



TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

SEZIONE XIII

ORDINANZA

(articolo 702-ter c.p.c.)

Il Giudice

Letti gli atti del procedimento n.8029/2021 promosso con ricorso depositato in data 22/01/2021 da Parte_1 (c.f. C.F._1 nei confronti di Controparte_1 (c.f. P.IVA_1);

OSSERVA

con ricorso ex art. 8 legge 24 del 2017 la sig.ra Pt_1 evocava in giudizio l' Controparte_2 esponendo quanto segue: che era stato portato a compimento procedimento ex art. 696 bis Cpc con la nomina di un collegio peritale (dott. Persona_1 , dott. Persona_2 e dott.ssa Per_3 [...] , al fine di accertare le responsabilità della citata struttura in relazione a quanto avvenuto dopo che essa ricorrente era stata, in data 28.12.2016 e a seguito di una caduta accidentale, ricoverata presso il Pronto soccorso dell' Org_1 [...] che ivi essa ricorrente era stata sottoposta a un esame radiografico del bacino e del femore sinistro da cui risultava una «...frattura periprotetica femore sn»; che, conseguentemente era stata ricoverata presso il reparto di [...] CP_3 ove, in data 5.1.2017, era stata sottoposta a un intervento ortopedico di «*incisione laterale al femore. Dieresi dei piani, accurata emostasi. Rimozione dello stelo femorale e del cotile mobilizzato perforazione del canale femorale con fresa ... impianto cotile ... inserto in polietilene ... posizionamento di 3 fasce a cerchiaggio e inserimento dello stelo ... Drenaggio. Sutura per piani, cute in punti metallici. Medicazione. Controllo Rx*»; che, nei giorni 05 e 6.1.2017 gli esami di laboratorio avevano evidenziato una leucocitosi neutrofila, con costante neutrofilia nei giorni successivi; che viera stato un lieve rialzo febbrile in data 8.1.2017; che dalla scheda di terapia risultava somministrato Cefamezin 2 g x 3 alle ore 16:00 del giorno 5.01.2017 (data dell'intervento) e alle ore 00:00 e 16:00 del 06.01.2017; che il medesimo antibiotico con identica posologia era stato indicato anche nello schema terapeutico impostato per i giorni 9-10-11-12 gennaio, ma non risultava somministrato; che, in data 13.1.2017, era stata dimessa e trasferita per riabilitazione presso l' Org_1 Organizzazione_2 [...] che ivi era stato predisposto un progetto riabilitativo

individuale e impostata una terapia comprendente, tra gli altri farmaci, anche Rocefin 1g x 2 i.m.; che dagli esami di laboratorio del 14.1.2017 era emersa una condizione di neutrofilia; che i data 15.1.2017 era stato annotato in cartella «*si medica la ferita chirurgica che risulta gettante sangue*» e in cartella infermieristica «*copiosa perdita ematica dalla ferita*»; che il giorno seguente un'urinocoltura risultò positiva per E. coli, donde la somministrazione di Levoxacin 500 mg; che il giorno 17 la ferita chirurgica venne descritta «*in ordine*» ed era stata eseguita una consulenza ortopedica da cui risultava «*frattura periprotetica femore sn (artroprotesi revisione). Non carico per 15 gg*»; che il 18.1.2017 era stato riscontrato che «*persiste gemizio ematico misto a siero di modesta entità*»; che, il 19.1.2017, per insorgenza di diarrea, erano stati eseguiti esami per C. difficile che rilasciarono esito positivo con sospensione del **Org_3** e del **Pt_2** e somministrazione di **Parte_3** unitamente all'isolamento da contatto; che il 24.1.2017 era stato eseguito un tampone della ferita e il 26.1.2017 l'esame colturale era risultato positivo per *Acinetobacter baumannii*; che il 1.2.2017 era stata intrapresa una terapia con Colimicina 2g x 3, sospesa lo stesso giorno all'esito di una consulenza infettivologica; che il giorno 6.2.2017 essa ricorrente era stata nuovamente trasferita presso l'Ospedale **CP_2** e all'esame obiettivo era stata descritta «*deiscenza della ferita chirurgica, secrezioni siero-ematiche*»; che, in data 8.2.2017 era stata sottoposta a intervento chirurgico di «*toilette focolaio di infezione*» e gli esami colturali sul materiale protesico erano risultati positivi per *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemici con alert alla Direzione Sanitaria; che, in data 18.2.2017, era stata riformulata la terapia infettivologica e il 21.2.2017 era stato rimosso il drenaggio della ferita chirurgica ed effettuato un agoaspirato da raccolta profonda, con identificazione di *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemici e *Proteus mirabilis*, con invio di alert alla Direzione Sanitaria per infezione ospedaliera; che il materiale prelevato il giorno 6.3.2017 da raccolta superficiale dalla ferita chirurgica era risultato positivo per *Proteus mirabilis* produttore di **CP_4** per cui fu inviato alert alla Direzione Sanitaria; che essa ricorrente era stata dimessa il 9.3.2017 con diagnosi di «*infezione artroprotesi anca sn*» con terapia comprendente Tazocin 4,5 1 fl. x2; che, a decorrere dal 9.3.2017 e sino al 4.4.2017, era stata ricoverata presso il **Controparte_5** della **Pt_4** presso il reparto di riabilitazione polifunzionale e durante l'intero ricovero era stata proseguita terapia con **Org_4**, con negatività a un tampone su secrezione della ferita eseguito il 24.3.2017; che, alla dimissione, era stata attivata l'assistenza domiciliare integrata con diagnosi di «*postumi revisione artroprot. anca + infezione periprot.*» e con indicazione di eseguire «*medicazioni + FKT*»; che, in data 17.4.2017, essa ricorrente era stata condotta nuovamente presso il **CP_2** del P.O. **CP_2** ove giunse trasportata da autoambulanza del servizio **Org_5** per «*...riferita caduta accidentale con conseguente trauma anca sx, arto inf sx e piede dx. Nega altri traumi...*» e gli esami radiodiagnostici avevano evidenziato «*...lussazione protesica a sinistra con frattura pluriframmentaria della porzione prossimale del femore e diastasi dei frammenti, particolarmente della regione del piccolo*

