N. **3858/2022** Reg.Gen.

TRIBUNALE di SALERNO

Seconda Sezione Civile

Il Tribunale di Salerno, Sezione Seconda Civile, in composizione monocratica, in persona del giudice unico, dott.ssa Giuseppina Valiante, ha pronunziato la seguente

ORDINANZA

Nella causa civile in I° grado iscritta a ruolo al n. 3858/2022 R.G., avente ad oggetto: risarcimento danni da *malpractice* medica

TRA

Parte_1 **, [redacted] C.F.** *C.F._1* **, rappresentata e difesa congiuntamente e disgiuntamente dagli avvocati [redacted] (C.F.** *C.F._2* **, [redacted] pec** *Email_1* **,) e [redacted] (C.F.** *C.F._3* **, [redacted] pec** *Email_2* **) ed elettivamente domiciliata presso il loro studio sito in Roma, [redacted] giusta delega in calce al presente atto**

Ricorrente

E

Controparte_1 **, in persona del Direttore Generale, con sede in [redacted] Salerno (C.F.** *P.IVA_1* **e P.I.** *P.IVA_2* **), rappresentata, assistita e difesa congiuntamente e disgiuntamente dall'Avv. [redacted] (C.F.** *C.F._4* **) e dall'Avv [redacted] (C.F.** *[...]* *C.F._5* **)elettivamente domiciliati presso l'Ufficio Avvocatura – Funzione Affari Legali – dell'** *Controparte_2* **sita in Salerno alla [redacted] giusta mandato in calce al presente atto, in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale, ai sensi degli artt. 136 e 176 c.p.c., come modificati dalla Legge n. 263/2005, i sottoscritti procuratori dichiarano alle parti processuali ed alla Cancelleria del Giudice Adito di voler ricevere le comunicazioni e le notificazioni indirizzate al suddetto difensore in argomento alle vicende processuali del presente giudizio alla seguente casella di posta elettronica:** *Email_3* *Email_4*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Resistente

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato in data 04.05.2022 *Parte_1* *[...]* conveniva in giudizio l' *Controparte_1* *[...]* in persona del l.r.p.t. per sentire accogliere le seguenti conclusioni: "Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, respinta e disattesa ogni contraria istanza o eccezione, condannare, per le causali di cui in premessa, L *Controparte_1* *[...]* in persona del legale rapp.te p.t., con sede legale in Salerno, [redacted] al risarcimento del danno in favore della sig.ra *Parte_1*, quantificato in euro 91.513,00, o a quella somma maggiore o minore ritenuta di giustizia. Con condanna altresì delle spese di lite dell'ATP ex art. 696 bis espletato, ivi incluse le spese di CTU pari ad euro 1.952,00, versate in occasione delle operazioni peritali (cfr. pag. 27 della CTU) e di contributo unificato pari ad euro. Con vittoria di spese ed onorari del presente giudizio".

Deduceva la ricorrente:

- di essere affetta da displasia congenita dell'anca sinistra, con dismetria degli arti e obliquità del bacino per posizione più alta dell'anca sinistra, come documentato dalla TC bacino del 26/09/2017:
- di essersi sottoposta in data 20/11/2017 ad intervento chirurgico di artroprotesi anca sinistra presso il reparto Ortopedia e Traumatologia della Azienda resistente e di essere stata dimessa, in seguito all'intervento, in data 26/11/2017;
- che, nei mesi successivi, seguivano esami diagnostici per immagini di controllo ed in data 08/06/2018 veniva effettuata RX anca sinistra, con il seguente referto: " Artroprotesi d'anca sinistra in sede normoposizionata senza segni di mobilizzazione o di riassorbimento osseo periprotesico. Piccola calcificazione lamellare peritrocanterica interna";
- che la settimana successiva, precisamente in data 16/06/2018, la sig.ra *Parte_1* si recava al Pronto Soccorso del *Org_1* *Org_2* di Roma, dove veniva formulata la seguente diagnosi: "Raccolta purulenta in regione epitrocanterica sn in portatrice ATA", dopo valutazione clinica (riferito intervento di artroprotesi totale d'anca sn nel novembre scorsopresso altro ospedale (…) riferisce da oggi peggioramento dei sintomi con apertura spontanea di fistola in corrispondenza di cicatrice chirurgica con fuoriuscita di materiale purulento…) e valutazione radiografica (non evidenti aree di riassorbimento osseo in sede periprotesica, si segnala quota di enfisema dei tessuti molli nella regione dell'anca sinistra). Nello stesso frangente, date le condizioni della ricorrente, veniva altresì effettuata una consulenza infettivologa, dalla quale

