



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI SCIACCA

in composizione monocratica, nella persona del giudice dott.ssa Giorgia Cotroneo, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 535 dell'anno 2019 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi vertente

tra

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con gli avv.ti

██████████ e ██████████;

contro

Controparte_1 (C.F.

P.IVA_1), con l'Avv. ██████████

OGGETTO: Responsabilità professionale

CONCLUSIONI DELLE PARTI: CONCLUSIONI DELLE PARTI:

come da note ex art. 127 ter cpc depositate in sostituzione dell'udienza del 26.10.23.

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO ED IN DIRITTO

Con atto di citazione notificato in data 24.04.2019, *Parte_1* conveniva in giudizio l' *Controparte_2* di Sciacca per ivi sentirla condannare al risarcimento dei danni che riteneva di

aver subito in conseguenza delle cure mediche prestategli dal personale sanitario della stessa.

A sostegno della domanda formulata, narrava di essere stato vittima di un sinistro stradale in data 28 novembre 2009, a causa del quale gli veniva diagnosticata "frattura completa e scomposta del terzo distale diafisario di tibia e perone", con prognosi di giorni quaranta.

Successivamente, narrava di essere stato ricoverato d'urgenza presso il reparto di ortopedia [REDACTED] di Sgiacca ove, in data 30.11.2009, eseguito di nuovo RX della gamba sinistra, gli veniva accertata una "frattura pluriframmentaria scomposta del terzo diafisario distale della tibia e del perone".

Narrava, quindi, di essere stato sottoposto a svariati interventi chirurgici e che nell'aprile 2010 gli veniva riscontrata una infezione per pseudomonas aeruginosa, ritenuta di origine ospedaliera.

In conseguenza delle suindicate doglianze, incoava un ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art 696 c.p.c., iscritto al n.r.g. 493/2017, al fine di ottenere il ristoro dei danni imputabili alla struttura sanitaria, che quantificava in complessivi euro 224.010,00.

Espletate le operazioni peritali, il CTU riteneva sussistente una responsabilit  dei sanitari in ordine alla contrazione della infezione ospedaliera.

L'attore, non soddisfatto della proposta conciliativa formulata dal CTU, notificava l'atto di citazione introduttivo del presente giudizio, rassegnando le seguenti conclusioni: Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza ed eccezione: *"Per i fatti sopra occorsi, riconoscere e dichiarare la responsabilit  della Controparte_1 in persona del Direttore pro-tempore-*

Controparte_3, in persona del Direttore pro-tempore, nella causazione dell'evento sopra descritto; per l'effetto, condannare l' [...] [...]

Controparte_4 al pagamento in favore dell'attore della complessiva somma di euro 224.010,04 a titolo di risarcimento di tutti i danni patiti inquadrabili nelle voci del danno come da specifica in premessa o in quella somma maggiore o minore che il Tribunale riterrà equa ed opportuna".

Costituitasi in giudizio, la convenuta ha contestato la fondatezza della domanda attorea, negando primariamente la sussistenza di una colpa dei sanitari che ebbero in cura il [REDACTED] ed eccependo, in ogni caso, l'erroneità del quantum richiesto.

Ciò premesso, va rilevato che, se per le norme procedurali di cui alla legge Gelli-Bianco vale il principio cristallizzato nel brocardo "tempus regit actum", per ciò che concerne le norme sostanziali - quali quelle qualificate della responsabilità della struttura sanitaria - in assenza di norme che diversamente dispongano, il principio di irretroattività di cui all'art. 11 delle preleggi, comporta che la legge nuova non possa essere applicata ai fatti, come quello che ci occupa, già consumati al momento della sua entrata in vigore (vedasi Cass. 28994/2019 ove si legge che "le norme sostanziali contenute nella L. n. 189 del 2012, al pari di quelle di cui alla L. n. 24 del 2017, non hanno portata retroattiva, e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca precedente alla loro entrata in vigore, a differenza di quelle che, richiamando gli artt. 138 e 139 codice delle assicurazioni private in punto di liquidazione del danno, sono di immediata applicazione anche ai fatti pregressi").