trocantere...»; che il 20.4.2017 era stata sottoposta a intervento chirurgico di revisione e sostituzione della cupola; che il materiale aspirato era stato sottoposto a esami colturali con positività per *Proteus mirabilis* produttore di CP_4 che dal 3.6.2017 al 14.6.2017 era stata ricoverata presso l' *Organizzazione_6* [...] e un esame colturale su materiale purulento prelevato dalla ferita chirurgica aveva isolato *K. pneumoniae*, *E. coli* e *P. mirabilis*; che lo specialista non aveva posto indicazione a reintervento sulla protesi per prognosi sfavorevole; che alle dimissioni era stata formulata una diagnosi di «infezione della ferita chirurgica pertrocanterica da *Klebsiella pn* ESBL+, *Esch. coli*, *Proteus mirab.* in pz plurioperata per artroprotesi anca sin infetta. Epatopatia cronica HCV-relata. Diabete mellito in tp insulinica. Cardiopatia ischemica, pregressa PTCA+stenting (2010). Lieve anemia delle malattie croniche. Ipertensione arteriosa»; che aveva eseguito un ulteriore periodo di ricovero presso l' *Organizzazione_7* di CP_1 dal 14.6.2017 al 04.7.2017 e dimessa in stato di «paziente non deambulante», con diagnosi di «infezione ferita chiru fratt pertrocanter sx epatopatia cronica HCV correlata diabete mellito trp insulinica cardiopatia ischemica PTCA + stenting» in terapia con Meropenem 500 mg x 2 e con indicazione a proseguire il trattamento FKT in regime di assistenza domiciliare; che, in data 14.7.2017, un esame colturale su tampone della ferita chirurgica era risultato positivo per *Proteus mirabilis*; che un ulteriore campione prelevato dalla ferita chirurgica il 7.2.2018 era risultato positivo per *P. mirabilis* e *Corynebacterium striatum*, mentre analogo prelievo eseguito il 21.3.2018 aveva condotto all'isolamento di *Proteus mirabilis*; che, in data 17.11.2018, un esame colturale su tampone della ferita chirurgica aveva riscontrato la presenza di *Staphylococcus aureus* e *Acinetobacter baumannii* e il 2.7.2019 aveva dato positività per *Acinetobacter baumannii* e *Corynebacterium striatum*; che essa ricorrente dal 17.7 al 26.7.2019 era stata ricoverata presso il P.O. CP_2 per bradicardia associata a nausea e vomito e sottoposta a intervento di posizionamento di PMK monocamerale; che, in data 12.9.2019, un esame colturale su tampone della ferita chirurgica aveva identificato «abbondante sviluppo di *Staphylococcus aureus* resistente a meticillina»;