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

emergeva "paziente con displasia dell'anca con pregresso intervento e infezione a tramite fistoloso lungo il margine della ferita chirurgica, con abbondante fuoriuscita di materiale ematico purulento (…) si consiglia di effettuare terapia con *Org_3* + *Org_4* ");

- che veniva effettuata ulteriore RM anca sinistra il 17/06/2018, e nei giorni 19/06 e 20/06 successivi esami i quali confermavano, all'esito di esame colturale, infezione da Staphylococcus Aureus;

-che, a causa dell'infezione della protesi d'anca, si rendeva necessario l'espianto della protesi e applicazione di spaziatore antibiotato, per poi procedere ad una nuova protesizzazione;

- che in data 10/07/2018 veniva quindi eseguito intervento chirurgico di rimozione protesi e inserimento spaziatore antibiotico anca sinistra;

- che in data 01/10/2018, veniva quindi eseguito intervento di "rimozione spaziatore e riprotesizzazione".

Tanto premesso in fatto, in diritto la ricorrente si doleva del fatto che l'inserimento della protesi d'anca sinistra si era trasformato in un percorso oltremodo doloroso e invalidante, in quanto, a causa della documentata infezione della protesi d'anca, ella aveva subito un'invalidità ben maggiore di quella che era ragionevole attendersi e ancora pativa una coxalgia sinistra persistente, ipotrofia e ipostenia dell'arto inferiore sinistro, deficit articolare a carico dell'articolazione dell'anca, incapacità a flettere la coscia sul tronco e ad estendere la gamba, difficoltà a salire gradini, accovacciamento impossibile e deambulazione possibile solo con bastone.

Ritenendo configurata la responsabilità della struttura per la intercorsa infezione nosocomiale, e prospettando di avere riportato i seguenti pregiudizi: Inabilità temporanea assoluta: mesi 6; Inabilità temporanea parziale al 50%: mesi 6; Invalidità permanente (maggior danno): 18% (da 20% a 38%), la ricorrente promuoveva ricorso ex art. 696 bis c.p.c., innanzi aò Tribunale di Salerno ed il nominato collegio concludeva che “la diagnosticata infezione da MSSA può certamente esser inquadrata come infezione post-operatoria del sito chirurgico (…). Tale affezione può esser definita come nosocomiale (od altrimenti detta correlata con l’assistenza) risultando insorta in soggetto che è stato ricoverato in un luogo di cura senza segni di infezione in atto (né di incubazione al momento del ricovero). A sostegno dell’origine ospedaliera dell’infezione vi è anche la tipologia di agente etiologico rilevato e la sua multiresistenza riscontrata all’antiobiogramma”. Dopo tale premessa, concludevano i CCTTUU chiarendo che “si può concludere che si è trattato di un’infezione correlata con l’assistenza riconducibile in termini di certezza ad un’infezione da Staphylococcus aureus, secondaria a condotte assistenziali inidonee a prevenire il rischio di contaminazione, ancorché non è possibile individuare con esattezza luogo, tempi e modalità del contagio. Si configurano pertanto, profili di responsabilità assistenziale per

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

omessa adozione di tutte le conosciute misure profilattiche – di natura sia organizzativa che comportamentale – finalizzate a contrarre il rischio di insorgenza della documentata infezione del sito chirurgico sostenuta da un ceppo di Staphylococcus aureus".

Lamentava, inoltre, la ricorrente, la carenza di un valido consenso informato, per la cui omissione si riteneva congrua una richiesta risarcitoria di euro 20.000,00.

Tanto premesso, ed essendo risultati vani i solleciti rivolti alla resistente per conseguire il dovuto ristoro del pregiudizio patito, la ricorrente riportava le conclusioni già sopra riportate.

