REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Ordinario di S. Maria Capua Vetere, Seconda Sezione Civile (Ex Terza) , in composizione monocratica, in persona della G.M., dott.ssa Ida D'Onofrio ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n.2575 **/2021** Reg. Gen. Cont., avente ad oggetto: *: responsabilità professionale,* assegnata in decisione all'udienza del 11.12.2025 con la fissazione dei termini previsti dall' art. 190 c.p.c., *vertente*

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1* , rappresentato e difeso, come da mandato in atti, dall' Avv. [redacted] (c.f. *C.F._2*), elettivamente domiciliato presso l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata della predetta: *Email_1*

-ATTORE

E

Controparte_1 (p.iva *P.IVA_1*) rappresentata e difesa, come da mandato in atti, dall' Avv. [redacted] [redacted] (c.f. *C.F._3* , elettivamente domiciliato presso l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata del predetto: *Email_2* ;

-CONVENUTA

NONCHÈ

Controparte_2 (c.f. *C.F._4*), rappresentato e difeso, come da mandato in atti, dall' Avv. [redacted] (c.f. *C.F._5*) elettivamente domiciliato presso l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata del predetto: *Email_3* ;

-TERZO CHIAMATO IN CAUSA

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

CONCLUSIONI: come in atti;

Motivi in fatto e in diritto della decisione

-1.Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., ritualmente proposto, *Parte_1* conveniva in giudizio la *Controparte_1* chiedendone la condanna al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, derivanti dalla condotta sanitaria tenuta in occasione dei plurimi ricoveri e degli interventi chirurgici eseguiti presso il reparto di Ortopedia della predetta struttura, esponendo di aver previamente introdotto procedimento ex art. 696 bis c.p.c., ai sensi dell'art. 8, comma 1, legge 24/2017, al fine di ottenere la nomina di un CTU volto all'accertamento della natura e dell'entità delle lesioni nonché delle relative cause.

Il ricorrente rappresentava che, per problematiche al ginocchio destro, era stato più volte ricoverato presso la *Controparte_1*, ove veniva sottoposto a plurimi interventi chirurgici e, in particolare, ricoveratosi in data 20.02.2017 per un intervento di protesi totale del ginocchio destro eseguito il 21.02.2017 con dimissione il 24.02.2017; quindi con successivo ricovero in data 19.02.2018 per intervento chirurgico eseguito il 20.02.2018 con dimissione il 23.02.2018, nonché con ulteriore ricovero in data 12.09.2018 per intervento chirurgico eseguito il giorno successivo e successiva dimissione, deducendo che, nonostante i predetti interventi, non si verificava alcun miglioramento delle condizioni cliniche, persistendo una grave compromissione funzionale dell'arto inferiore che lo costringeva all'attualità a deambulare con l'ausilio di due bastoni canadesi, con conseguente impossibilità di attendere alle ordinarie attività quotidiane.

Parte_1 rappresentava che, nell'ambito del procedimento per ATP ex art. 696 bis c.p.c., iscritto al n. 8626/2019 R.G. innanzi al Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, venivano nominati in qualità di CTU i dottori *Persona_1* e *Per_2* *[...]* i quali erano addivenuti alla quantificazione del danno biologico differenziale nella misura dell'8% riconoscendo altresì un periodo di invalidità temporanea articolato in una invalidità temporanea totale di 30 giorni, seguita da invalidità temporanea parziale al 75% per 30 giorni, al 50% per ulteriori 30 giorni e al 25% per 60 giorni, quantificando pertanto il danno patito nella somma di €. 68.142,92.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

il ricorrente concludeva, pertanto, per l'accertamento dell'inadempienza della *[...]* *Controparte_1* ex art. 1218 c.c., e per la conseguente condanna della stessa al pagamento, in suo favore, della somma di €. 68.142,92 a titolo di risarcimento dei danni, oltre interessi e rivalutazione, nonché alla refusione delle spese di CTU, delle spese di consulenza medico-legale di parte e delle spese di lite relative sia al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. sia al presente giudizio, con attribuzione al procuratore anticipatario, chiedendo altresì disporsi l'acquisizione della CTU espletata nel giudizio per ATP.

Si costituiva in giudizio la *Controparte_1* contestando integralmente le domande proposte da *Parte_1* e deducendone l'infondatezza in fatto e in diritto, con richiesta di rigetto. In via preliminare, la resistente eccepiva l'improcedibilità della domanda per violazione dell'art. 8 della legge n. 24/2017, deducendo il mancato assolvimento della condizione di procedibilità previo esperimento del procedimento ex art. 696 bis c.p.c., non risultando prodotti gli atti del procedimento prodromico né fornita prova della sua effettiva instaurazione e conclusione, e deduceva, altresì, in via subordinata, l'inammissibilità del ricorso per inidoneità del rito sommario prescelto, avuto riguardo alla complessità dell'accertamento tecnico richiesto.

Nel merito, la *CP_1* contestava la sussistenza di qualsivoglia responsabilità, deducendo la mancata prova del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno lamentato, evidenziando come gravi sul ricorrente l'onere di dimostrare, secondo il criterio del "più probabile che non", la derivazione dell'evento dannoso dalla condotta sanitaria, onere che nella specie non risultava assolto.