In ogni caso, malgrado l'inapplicabilità (*ratione temporis*) all'odierna fattispecie della legge 8.3.2017 n. 24 c.d. *Parte_2*, la struttura sanitaria, sulla scorta del pacifico orientamento della Cassazione, risponde direttamente e a titolo contrattuale di tutte le ingerenze dannose che ai dipendenti, ai terzi preposti e in generale ai soggetti della cui opera si è comunque avvalsa sono state rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che i medesimi hanno potuto arrecare in ragione di quel particolare contatto cui sono risultati esposti nei loro confronti i creditori/danneggiati (cfr. Cass. 20.4.2016 n. 7768; Cass. 26.6.2012 n. 10616).

Appare invero opportuno evidenziare che, come ormai pacificamente ammesso in giurisprudenza, la domanda volta ad accertare la responsabilità medica del sanitario per gli illeciti posti in essere nell'esercizio della sua attività professionale può essere avanzata, oltre che nei confronti di quest'ultimo, anche nei confronti della struttura ospedaliera presso la quale l'attività medesima veniva effettuata. Ed invero, in termini generali si afferma che la responsabilità della struttura sanitaria deve intendersi riconducibile alla categoria civilistica della responsabilità contrattuale traente la propria fonte in un contratto sinallagmatico atipico, noto come "contratto di ospedalità" o "di assistenza sanitaria", concluso tra la struttura ed il paziente anche attraverso fatti concludenti quali la semplice presa in carico di quest'ultimo all'interno della struttura stessa; tale figura contrattuale pone in capo alla struttura sanitaria una serie di obblighi definiti nel loro insieme con il termine di "assistenza sanitaria" ed importanti sia l'esecuzione della prestazione medica principale sia l'assolvimento di ulteriori prestazioni accessorie quali quelle

assistenziali, alberghiere e di messa a disposizione di personale ed attrezzature, a fronte delle quali la prestazione gravante sul paziente si identifica nel pagamento del prezzo dovuto per il trattamento effettuato.

Dalla natura complessa della posizione contrattuale propria della struttura sanitaria discendono conseguenze in merito alla responsabilità per inadempimento delle suddette prestazioni: per le prestazioni secondarie gravanti in via diretta su di essa, la struttura sanitaria risponde infatti ai sensi dell'art. 1218 c.c., mentre in caso di inadempimento o inesatto adempimento della prestazione sanitaria principale, per la quale essa si serve dell'operato di ausiliari esercenti professione sanitaria, la responsabilità sarà quella prevista dall'art. 1228 per il debitore che si avvalga dell'opera di terzi per adempiere la propria obbligazione, con la precisazione che tale avvalimento rende del tutto irrilevante che il medico operante sia inserito nell'apparato organico dell'ente o meno (cfr., ex multis, Cass. n. 18610 del 22.9.2015).

Quanto ai profili preliminari potenzialmente incidenti sulla regolarità del contraddittorio processuale, si deve, da ultimo, che i medici ritenuti responsabili non sono litisconsorti necessari, per cui non può essere condivisa la eccezione formulata sul punto dalla convenuta.

Ed invero, il processo instaurato da un paziente per far valere la responsabilità solidale dell'ospedale e del sanitario operante presso di esso non realizza un'ipotesi di litisconsorzio necessario passivo, in quanto l'attore, ha diritto di pretendere da ciascun condebitore il pagamento dell'intera somma dovuta a titolo di risarcimento dei danni subiti, (si veda, in proposito, Cass. n. 8413 del 10/04/2014; Cassazione civile n.12717/2015).

Fatte queste necessarie premesse di ordine generale, occorre a questo

punto focalizzarsi sulla ripartizione che da esse deriva circa l'onere probatorio gravante sulle parti in causa: nello specifico, grava sul paziente/danneggiato (o sui suoi eredi) l'onere di documentare non solo l'esistenza del danno lamentato, ma anche il nesso di causalità che avvince tale danno alla condotta del sanitario, senza che rilevi ai fini dell'assolvimento di tale onere la prova della colpa del sanitario stesso. Sarà, infatti, quest'ultimo (ovvero la struttura sanitaria citata in giudizio) a dover fornire prova di aver adoperato la diligenza richiesta nel caso di specie, provando altresì che il danno non sussiste, ovvero non è dipeso da propria colpa (C. Cass., Sez. III, n. 7027/2001; SS.UU. n. 577/2008; Sez. III, n. 20547/2014).