Instaurato il contraddittorio, si costituiva in giudizio la resistente *Controparte_1* con comparsa di costituzione e risposta, con cui, contestavala opponibilità della c.t.u. svolta nel corso del procedimento epr a.t.p., perché il collegio aveva omesso di considerare i termini fattuali della vicenda.

Contestava la resistente che sussistesse nesso eziologico tra, posto che sia gli interventi che le cure prestate sono state svolte nel rispetto del caso di specie e, secondo le leges artes con tutte quelle precauzioni prescritte nelle Linee Guida Internazionali.

La resistente, poi, evidenziava come i protocolli e lelinee-guida aziendali in materia di prevenzione delle infezioni nosocomiali erano state sempre rigidamente osservate e la avvunuta infezione di tipo nosocomiale rilevata rientra in quella inevitabile ed imprevedibile percentuale di casi di infezione post-chirurgica non prevenibile in alcun modo.

Osservava, ancora, la difesa di parte resistente che dalla disamina dell'atto introduttivo è emerso che la ricorrente si è rivolta a varie strutture sanitarie,con la conseguenza chei suddetti ricoveri, interromperebbero il nesso di causalità tra la condotta dei medici e l'asserito danno da responsabilità medica.

Quanto alla lamentata carenza del consenso informato, la resistente contestava l'avverso dedotto ed eccepiva la mancanza della relativa prova.

Tanto controdedotto, la resistente Azienda ospedaliera articolava le seguenti conclusioni: "nel merito: 1. rigettare la domanda come proposta perché infondata in fatto ed in diritto, ed in ogni caso non provata la sussistenza di alcuna responsabilità riconducibile all'operato dei sanitari della *Controparte_1*, non sussistendone i presupposti; 2. rigettare la domanda come proposta, perché assolutamente non provato il nesso di causalità tra il presunto evento dannoso e l'eventus damni ; 3. con vittoria di spese diritti ed onorari".

Disposta l'acquisizione del fascicolo dell'atp (r.g. 3742/2020), la causa perveniva, infine, all'udienza del 15.11.22, allorché le parti insistevano nelle rispettive richieste e il procedimento era assegnato in riserva.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

La domanda spiegata dall'odierna ricorrente va ricondotta al novero delle azioni di risarcimento del danno malpractice medica.

In proposito, occorre richiamare brevemente la giurisprudenza consolidatasi in materia di responsabilità sanitaria, nonché valutata l'incidenza che sulla stessa può assumere la legge del 17.03.2017 n. 24 (cd. legge Gelli), entrata in vigore il 1° aprile 2017, che a breve distanza dalla cd. legge Balduzzi (art. 3, comma 1, del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189) ha ridisegnato il regime della responsabilità sia delle strutture sanitarie sia degli esercenti la professione sanitaria.

Ed invero, nessun problema si pone ai fini dell'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria, in quanto il relativo regime che, sin della sentenza a Sezioni Unite della Corte di Cassazione, n. 577/2008, è stata strutturato come responsabilità contrattuale da inadempimento dell'atipico "contratto di spedalità" e che può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, anche, ai sensi dell'art. 1228 c.c. all'inadempimento della prestazione medico professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, anche se in assenza di un rapporto di lavoro subordinato (cfr. tra le ultime pronunce quella di Cass., sez. III, 05/12/2013, n. 27285).

L'art. 7 della cd. Legge Gelli, infatti, ha pienamente recepito tale indirizzo giurisprudenziale prevedendo, al primo comma, che "la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorchè non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose", ed estendendo, al secondo comma, tale disciplina anche alle ipotesi di prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Da ciò deriva che non essendo intervenuto il legislatore in senso innovativo, non si pone alcuna questione di diritto intertemporale in materia di responsabilità della struttura sanitaria.