La resistente deduceva, inoltre, l'inattendibilità e contraddittorietà della CTU espletata in sede di ATP, rilevando come gli stessi consulenti avessero qualificato come adeguata la condotta dei sanitari nelle fasi preoperatoria, operatoria e post-operatoria, con conseguente insussistenza di responsabilità; contestava, altresì, il quantum richiesto, ritenuto sproporzionato e privo di adeguato supporto, nonché i criteri di quantificazione del danno biologico differenziale, chiedendo, in via subordinata, integrazione della CTU per chiarimenti ovvero la rinnovazione della consulenza tecnica; la *CP_1* deduceva, infine, che, anche nella denegata ipotesi di accertamento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

di responsabilità, la stessa avrebbe dovuto essere eventualmente ascritta al sanitario operatore, dott. *Controparte_2* con conseguente richiesta di integrazione del contraddittorio nei suoi confronti e proposizione di domanda di rivalsa.

Autorizzata l'integrazione del contraddittorio all'udienza del 14.04.2022 , si costituiva in giudizio il dott. *Controparte_2* che contestava integralmente l'atto di chiamata in causa deducendone l'infondatezza in fatto e in diritto, nonché l'assoluta propria estraneità da ogni profilo di responsabilità in relazione ai fatti di causa.

Il *CP_2* esponeva che il paziente era stato sottoposto a regolari controlli pre-operatori e a profilassi antibiotica, che l'intervento era stato eseguito secondo le *leges artis* e che il decorso post-operatorio risultava regolare, con iniziale buona ripresa clinica, deducendo altresì che la successiva insorgenza della sintomatologia si era verificata a distanza di tempo e che l'iter terapeutico successivo era stato correttamente gestito mediante rimozione della protesi, applicazione di spaziatore antibiotato e successivo reimpianto.

Il *CP_2* rilevava che la CTU espletata aveva attribuito la responsabilità dell'infezione nosocomiale alla struttura sanitaria, individuando una responsabilità organizzativa della *CP_1* per carenza delle misure igienico sanitarie e, al contempo, aveva escluso qualsiasi addebito nei confronti del sanitario, riconoscendo la correttezza del suo operato, deducendo, pertanto, che la responsabilità per infezione nosocomiale dovesse ritenersi esclusivamente imputabile alla struttura; ribadiva l'assenza di qualsivoglia inadempimento, evidenziando di aver adottato tutte le cautele e i protocolli previsti, di aver correttamente eseguito gli interventi e somministrato idonea profilassi antibiotica.

Il *CP_2* concludeva, pertanto, per il mutamento del rito, per l'accertamento della responsabilità esclusiva della struttura sanitaria e per il riconoscimento della propria estraneità ai fatti di causa, con conseguente rigetto della domanda di rivalsa e di ogni pretesa nei suoi confronti, con vittoria di spese.

Con ordinanza del 10.10.2022 il Giudice Istruttore disponeva la conversione del rito in ordinario; istruita poi la causa mediante acquisizione del fascicolo di ATP numero n. 8626/2019 R.G, ed integrazione della CTU, all'udienza del 11.12.2025 il G.I. assegnava la causa per la decisione secondo i termini previsti dall'art. 190 c.p.c.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

-2. Tanto premesso in fatto, non risulta fondata l'eccezione di improcedibilità formulata dalla clinica convenuta, ai sensi dell'art. 8 della legge n. 24/2017 (cd. legge *CP_3*), deducendo il mancato esperimento del procedimento di accertamento tecnico preventivo quale condizione di procedibilità.

Va rilevato, tuttavia, nel prosieguo delle proprie difese, la stessa clinica richiama espressamente le risultanze della consulenza tecnica d'ufficio espletata proprio in sede di ATP, giungendo a confrontarsi nel merito con le relative conclusioni.

Ne deriva, pertanto, che l'eccezione di improcedibilità deve essere rigettata.

-3. Ciò posto, passando al merito, ritiene questo Giudice che la domanda avanzata dall'attore sia fondata e debba essere accolta per quanto di ragione.

Occorre previamente inquadrare la presente fattispecie nella tematica della responsabilità medica e delle strutture sanitarie. Un orientamento ormai consolidato (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1698 del 26/01/2006; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 9085 del 19/04/2006; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 10297 del 28/05/2004) afferma la natura contrattuale della responsabilità medica, sia della struttura sanitaria, sia del medico dipendente della stessa, evidenziando la sola differenza concernente la fonte: un contratto, nel primo caso, il cd. "contatto sociale" nel secondo caso. In particolare, con riferimento alla responsabilità della struttura sanitaria, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto contratto di spedalità), che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura e da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo *latu sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., all'uopo, anche Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6945 del 22/03/2007, Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1698 del 26/01/2006). Così ricostruita la fattispecie, la struttura certamente risponde, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, ecc.) ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 c.c..

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

Proprio dalla pacifica natura contrattuale della responsabilità, la Suprema Corte fa discendere una conseguenza rilevante, ossia l'applicazione dei principi già espressi dalle Sezioni Unite nella sentenza n.13533 del 2001 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. In tale storica pronuncia, infatti, il Supremo Collegio ha affermato che 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 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.

