, ma consente la riparazione anche dei danni non patrimoniali, nei casi determinati dalla legge, nel presupposto della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi della struttura dell'illecito civile, che si ricavano dall'art. 2043 c.c. (e da altre norme, quali quelle che prevedono ipotesi di responsabilità oggettiva), elementi che consistono nella condotta, nel nesso causale tra condotta ed evento di danno, connotato quest'ultimo dall'ingiustizia, determinata dalla lesione, non giustificata, di interessi meritevoli di tutela, e nel danno che ne consegue (danno-conseguenza, secondo opinione ormai consolidata: Corte cost. n. 372/1994; S.u. n. 576, 581, 582, 584/2008). La rilettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., come norma deputata alla tutela risarcitoria del danno non patrimoniale inteso nella sua più ampia accezione, riporta il sistema della responsabilità aquiliana nell'ambito della bipolarità prevista dal vigente codice civile tra danno patrimoniale (art. 2043 c.c.) e danno non patrimoniale (art. 2059 c.c.) (sent. n.8827/2003; n. 15027/2005; n. 23918/2006). Deve, dunque, ritenersi che al di fuori dei casi espressamente previsti dalla legge sia possibile ottenere il risarcimento del danno non patrimoniale laddove sia accertata la lesione di un diritto inviolabile della persona qualificabile come "ingiustizia costituzionalmente qualificata" laddove il diritto sia stato leso oltre una certa soglia minima, cagionando un pregiudizio serio.

Peraltro, di recente la Suprema Corte ha chiarito che "la liquidazione unitaria del danno non patrimoniale (come quella prevista per il danno patrimoniale) deve essere intesa nel senso di attribuire al soggetto danneggiato una somma di danaro che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito tanto sotto l'aspetto della sofferenza interiore (cui potrebbe assimilarsi, in una ipotetica simmetria legislativa, il danno emergente, in guisa di "vulnus" "interno" al patrimonio del creditore), quanto sotto il profilo dell'alterazione o modificazione peggiorativa della vita di relazione, considerata in ogni sua forma ed in ogni suo aspetto, senza ulteriori frammentazioni nominalistiche (danno idealmente omogeneo al cd. "lucro cessante", quale proiezione "esterna" del

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

patrimonio del soggetto. Ne consegue che una volta correttamente inteso il danno biologico – secondo le indicazioni della medicina legale- quale "menomazione all'integrità psicofisica della persona la quale esplica una incidenza negativa sulle attività ordinarie" intese come aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti, deve ritenersi che il danno "dinamico-relazionale" altro non sia che la ordinaria compromissione delle attività quotidiane derivante dalla lesione alla salute, da ritenersi normale e indefettibile secondo l'id quod plemmque accidit, comprendendo dunque tutte quelle conseguenze dannose che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire. In tale ottica, dunque, costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione di una somma a titolo di ristoro del danno biologico e di una ulteriore somma per il risarcimento del pregiudizio derivante alle attività quotidiane, personali e relazionali, "indefettibilmente dipendenti dalla perdita anatomica o funzionale" . In presenza di un danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dal giudice di merito (oggi secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata nella sua componente dinamico-relazionale solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale o eccezionali ed affatto peculiari. Non costituisce invece duplicazione la congiunta attribuzione del "danno biologico" e di una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado di percentuale di invalidità permanente, rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione). Ne deriva che, ove sia dedotta e provata l'esistenza di uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione". (Cass. n. 901/2018 e Cass. n. 7513/2018).

Alla luce della predetta giurisprudenza, dunque, va esaminato il profilo della quantificazione dei danni patiti dall'attore tenendo presente la bipolarità tra danno non patrimoniale (nella suddetta ampia accezione) e danno patrimoniale.

All'esito della CTU risulta accertato che a carico dell'attore, all'esito anche del successivo intervento è residuato un danno permanente da riduzione della complessiva integrità psico-fisica valutabile nella misura dell'8% ed un maggior periodo di inabilità temporanea determinati in 60 giorni la ITA ed in giorni 15 la ITP al 50%.

Quanto alla liquidazione del danno, occorre considerare che ai sensi dell'articolo 3 del D.L. 158/2012, convertito con legge 8/11/2012 n. 189 (c.d. Decreto Balduzzi), in

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

tema di responsabilità in ambito medico "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.

Alla luce delle tabelle suddette applicabili ai procedimenti pendenti, dunque, il danno biologico risarcibile, tenuto conto dell'età del Pt_1 all'epoca dei fatti, è pari a complessivi € 10.123,00 per invalidità permanente, € 2.849,40 per Invalidità temporanea totale ed € 356,18 per Invalidità temporanea parziale al 50%per un totale di € 13.328,58.

