REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, in persona del giudice unico Dr. Diego Dinardo ha pronunziato la seguente

ORDINANZA

nella causa civile iscritta al n° 701 Ruolo Generale degli Affari Contenziosi dell'anno 2023, avente ad oggetto: responsabilità professionale

tra

Parte_1 **,** rapp.ta e difesa, come in atti, dall'Avv. [redacted] e con questi elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore;

ricorrente

e

Controparte_1 rapp.ta e difesa, come in atti, dagli Avv.ti [redacted] e [redacted] e con questi elettivamente domiciliata presso lo studio dei difensori;

resistente

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da note difensive depositate all'esito dell'udienza del 15.09.2025 ex art. 127-ter cpc

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Si richiamano gli atti delle parti ed i verbali di causa per ciò che concerne lo svolgimento del processo e ciò in ossequio al disposto contenuto al n. 4 dell'art. 132 c.p.c., così come inciso dall'art. 45, comma 17, legge 18.6.2009, n. 69.

Con ricorso ex art. 702 bis, depositato in data 24.01.2023, *Parte_1* adiva l'intestato Tribunale per chiedere la condanna al risarcimento danni da responsabilità professionale, per negligenza da parte dei sanitari della clinica [redacted] che la ebbero in cura.

A fondamento della domanda la ricorrente adduceva: 1. che in data 19 aprile 2019, in seguito ad una caduta accidentale, veniva trasportata al pronto soccorso della Clinica [redacted] in [redacted] ove veniva ricoverata con diagnosi di "*frattura di femore a destra in arto accorciato ed extraruotato*"; 2. che il giorno successivo veniva sottoposta ad

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

intervento chirurgico per "*protesi totale di anca a destra*" e dimessa in data 24.04.2019; 3. che dopo la dimissione iniziava ad avvertire una serie di disturbi, tanto che in data 04.05.2019, con febbre alta e vomito, si recava nuovamente presso la struttura convenuta ove veniva ricoverata nel reparto di cardiologia con diagnosi di "*Sindrome coronarica intermedia in Pz in sepsi*"; 4. che i sanitari benché fossero a conoscenza del precedente intervento, si concentrarono su di una polmonite, senza approfondire lo stato settico e, nonostante la criticità dello stato della paziente, in data 15.05.2019 la dimisero; 5. che persistendo la condizione di malessere, si rivolgeva ad uno specialista privato e veniva trasportata in urgenza presso altro nosocomio, dove, eseguiti gli esami di routine, i sanitari diagnosticavano "*protesi infetta di anca a dx*" a cui facevano seguito una serie di interventi; 6. di aver rischiato di perdere la vita a causa della tardiva diagnosi, di aver modificato sensibilmente il proprio stile di vita, e sviluppato anche un forte stato depressivo tanto per la vicenda vissuta ed il concreto rischio di perdere la vita, ma anche per essersi dovuta sottoporre a diversi interventi e ricoveri con patema e ansia anche per l'accudimento della famiglia, arrivando a sentirsi di forte peso, oltre al danno estetico per i segni degli interventi; 7. che nonostante l'invio della missiva di costituzione in mora del 21 ottobre 2019 e la sottoposizione a visita medico legale, la convenuta non ha inteso definire bonariamente la vicenda; 8. di aver proposto ricorso per accertamento tecnico preventivo, ex art. 696bis c.p.c., iscritto al n. 164/2022 R.G., nell'ambito del quale il collegio peritale nominato concludeva che "*Vi sono sicuri elementi a sostegno di una inadeguata attività assistenziale prestata dalla* Controparte_2 *di* [redacted] *che nel periodo aprile-maggio 2019 ebbe in cura la* Parte_1 *per il trattamento chirurgico di una frattura del femore destro*"; 9. che il consesso peritale attribuiva alla Parte_1 "*durata della invalidità temporanea fu di 115 giorni, tutta come totale. Allo stato residuano esiti anatomici e funzionali complessivamente valutabili con il 35% di danno biologico, con il 15% che rappresenta l'incidenza non emendabile dello stato anteriore, sicché il danno differenziale di natura iatrogena, e quindi da risarcire, è pari al 20%";* 10. che sulla scorta delle "Tabelle di Milano", il danno va risarcito in € 201.084,75, oltre rivalutazione monetaria.