Il positivo accertamento della responsabilità dell'istituto quindi postula pur sempre la colpa del medico esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di tale colpa (fatta salva l'operatività di presunzioni legali in ordine al suo concreto accertamento), poiché sia l'art. 1228 che il successivo art. 2049 c.c. presuppongono, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno, cosicché, in assenza di tale colpa, non è ravvisabile alcuna responsabilità contrattuale del committente per il fatto illecito dei suoi preposti (Corte di Cass. sent. n. 12362/2006).

Vertendosi in ipotesi di responsabilità professionale, la colpa viene generalmente declinata sotto il profilo della negligenza (ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione), dell'imprudenza (avventatezza, sconsideratezza, eccessiva audacia per trasgressione delle norme dettate dalla ragione o dall'esperienza) o dell'imperizia (intesa nel senso di scarsa preparazione professionale, dovuta ad incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche

o inesperienza specifica).

È, inoltre, noto che il parametro alla stregua del quale valutare la diligenza del professionista non è quello previsto in generale, per qualunque debitore, dall'art. 1176 co.1, c.c., ma la c.d. diligenza qualificata di cui all'art. 1176 co.2 c.c., in base al quale l'operato del professionista va valutato alla stregua delle conoscenze tecniche e specifiche che ci si attende da tale soggetto. L'operato dell'esercente la professione sanitaria potrà ritenersi diligente nella misura in cui risulti conforme ai protocolli, linee guida o buone pratiche accreditate presso la comunità scientifica di riferimento, nonché al bagaglio di competenze e conoscenze proprie del professionista di media preparazione e avvedutezza, in relazione alle specificità del caso concreto.

Pertanto, l'inadempimento del professionista non si desume, automaticamente, dal mancato raggiungimento di un risultato utile (miglioramento della condizione di salute del paziente), dall'insorgenza di nuove patologie o dal peggioramento di quelle preesistenti o dall'exitus, ma va valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale, e, in particolare, al dovere della diligenza professionale di cui all'art. 1176, co. 2, c.c. (Cass. n. 23918/2006; Cass. 16394/2010).

Nella cornice tratteggiata, è necessario ora chiarire quale debba essere il criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente.

In proposito i giudici di legittimità hanno affermato: *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del*

quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano – ad una valutazione "ex ante" – del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ. n. 16123/2010).

Come precisato da una precedente pronuncia della Suprema Corte, *"in questo modo, il nesso causale diviene la misura della relazione probabilistica concreta (e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (quel comportamento e quel fatto dannoso) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (o, se si vuole, di previsione e prevenzione, attesa la funzione – anche – preventiva della responsabilità civile, che si estende sino alla previsione delle conseguenze a loro volta normalmente ipotizzabili in mancanza di tale avvedutezza) andrà più propriamente ad iscriversi entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito" (così Cass. civ. n. 21619/2007, in motivazione).*

Orbene, così ricostruiti i principi da applicare alla fattispecie in esame, incontestata la dinamica dei fatti così come descritta da parte attrice, occorre

verificare se le condotte dei sanitari impegnati ad assistere Parte_1 siano state conformi alle *leges artis* prescritte all'epoca del fatto per i casi della medesima tipologia di quello in esame e quindi se siano loro rimproverabili alla luce del grado di diligenza richiesto secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili.

L'attore lamenta di avere contratto una infezione durante la degenza presso il ████████ di Sciacca ove era stato ricoverato per essere sottoposto ad intervento chirurgico a seguito del sinistro stradale avvenuto il 28.11.2009.

Sulla scorta della documentazione depositata agli atti nel procedimento di ATP, pertanto, è stata disposta consulenza tecnica d'ufficio nella quale si legge che: “ il Sig. Parte_1 a causa di un comportamento imperito dei sanitari ████████ “ Controparte_2 di Sciacca, nonché a causa della sospetta inosservanza delle circolari del Organizzazione_1 da parte degli addetti alla sterilizzazione delle parti e dei locali dell'ospedale, ha subito un periodo di sofferenze dovute alla infezione post operatoria” ed ancora “I Dirigenti Medici che hanno praticato l'intervento chirurgico di osteosintesi hanno avuto rispetto nell'applicazione delle buone pratiche professionali. La conferma che l'intervento chirurgico sia stato eseguito correttamente viene data dal controllo radiografico effettuato il 28/1/2010. Tuttavia dalla visione della cartella clinica, allegata agli atti, si evidenzia che la profilassi antibiotica praticata al Sig. Pt_1 non ha rispettato la linea guida “Antioticoprofilassi perioperatoria nell'adulto” pubblicata sul [...] Organizzazione_2 el 2008 del Organizzazione_1 _