Grava dunque sul paziente danneggiato l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e di 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 (cfr. Cass. Sez. Un., Sentenza n. 577 del 11/01/2008; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1538 del 26/01/2010). La Cassazione ha anche precisato che l'onere probatorio del paziente-danneggiato, in ordine alla ricorrenza del nesso di causalità materiale, si sostanzia nella prova che l'esecuzione della prestazione medica si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta la prestazione, o dal suo aggravamento, fino ad esiti finali costituiti dall'insorgenza di una nuova patologia o dal decesso del paziente (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 20904 del 12/09/2013). Analogo principio è stato affermato con riguardo all'inesatto adempimento, mediante il rilievo che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento.

È onere del sanitario (o della struttura) provare che l'esito negativo non è ascrivibile a una condotta negligente od imprudente ovvero, ove intenda invocare il più ristretto grado di colpa di cui all'art. 2236 c.c., dimostrare che la natura complessa della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

prestazione implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1127 del 04/02/1998; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 3492 del 11/03/2002; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 10297 del 28/05/2004).

Quanto, specificamente, al contenuto del nesso di causalità, in base ai più recenti e condivisibili orientamenti della giurisprudenza di legittimità, sussiste nesso causale tra il comportamento della struttura sanitaria e/o del sanitario qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, c.d. regola della preponderanza dell'evidenza o "*del più probabile che non*", cioè probabilità logica desumibile dagli elementi di conferma disponibili nel caso concreto e dalla contemporanea esclusione di possibili elementi alternativi (Cass., S.U., 11.01.2008, n. 576, 577, 581, 582, 584), si ritenga che l'opera materialmente posta in essere dal professionista abbia causato o concorso a causare il danno verificatosi oppure, in caso di condotta omissiva, se quell'opera, ove correttamente e prontamente svolta, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi (cfr. più di recente, Cass. civ., sez. 3, del 15.02.2018, n. 3704; Cass. civ., sez. 3, ord. 23.10.2018, n. 26700; Cass. civ., sez. 3, 29.10.2019, n. 27606; Cass. civ., sez. 3, 11.11.2019, n. 28991).

Dunque, in caso di condotte omissive, occorre procedere a un giudizio controfattuale di tipo sostitutivo e, quindi, chiedersi se l'evento si sarebbe ugualmente verificato in caso di scelte mediche e terapeutiche differenti. In secondo luogo, deve potersi escludere secondo il criterio di accertamento del *"più probabile che non"* che qualsiasi altro elemento - naturalistico o umano, esogeno rispetto all'azione del chirurgo-sanitario - abbia provocato da solo l'evento lesivo (41, c. 2 c.p.).

Tale indagine va condotta tenendo presente che nel processo civile, in cui opera la regola della preponderanza dell'evidenza, lo standard di c.d. certezza probabilistica non può essere ancorato esclusivamente alla c.d. probabilità quantitativa della frequenza di un evento, che potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato, secondo la c.d. probabilità logica, nell'ambito degli elementi di conferma, e, nel contempo, nell'esclusione di quelli alternativi, disponibili in relazione al caso concreto (cfr. Cass., sez. lav., n. 47/2017; Cass. civ., sez. 3, ord. 20.06.2019, n. 16581, secondo cui *"In tema di illecito civile, il nesso di causalità materiale va accertato secondo il criterio del "più probabile che non", indicando esso la misura della*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

relazione probabilistica concreta tra condotta ed evento dannoso, con apprezzamento non isolato bensì complessivo ed organico dei singoli elementi indiziari o presuntivi a disposizione").

È appena il caso, infine, di precisare come alcuna rilevanza assuma, ai fini delle considerazioni finora sviluppate, la disposizione normativa contenuta nell'art. 3, comma 1, del Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (cd. "Decreto Balduzzi"), come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (cd. "Legge Balduzzi"). E ciò in quanto, come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità*, "Il Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, articolo 3, comma 1 come modificato dalla Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 c.c.", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve."* (cfr., all'uopo, Cass., Sez. VI, ordinanza del 24/12/2014, n. 27391, nonché Cass., Sez. VI, ordinanza del 17/04/2014, n. 8940, secondo cui "*L'art. 3, comma 1, delle Legge n. 189 del 2012, là dove omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 c.c., poiché in lege aquilia et levissima culpa venit, vuole solo significare che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrilevanza della colpa lieve in ambito di responsabilità extracontrattuale, ma non ha inteso prendere alcuna posizione sulla qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità di quella natura. La norma, dunque, non induce il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità da contatto e sulle sue implicazioni";* (v. anche Cass. Sentenza n. 4792 del 2013). Nel caso in esame non assume rilevanza nemmeno il disposto dell'art. 7 della legge 8 marzo 2017, n. 24 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

professioni sanitarie"), nella parte in cui (al comma 3) ha previsto che l'esercente la professione sanitaria che presti la propria opera all'interno di una struttura sanitaria, risponde del proprio operato ai sensi dell'art. 2043 c.c.; e infatti, i fatti oggetto di causa risalgono al febbraio 2017 e non può essere riconosciuta alla legge 8 marzo 2017, n. 24 un'efficacia retroattiva, prevalendo pur sempre la regola generale sancita dall'art. 11 delle Disposizioni Preliminari sulla legge in generale (contenute nella premessa al Codice civile).