Ciò posto, la ricorrente concludeva: *a) accertare e dichiarare, anche a fronte delle evidenze emerse dalla consulenza tecnica d'ufficio espletata in seno al procedimento strumentale di accertamento tecnico preventivo, che dalla condotta del personale della struttura sanitaria pubblica, siano derivate le lesioni patite dalla ricorrente, e per l'effetto condannare essa resistente, al pagamento della somma di € 201.084,00 a titolo di risarcimento del danno in ordine ai danni fisici, morali, della* CP_ *e della* CP_4 *del danno biologico, personalizzazione del danno, il tutto oltre interessi legali sul capitale via via rivalutato annualmente e rivalutazione monetaria dalla data del sinistro alla data di liquidazione, ovvero di quella*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

diversa somma ritenuta di giustizia per le causali esposte, tale da contenersi la domanda nei limiti di € 260.000,00, con ogni consequenziale pronuncia di ragione e di legge; b) Regolare le spese di lite in favore del procuratore antistatario, anche per il procedimento di accertamento tecnico preventivo, strumentale al presente giudizio, ponendo altresì a carico della resistente le spese anticipate per la consulenza medica espletata in tale procedimento.

Si costituiva tempestivamente in giudizio la resistente adducendo: 1. che l'intervento veniva eseguito senza complicazioni, veniva effettuato un esame radiografico di controllo post-operatorio che mostrava un corretto posizionamento del dispositivo e durante tutta la durata della degenza la paziente veniva sottoposta ad antibiotico-terapia, nonché ad antibiotico-profilassi prima dell'intervento; 2. che la paziente veniva dimessa il 24.04.2019 al proprio domicilio con terapia farmacologica ma il 04.05.2019 accedeva nuovamente presso il medesimo nosocomio per ipotensione, vomito e febbre e all'esito degli esami emergeva un quadro di polmonite complicato dal riscontro di sindrome coronarica intermedia a coronarie indenni; 3. di aver attivato un iter terapeutico incentrato sulla cura antibiotica che portava a miglioramento degli indici di flogosi, risoluzione della febbre e stabilizzazione del quadro polmonare che permetteva di dimettere la paziente in data 15.05.2019 in condizioni cliniche stazionarie; 4. di aver appreso che a distanza di circa 15 giorni dalle dimissioni dal [redacted] *CP_1* a causa della lussazione della protesi, la paziente veniva sottoposta ad intervento di revisione presso la Casa di Cura [redacted] ove veniva constatata la presenza di infezione del sito chirurgico e si procedeva a rimozione e sostituzione della protesi; 5. che l'infezione occorsa in occasione del ricovero non si comprende se sia a partenza dal sito chirurgico o di derivazione polmonare, come testimoniato dal quadro flogistico fornito dagli esami strumentali effettuati all'ingresso; 6. che già durante la visita anestesiologica pre-operatoria del 19.04.2019, veniva documentata una situazione di polmonite, pertanto, la *Parte_1* veniva sottoposta a terapia antibiotica; 7. che i sanitari del [redacted] mettevano in pratica tutte le misure terapeutiche necessarie (profilassi antibiotica preoperatoria, corretta ed indicata, sterilità della strumentazione chirurgica, terapia antibiotica post-chirurgica) ad affrontare nella maniera più adeguata lo status flogistico presentato dalla paziente; 8. che le condizioni cliniche della paziente al momento del secondo ricovero risultavano aggravate dall'insulto miocardico testimoniato dall'esame ecocardiografico effettuato e dalla grave anemia che ha richiesto trasfusione di emazie durante il ricovero; 9. che a fronte della situazione più che critica in cui versava la paziente (polmonite lobare, infarto miocardico, anemia grave) venivano messe in atto tutte le procedure volte alla gestione di un quadro clinico di straordinaria complessità; 10. che per quanto concerne gli esiti estetici residuati, si ritiene

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

che questi siano la sommatoria non tanto del primo intervento chirurgico, quanto piuttosto del complesso iter terapeutico al quale la paziente è stata in seguito sottoposta per gli eventi clinici sopravvenuti; 11. che non sussistono chiari comportamenti censurabili nell'operato dei sanitari della struttura *Controparte_2* i quali agivano nel rispetto delle linee guida specialistiche coeve all'epoca dei fatti e delle buone pratiche cliniche; 12. che dagli atti non emerge la prova del nesso di causalità, il cui onere incombeva ed incombe sui ricorrenti, pertanto, occorre mutare il rito e concedere i termini di cui all'art. 183 c.p.c., o quanto meno procedere ad una rinnovazione della CTU o disporre chiarimenti, avendo questi basato l'intero elaborato peritale su un assunto scientificamente errato, a fronte di un evidente carenza di nesso di causalità; 13. l'eccessività del danno differenziale richiesto atteso che, avendo la paziente 73 anni al tempo del ricovero, le spetterebbe una somma per il 20% pari ad euro 61.500,00 se tale danno si valutasse come danno diretto, mentre con il differenziale si ha oltre euro 120.000,00, pertanto, sarebbe auspicabile il ricorso all'equità correttiva.

