R E P U B B L I C A I T A L I A N A
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI SULMONA

in composizione monocratica, in persona della dott.ssa Marta Sarnelli, nel procedimento n. 454/2018 R.G. ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa vertente tra

Parte_1 (C.F. *C.F._1*) elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] del Foro di Lanciano che la rappresenta e difende come da mandato in calce all'atto di citazione

- ATTRICE -

E

Controparte_1

[...] (c.f. *P.IVA_1* in persona del Direttore pro tempore, elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] del Foro di Pescara che la rappresenta e difende come da procura in calce alla memoria di costituzione;

-CONVENUTA –

OGGETTO: responsabilità della struttura sanitaria.

IN FATTO

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* ha convenuto in giudizio la *CP_2* di [redacted] dinanzi il Tribunale di Sulmona per accertare la responsabilità della stessa per il danno subito in seguito ai trattamenti sanitari effettuati presso i presidi ospedalieri gestiti dalla stessa e per l'effetto sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti quantificati in € 593.972,00 per danno biologico oltre spese mediche quantificate in € 1.146,82.

A sostegno della citata azione l'attrice ha dedotto che:

- in data 28.10.2015 è stata ricoverata presso l'Ospedale di [redacted] per il trattamento di una grave coxartrosi sinistra esitata in una necrosi cefalica del femore;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

- in data 29.10.2015 i sanitari eseguivano un intervento di impianto di protesi totale dell'anca;
- il decorso post-operatorio evolveva regolarmente sino al 5.11.2015 allorché i medici rilevano una "Flogosi acuta ferita";
- il 28.11.2015, dopo la rimozione dei punti di sutura, veniva dimessa in ADI con diagnosi di "*Grave cozartrosi sinistra con necrosi cefalica del femore*" e con prescrizione di terapia riabilitativa e profilassi antitrombotica e terapia domiciliare;
- le indagini ematochimiche del 16.12.2015 documentavano valori fuori *range* di VES e al controllo ortopedico del 28.12.2015 lo specialista , previa visione degli esami, prescriveva un ulteriore ciclo di cinesiterapia;
- il 29.1.2016 tornava a visita ambulatoriale lamentando sintomatologia dolorosa in sede lombare irradiata all'arto sinistro inferiore per cui veniva sottoposta a infiltrazioni dello spazio epidurale anche nelle successive visite del 30.1.2016 e del 13.2.2016;
- in data 15.2.2016 accedeva al Pronto Soccorso dell'ospedale di [redacted] per un quadro caratterizzato da "*edema del volto, febbre da 5-6 giorni e dispnea*. Dall'esame locale eseguito all'ingresso risultava: "*tumefazione in regione preauricolare* e sottomandibolare destra che persisteva anche in occasione della consulenza ORL, della visita e del controllo ORL eseguite nel febbraio del 2016;
- nel corso del ricovero, da radiografia panoramica delle arcate dentarie, risultava la presenza di focolai di riassorbimento ossei periapicali in esiti di avulsioni multiple e residui radicolari su entrambe le arcate. Cariosi" e, inoltre, dal diario clinico del 21.2.2016 risulta che l'attrice lamentava "*dolore articolare coxofemorale sinistro con impotenza funzionale*";
- il 2.3.2016 l'attrice veniva dimessa con diagnosi di Infezione delle alte vie respiratorie complicata da flogosi dell'emipalato destro (flemmone) ed interessamento flogistico della parotide e della ghiandola sottomandibolare destra nonché cardiopatia sclero ipertensiva e patologia steno-ostruttiva carotidea, osteoartrosi polidistrettuale;
- nonostante la risoluzione del quadro flogistico a carico delle ghiandole salivari, i controlli di laboratorio evidenziavano la presenza di elevati indici di flogosi per cui in data 11.4.2016 l'attrice veniva nuovamente ricoverata presso l'Ospedale di [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

con diagnosi di *"coxalgia dx (sinistra) in esiti di impianto di artro-protesi"*;