si costituiva in giudizio l' *Controparte_1* la quale deduceva che si era in presenza di infezioni da germi "opportunisti" e l'infezione era la complicanza (più diffusa) da chirurgia protesica dell'anca e ancor di più negli interventi di revisione; che l'infezione era stata favorita dalle precarie condizioni cliniche della paziente (età molto avanzata, gravi comorbidità, tra cui diabete e cardiopatia, presenza di catetere vescicale per un tempo prolungato), accuratamente diagnosticate e correttamente curate; che il numero assoluto di infezioni protesiche è in crescita, con una percentuale che si attesta tra 1.5 e 2% per le protesi di anca e tra 2.5 e 5% per le protesi di ginocchio; che, in merito alle osservazioni dei CTU circa la mancata produzione del "PARM 2018", che avrebbe dovuto indicare la situazione ed i fatti dell'anno 2017, le attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza fino al 2019 erano considerate nell'ambito del più ampio Piano Annuale di "Risk Management" degli anni 2016-

2017; che solo a far data dall'11.1.2019, giusta Determinazione G00163 della *Org_8* ["Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)"] era stato disposto che tutte le *Controparte_6* dovessero redigere il *Pt_5* ; che i CTU - non potendo individuare con precisione il momento in cui si fosse verificata la contaminazione del sito chirurgico ovvero quando la prestazione professionale avesse determinato l'insorgenza dell'episodio infettivo - avevano, con assoluta incertezza e discrezionalità, perimetrato temporalmente l'avvenuta infezione entro il periodo di degenza presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia al tempo del primo ricovero;

all'udienza del 19.1.2022 la controversia era riservata per la decisione;

nel merito, il ricorso è fondato e, pertanto, deve essere accolto nei limiti di cui alla presente motivazione;

in premesse occorre procedere dalle considerazioni finali espresse dalla parte resistente quanto alla sussistenza in capo alla sig.ra *Pt_1* di patologie pregresse e concomitanti che avrebbe agito da moltiplicatore del rischio di contrazione dell'infezione nosocomiale e delle sue conseguenze – come visto – non eradicata farmacologicamente per molto tempo;

la questione deve essere presa in considerazione sotto un duplice profilo: per un verso, concernente il nesso di causalità materiale, si deve considerare come eventuali cause naturali possano aver agito nella produzione del danno lamentato dalla ricorrente; per altro profilo occorre considerare che proprio le dichiarate condizioni precarie e la conseguente esposizione a rischio non fossero fattori noti al personale sanitario in grado di imporre cautele rafforzate nell'esecuzione dei trattamenti ospedalieri;

orbene, con riguardo al primo dei detti parametri, osserva il decidente come la questione sia stata ampiamente e in termini del tutto convincenti affrontata dalla Corte di legittimità che – proprio con riferimento a un caso di infezione nosocomiale concomitante con patologie del paziente – ha avuto modo di chiarire che *«la materia è stata trattata approfonditamente, proprio in relazione ad un caso di responsabilità medica, dalla sentenza 21 luglio 2011, n. 15991, alla quale l'odierna pronuncia intende dare continuità. Non è il caso di richiamare minutamente tutti i passaggi di quella sentenza, la quale ha ricostruito con grande ricchezza di argomenti e con estremo rigore i punti salienti del problema, sciogliendo i nodi più difficili e, in particolare, prendendo le distanze dalla sentenza 16 gennaio 2009, n. 975, che sembrava (isolatamente) aver seguito un orientamento contrario a quello consolidato. La sentenza n. 15991 ha affermato, tra l'altro, che sia nell'ambito della responsabilità contrattuale sia in quello della responsabilità aquiliana, "laddove la condotta sia idonea alla determinazione (anche solo parziale) dell'evento pregiudizievole lamentato (il mancato raggiungimento del risultato esigibile nel caso concreto), e si prospetti una questione circa l'incidenza di una causa naturale, non possono che aversi due alternative: o è certo che il fattore naturale sia tale da escludere del tutto il nesso di*