Ciò posto la resistente concludeva: ** rigettarsi l'avverso ricorso ex art. 702 bis c.p.c., perchè inammissibile ed improcedibile, oltre che infondato in fatto e in diritto, fissandosi ai sensi dell'art. 702 ter comma 3, l'udienza di cui all'art. 183 c.p.c., ovvero ridimensionarsi le richieste attoree nella misura invocata e dedotta; * vittoria di spese e competenze professionali.*

Alla odierna udienza la causa è stata discussa nelle forme di cui all'art 127 ter c.p.c. mediante autorizzazione allo scambio anticipato di note scritte.

La domanda è fondata.

In punto di diritto, si rileva che la fattispecie va inquadrata nell'ottica della responsabilità professionale, con particolare riguardo all'attività medico-chirurgica.

In tale ambito, la giurisprudenza sia di merito che di legittimità ha chiarito che sussiste la legittimazione passiva dell'ente sanitario il quale risponde verso il paziente a titolo di responsabilità contrattuale, ai sensi dell'art. 1218 e 1228 c.c., per i danni subiti a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica sia da parte di un medico (paramedico, ausiliare) proprio dipendente, sia da parte di personale medico non dipendente, in quanto non può dubitarsi che fra il paziente e la casa di cura sia stato stipulato, al momento del ricovero dello stesso, un contratto.

In particolare, come evidenziato di recente dalla S.C., quello che si instaura tra paziente e struttura sanitaria è un rapporto complesso ed atipico che si perfeziona con l'accettazione del paziente all'interno dell'istituto, e che non si sostanzia unicamente nella prestazione terapeutica in senso stretto, ma comprende anche prestazioni di carattere organizzativo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

(sicurezza dell'attrezzatura e degli impianti, vigilanza e custodia degli assistiti) e persino prestazioni di natura alberghiera (somministrazione di vitto ed alloggio) (Cass. civ., S. U., 1 luglio 2002 n. 9556), con la conseguenza che è configurabile una responsabilità autonoma e diretta dell'istituto, ove il danno subito dal paziente risulti causalmente riconducibile ad una inadempienza delle obbligazioni ad essa facenti carico.

Per effetto del ricovero sorgono, dunque, una serie di obbligazioni tra soggetti determinati e di contenuto specifico, dirette a soddisfare un interesse predefinito, e non, o meglio, non solo l'interesse generico a non subire lesioni nella sfera dei propri diritti. Sotto l'aspetto degli obblighi e delle prestazioni, cioè, non sono rinvenibili differenze di rilievo a seconda che il rapporto nasca da un vero e proprio accordo negoziale diretto tra medico e paziente ovvero dal contratto intercorso tra quest'ultimo e la struttura sanitaria in cui il medico, a qualsiasi titolo, presta la sua attività (cfr., in tal senso ed ex plurimis, Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, Cass. SS. UU., 1° luglio 2002, n. 9556 e Cass. 19 aprile 2006, n. 9085 Cass.; Cass. Sezioni Unite n. 577/2008).

Ai fini della configurabilità della responsabilità della struttura sanitaria è, infatti, sufficiente che la stessa comunque si avvalga dell'opera del medico, non valendo ad escludere la sua responsabilità la circostanza che ad eseguire l'intervento sia un medico di fiducia del paziente, sempre che la scelta cada (anche tacitamente) su un professionista inserito nella struttura sanitaria ovvero che si avvalga di tale struttura, giacché la scelta del paziente risulta in tale ipotesi operata pur sempre nell'ambito di quella più generale ed a monte effettuata dalla struttura sanitaria, come del pari irrilevante è che la scelta venga fatta dalla struttura sanitaria con (anche tacito) consenso del paziente (cfr. Cassazione civile, sez. III, 13/04/2007, n. 8826; Cass. 14 giugno 2007 n. 13953; Cass. 14 luglio 2004 n. 13066; Cass. 22 dicembre 1999, n. 589; Cass. 29.9.2004, n. 19564; Cass. 21.6.2004, n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006).