Sul punto è stato infatti chiarito dalla giurisprudenza di legittimità che *"Il principio dell'irretroattività della legge enunciato nell'art 11 delle Disposizioni della legge in generale comporta da un lato che la legge nuova non possa essere applicata oltre che ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ed ancora in vita se in tal modo si disconoscano gli effetti già verificatisi del fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali e future di esso, e dall'altro, che la legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbono essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi completamente dal fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che attraverso tale applicazione sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore"* (cfr. Cass., Sez. 1, Sentenza n. 1579 del 27/05/1971; Cass. Sez. L, Sentenza n. 2433 del 03/03/2000; Cass. Sez. 1, Sentenza n. 16620 del 03/07/2013; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 16039 del 02/08/2016).

Appare evidente che, a differenza di quanto previsto dalla cd. "Legge Balduzzi" (già sopra citata), l'applicazione della legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. "Legge Gelli - Bianco") a fattispecie già verificatesi al momento della sua entrata in vigore inciderebbe negativamente sul fatto generatore del diritto alla prestazione, ledendo, così, in maniera peraltro del tutto ingiustificata, il legittimo affidamento riposto dalla generalità dei consociati in ordine al regime contrattuale della responsabilità del medico.

-4. In applicazione dei principi sopra richiamati, passando alla disamina della condotta ascritta alla *Controparte_1* che ebbe in cura *Parte_1*, era onere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

di parte attrice fornire la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale con la struttura sanitaria, circostanza pacifica, nonché allegare e dimostrare l'inadempimento della stessa, consistito nell'inesatta esecuzione delle prestazioni sanitarie sotto il profilo organizzativo e preventivo, oltre che provare il danno e il nesso causale tra la condotta e le conseguenze pregiudizievoli lamentate, gravando invece sulla struttura convenuta l'onere di dimostrare l'esatto adempimento o la non imputabilità dell'evento dannoso.
Nel caso di specie, parte attrice ha prospettato la responsabilità della struttura sanitaria in relazione alla contrazione di una infezione nosocomiale, insorta a seguito dell'intervento di protesizzazione del ginocchio destro, deducendo pertanto un deficit organizzativo nella gestione del rischio infettivo intraospedaliero.
Ebbene, tali allegazioni hanno trovato piena e dirimente conferma nelle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c..
La consulenza, infatti, ricostruisce puntualmente l'iter clinico del paziente, evidenziando che lo *Pt_1* "*fu sottoposto dai Sanitari* *CP_ Controparte_5 [...]* *il 21 febbraio 2017 ad intervento chirurgico di protesizzazione di ginocchio destro per gonartrosi"* rilevando altresì che "*Gli esiti del suddetto intervento furono complicati da un'infezione protesica."* (pg. 24 ctu).
In particolare, il collegio peritale ha accertato, con motivazione ampia e tecnicamente argomentata, la sussistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico e l'insorgenza del processo infettivo, affermando che "*la criteriologia suddetta risulta più che ampiamente soddisfatta, e dimostra in maniera chiara e non equivoca lo stretto rapporto di causa-effetto tra l'intervento chirurgico cui fu sottoposto lo* *Pt_1* *e la successiva comparsa della infezione protesica ritardata"* (pg. 14 ctu), così esprimendo un giudizio di causalità in termini di elevata probabilità logica e scientifica tra l'intervento chirurgico e la contrazione dell'infezione.
Sotto il profilo della imputazione soggettiva, la CTU individua in maniera altrettanto netta la responsabilità della struttura sanitaria, chiarendo che *"L'origine della predetta infezione va ritenuta con criterio statistico-epidemiologico (in termini di più probabile che non), tenuto conto del ravvicinato tempo di insorgenza del processo infettivo, del tipo di patogeno responsabile dello stesso e dei valori dei sequenziali esami laboratoristici, di tipo nosocomiale ed addebitabile alla predetta struttura per*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

probabile carenza di opportune misure igienico-preventive, finalizzare a prevenire un tal genere di evento." (pg. 24 ctu), evidenziando, inoltre, che *"un tal genere di evento va addebitato alla struttura presso cui si svolse la prestazione assistenziale, laddove, come nel caso di specie, risulta indimostrata un'adeguata attività di prevenzione mediante la disposizione e l'attuazione di tutte le opportune misure igieniche finalizzate alla prevenzione di contagio intraospedaliero da parte di strumenti chirurgici e/o apparecchiature e materiali medicali e personale sanitario che prestò assistenza al p."* (pg. 21 ctu).

La consulenza rappresenta, infatti, come le infezioni del sito chirurgico rappresentino eventi riconducibili al rischio organizzativo della struttura, connesso alla non corretta sterilizzazione degli ambienti, degli strumenti e dei materiali: *"risulta ormai da tempo accertato che in corso di intervento, o in prossimità allo stesso, è possibile la trasmissione di infezioni del sito chirurgico di origine nosocomiale, che avviene con modalità note e definite, laddove quelle principali sono: a)incompleta o non appropriata esecuzione delle procedure di pulizia e disinfezione del sito; b) inefficace decontaminazione degli strumenti nonostante l'impiego di procedure corrette; c) contaminazione delle apparecchiature automatiche di lavaggio; d)trasmissione dell'infezione da paziente a paziente con lo strumentario che funge esclusivamente da veicolo'; e) inadeguato uso dell'antibiotico terapia che favorisce l'insorgenza di ceppi batterici resistenti."* (pg. 13-14 ctu).