Risulta pertanto che, sebbene l'intervento chirurgico fosse stato correttamente eseguito, si riscontrano delle responsabilità dei sanitari che hanno avuto in cura il Pt_1 , in quanto da una parte vi è il sospetto di una scorretta sterilizzazione delle parti e dei locali dell'ospedale (causa della

infezione contratta) e da altra parte risulta che gli stessi non abbiano rispettato le *leges artes* e le linee guida per la cura dell'infezione stessa.

Ed invero, in risposta alle osservazioni del ctp della convenuta, il ctu ha ulteriormente precisato: “ *Dalla documentazione clinica allegata al fascicolo si può evidenziare che i medici che hanno avuto in cura il Sig. Pt_1 non hanno rispettato la linea guida “Antibiotico profilassi peri-operatoria nell'adulto” pubblicata sul Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG) nel 2008 dal Ministero della Salute, che raccomanda in prima scelta l'uso di antibiotici betalattamici. Una singola dose deve essere somministrata alla dose terapeutica medio-alta, per via endovenosa, nei primi trenta-sessanta minuti che precedono l'incisione della cute. Dagli atti allegati si evince che la profilassi antibiotica praticata al Sig. Pt_1 non è stata eseguita correttamente. È stata praticata una fiala di 1 grammo di un betalattamico alle ore 7 del mattino, mentre l'intervento è iniziato alle ore 11.30 (dopo oltre 4 ore) e la dose praticata non è stata congrua per un individuo del peso di oltre 100 kg. Dagli stessi documenti allegati al fascicolo non si evince che siano state rispettate le norme emanate sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere dal Ministero della Sanità con le circolari la n° 52/85 e la n°8/88, che stabiliscono che in ogni presidio ospedaliero debba essere istituita una commissione che si occupi delle infezioni ospedaliere. I responsabili di questa commissione hanno il compito di diffondere e verificare l'adozione delle norme profilattiche emanate dallo stesso comitato ospedaliero per il controllo delle infezioni con la istituzione di nuove linee guida e di incontri di aggiornamento”.*

Pertanto va rilevato che, a fronte dell'allegazione dell'attore relativa alle condotte dei medici, nessuna prova è stata fornita dalla convenuta circa l'inesistenza, l'irrelevanza e/o la non imputabilità del dedotto inadempimento.

Correttamente invero l'attore ha allegato e provato l'esistenza del rapporto contrattuale e l'inadempimento, astrattamente e presuntivamente

efficiente alla produzione del danno, mentre la struttura non ha dimostrato di avere adempiuto con la diligenza richiesta nè che il suo inadempimento è dipeso da causa ad essa non imputabile.

Parte convenuta si è invero limitata a sottolineare che la infezione potrebbe essere stata contratta a causa della stessa condotta del paziente o di elementi estranei all'operato dei sanitari.

Senonchè, il ctu ha specificato che infezione chirurgica è stata provocata da un agente patogeno diffuso in ambiente ospedaliero: lo *pseudomonas aeruginosa*. *“Trattasi di un infezione ospedaliera. La conferma viene data dalla definizione formulata dalla letteratura e dalla circolare n.52/1985 emanata dal Ministero della Sanità.Generalmente ...si verifica quando dei mezzi di sintesi vengono colonizzati dai batteri”* (Relazione del 19.01.2018 del CTU, dott. **Per_1**).

In altri termini, non è verosimile la tesi di parte convenuta secondo cui la infezione sarebbe riconducibile alla condotta del paziente, che non avrebbe eseguito correttamente al domicilio la terapia prescritta. E comunque rimane indiscusso che sia imputabile ai medici la inidonea cura dell'infezione stessa.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono, quindi, risulta integralmente fondata – sotto il profilo dell'*an debeatur* – la domanda spiegata da **Parte_1** nei confronti della convenuta, la quale va pertanto condannata a risarcire l'attore dei danni sofferti in conseguenza dell'evento lesivo per cui è causa.

Per quanto riguarda la quantificazione dei danni risarcibili, il C.T.U. ha esaustivamente rilevato una riduzione percentuale permanente dell'integrità fisica pari al 9% come diretta conseguenza della infezione patita dal

ricorrente.