Dalla pacifica natura contrattuale della responsabilità, la Suprema Corte fa discendere la conseguente applicazione dei principi già espressi dalle Sezioni Unite nella sentenza n.13533/2001 in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. In tale storica pronuncia, infatti la Suprema Corte 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. Tali principi sono stati affermati anche con riferimento ai casi in cui si lamenti un inesatto adempimento

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'obbligazione: anche in questo caso, secondo la Cassazione, il creditore istante deve limitarsi ad allegare l'inesatto adempimento, gravando sulla controparte l'onere di provare l'esatto adempimento. E da questa premessa, nella sentenza n.577/2008 le Sezioni Unite giungono ad affermare l'applicabilità di questi principi anche alla responsabilità medica, compiendo un ulteriore passaggio: considerando oramai superata la distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato (che conserva una valenza descrittiva ma non è più foriera di conseguenze sul piano probatorio), la Suprema Corte afferma che in tema di responsabilità medica l'allegazione del creditore non può essere limitata ad un qualsiasi inadempimento, ma deve riguardare un inadempimento cd. qualificato, ovvero un inadempimento che costituisca causa astrattamente efficiente della produzione del danno. In altri termini, secondo la Suprema Corte, proprio perché chi agisce facendo valere la responsabilità contrattuale lamenta la produzione in relazione ad un determinato comportamento, non tenuto o tenuto secondo modalità non diligenti (inadempimento-inesatto adempimento), è necessario che alleghi non un qualsiasi inadempimento, ma quell'inadempimento specifico (rectius qualificato che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno). Tali affermazioni sono state quindi cristallizzate dalla Suprema Corte nel seguente principio di diritto: "*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*". Tale principio è stato seguito anche in successive pronunce della Suprema Corte di Cassazione; così, da ultimo, Corte di Cassazione, sentenza n.15993/11: "*in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall'esercizio di attività di carattere sanitario, il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno*".

L'orientamento ormai consolidato della giurisprudenza in tema di riparto dell'onere della prova nel campo della responsabilità medica, anche in ordine all'elemento causale (cfr. Cass. sez. un. 11.1.2008, n. 577), ha portato alle estreme conseguenze la contrattualizzazione della responsabilità in campo medico, abbandonando definitivamente la distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato in nome della regola della distribuzione dell'onere della prova in base al principio della prossimità rispetto alla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

fonte.

In applicazione di tale principio, il paziente dovrà fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 975 del 16/01/2009), restando a carico del sanitario la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, come detto, non rileva dunque - come voleva la precedente giurisprudenza - quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà. Affinché possa dirsi raggiunta la prova liberatoria posta a carico del sanitario, quindi, nell'interpretazione della Corte, il medico è chiamato a provare che il risultato anomalo o anormale del trattamento sanitario, e cioè il suo scostamento rispetto ad una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza, non sia ascrivibile alla sua condotta, tenuta in conformità alla diligenza in concreto dovuta, parametrata alle specifiche circostanze della fattispecie in esame. In ogni caso, con specifico riferimento alla disciplina applicabile alla responsabilità contrattuale in esame deve escludersi il ricorso all'art. 2236 c.c.: infatti, la ratio di tale norma è di evitare una responsabilizzazione eccessivamente gravosa del professionista persona fisica, mentre tale esigenza non si pone per una struttura, per sua natura insensibile a pressioni psicologiche; pertanto, la struttura sanitaria risponderà a titolo contrattuale verso il paziente del proprio inadempimento, potendosi rivalere sul singolo professionista. La valutazione del nesso di causalità, poi, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell'illecito civile, quindi, la c.d. causalità materiale trova disciplina negli artt. 40 e 41 c.p., ossia nel criterio della condicio sine qua non riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche. Come da ultimo chiarito dalle SS.UU. della Corte di Cassazione, insomma, il nesso di causalità materiale, tra condotta ed evento lesivo, anche nella responsabilità da illecito civile, deve essere accertato secondo i principi penalistici di cui agli artt. 40 e 41 c.p., per cui un evento è causato da un altro se non si sarebbe verificato in assenza del secondo. Tuttavia, ha ulteriormente precisato la suprema Corte, una causalità materiale non è sufficiente per avere una causalità giuridicamente rilevante, la quale impone di dare rilievo, secondo la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