Dalla natura contrattuale della responsabilità discende l'applicazione dei più generali principi affermati dalle Sezioni Unite nella nota sentenza n. 13533 del 2001, secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione del contratto, per il risarcimento del danno o per l'adempimento, ha l'onere di provare la fonte (legale o negoziale) del proprio diritto, mentre può limitarsi alla mera

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

allegazione della circostanza dell'inadempimento dell'altra parte, gravando su quest'ultima (ovvero sul debitore convenuto) l'onere di provare l'esistenza di un fatto estintivo, ovvero dell'avvenuto adempimento. La Suprema Corte, a Sezioni Unite, ha, poi, confermato, con la nota sentenza n. 577 dell'11/01/2008 l'applicabilità di questi principi anche alla responsabilità medica prevedendo che "in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (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".

Resta, invece, a carico del debitore l'onere di provare il proprio esatto adempimento.

Con la conseguenza per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario allegare e provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

In buona sostanza, al paziente è richiesto di provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dover provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale; il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria) deve dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi furono determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. sul punto Cass., sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997).

Da ultimo, tale impostazione è stata recepita dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 588), che hanno altresì affrontato la questione della dimostrazione del nesso di causalità, rilevando che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Secondo il consolidato insegnamento della giurisprudenza della Suprema Corte, il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura (o ente ospedaliero) ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo latu sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizioni del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr. Sez. 3, Sentenza n. 18610 del 22/09/2015, Rv. 636984 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 13953 del 14/06/2007, Rv. 597575 - 01);

Ne segue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può derivare, ai sensi dell'art. 1218 c.c., tanto dall'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario (quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato), quanto dall'inadempimento delle specifiche prestazioni proprie della casa di cura; a tale ultimo riguardo, varrà sottolineare come le specifiche prestazioni rese dalla casa di cura valgano a ricondursi al di là e oltre l'aspetto dell'elementare messa disposizione dei mezzi materiali e delle risorse umane finalizzate alla cura del paziente - all'ambito del più generale principio che attiene al tema della "sicurezza" delle cure; tale principio si sostanzia nel riconoscimento del valore fondamentale e indefettibile della rigorosa adozione, da parte dei responsabili della struttura sanitaria, di ogni possibile iniziativa volta a salvaguardare l'incolumità dei pazienti ospitati presso i locali della struttura, in considerazione del carattere integrale e totalizzante del coinvolgimento della persona (ivi ricoverata per un tempo più o meno breve) nel contesto "localizzato" (e fisicamente "concentrato") di una specifica comunità umana della cui preservazione psico-fisica i responsabili della casa di cura (o dell'ente preposto) assumono il delicato e gravoso compito di assicurare la protezione e la garanzia.

La recente giursprudenza della Suprema Corte, sulla base di tali premesse, ha chiarito che , in tema di inadempimento di obbligazioni in materia sanitaria, il danno-evento consta della lesione, non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle leges artis nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del debitore per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'esatta esecuzione della prestazione [redacted] 3, Sentenza n. 4864 del 23/2/2021; Sez. 3, Ordinanza n. 11599 del 15/6/2020; Sez. 3, Sentenza n. 28991 dell'11/11/2019; v. anche Sez. 3, Sentenza n. 24073 del 13/10/2017; Sez. 3, Sentenza n. 15993 del 21/7/2011; Sez. U, Sentenza n. 577 dell'11/1/2008).

Laddove, dunque, sia provata la diretta riconducibilità causale dell'infezione nosocomiale contratta dal paziente all'intervento chirurgico eseguito sulla sua persona (e dunque assolto, dal danneggiato, l'onere di comprovare il nesso di causalità fra l'insorgenza della patologia letale e la condotta dell'obbligato), incombe sulla struttura sanitaria convenuta, al fine di esimersi da ogni responsabilità per il decesso della paziente, l'onere di fornire la prova della ***specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile alla singola paziente interessata*** (cfr. **Cassazione civile sez. III, 22/02/2023, (ud. 02/12/2022, dep. 22/02/2023), n.5490).**

La Corte, in proposito, ricorda che l'accertamento in via presuntiva della non rimproverabilità di un determinato comportamento contrattuale (o, in termini alternativi, della non riconducibilità alla propria responsabilità dell'intervento di una causa tale da rendere impossibile l'esattezza di una prestazione contrattuale) postula, ai sensi degli artt. 2727 e 2729 c.c., la concreta attestazione del ricorso di più fatti - necessariamente gravi, precisi e concordanti - idonei, nel loro complesso, a dar conto dell'obiettiva riconoscibilità della ridetta non rapportabilità al debitore di quella specifica causa impossibilitante.