causa, oppure si deve ritenere che il danneggiante/debitore non abbia fornito la prova della causa non imputabile o conseguente riconducibilità, in termini di responsabilità tout court, della lesione della salute o della vita alla condotta colpevole. Va pertanto negato ingresso, sul piano giuridico, all'ipotesi che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo concausale di un fattore naturale (qual che esso sia), possa legittimamente dipanarsi un ragionamento probatorio "semplificato" che conduca ipso facto ad un frazionamento della responsabilità, da compiersi addirittura in via equitativa (con conseguente, costante e proporzionale ridimensionamento del quantum risarcitorio)". Pertanto, richiamando la bontà dell'orientamento tradizionale, la pronuncia ora richiamata ha osservato che eventuali «correttivi alle tradizionali strutture del principio causale puro (principio, si ripete, puramente normativo dell'all or nothing), non richiedono né consentono la formulazione di una regola contrapposta a quella da lungo tempo sancita da questa Corte, e non esigono né postulano l'approdo ad una regola ispirata al modello della causalità proporzionale in salsa equitativa. Onde va riaffermato il principio secondo il quale, essendo la comparazione fra cause imputabili a colpa/inadempimento e cause naturali esclusivamente funzionale a stabilire, in seno all'accertamento della causalità materiale, la valenza assorbente delle une rispetto alle altre, non può operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità dell'apporto causale (e non della colpa, come erroneamente e tralaticciamente affermato) del danneggiante, in quanto una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile» (così in motivazione Cassazione sez. III n. 8995 del 2015);

da questo principio discende che, a fronte della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la Struttura avrebbe dovuto dare la prova, invero neppure allegata né seriamente prospettabile nel caso in esame, che la paziente fosse stata ricoverata il 28.12.2016 in una condizione di avvenuto, pregresso contagio per effetto di condotte diverse da quelle ascrivibili all'Ospedale **CP_2** o per ipotetiche incidenze naturali;

fuori da questo principio è evidente che la presenza di patologie pregresse in capo alla sig.ra **Pt_1** - piuttosto che una circostanza capace di giustificare la contrazione dell'infezione o di mitigarne la dimensione risarcitoria – rappresentava di per sé un elemento di rischio che associato alla dedotta percentuale di contaminazioni connesse agli interventi ortopedici di protesi avrebbe dovuto imporre cautele adeguate;

si flette, così, dalla dimensione della causalità materiale a quella della causalità giuridica in cui assumono rilievo le censure che l'elaborato peritale muove alla stessa organizzazione dell' **Organizzazione_1** e al coefficiente di colpa che si collega alla *mala gestio* di una paziente chiaramente in condizioni di fragilità;

tracciate le coordinate di riferimento ed escluso che la mera incidenza statistica delle infezioni correlate all'assistenza in ambito traumatologico e ortopedico possa

declinarsi in favore della parte resistente laddove le condotte successive all'individuazione dell'agente batterico non siano state adeguate, mette conto considerare che i CTU hanno – con una relazione i cui presupposti e le cui conclusioni sono interamente da condividersi e che hanno ricevuto blanda e superficiale contestazione – evidenziato che «Il primo isolamento dalla ferita chirurgica di *Acinetobacter baumannii*, germe molto resistente agli antibiotici e molto probabilmente nosocomiale, risale al 27.01.2017, mentre l'inizio della terapia antibiotica specifica con colistina decorre solo dal 22.02.2017, cioè dopo quasi un mese dall'isolamento del germe dalla ferita. Tale ritardo terapeutico, ingiustificato anche ove si tenga conto del cambio della struttura di ricovero, certamente consente a qualsiasi germe infettante, inizialmente forse solo localizzato nel sottocutaneo, di proliferare localmente e causare una infezione periprotetica ed una estensione dell'infezione ai tessuti ossei. L'evento successivo, del tutto prevedibile, consiste nella osteomielite, ben evidente e chiaramente identificabile in una radiografia femorale eseguita in data 18.5.2017, direttamente visionata dai CTU in sede di visita. La successione ed il rapido avvicendamento degli eventi verificatisi nel caso in esame (ritardata identificazione dell'agente infettivo, tardiva somministrazione di terapia antibiotica, progressione dell'infezione in osteomielite) erano - dunque - del tutto prevedibili, in considerazione del tipo di germe coinvolto, per sua natura particolarmente aggressivo e resistente agli antibiotici. A tale riguardo assume un rilievo importante l'assai tardivo inizio della terapia antibiotica con colistina. Si configura, quindi, a carico della struttura convenuta, una omissione diagnostica ed, ancor più importante, un successivo significativo ritardo terapeutico, quest'ultimo essenziale ai fini della successiva evoluzione del quadro morboso, in quanto è noto che i migliori risultati in termini di guarigione clinica di qualsiasi processo infettivo si ottengono impostando precocemente un'adeguata terapia antibiotica. Oltre che tardiva, la terapia antibiotica specifica con colistina è stata anche troppo breve: è del tutto velleitario, quindi assai improbabile, ottenere una eradicazione di una infezione periprotetica causata da *Acinetobacter baumannii* dopo solo 6 - 7 giorni di terapia con colistina. Infatti, prevedibilmente, lo stesso germe risulta isolato in seguito, fino a luglio 2020, in quanto ha determinato una osteomielite cronica. In data 06.02.2017 la paziente viene ricoverata per la seconda presso l'Ospedale CP_2 con una nota infezione da *Acinetobacter baumannii* MDR, che rappresenta il motivo del ricovero: si tratta di un alert organism, di origine molto probabilmente nosocomiale, il cui isolamento costituisce un indubbio pericolo per gli altri ricoverati nel medesimo reparto: a fronte di ciò l'isolamento da contatto della paziente viene disposto in data 24.02.2017, quindi ben 18 giorni dopo l'ingresso della paziente. Tale circostanza permette di esprimere enormi dubbi circa la effettiva ed efficace messa in opera delle presunte procedure di prevenzione delle infezioni nosocomiali presso l'Org_1 [...] di Ostia. Tutto quanto si verificherà nel prosieguo della vicenda clinica, in particolare l'isolamento successivo di germi differenti dalla secrezione della fistola cutanea, è una diretta conseguenza della condizione di osteomielite cronica fistolizzata dalla quale la paziente è affetta certamente da almeno quattro - sei mesi PRIMA della citata radiografia femorale del 18.5.2017. Dunque, sulla base dei dati fattuali e documentali esaminati, pur non potendo individuare con precisione il momento in cui si