teoria della regolarità causale o della causalità adeguata, con cui va integrata la teoria della condicio sine qua non, a quei soli eventi che, al momento in cui si produce l'evento causante, non siano inverosimili e imprevedibili, secondo un giudizio ex ante (di prognosi postuma), da ricondurre al momento della condotta e da effettuare secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili (SS.UU. n. 581/08). Le SS.UU. della Suprema Corte hanno, però, precisato che, pur essendo gli stessi i principi che regolano il procedimento logico-giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale, ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola oltre il ragionevole dubbio, nel secondo la regola della preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non (SS.UU. n. 581/08). In materia civile, quindi, l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza probabilistica. Ed invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, che questo Giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (così: Sez. III, 17.1.2008, n. 867; Sez. III, 23.9.2004, n. 19133). È necessario accertare, insomma, che il comportamento diligente e perito del sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi. Probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma logico-razionale. Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato: giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

Nel caso in analisi, si rileva che nell'atto introduttivo del giudizio parte ricorrente ha effettuato la puntuale ricostruzione della vicenda medica per cui è causa, allegando e dando prova delle inadempienze contestate alla struttura sanitaria resistente, ed i profili di responsabilità professionale a suo carico, nonché del nesso causale tra condotta posta in essere dai sanitari e il danno patrimoniale e non subito dalla paziente.

Nello specifico, parte ricorrente ha dedotto una inadeguata attività assistenziale da parte della resistente *Controparte_2* consistente nell'erroneo approccio clinico - terapico in spregio del protocollo di intervento nonché l'utilizzo improprio dei famaci, anche nella fase post operatoria, situazioni queste che hanno rischiato di condurre la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

paziente ad una fine infausta, soprattutto nel secondo ricovero (maggio 2019).

La CTU svolta nel giudizio per ATP proposto dalla ricorrente, iscritto al N. 164/2022 R.G. dell'intestato Tribunale, ha dato conferma delle doglianze lamentate e dei profili di responsabilità ravvisabili nella condotta dei CP_5

Nella relazione depositata, il collegio CTU composto dal Prof. Persona_1 e dal Dott. Persona_2 ha infatti accertato la sussistenza del nesso di causalità tra l'intervento effettuato il 20 aprile 2019 e l'infezione periprotesica contratta da Parte_1 [...] rilevando "*In definitiva, ed in risposta al primo dei quesiti posti ai CCTTUU, si può ragionevolmente la sussistenza di un nesso causale tra la terapia praticata e l'infezione protesica. In particolare, a fine profilattico sono stati usati:*

- *il Pt_2 , non indicato in profilass, e pertanto da considerarsi non idoneo;*
- *il CP_6 , che rientra nella profilassi delle protesi d'anca ma con limitate indicazioni non presenti nel caso specifico, e che ha esposto, per la sua limitazione d'azione nei confronti dei soli GRAM +, la paziente ad infezioni, con una probabilità*

prossima alla certezza da GRAM -;

- *Inidonea, poi, e per assenza di motivazione risulta sia la terapia post operatoria che quella post dimissione;*
- *Preoccupante, infine, è la duplice cartellina di dimissione con farmaci completamente diversi per classe, spettro d'azione e per mancata associazione"* (cfr. pag. 15 CTU).

Il Collegio peritale ha accertato una inadeguata attività assistenziale da parte della resistente Controparte_2 anche in relazione al successivo ricovero del 4 maggio 2019: *"In questo secondo ricovero appare pertanto che i sanitari non si sono attenuti alle linee guida, e la non corretta somministrazione della terapia ha determinato la persistenza del problema polmonare , problema che nel terzo ricovero presso la [redacted] di Capua dovrà essere affrontato e risolto prima dell'intervento chirurgico di rimozione della protesi"* (cfr. pag. 16 CTU).

In conclusione, circa l'imputabilità delle lesioni ai predetti inadempimenti il Collegio peritale ha riferito: "*Vi sono sicuri elementi a sostegno di una inadeguata attività assistenziale prestata dalla Controparte_2 di [redacted] che nel periodo aprile-maggio 2019 ebbe in cura la Parte_1 per il trattamento chirurgico di una frattura del femore destro".*

L'elaborato peritale redatto dai predetti consulenti è chiaro, completo e coerente con le risultanze documentali e con le emergenze cliniche e costituisce un valido supporto tecnico ai fini della decisione; le conclusioni della relazione tecnica sono, pertanto, pienamente condivisibili e non risultano minimamente scalfite dalle contestazioni della parte resistente la quale non ha offerto una ricostruzione sostenibile in ordine alla sussistenza di una circostanza imprevedibile sulla base del quadro sanitario della paziente

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

da parte dei sanitari e pertanto in grado di assolvere alla prova liberatoria su di essa gravante che abbia determinato l'evento lesivo dannoso a carico della paziente.
Alla luce delle risultanze della CTU, risulta, quindi, accertata la responsabilità della *Controparte_7* ove è stato eseguito l'intervento, nonché il nesso causale con l'evento.