Di contro, con riferimento alla condotta dei sanitari, la stessa consulenza esclude qualsiasi profilo di responsabilità professionale, affermando espressamente che *"La condotta tecnico-comportamentale tenuta dai sanitari che praticarono l'intervento di protesizzazione ed ebbero in cura il p. va, invece, considerata adeguata durante la fase preoperatoria, operatoria e post-operatoria."* (pg. 24 ctu), confermando che l'evento dannoso non è riconducibile ad errore medico, bensì a responsabilità imputabile esclusivamente alla struttura.

Quanto al danno, il collegio peritale ha accertato la sussistenza di postumi permanenti e temporanei direttamente riconducibili all'evento infettivo, rilevando che *"persistono allo stato esiti anatomo-funzionali a carico dell'arto inferiore destro del p."* e che "si configurano esiti che concretizzano un danno biologico risarcibile nella misura del 8%

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

di danno biologico permanente" oltre ad un danno biologico temporaneo articolato in *"invalidità temporanea totale (ITT) di 30 giorni, seguita da una ITP progressivamente decrescente che può essere mediamente valutata sul 75% per ulteriori 30 giorni, sul 50%, per altri 30 giorni e sul 25% per 60 giorni."* (pg. 24 ctu), evidenziando inoltre che i postumi *"incidono negativamente in misura moderata sulla sfera relazione e personale del p. e limitano in misura lieve gli atti ordinari della vita quotidiana"* (pg. 22 ctu).

Con specifico riferimento alle osservazioni critiche formulate dai consulenti tecnici di parte convenuta, deve rilevarsi come le stesse siano state puntualmente esaminate e disattese dal collegio peritale, il quale ha ribadito, con motivazione analitica e coerente, le conclusioni già rassegnate nella bozza di relazione, evidenziando preliminarmente come tali rilievi siano stati avanzati *"nonostante in sede di operazioni tecniche la valutazione del caso fosse stata condivisa dallo stesso CT di parte convenuta Prof.* Per_3 *, come da verbale allegato"* (pg. 25 ctu).

Quanto alla contestazione circa la natura non settica della mobilizzazione protesica, i CC.TT.UU. hanno chiarito che tale assunto *"non tiene conto del complessivo dato documentale relativo al ricovero del 19/2/18 e, nello specifico dei seguenti fondamentali passaggi: 1 nel frontespizio della cartella risulta segnatamente annotata quale diagnosi: REVISIONE PROTESICA; 2 vi è dichiarazione a firma dello stesso dott.* CP_2 *in cui precisa che era stato seguito l'iter diagnostico che gli consentiva di poter proporre la procedura terapeutica di REVISIONE PROTESICA; 3 vi è modulo di consenso informato relativo ad intervento chirurgico di REVISIONE PTG A DESTRA sottoscritto dal paziente e dal Dott.* CP_2 *; 4 nel suddetto modulo è specificatamente riportato 'dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia PROTESI GINOCCHIO DX INFETTA e mi è stato proposto un intervento chirurgico di RIMOZIONE PROTESI E POSIZIONAMENTO SPAZIATORI'"* (pg. 25 ctu), concludendo che *"da quanto sopra è evidente che il ricovero del febbraio 2018 era finalizzato all'intervento di revisione protesica per probabili complicanze infettive, sicchè sostenere che il motivo della degenza fu 'per gli accertamenti e le cure del caso' è assolutamente irrecepibile ed allontana da una adeguata interpretazione degli eventi che connotarono la vicenda in oggetto"* (pg. 25 ctu).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

Parimenti dirimente risulta il richiamo ai rilievi intraoperatori e alle condotte terapeutiche adottate, atteso che i periti d'ufficio evidenziano che "*nella descrizione dell'atto chirurgico risulta annotato che dopo incisione cutanea su pregressa cicatrice chirurgica, dieresi sottocute, artrotomia pararotulea mediana, si repertano focolai settici su tibia e femore, per cui si procedeva ad ampio curettage ed ampio lavaggio"* (pg. 26 ctu), proseguendo nella descrizione dell'intervento, evidenziando come il riferimento ad elementi come lo spaziatore antibiotato, lo scollamento settico, l'alterazione degli indici di flogosi, fossero elementi tutti che conducono ad affermare, in maniera inequivoca, che "*da quanto sopra è evidente che all'atto operatorio i* CP_6 *ebbero piena contezza che la mobilizzazione protesica di ginocchio fosse ascrivibile ad un processo settico locale ed in tal senso orientarono il loro atteggiamento terapeutico"* (pg. 26 ctu).

Il collegio peritale ha altresì richiamato le linee guida che indicano i criteri condivisi per valutare la presenza di un'infezione, precisando che *"Nel caso in esame per la presenza di due criteri minori (PCR 38,8 = 2 punti; aumento della VES 74 =1) e di un criterio intraoperatorio (presenza di materiale purulento dalla descrizione intraoperatoria= 3 punti) si ottiene un punteggio complessivo di 6, che corrisponde a dire che si era in presenza di infezione certa"* , evidenziando ancora una volta la correttezza dell'operato dei sanitari, in quanto: *"in presenza di infezione certa la decisione chirurgica è quella di procedere all'intervento di rimozione protesica"* e che, infatti, *"proprio per la presenza di una infezione certa gli operatori correttamente procedettero nel secondo ricovero alla rimozione della protesi ed all'impianto di spaziatore addizionato di antibiotico con successiva riprotesizzazione in due tempi."* (pg. 27 ctu).