è verificata la contaminazione del sito chirurgico, ovvero la prestazione professionale che ha determinato l'insorgenza dell'episodio infettivo, è possibile tuttavia, secondo il criterio del "più probabile che non", perimetrare temporalmente la circostanza dell'avvenuta infezione entro il periodo di degenza presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell' Org_1 CP_2 relativamente al primo ricovero. E', pertanto, possibile affermare che l'infezione sostenuta da *Acinetobacter baumannii*, isolato dalla ferita chirurgica a decorrere dal 27.01.2017, sia da ritenere con elevata probabilità (maggiore del 50%) una infezione nosocomiale, considerati la tempistica di insorgenza, la sede, il tipo di germe coinvolto e la sua elevatissima antibioticoresistenza» (pag. 18);

e, di seguito, la relazione evidenzia che «I dati risultanti da quanto prodotto hanno quindi evidenziato, per i periodi di cui è stata prodotta documentazione, incompletezza e carenza delle procedure e dei controlli circa l'effettiva esecuzione delle procedure teoricamente previste» (pag. 26) e «In occasione del primo ricovero susseguente il trauma la paziente, in quanto proveniente dal proprio domicilio, NON è stata correttamente sottoposta a screening per l'attribuzione di un coefficiente di rischio per la propagazione (endemica o epidemica) di batteri o altri agenti patogeni infettivi» (ivi) e «L'infezione è stata probabilmente contratta dalla paziente durante il primo ricovero presso l'Ospedale CP_2 , in quanto la ferita appariva secernente già all'ingresso presso il Org_2 . Si è trattato con elevata probabilità (maggiore del 50 %) di una infezione nosocomiale, visti la tempistica di insorgenza, la sede, il tipo di germe coinvolto e la elevatissima antibiotico-resistenza» (pag. 27); per concludere che «Il trattamento farmacologico antibiotico specifico (colistina) era adeguato relativamente alla tipologia di farmaco prescelto, ma NON adeguato relativamente alla durata dello stesso, in quanto interrotto troppo precocemente. Si tratta di una terapia comune nelle infezioni causate da tale tipo di germe, validata da linee guida consolidate. [...] Come già segnalato, le indispensabili misure per l'isolamento da contatto della paziente infetta sono state adottate con grave ritardo in occasione del secondo ricovero all' [...] Org_1 (ivi) e che «L'infezione è da ricondursi a responsabilità della struttura ed ha causato postumi diversi da quelli normalmente ricollegabili al trattamento correttamente praticato, consistenti in una osteomielite cronica con fistolizzazione cutanea» (pag. 28);