Sul danno e sulla quantificazione

In merito al danno esitato alla ricorrente i CTU hanno evidenziato che "*la complessiva componente menomativa attualmente riconoscibile nella* *Parte_1* *è da valutare con la complessiva percentuale del 35%, considerando la presenza degli esiti di una protesi d'anca a destra in II classe, e la presenza di una apprezzabile limitazione articolare del ginocchio sinistro. A livello dell'anca destra, difatti la situazione clinica è soddisfacente ma la ricorrenza di uno sfondamento dell'acetabolo impose una importante riparazione protesica anatomica del cotile con armatura di sostegno (croce di Kerboul) con un danno ultimo attuale del 20%. Un ulteriore quota di danno del 15% va attribuita al deficit flesso-estensorio del ginocchio sinistro, fino alla valutazione ultima considerata* (cfr. pagg. 18-19 CTU).
In ordine alla quantificazione dei postumi residuati alla ricorrente in conseguenza delle erronee condotte mediche, i CTU hanno raccertato: "La durata della invalidità temporanea fu di 115 giorni, tutta come totale. Allo stato residuano esiti anatomici e funzionali complessivamente valutabili con il 35% di danno biologico, con il 15% che rappresenta l'incidenza non emendabile dello stato anteriore, sicché il danno differenziale di natura iatrogena, e quindi da risarcire, è pari al 20%.
In relazione alla pretesa risarcitoria di tutti i pregiudizi non patrimoniali – biologico, morale ed esistenziale – patiti dal paziente, si rileva che il danno non patrimoniale da lesione della salute costituisce una categoria ampia ed omnicomprensiva, nella cui liquidazione il giudice deve tenere conto di tutti i pregiudizi concretamente patiti dalla vittima, ma senza duplicare il risarcimento attraverso l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici.
Al riguardo è il caso di richiamare l'indirizzo affermatosi nella giurisprudenza di legittimità con le pronunce di San Martino (S.U. 11.11.08 nn. 26972, 26973, 26974, 26975), secondo cui la lettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. dev'essere considerata non già occasione di incremento generalizzato delle poste di danno (e certamente mai come strumento di duplicazione del risarcimento degli stessi pregiudizi), ma soprattutto come mezzo per colmare le lacune nella tutela risarcitoria della persona, che va ricondotta al sistema bipolare del danno patrimoniale e del danno non patrimoniale, quest'ultimo comprensivo del danno biologico in senso stretto (configurabile soltanto quando vi sia una lesione dell'integrità psicofisica secondo i canoni della scienza medica), del danno

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

morale soggettivo tradizionalmente inteso (il cui ambito resta esclusivamente quello proprio della mera sofferenza psichica, del patema d'animo), nonché dei pregiudizi diversi ed ulteriori, purché costituenti pur sempre conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto a carattere non patrimoniale. Il danno biologico, quale lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.), va dunque ricondotto nell'alveo del danno non patrimoniale di cui all'art. 2059 c.c. e ha una portata tendenzialmente omnicomprensiva, confermata dalla definizione normativa adottata dal D.Lgs. 209/2005, recante il Codice delle assicurazioni private (il cui art. 139 statuisce che "per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito"), suscettibile di essere adottata in via generale, anche in campi diversi da quelli propri delle *sedes materiae* in cui è stata dettata, avendo il legislatore recepito sul punto i risultati, ormai generalmente acquisiti e condivisi, di una lunga elaborazione dottrinale e giurisprudenziale. Nella nozione di danno biologico sono quindi ricompresi i pregiudizi attinenti ai profili dinamico-relazionali della vita del soggetto danneggiato nonché ogni aspetto concernente la sofferenza morale, non necessariamente transeunte, conseguente all'evento lesivo, risarcibile – ex art. 185 c.p. – allorché tale evento configuri (come nella specie) un illecito penale (nel caso in esame, il reato di lesioni colpose gravissime) (e ciò anche nell'ipotesi in cui, in sede civile, la colpa dell'autore del fatto risulti da una presunzione di legge e, ricorrendo la colpa, il fatto sarebbe qualificabile come reato: cfr. Corte Cost. n. 233/2003; Cass. civ. nn. 7281, 7282 e 7283 del 2003).