Quanto alla dedotta negatività degli esami colturali, i CC.TT.UU. ne hanno escluso la valenza dirimente, osservando che *"Quanto sopra assorbe anche la negatività degli esami batteriologici, in merito alla quale scriventi, peraltro, nutrono consistenti perplessità, considerati i tempi di refertazione dei suddetti esami che avvenne dopo solo un giorno, vale a dire dopo un intervallo temporale troppo esiguo e non sufficiente per un compiuto sviluppo colturale, stando alle consolidate e note procedure microbiologiche, secondo cui i tempi di refertazione di un esame colturale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

batteriologico su tampone variano da un minimo di due a 4 giorni, mentre per la ricerca di miceti sono richiesti circa 5 giorni.. Nel caso specifico, si rileva che il prelievo effettuato nel pomeriggio del 20-02-2018 (intervento iniziato alle 15,30 e terminato alle 16,30). Fu refertato già il 21-02-2013 in termini di "negativo per batteri patogeni e negativo per miceti". Quanto sopra non consente in alcun modo di recepire l'attendibilità scientifica del suddetto esame microbiologico." (pg. 28 ctu)

Alla luce di tali argomentazioni, i periti hanno quindi ribadito, in termini inequivoci, che *"si può affermare che nel caso di specie la mobilizzazione protesica di ginocchio fu condizionata da un processo infettivo locale la cui origine va ritenuta con criterio statistico-epidemiologico (quanto meno in termini di "più probabile che non") di origine nosocomiale ed addebitabile alla predetta struttura per probabile carenza di opportune misure igienico-preventive, finalizzare a prevenire un tal genere di evento."* (pg. 28 ctu), concludendo, altresì, che *"le considerazioni tecniche espresse dai CC.TT. di parte convenuta in replica alla bozza di ctu non risultano assolutamente recepibili, sicchè non si rinvengono condivisibili argomentazioni per dover modificare la conclusioni già prospettate nella medesima bozza già inviata alle parti."* (pg. 29 ctu).

Alla luce delle richiamate risultanze peritali, che appaiono logiche, coerenti e sorrette da adeguato apparato motivazionale, deve ritenersi pienamente provata, nel caso di specie, sia la sussistenza dell'inadempimento della struttura sanitaria, consistente nella carente adozione delle misure igienico-preventive, sia il nesso causale tra tale inadempimento e il danno patito dall'attore, con conseguente fondatezza della domanda risarcitoria proposta da *Parte_1* .

-5. Occorre precisare al riguardo che la giurisprudenza di legittimità ha più volte chiarito che il lemma "*complicanza*", con cui la medicina clinica e legale designano solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile, è di per sé inutile nel campo giuridico; e *"ciò perché, quando, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la sua conclusione, si verifichi un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una: - o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso 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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art. 1218 cod. civ., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze". Al diritto non interessa se l'evento dannoso non voluto dal medico rientri o no nella classificazione clinica delle complicanze: interessa solo se quell'evento integri gli estremi della "causa non imputabile": ma è evidente che tale accertamento va compiuto in concreto e non in astratto" (cfr. Cass. civ., sez. 6, ord. 29.11.2022, n. 35024).

Tra l'altro, i connotati della prevedibilità e dell'evitabilità sono a ben vedere richiesti in alternativa: resta non imputabile ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1218 c.c. anche la causa prevedibile (come per definizione è la complicanza nota nella casistica e nella letteratura scientifica), ma tuttavia non evitabile se non mediante la rinuncia a priori all'intervento.

Nel caso di specie, deve dunque valutarsi se l'evento infettivo insorto nel decorso post-operatorio, ossia l'infezione periprotesica del ginocchio destro, pur astrattamente riconducibile alle complicanze note degli interventi di artroprotesi, fosse in concreto inevitabile secondo le acquisizioni della scienza medica. E tale onere probatorio, in base ai predetti principi, grava sulla parte convenuta.

In altri termini, in caso di prestazione professionale medico-chirurgica, soprattutto se di "routine", spetta al convenuto superare la presunzione che le "complicanze" siano state determinate da omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento.

Ne consegue che il giudice, al fine di escludere tale responsabilità nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "*complicanze intraoperatorie*", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio (cfr. Cass. civ., sentenza n. 24074/2017; in senso conforme, cfr. Cass. civ., sez. 3, Sentenza n. 20806 del 29/09/2009; id. Sez. 6 – 3,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

Ordinanza n. 17694 del 29/07/2010; id. Sez. 3, Sentenza n. 13328 del 30/06/2015; id. Sez. 3, Sentenza n. 12516 del 17/06/2016).