donde il rilievo dirimente che «Sulla base dei dati fattuali e documentali esaminati è possibile perimetrare temporalmente la circostanza dell'avvenuta infezione entro il periodo di degenza presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale [...] CP_2 relativamente al primo ricovero. E' "più probabile che non" che vi sia un rapporto causale tra l'operato della struttura (insufficiente prevenzione delle infezioni nosocomiali) e l'attuale condizione di osteomielite cronica fistolizzata della paziente. L'infezione sostenuta da *Acinetobacter baumannii* isolato dalla ferita chirurgica a decorrere dal 27.01.2017, è ritenere - quindi - con elevata probabilità un'infezione nosocomiale, considerati la tempistica di insorgenza, la sede, il tipo di germe coinvolto e la elevatissima antibiotico-resistenza» (pag. 28);

il punto del luogo dell'insorgenza dell'infezione è, come visto, correttamente e puntualmente individuato dal Collegio peritale e si indirizza univocamente e senza alcuna altra praticabile e ragionevole argomentazione verso la Struttura;

quanto al danno biologico i CTU hanno riferito che a) «In conseguenza dell'osteomielite fistolizzata in esiti di frattura periprotetica femorale sinistra, sono residuati a carico della periziata postumi diversi e più gravi rispetto a quelli ricollegabili ad un trattamento con un normale decorso; b) «Nella determinazione dell'invalidità temporanea, si dovrà considerare il prolungamento del periodo di riposo e della successiva convalescenza e riabilitazione resi necessari in rapporto alla osteomielite cronica. E' possibile valutare il danno biologico temporaneo in 60 giorni di invalidità temporanea totale e 90 giorni di invalidità temporanea parziale al 75%»»;

una più attenta valutazione merita l'individuazione della percentuale di I.P. (pur contestata dalla parte resistente); si legge in proposito che «nella valutazione medico-legale del caso in esame occorre scorporare dall'attuale stato menomativo, la quota di danno ascrivibile alla frattura periprotetica femorale sinistra (articolazione già protesizzata nel 2010), prodottasi in conseguenza della caduta accidentale 28.12.2016, già di per sé comportante esiti disfunzionali di carattere permanente nonché le conseguenze della successiva lussazione dell'anca sinistra occorsa in data 17.4.2017 (causa del secondo intervento). Si considera – quindi - in questa sede, solo la quota di “maggior danno” ascrivibile agli esiti della osteomielite cronica femorale sinistra da infezione verosimilmente nosocomiale, che certamente hanno determinato una ben più grave compromissione anatomico-funzionale articolare, precludendo inoltre le potenzialità di un eventuale recupero articolare dopo l'originaria frattura periprotetica occorsa il 28.12.2016. Ammettendo, quindi, che la situazione menomativa a carico dell'arto inferiore sinistro configuri attualmente una condizione di invalidità pari al 54% e fissando pari al 36% l'invalidità che sarebbe comunque residuata anche ad un trattamento normo-decorso, è possibile valutare nella misura del 18% il cosiddetto “danno biologico differenziale”, ovvero il danno incrementativo di per sé riconducibile a responsabilità della struttura ospedaliera. La paziente, quindi, ha subito un incremento del 18% dello stato invalidante quale danno iatrogeno differenziale da ricomprendersi nella fascia dal 36% al 54%, valutazione questa formulata con riferimento alle Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona della **Org_9** **Pt_6** »;

avuto riguardo all'età della ricorrente al tempo del fatto (classe 1928, anni 88) e con applicazione delle Tabelle di liquidazione del danno di questo Tribunale si perviene per tale voce (IP) all'importo complessivo di euro 162.848,90: I.P. 54% € 248.665,60 - I.P. 36% € 99.918,20 pari a euro 148.747,40; invalidità temporanea (indennità pro die euro 110,60) 60 giorni al 100% pari a euro 6.636,00; invalidità di 90 giorni al 75% pari a euro 7.465,50;

trattandosi di importo liquidato alla data odierna sulla scorta delle Tabelle di liquidazione sopra menzionate per cui è necessario individuare il valore di riferimento per il calcolo del lucro cessante e il valore di applicazione dei coefficienti di rivalutazione anno per anno per ritardato pagamento, liquidati in