Le sofferenze di carattere morale-soggettivo (dolore intimo, turbamento dell'animo, sofferenza morale) non coincidenti col dolore fisico su base organica, e gli aspetti più propriamente dinamico – relazionali del danno alla salute (conseguenze, anche di ordine esistenziale, dovute all'incidenza sulle attività vitali della lesione permanente dell'integrità psico-fisica) sono già considerati nel concetto omnicomprensivo del danno biologico e presi a base della determinazione del grado di invalidità permanente risultante dall'applicazione del bareme (vds. da ultimo Cass. 5243/2014).

Da tempo, peraltro, la medicina legale considera la menomazione fisica sotto due aspetti: quello c.d. statico, attinente ai profili anatomici e funzionali della lesione in sé considerata, e quello dinamico, che considera l'incidenza delle lesioni sulle abitudini di vita e sulle attività extralavorative, familiari e sociali dell'individuo.

Esclusa, dunque, la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

tipologie di sofferenza (danno alla vita di relazione, danno estetico, danno esistenziale) patite dal danneggiato, che costituirebbero vere e proprie duplicazioni risarcitorie, delle peculiari e specifiche modalità di atteggiarsi del danno non patrimoniale nel singolo caso concreto il Giudice ha il dovere di tener conto in sede di liquidazione della prestazione risarcitoria tramite l'eventuale incremento personalizzante della somma a tale titolo dovuta in base alle tabelle, operando perciò non sulla percentuale di invalidità bensì con aumento equitativo della corrispondente liquidazione ma soltanto in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate, che rendano il danno concreto più grave con riferimento agli aspetti indicati rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età (cfr. Cass. 23778/14).

Ciò detto in punto di *an*, va precisato che per la liquidazione equitativa del danno non patrimoniale (omnicomprensivo nel senso sopra chiarito) questo Tribunale aderisce ai criteri espressi dalle più recenti pronunce della Corte di Cassazione in materia; in particolare, per la liquidazione del danno da postumi stabilizzati il Tribunale adotta i parametri ed i valori indicati nelle Tabelle già in uso presso il Tribunale di Milano cui i giudici di legittimità hanno riconosciuto una 'vocazione' nazionale, indicandoli come parametri equi, cioè idonei a garantire la parità di trattamento e da applicare in tutti i casi in cui la fattispecie concreta non presenti peculiarità che suggeriscano di incrementarne o ridurne l'entità (Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 14402 del 30 giugno 2011; conf. Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 12408 del 7 giugno 2011). I valori tabellari in questione tengono, infatti, conto dei su richiamati principi affermati dalle Sezioni Unite della Suprema Corte dell'11.11.2008 (nn. 26972, 26973, 26974 e 26975), muovendo proprio dall'esigenza di addivenire ad una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale comprensiva della componente relativa alla lesione dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico – legale e del danno conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore e sofferenza soggettiva, da ritenersi provato in via presuntiva con riferimento al tipo di lesione patita, al grado della menomazione permanente, alla durata del periodo di malattia, ai trattamenti chirurgici e alle terapie praticate, alle ripercussioni degli uni e degli altri sulle normali abitudini di vita della persona.

Le tabelle milanesi inglobano, infatti, anche la liquidazione della componente del danno non patrimoniale costituita dal pregiudizio morale, sul presupposto che essa costituisca pur sempre una voce descrittiva di alcuni dei possibili pregiudizi connessi al fare areddituale del soggetto leso.

In altri termini, il valore punto tiene conto anche, seppur in una dimensione per così dire

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

standardizzata, della componente prettamente soggettiva costituita dalla sofferenza morale conseguente alla lesione, normalmente insita – secondo il criterio presuntivo *dell'id quod plerumque accidit* – nel danno alla salute, e delle ordinarie ripercussioni dinamico – relazionali di quest'ultimo. E però, onde valutare nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso e pervenire al ristoro del danno nella sua interezza, il Giudice, se ed in quanto vengano addotte circostanze che richiedano la variazione della liquidazione tabellare in aumento o in diminuzione, di queste dovrà tener conto al fine di escludere o ammettere la personalizzazione, esplicitando in motivazione se e come abbia considerato tutte tali circostanze (Cass. 9231/13; 5243/14).