Ebbene, come si evince anche dalla lettura delle risposte dei CTU ai consulenti di parte precedentemente richiamate, nel caso di specie tale onere probatorio non risulta essere stato assolto dalla clinica convenuta, non avendo la stessa provato né tantomeno dedotto e allegato l'inevitabilità dell'evento dannoso, ossia dell'infezione periprotesica, al fine di superare la presunzione di responsabilità su di essa gravante ex art. 1218 c.c., restando in tal modo a carico della struttura ospedaliera gli effetti della mancanza di prova che gli esiti pregiudizievoli siano stati determinati da causa alla stessa non imputabile, mentre risulta provata la correttezza dell'operato dei sanitari, nel caso di specie del dott. *Controparte_2* .

La struttura convenuta avrebbe dovuto fornire prova dell'esistenza di una causa che ha condotto all'evento lesivo e della sua inevitabilità, non essendo sufficiente, 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.

Dunque, dal mancato assolvimento dell'onere probatorio in capo alla struttura convenuta, discende l'accoglimento della domanda attorea.

Ciò detto, alla luce degli elementi richiamati, dell'esame della produzione documentale e delle risultanze istruttorie, può concludersi che sono emersi profili di inadempienza e di violazione delle regole organizzative e delle misure igienico-preventive necessarie, che hanno determinato, secondo il criterio del più probabile che non, l'insorgenza dell'infezione periprotesica e i conseguenti esiti dannosi permanenti e temporanei riportati da *Parte_1* .

-6. È opportuno, altresì, evidenziare che nel corso del presente giudizio il Giudice Istruttore ha ritenuto necessario formulare un quesito integrativo ai CC.TT.UU., al fine di precisare in maniera definitiva l'entità del danno iatrogeno residuato in capo all'attore.

In riscontro a tale richiesta, i consulenti tecnici d'ufficio hanno chiarito che *"allo stato residua nel p. un complesso menomativo integrato da una protesi con componenti cementate di ginocchio destro (inquadrabile ai limiti alti della seconda classe) cui si*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

associa un esito cicatriziale chirurgico di cattiva qualità di 18 cm, che porta ad una valutazione complessiva del danno nella misura del 25%", precisando, inoltre, che *"il quadro menomativo che sarebbe stato attendersi in assenza del processo infettivo che ha invalidato il primo intervento di protesizzazione e comportato la necessità di operare una riprotesizzazione, può essere valutato nella misura del 17%, in quanto concretizzato da una protesi collocabile in prima classe e da un meno esteso esito cicatriziale".*

Sulla base di tali considerazioni, i CC.TT.UU. hanno quindi concluso che *"si delinea, pertanto, un complessivo danno biologico iatrogeno di natura differenziale dell'8% da collocare in un range del 17-25%"*, confermando integralmente le precedenti valutazioni già espresse nella relazione peritale.

Tanto premesso, per procedere alla quantificazione del danno per lesioni macropermanenti occorre fare applicazione delle "Tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione all'integrità psico-fisica" predisposte dal Tribunale di Milano.

Dette tabelle, secondo la Suprema Corte, costituiscono valido e necessario criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 cc, là dove la fattispecie concreta non presenti circostanze tali da richiedere la relativa variazione in aumento, tanto da affermare che risulti incongrua la motivazione della sentenza di merito che non dia conto delle ragioni della preferenza assegnata ad una liquidazione che risulti sproporzionata rispetto a quella cui si giungerebbe mediante l'applicazione dei parametri indicati dalle predette tabelle (Cass. 30.6.11 n. 14402).

Inoltre nella liquidazione del danno biologico, occorre considerare che "*in tema di responsabilità medica, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario" (Cass. 19.3.17 n. 6341 e 19.3.14 n. 6341).

Detto risarcimento da danno iatrogeno differenziale, secondo l'insegnamento della Suprema Corte (Cass. n. 26117/2021; Cass. Civ., sez. VI, n. 28387/2022) non va quantificato sottraendo il grado percentuale di invalidità idealmente ascrivibile all'errore medico, dal grado percentuale di invalidità complessiva effettivamente residuato; va invece determinato monetizzando l'una e l'altra invalidità, e sottraendo dal controvalore monetario della seconda il controvalore monetario dell'invalidità che comunque sarebbe residuata all'infortunio.

Ciò premesso sui criteri che devono presiedere il calcolo e alla luce delle nuove tabelle di Milano, considerando una percentuale di invalidità permanente complessiva nella misura del 25% (per un danno non patrimoniale risarcibile pari ad € 101.018,00) e sottraendovi una percentuale dell'17 % (per un danno quantificabile in € 38.133,00), percentuale di invalidità che sarebbe comunque residuata anche nel caso di diligenti cure, ed in considerazione infine dell'età del danneggiato all'epoca dell'intervento (71 anni), si ottiene una somma di **€. 62.885,00** .

La somma dovuta a titolo di invalidità temporanea considerando, quale base di calcolo, il punto "base" pari ad € 115,00 in considerazione della natura delle sofferenze patite, si liquida in:

1) danno da ITT per 30 giorni pari ad € 3.450,00;
2) danno da ITP al 75% per 30 giorni pari ad € 2.587,50
3) danno da ITP al 50% per 30 giorni pari ad € 1.725,00
4) danno da ITP al 25% per 60 giorni pari ad € 1.725,00

Il totale dovuto è pari, pertanto, ad **€. 9.487,50**

Essendo stato accertato un credito risarcitorio, in caso di ritardo nell'adempimento, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario; tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che perché possa applicarsi il calcolo degli interessi compensativi che vanno ad integrare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

il lucro cessante per mancato tempestivo godimento della somma liquidata, secondo il criterio indicato da Cass. sez. Unite n.1712/95 e successive pronunce conformi vanno poi riconosciuti gli interessi legali, calcolati, secondo l'ormai costante orientamento giurisprudenziale, con decorrenza dal fatto, non già sulla somma valutata all'attualità, bensì su quella originaria, rivalutata anno per anno (v. Cass. Sez. Un. Sentenza n. 1712 del 17/2/95; Cass. Sentenza n. 4242 del 24/3/2003).