Sul punto, non può condividersi la tesi di parte attrice secondo cui il CTU avrebbe omissso di riconoscere anche la dismetria degli arti inferiori per deficit della tibia sinistra e la mononeuropatia del nervo peroneo.

Ed invero, quanto alla prima patologia, il CTU precisa che *“l’esame obiettivo mette in evidenza che il ricorrente cammina normalmente [...] Alla comparazione della lunghezza gli arti inferiori risultano sostanzialmente uguali. I movimenti di flessione estensione e di lateralità del piede sono liberi e lievemente dolenti. L’esame obiettivo mi permette di confermare che non è presente alcuna disimmetria degli arti inferiori. La radiografia che mostra “l’inclinazione a sinistra del bacino livellato di 20 mm a livello delle teste femorali da dismetria degli arti per deficit della tibia sinistra” è stata eseguita il 19/5/16, cioè 19 mesi prima della visita medica da me eseguita. La dismetria segnalata all’epoca non si evidenzia più.”*

Quanto alla seconda patologia, che secondo l’attore sarebbe riscontrabile dall’esame elettromiografico del 20.5.2016, la stessa non può essere riconosciuta atteso che, come accerta il ctu, tale esame non è riconducibile all’attore e nessuno degli altri esami in atti riporta alcun riferimento ad una lesione del nervo peroneo di sinistra. Ma indipendentemente da questo, il ctu precisa che *“le cause di lesione del nervo peroneo possono essere le distorsioni del ginocchio, le fratture del terzo distale del femore e del piatto tibiale, le fratture delle gambe, le ferite da taglio, le distorsioni delle caviglie. Appare evidente che la presenza di tale lesione sul ricorrente possa essere provocata dal trauma e non dall’infezione”* e che *“l’esame obiettivo eseguito dal sottoscritto sul ricorrente non ha evidenziato segni che possano fare sospettare tale lesione.”*

Deve quindi confermarsi che la riduzione percentuale permanente

dell'integrità fisica diretta conseguenza della infezione sia pari al 9%.

Come precisato da quattro sentenze gemelle emesse dalla Corte di Cassazione a sezioni unite (le nn. 26972, 26973, 26974 e 26975 del 2008), il danno biologico, quale lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.), va 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 (i cui artt. 138 e 139 statuiscono che *“per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica 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 cui tale evento configuri un illecito penale (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).

E invero, secondo le Sezioni Unite della Suprema Corte, il danno non

patrimoniale costituisce una categoria generale non suscettiva di suddivisione in sottocategorie variamente etichettate e il riferimento a determinati tipi di pregiudizio, in vario modo denominati, risponde ad esigenze descrittive, ma non implica il riconoscimento di distinte categorie di danno (cfr. Cass. civ., sez. un., n. 26972/2008).

Pertanto, è fonte di ingiustificate duplicazioni di risarcimento l'attribuzione di distinte poste risarcitorie (liquidate, magari, l'una in percentuale dell'altra) a titolo di danno biologico, di danno morale e di quel pregiudizio – scaturente dalle alterazioni alla vita di relazione, dalla perdita di qualità della vita, dalla compromissione delle dimensioni esistenziali della persona – che nella elaborazione di dottrina e giurisprudenza aveva preso la definizione di “danno esistenziale” (la cui autonoma configurazione deve essere definitivamente superata, giacché attraverso questa si finisce per portare, contro la volontà del legislatore, il danno non patrimoniale nell'atipicità, sia pure attraverso l'individuazione della apparente tipica figura, in cui tuttavia confluiscono fattispecie non necessariamente previste dalla norma ai fini della risarcibilità di tale tipo di danno).

Alla luce delle considerazioni che precedono, posto che il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale (nel senso che deve ristorare interamente il pregiudizio, ma non oltre), sarà compito del giudice quello di procedere ad un'adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.

Nel caso di specie, deve anche precisarsi, che il risarcimento del danno di

cui l'attore ha diritto in questa sede riguarda solo le lesioni direttamente derivanti dalla condotta dei sanitari (escludendo pertanto i danni riconducibili al sinistro stradale). E, per tale motivo, correttamente il ctu ha circoscritto l'indagine alla lesione permanente dell'integrità fisica (e alla invalidità temporanea) complessivamente riportata dal periziando a causa della infezione contratta in ospedale.