Circa la quantificazione del danno iatrogeno, la Suprema Corte di Cassazione ha chiarito che "*Il danno iatrogeno (e cioè l'aggravamento, per imperizia del medico, di postumi che comunque sarebbero residuati, ma in minor misura) va liquidato monetizzando il grado complessivo di invalidità permanente accertato in corpore; monetizzando il grado verosimile di invalidità permanente che sarebbe comunque residuato all'infortunio anche in assenza dell'errore medico; detraendo il secondo importo dal primo*" (Cass. III, 27/09/2021, n. 26117).

Alla stregua delle previsioni recate dalla citata tabella (anno 2024), tenuto conto dell'età del soggetto all'epoca dell'accertamento della produzione del danno (79 alla data dell'intervento 20.04.2019) il danno biologico subito da *Parte_1* scorporando il cd. "danno sibi", va risarcito nella misura di complessivi € 141.044,00 per IP (ivi compresa la componente correlata alla sofferenza soggettiva da ritenersi provata in via presuntiva alla luce delle circostanze emerse nel corso dell'elaborato peritale). Più precisamente, dall'importo di € 179.539,00 (calcolo sul 35%) va detratto l'importo di € 38.495,00 (calcolo sul 15%), per un **totale di danno biologico differenziale iatrogeno di € 141.044,00.**

Si ritiene di non poter ulteriormente personalizzare detto importo tenuto conto di insuperabili lacune deduttive nonché dell'integrale riconoscimento della componente correlata al pregiudizio soggettivo.

Va inoltre riconosciuto il **danno biologico derivante dalla inabilità temporanea assoluta di gg. 115, come accertato dai CTU e quantificabile in € 13.225,00**, secondo le Tabelle Milanesi sopra richiamate.

Nulla va invece riconosciuto a titolo di danno patrimoniale in assenza di documentazione comprovante eventuali spese sostenute.

Pertanto, la resistente va condannata al pagamento delle somme sopra riportate nonché al pagamento degli interessi compensativi i quali, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite (Cass. civ., Sez. Un., n. 1712 del 1995), decorrono dalla produzione dell'evento di danno sino al tempo della liquidazione e si calcolano non sulla somma già rivalutata ma,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

di anno in anno, sulle somme iniziali, ossia devalutate alla data del fatto illecito, a mano a mano incrementate nominalmente secondo la variazione dell'indice Istat. Pertanto, recependo i principi di cui alla sentenza n. 1712 del 1995 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, appare congruo adottare, anche in applicazione del principio equitativo ex artt. 1226 e 2056 c.c., come criterio di risarcimento del pregiudizio da ritardato conseguimento della somma dovuta, tenuto conto della natura del danno, dell'arco temporale considerato e di tutte le circostanze accertate, quello degli interessi legali, calcolati con le seguenti modalità: sulla somma come sopra liquidata devalutata all'epoca dell'evento lesivo (21.08.2018) e poi progressivamente rivalutata, di anno in anno, secondo gli indici I.S.T.A.T. dal 21.08.2018 fino alla presente sentenza; sull'importo come determinato all'attualità sono successivamente dovuti gli ulteriori interessi legali, ex art. 1282 c.c., dalla presente pronuncia e fino al saldo effettivo.

Quanto al regolamento delle spese di lite tra parte ricorrente e resistente, queste seguono la soccombenza e si liquidano nel dispositivo in base ai parametri medi di cui al D.M. 55/2014, tenuto conto dell'attività svolta e delle questioni trattate.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente decidendo, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così provvede:

- Accoglie la domanda e, per l'effetto, dichiara l'inadempimento contrattuale della resistente e condanna *Controparte_1* in persona del legale rapp.te p.t., al pagamento in favore di *Parte_1* dell'importo di € 141.044,00 a titolo di danno biologico differenziale iatrogeno e di € 13.225,00 per il danno biologico temporaneo, oltre interessi come specificati in motivazione;
- Condanna *Controparte_1* in persona del legale rapp.te p.t, al pagamento in favore della ricorrente della somma di € 8.433,00 per compensi professionali del presente giudizio, nonché € 3.827,00 per compensi professionali del giudizio di ATP iscritto al N. 164/2022 R.G., oltre rimborso forfettario Iva e cpa come per legge, oltre spese di iscrizione a ruolo di entrambi i procedimenti, con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi anticipatario;
- Pone le spese di CTU del giudizio di ATP iscritto al N. 164/2022 R.G. a carico di parte resistente.

Santa Maria Capua Vetere, 15.09.2025

Il Giudice

Dott. Diego Dinardo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it