Pertanto, la predetta somma (€ 72.372,50) deve essere devalutata al momento del verificarsi dell'evento dannoso (€ 59.664,06) e su tale importo, rivalutato anno per anno, sono dovuti gli interessi legali e la rivalutazione, per un importo complessivo finale pari ad **€ 80.932,38,** cui devono aggiungersi gli interessi legali dalla pubblicazione della presente sentenza sino all'effettivo soddisfo.

-7. Nel caso in esame è da riconoscere anche la risarcibilità del danno morale, attese le lesioni riportate dal danneggiato e la sofferenza soggettiva sicuramente subita da quest'ultimo, secondo *l'id quod plerumque accidit*, a causa della considerevole durata della inabilità assoluta ma soprattutto della particolare invasività del percorso terapeutico cui lo stesso è stato sottoposto, caratterizzato da plurimi interventi chirurgici, dalla rimozione della protesi, dal posizionamento di spaziatore e dalla successiva riprotesizzazione, con inevitabile aggravio di sofferenza fisica e psichica, nonché con rilevante incidenza sulla qualità della vita nel periodo considerato.

Occorre tuttavia considerare che nelle Tabelle di Milano, aggiornate al 2024, proprio in adeguamento alle sentenze della Suprema Corte appena richiamate, è prevista una liquidazione congiunta del danno biologico cd. standard (ovvero del danno non patrimoniale conseguente a lesione permanente dell'integrità psico-fisica) e del danno non patrimoniale relativo alla sofferenza soggettiva (danno morale).

Pertanto, nella liquidazione sopra effettuata è ricompresa anche la componente del danno morale.

-8. In mancanza di allegazione di specifiche ulteriori conseguenze dannose del tutto anomale o peculiari rispetto a quelle che subirebbe qualunque persona con la medesima invalidità, non possono applicarsi ulteriori aumenti a fini di personalizzazione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

-9. Ogni ulteriore domanda, questione ed eccezione sollevata dalle parti deve ritenersi assorbita.

-10. Alla soccombenza segue la condanna di parte convenuta al pagamento delle spese di lite in favore di parte attrice esclusione delle spese della consulenza di parte, non necessaria ai fini del giudizio, con distrazione in favore dell'avvocato costituito di parte attrice che ne ha fatto dichiarazione di anticipo.

Le spese si liquidano come da dispositivo ex art. D.M. 55/2014, sì come modificato dal D.M. 147/2022, in applicazione del valore medio dello scaglione di riferimento, individuato in base al *decisum*, tenuto conto del valore effettivo della controversia, delle ragioni della decisione e dell'attività processuale svolta.

-11. La convenuta va condannata inoltre al pagamento, in via definitiva, delle spese per la CTU medico-legale espletata, come liquidate con separato decreto in sede di ATP.

-12. In considerazione dell'esito del giudizio, la convenuta va anche condannata al pagamento delle spese di lite del terzo chiamato

P.Q.M.

Il Giudice Unico del Tribunale di S. Maria Capua Vetere definitivamente pronunciando nella causa promossa da *Parte_1* nei confronti di *Controparte_1* nonché nei confronti di *Controparte_2*, così decide:

- accoglie la domanda proposta da *Parte_1* e per l'effetto accertata la responsabilità della *Controparte_1* in relazione alla condotta sanitaria tenuta in occasione del ricovero dell'attore, condanna la convenuta struttura sanitaria al pagamento in favore dell'attore, della somma complessiva di €. 80.932,38, oltre interessi al tasso legale dalla presente decisione fino al soddisfo, a titolo di risarcimento del danno;
- rigetta la domanda nei confronti del terzo chiamato in causa formulata dalla clinica convenuta;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656

- condanna la convenuta *Controparte_1* al pagamento delle spese di lite in favore dell'attore, che liquida in €. 14.103,00 per compensi ed € 406,50 per spese, per il presente giudizio, oltre rimborso spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge, da distrarsi in favore dell'avvocato anticipatario,;
- condanna la convenuta *Controparte_1* al pagamento, in favore dell'attore delle per il procedimento di ATP RG. 8626/2019 che liquida in € 3.827,00 per compensi ed € 287,00 per spese oltre rimborso spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge, , da distrarsi in favore dell'avvocato anticipatario, ;
- condanna, altresì, la *Controparte_1* al pagamento delle spese legali sostenute dal sanitario convenuto, dott. *Controparte_2* , che liquida in €. 14.103,00 per compensi oltre rimborso spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge;
- pone definitivamente a carico della convenuta *Controparte_1* *[...]* le spese della CTU medico-legale, come liquidate nel procedimento di ATP.

Così deciso in S. Maria C.V.10/05/2026

LA GIUDICE

dott.ssa Ida D'Onofrio

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-656