Per quanto, invece, riguarda gli ulteriori danni non patrimoniali, occorre richiamare i principi esposti dalle quattro sentenze gemelle delle Sezioni Unite della Cassazione (cfr. Cass. civ., Sez. Un., 28 novembre 2008, nr. 26972-73-74 e 65), le quali nel riportare l'intero sistema nell'ambito della bipolarità tra danno patrimoniale e non patrimoniale e nel respingere qualsiasi ulteriore sottocategoria se non quali mere sintesi descrittive di singoli pregiudizi, hanno individuato, sul piano operativo, due contrapposti principi che il Giudice deve tenere entrambi sempre in considerazione, per operare la corretta liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, trovando il giusto punto di equilibrio: il principio secondo il quale l'ampia nozione di danno non patrimoniale desumibile dall'interpretazione costituzionalmente orientata dall'art. 2059 c.c. impone la considerazione di tutte le singole conseguenze pregiudizievoli (c.d. danno-conseguenza) derivanti dalla lesione dell'interesse (danno-evento o danno ingiusto) e, pertanto, non solo le mere sofferenze psichiche che venivano in passato qualificate come danno morale c.d. soggettivo ma anche le ripercussioni sull'esistenza delle persone, con riguardo al "non poter più fare", ricondotte in passato sotto le categorie del danno biologico o del danno esistenziale; ed il principio secondo il quale vanno evitate con cura tutti i rischi di duplicazioni risarcitorie, ossia il rischio di risarcire due volte la stessa conseguenza pregiudizievole, ossia lo stesso danno , mediante l'espediente di definirlo in modo diverso anche alla luce di quanto argomentato dalla più recente giurisprudenza di legittimità che evidenzia che "In tema di quantificazione del danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge e dal criterio equitativo uniforme adottato dai giudici di merito (secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale attinente alla vita esterna del danneggiato, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, che fuoriescono da quelle normali ed indefettibili secondo l'"id quod plerunque accidit" entro le quali non è giustificata alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento. Ne deriva, pertanto, che

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del "danno biologico" e del c.d. "danno esistenziale", appartenendo tali categorie (o voci) di danno alla stessa area protetta dall'art. 32 Cost..

Non costituisce duplicazione risarcitoria, la differente ed autonoma valutazione compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal danneggiato in conseguenza della lesione del diritto alla salute. (Cass. n. 23469 del 28/09/2018 e già Cass 7513/2018 e Cass. n. 901/2018). Ove sia correttamente dedotta ed adeguatamente provata l'esistenza d'uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione (come è confermato, oggi, dal testo degli artt. 138 e 139 cod. ass., così come modificati della L. 4 agosto 2017, n. 124, art. 1, comma 17, nella parte in cui, sotto l'unitaria definizione di "danno non patrimoniale", distinguono il danno dinamico relazionale causato dalle lesioni da quello "morale"). Pertanto, nel caso di lesioni micropermanenti, il c.d. danno morale va liquidato mediante l'applicazione di un aumento nei limiti della disposizione di cui al co. 3 dell'art. 139 Cod. Ass.

Questo significa però che, persistendo la natura di danno conseguenza del c.d. danno morale, il danneggiante è onerato dell'allegazione di tutte le circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza/turbamento e della prova delle stesse. Il danno morale, conseguente alle lesioni, va sempre provato, sia pure per presunzioni, non sussistendo alcuna automaticità parametrata al danno biologico patito. E ciò è tanto più vero nel caso di lesioni minori (micropermanenti), laddove non sempre vi è un ulteriore danno in termini di sofferenza da ristorare.

Nel caso de quo rivestendo il fatto gli estremi del reato, ontologicamente considerato, di lesioni colpose, compete al danneggiato anche il ristoro del danno morale in relazione alle sofferenze ed ai disagi complessivamente patiti (che vanno ben oltre i tradizionali concètti di "patema d'animo transeunte" e di "spavento"), apprezzabili e valutabili anche in base a presunzioni tenendo conto nel caso di specie dell'iter clinico e delle terapie effettuate, della necessità di sottoporsi nuovamente ad intervento chirurgico. Pertanto, in base alla valutazioni sopra svolte il danno non patrimoniale complessivo comprensivo sia dell'aspetto medico-legale che dell'aspetto di sofferenza interiore può essere liquidato nella somma di € 15.000.

Non risultano, invece, né allegate né provate le sopra descritte conseguenze dannose dinamico-relazionali "extra ordinem" sotto forma di "profili di concreta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

riferibilità e inerenza alla personale, specifica e irripetibile, esperienza di vita del danneggiato" e non a qualunque altro soggetto che fosse ordinariamente incorso nelle medesime conseguenze lesive.

Sulla somma complessivamente liquidata a titolo di danno non patrimoniale devalutata al marzo 2015 di € 14.648,44 sono dovuti gli interessi a titolo di danno da lucro cessante ex art. 2056 c.c., secondo il più accreditato orientamento giurisprudenziale (cfr. SS.UU. Cass. del 17.2.1995 n. 1712), per il mancato godimento della somma equivalente al danno subito.

Tale danno può essere calcolato applicando gli interessi, nella misura, ritenuta congrua, del tasso legale (secondo le variazioni via via intervenute), non già alla somma rivalutata, bensì, in sintonia con il principio enunciato dalle SS.UU. della Suprema Corte (sent. del 17.2.1995 n. 1712), sulla "somma capitale" rivalutata di anno in anno, secondo i noti coefficienti ISTAT per un totale ad oggi di € 15.275,99.

La domanda svolta dal *Pt_1* va pertanto accolta e la *Controparte_1* *[...]* condannata al risarcimento del danno liquidato nella suddetta somma.

Le spese di parte attrice, anche quelle del giudizio di ATP, seguono la soccombenza e vanno poste a carico della convenuta nella misura liquidata in dispositivo ai sensi del DM 55/2014.

p.q.m.

Il Giudice Unico del Tribunale definitivamente pronunciando, ogni contraria e diversa istanza e deduzione disattesa, così provvede:

1. accoglie la domanda di *Parte_1* e per l'effetto condanna *[...]* *Controparte_1* al risarcimento del danno in favore dell'attore liquidato nella complessiva somma di € 15.275,99 oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

2. condanna *Controparte_1* alla refusione delle spese processuali in favore di *Parte_1* che liquida in € 2.225 per compensi ed € 250 per spese quanto al procedimento per ATP ed in € 4.835 per compensi ed € 550 per spese quanto al presente giudizio il tutto oltre spese generali ed accessori come per legge

3. condanna *Controparte_1* alla refusione delle spese di CTU

Così deciso in Roma il 2.2.2021

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it