conformità all'orientamento assunto sul punto dalla Corte di cassazione con la sentenza n. 1712 del 1995; tale sentenza, infatti, da un lato, riconosce la risarcibilità del lucro cessante derivato al danneggiato per la perdita dei frutti che avrebbe potuto trarre dalla somma dovuta se questa fosse stata tempestivamente corrisposta, danno liquidabile anche con l'attribuzione di interessi, e, dall'altro, esclude che si possa assumere a base del calcolo di tale danno la somma liquidata come capitale nella misura rivalutata definitivamente al momento della pronuncia. Quanto al danno da lucro cessante, la Corte di legittimità ha affermato che tale danno deve essere provato (anche con il ricorso a criteri presuntivi) e può essere liquidato, in via equitativa, anche mediante l'attribuzione di interessi, la cui misura va determinata secondo le circostanze obiettive e soggettive inerenti al pregiudizio sofferto; quanto poi agli effetti negativi della svalutazione monetaria, la Corte ha, altresì, affermato che, nell'ambito della valutazione equitativa compiuta ai fini del ristoro del danno da lucro cessante e nei casi in cui vi sia un intervallo di tempo consistente tra l'illecito e il suo risarcimento, *«può tenersi conto (...) del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, calcolando gli interessi (per esempio, anno per anno) sul valore della somma via via rivalutata nell'arco del suddetto ritardo, oppure calcolando indici medi di svalutazione»*; a tale orientamento questo giudice ritiene di doversi allo stato adeguare, assumendo a base del calcolo degli interessi il capitale nel suo valore medio tra la data iniziale (28.12.2016) e quella finale (21.2.2022), tenendo conto degli indici medi di svalutazione del periodo, pubblicati dall'*Org_10*, oppure, stante la sostanziale equivalenza del risultato, prendendo a base l' *Orga* mma dei due valori considerati (valore iniziale alla data del fatto e valore finale alla data della presente pronuncia); quanto alla prova e alla liquidazione di tale danno, ritiene questo giudice che si possa far riferimento, in via presuntiva, alle usuali modalità di impiego del risparmio da parte delle famiglie italiane, e cioè ai rendimenti medi derivanti da investimenti in titoli di Stato - BOT, CCT, *Orga* depositi vincolati a termine (v. per riferimenti: SS.UU. 5/4/1986 n. 2368);

l'importo complessivo, quindi, di euro 162.848,90, al fine di effettuare il calcolo del lucro cessante per il ritardato adempimento della prestazione risarcitoria in presenza di un debito di valore, deve essere devalutato per, poi, procedere al calcolo della semisomma tra a) l'importo liquidato alla data della presente pronuncia (21.2.2022) e b) quello devalutato alla data del fatto illecito (28.12.2016); si consegue, così, l'importo di euro 158.312,50 ($a + b : 2$);

sulla somma di euro 158.312,50 decorrono, quindi, gli interessi nella misura accordata per i depositi vincolati a termine al 31.9.2021 (v. per riferimenti: SS.UU. 5/4/1986 n. 2368) dalla data del fatto (28.12.2016) a quella dell'odierna pronuncia (21.2.2022): la somma finale è così pari a euro 160.310,06;

le spese seguono la soccombenza e possono essere liquidate come da dispositivo avuto riguardo ai parametri di cui all'art.4 DM 55/2014 e successive modifiche e prendendo a criterio di riferimento i valori medi contemperando la particolare

contrazione della fase istruttoria (valore minimo) e la modesta giuridica delle questioni trattate nella fase decisoria (valore medio);

tra le spese da riconoscere in favore di parte attrice vi sono anche quelle relative alla fase obbligatoria di accertamento tecnico preventivo (R.G. 13953/2020) sia quanto al compenso corrisposto ai consulenti tecnici d'ufficio che agli onorari di causa;

P.T.M.

accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna la parte resistente al pagamento in favore della ricorrente *Parte_1* della somma di euro 160.310,06 oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;

condanna la detta parte resistente al pagamento delle spese di lite in favore della ricorrente che liquida in euro 11.810,00 oltre Iva, Cpa e spese generali al 15% oltre al rimborso contributo unificato, con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario;

pone a carico della parte soccombente le spese della consulenza tecnica d'ufficio di cui al procedimento R.G. 13953/2020 e le spese di lite di quel giudizio che liquida in euro 3.645,00 oltre Iva, Cpa e spese generali al 15% e rimborso contributo unificato, con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario;

Così deciso in Roma il 21/02/2022.

Il Giudice

Alberto Michele Cisterna