Va osservato che la ricorrente ha dato evidenza del titolo della pretesa (essendo incontestato, oltre che documentalmente provato, il ricovero presso la struttura resistente e l'esecuzione del trattamento chirurgico in data 20/11/2017 ad intervento chirurgico di artroprotesi anca sinistra presso il reparto Ortopedia e Traumatologia della Azienda resistente e di essere stata dimessa, in seguito all'intervento, in data 26/11/2017).

La ricorrente, inoltre, ha chiaramente individuato il profilo di inadempimento qualificato ascritto alla struttura resistente, vale a dire l'aver posto in essere – i sanitari della struttura resistente - condotte assistenziali inidonee a prevenire il rischio di contaminazione da Staphylococcus aureus.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ritiene il Tribunale che il primo ciclo causale risulti dal creditore danneggiato pienamente provato.

Ed, infatti, i CCTTUU dichiaravano: "Tanto premesso, passando alla valutazione del caso di specie, ***la diagnosticata infezione da MSSA può certamente essere inquadrata come infezione post -operatoria del sito chirurgico, risultando soddisfatti i criteri definitori (cfr. supra).*** Tale affezione può essere definita come nosocomiale (od altrimenti detta correlata con l' assistenza) ***risultando insorta in soggetto che è stato ricoverato in un luogo di cura senza segni di infezione in atto (né di incubazione al momento del ricovero) e sottoposta a procedura chirurgica di artroprotesi di anc***a. A sostegno dell'origine ospedaliera dell'infezione vi è anche la ***tipologia di agente etiologico rilevato e la sua multiresistenza riscontrata all' antibiogramma***. Si ricorda che per multiresistenza si intende la caratteristica di sopravvivenza di un germe a concentrazioni crescenti di almeno un antibiotico appartenente a tre classi diverse di molecole. ***Nel caso in esame il batterio isolato, Staphylococcus Aureus, è risultato resistente a*** *CP_3* ***, Eritromicina e Penicillina G, appartenenti, rispettivamente alle famiglie dei lincosamidi, macrolidi, penicilline. Quanto sopra porta ad inquadrare il battere isolato nella Sig.ra*** *Parte_1* ***come MDR (multi-drug resistence)".***

Avendo, dunque, la ricorrente, dato prova della riconducibilità causale dell'insorgere della infezione al trattamento chirurgico ricevuto, gravava sulla struttura sanitaria convenuta, al fine di esimersi da ogni responsabilità, l'onere di fornire la prova della ***specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile alla singola paziente interessata".***

All'uopo, si osservi che la difesa della resistente si limitava ad eccepire la conformità della condotta dei sanitari alle leges artis né versava in atti i protocolli in essere presso la struttura sanitaria resistente per la prevenzione delle infezioni nosocomiali.

D'altro canto, la c.t.u. non era attinta da contestazioni da parte dei nominati cc.tt.pp.

I cc.tt.uu., infatti, così dichiaravano: "In data 02 /12/2021 viene inviata alle parti la bozza della relazione per via telematica, con attestazione di ricevimento e comminatoria di gg. 30 per la ricezione da parte dei CC.TT.UU. di eventuali obiezioni, istanze e chiarimenti integrativi che le parti intendessero far pervenire. Entro tale termine le parti non hanno fatto pervenire alla sottoscritta C.T.U. alcuna comunicazione".