Venendo, dunque, al quantum debeatur, va osservato che, in tema di liquidazione del danno alla salute derivato da malpractice sanitaria, ai sensi dell'[art. 3 Decreto Legge n. 158/2012](#) (meglio noto come [Decreto Balduzzi](#)) "Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli [articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209](#)" (c.d. [Codice delle Assicurazioni Private](#)).

Analoga previsione è data dall'[art. 7 co. 4 Legge n. 24/2017](#) (c.d. Legge Gelli-Bianco).

Devono quindi applicarsi i parametri di liquidazione indicati fissati dall'[art. 139 cod. ass.](#) come da ultimo aggiornati in virtù del D.M. 16/10/2023.

Va precisato quindi che il parametro da utilizzarsi è quello tabellare recante i valori vigenti all'attualità (aggiornati dal D.M. 16/10/2023) e non già quello dell'evento dannoso o quello della domanda.

Nel caso di specie, in definitiva, tenuto conto delle accertate invalidità, dell'età (37 anni compiuti all'epoca del sinistro) e dei criteri tabellari per il risarcimento del danno biologico di lieve entità ex art. 139 del Codice delle Assicurazioni stimasi equo liquidare, per il complessivo risarcimento del

danno non patrimoniale da lesione permanente al diritto alla salute, una somma pari ad € **16.827,23**, già rivalutati ad oggi. Tale quantificazione tabellare non può intendersi comprensiva anche della componente prettamente soggettiva data dalla sofferenza morale conseguente alla lesione della salute in considerazione del lungo calvario che ha coinvolto l'attore, il quale ha subito diversi interventi dopo e a causa della contratta infezione.

Deve quindi essere riconosciuta l'ulteriore somma di € **5.608,52**

Con riferimento al periodo di inabilità temporanea così come accertato dal C.T.U. (395 giorni di inabilità temporanea assoluta, giorni 40 di inabilità relativa al 50% e giorni 160 di inabilità temporanea relativa al 25%), si liquida ad equità – sempre sulla scorta dei criteri citati – la somma di € **24.934,00** in valori attuali.

Sul punto, deve precisarsi che nella integrazione alla relazione del 24.3.2018, il ctu ha specificato che “l’infezione ha reso necessari molteplici trattamenti chirurgici e un riposo prolungato che hanno allungato i tempi di ripresa del soggetto causando una I.T. di gran lunga maggiore rispetto a quella che normalmente si assegna ad una frattura tipo quella subita dal soggetto correttamente trattata”.

Sulla scorta di tale premessa, ha quindi precisato la I.T.T. in eccesso rispetto alla normalità dei casi riguardanti la medesima frattura (e quindi riconducibile solo alla infezione) è pari a 395 giorni: la I.T.T. si è invero protratta per 445 giorni mentre i normali tempi di guarigione di questo tipo di fratture sono di 50 giorni.

Ha poi aggiunto che la ITP in eccesso rispetto alla normalità dei casi riguardanti la medesima frattura (e quindi riconducibile solo alla infezione) è

di giorni 200, specificando che i normali tempi di riabilitazione per questo tipo di fratture, trattate secondo legis artes, sono di giorni 40 (20gg al 50% e altri 20gg al 25%)

Ora, poichè secondo gli accertamenti del ctu, nel caso di specie la ITP si è protratta per otto mesi (240 giorni), deve essere riconosciuto un periodo di ITP al 50% per altri 40 giorni e un periodo di ITP al 25% pari a 160 giorni (sottraendo cioè al numero dei giorni di invalidità trascorsi dal danneggiato a causa della infezione, il numero dei giorni di invalidità riconducibili invece al recupero per la frattura).

Non può invece ritenersi utile in questa sede la quantificazione fatta dal ctu solo successivamente in sede di proposta conciliativa (vedi proposta del 20.6.2018) poichè la stessa riporta dati discordanti rispetto alle relazioni precedenti, è intrinsecamente scorretta (ad esempio, viene riportata una età sbagliata del danneggiato) e contraddittoria (nella prima parte quantifica in 145 i giorni di invalidità temporanea parziale al 75% e poi li riduce a 45).

Trattandosi di una proposta conciliativa, peraltro non motivata ma derivante da un mero calcolo matematico, non si ritiene possa prevalere rispetto alla relazione di consulenza, nella quale invece il calcolo della invalidità temporanea è correttamente motivato sulla scorta delle conseguenze direttamente ed esclusivamente riconducibili alla infezione.

Non possono invece essere accordato un risarcimento del danno patrimoniale, non essendo state allegate con chiarezza le spese di cui fa genericamente cenno in citazione.

Ciò posto, il pregiudizio sofferto da **Parte_1** in conseguenza della riscontrata inidonea condotta professionale, come sopra

complessivamente determinato, ammonta ad € 47.369,75 per il danno non patrimoniale.

Ora, poiché i danni sopra liquidati sono espressi in valuta attuale, occorre procedere a devalutazione al fine di conteggiare correttamente gli interessi, che secondo l'insegnamento della Suprema Corte debbono calcolarsi dal giorno dell'insorto credito nella sua originaria consistenza, e via via sulla somma che progressivamente si incrementa per effetto della rivalutazione.

Gli importi sopra indicati, invero, non comprendono l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro nel tempo intercorso tra la lesione e la sua liquidazione per equivalente monetario, danno derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente monetario del bene leso. Pertanto, nei debiti di valore, come quelli di risarcimento da fatto illecito, vanno corrisposti interessi (ad un tasso che non può in ogni caso essere superiore al tasso legale), in modo da rimpiazzare il mancato godimento del denaro dovuto.

Secondo un indirizzo ormai consolidato, tali interessi, cosiddetti compensativi, vanno calcolati non sulla somma rivalutata in un'unica soluzione alla data della sentenza, ma sulla somma capitale (determinata nel giorno dell'insorgenza del credito) via via rivalutata, conformemente all'insegnamento espresso nella nota pronuncia a sezioni unite della Suprema Corte n. 1712\95 (conformi, tra le tante, Cass. 3666/96, 8459/96, 2745/97, 492/01; 18445/05).

Nell'effettuare il relativo calcolo, quindi, bisogna tener presente che è necessaria una devalutazione nominale delle voci di danno liquidate in valuta attuale sì da rapportarle all'equivalente alla data di insorgenza del danno

medesimo e procedere poi alla successiva rivalutazione delle stesse; gli interessi vanno applicati sulle somme che progressivamente si incrementano per effetto della rivalutazione, con cadenza mensile alla stregua della variazione mensile degli indici ISTAT; gli interessi così ottenuti vanno accantonati e cumulati tra loro senza rivalutazione.

Applicando, dunque, i criteri da ultimo indicati, la somma complessivamente dovuta all'attore ammonta ad € **54.543,98** (di cui € 7.174,23 per interessi) per danni non patrimoniali.

Sulla somma in questione – al cui pagamento va condannato l'ente convenuto – sono poi dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) e fino al soddisfo.

In considerazione dell'accoglimento della domanda attorea in misura largamente inferiore a quanto domandato, le spese di lite vanno compensate in ragione della metà.

Per la restante metà vanno poste a carico di parte convenuta e vanno liquidate *ex* D.M. 55/2014 e succ. modifiche, con applicazione dei parametri medi per la fase di studio, introduttiva e decisionale (previa riduzione del 50% di questa ultima fase in mancanza di nuove questioni affrontate dalle parti) previsti per lo scaglione di valore sino ad €260.000,00 (tenuto conto del valore dell'importo accertato) con pagamento in favore dei procuratori di parte attrice dichiaratisi antistatari.

P.Q.M.

- Il Tribunale, uditi i procuratori delle parti costituite; ogni contraria istanza,

eccezione e difesa disattesa; definitivamente pronunciando:

- condanna, l' *Controparte_1* in persona del legale rappresentante pro-tempore, al pagamento, in favore di *Parte_1* [...] della complessiva somma di euro **54.543,98**, oltre interessi legali dalla decisione sino al soddisfo;
- condanna, l' *Controparte_1* in persona del legale rappresentante pro-tempore al pagamento, in favore dell'attore, della metà delle spese di lite, che liquida per l'intero in euro 6307,00, oltre spese generali, C.P.A. ed I.V.A. da distrarsi in favore dei procuratori di parte attrice dichiaratisi antistatari;
- compensa la altra metà delle spese di lite.

Così deciso in Sciacca, in data 10/04/2024 .

Il Giudice

Giorgia Cotroneo