La domanda, per tali ragioni, è fondata e va accolta.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Secondo i CCTTUU l'errata "condotta assistenziale si è resa responsabile di un danno biologico differenziale dell'8%, ovvero ottenuto dalla differenza tra una percentuale di invalidità complessiva del - 28% ed una condizione menomativa del 20% che comunque sarebbe residuata anche in caso di trattamento sanitario ben condotto (danno biologico risarcibile dell'8% = danno biologico totale del 28% - danno biologico da menomazione attesa del 20%), senza alcuna incidenza sulla capacità lavorativa. Si configura, poi, un periodo di invalidità temporanea corrisponde alla differenza tra la documentata durata della malattia post-traumatica nel caso oggetto di valutazione e il lasso temporale atteso in presenza di un trattamento ben progettato e condotto della originaria artroprotesi anca a sinistra. In tale ottica appare adeguato riconoscere una invalidità temporanea totale (ITT) di 60 giorni ed una invalidità temporanea parziale (ITP) di 40 giorni al 50% e di giorni 40 al 25%".

Va, in proposito, ricordato che, in tema di liquidazione del danno alla salute, l'apprezzamento delle menomazioni preesistenti "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto stimando, prima, in punti percentuali, l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e, poi, quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che, in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale, lo stato di invalidità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo, infine, a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto (cfr. Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28986).

Procedendo a trasformare in somme di denaro l'invalidità complessiva e quella che sarebbe residuata comunque al ricorrente, si ottengono i seguenti valori, utilizzando le tabelle di Milano, in uso anche presso questo Ufficio: € 144.533,00 corrispondenti alla invalidità al 28%(tenuto conto anche della invalidità temporanea) ed € € 82.020,00 corrispondenti alla invalidità al 20 % (di cui € 73.110,00 per danno non patrimoniale risarcibile dato dal danno biologico permanente e dalla quota di sofferenza soggettiva ricompresa nel punto ed € 8.910,00 a titolo di danno da invalidità temporanea totale e parziale), tenuto conto dell'età della ricorrente al momento dell'intervento (37 anni) e del valore del punto base ITT di € 99,00.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il danno non patrimoniale complessivamente risarcibile ammonta, dunque, alla differenza tra i due valori, pari ad € 62.513,00, tenendo conto del ristoro per la sofferenza soggettiva già ricompreso nel punto tabellare.

Sulla predetta somma di € 62.513,00 non è dovuta rivalutazione monetaria, trattandosi di importo già liquidato all'attualità.

Sono dovuti, invece, sulla somma di € 62.513,00 gli interessi al saggio legale dalla data dell'intervento sulla somma devalutata a quella data e sino al soddisfo, previa rivalutazione di anno in anno della somma stessa.

I CCTTUU attestano che non vi sono ricadute negative sulla capacità lavorativa specifica e che non sono attestate spese mediche.

Non sussiste, poi, evidenza alcuna del danno da inidoneo consenso informato, posto che nella relativa scheda si legge chiaramente il riferimento al rischio di infezione della protesi.

Le spese di CTU e relative all'ATP vanno poste a definitivo carico della parte resistente.

Esse sono liquidate in virtù del d.m. 147/22 con riferimento ai valori medi per la fase di a.t.p. (considerato il *decisum*) e, per il merito, con riferimento ai valori medi per le voci di studio ed introduttiva e minimi per le voci di istruttoria e decisionale, alla luce della attività effettivamente espletata,

P.Q.M.

1)Accoglie, per quanto di ragione, la domanda, e, dichiarata la responsabilità dell' *[...]* *Controparte_4* in persona del l.r.p.t., in ordine all'intervento cui fu sottoposta la ricorrente meglio descritto nel ricorso introduttivo, condanna la resistente al pagamento, in favore di *Parte_1* della somma di € 62.513,00, a titolo di risarcimento dei danni non patrimoniali, oltre interessi dal dì dell'intervento al soddisfo, da calcolarsi come indicato in motivazione;

2) Condanna l' *Controparte_4* *[...]* in persona del l.r.p.t., al rimborso in favore di *Parte_1*, delle spese di lite, che liquida in € 759,00 per esborsi nel procedimento di merito, € 286,00 per esborsi nella fase di A.t.p., € 9.142,00 per compenso di avvocati nel giudizio di merito, € 3.827,00 per compenso di avvocato nella fase di a.t.p., oltre rimborso spese generali al 15%, iva e cpa come legge;

4) Pone le spese di CTU a definitivo carico della resistente *Controparte_1*

Salerno, 19.05.23

Il G.U.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dr.ssa Giuseppina Valiante

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it