- sottoposta a TC dell'anca si riscontrava *"… soluzione di continuo della lamina quadrilatera, con "materiale" ad elevata densità frammisto a piccole areole ipodense, in corrispondenza dell'emipelvi destra, medialmente e cranialmente al neocotile, ove coinvolge i muscoli ileo-psoas e l'otturatore interno, da riferire in prima ipotesi a materiale chirurgico con piccole bolle aeree nel contesto. Si apprezza soluzione di continuo della corticale sia in corrispondenza del tetto acetabolare (colonna anteriore), sia del grande trocantere… Si apprezza aspetto reticolare del tessuto adiposo sottocutaneo dell'emi-bacino e gamba (coscia) sinistra, come per imbibizione fluida…"*;
- dopo diversi esami, in data 19.4.2016 l'attrice era dimessa con una " *Discreta remissione della sintomatologia algica e prescrizione di "cinesiterapia attiva e assistita" associata a* *Org_1* *500* (1 compressa per 10 giorni);
- il 27.4.2016 l'attrice effettuava esami di laboratorio che evidenziavano valori fuori range di leucociti, VES e di PCR e lo specialista prescriveva FKT;
- in data 6.5.2016 l'ortopedico prescriveva "scintigrafia con leucociti marcati";
- Il 24/05/2016 la *Parte_1* eseguiva una scintigrafia ossea total-body che rilevava una "reazione periprotesica a carico dell'anca sinistra, in particolare a livello dell'acetabolo" e in data 08/06/2016 una scintigrafia con anticorpi anti-granulociti che evidenziava: "modesto iperaccumulo degli anticorpi antigranulociti in corrispondenza del ciglio acetabolare inferiore di sinistra, sede di artroprotesi";
- Su indicazione dei medici dell'ospedale di [redacted], in data 17.6.2016 la *Parte_1* veniva ricoverata presso l'Ospedale di [redacted] dove veniva sottoposta a revisione cotile e dove, all'esito di un tampone, si dava riscontro positivo alla presenza dello "Staphilococcus aureus";
- Il 24.6.2016 la paziente era trasferita nuovamente a [redacted] per la terapia riabilitativa e dove dapprima veniva indicato "ferita in ordine" e poi in data 4.7.2016 veniva eseguito prelievo di secrezione della ferita e un esame culturale con esito positivo per "germi comuni" ed esami di laboratorio che evidenziavano un elevazione degli indici di flogosi;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

- Dal diario clinico risultano la persistenza di secrezioni dalla ferita chirurgica e il dato di una "protesi instabile" per cui il 13/07/2016 la *Org_2* veniva trasferita presso l'Ospedale di [redacted] ove il 20/07/2016 era sottoposta a rimozione delle componenti femorale e acetabolare della protesi infetta;
- Dopo una breve permanenza presso la locale Terapia Intensiva, il 21/07/2016 la paziente era trasferita nel reparto di Geriatria ove rimaneva degente fino al 29/07/2016 allorquando era dimessa con diagnosi di "*Infezione da klebsiellapneumoniae e Pseudomonas aeruginosa su ferita chirurgica in paziente sottoposta ad asportazione chirurgica di endoprotesi infetta, ulcere da decubito sacrale e calcaneare, sindrome da allettamento*";
- Nelle settimane successive compariva un orifizio fistoloso in corrispondenza della ferita chirurgica, che imponeva trattamenti ripetuti in ambiente specialistico, una in stabilità al carico dell'anca e una notevole dismetria che richiedevano l'impiego di un tutore modulare per anca e una calzatura ortopedica con rialzo di 7 centimetri;
- L'attrice, nonostante i citati trattamenti, lamenta tutt'oggi: dolore continuo a carico dell'anca sinistra; la presenza, in prossimità della cicatrice chirurgica di un tramite fistoloso; la compromissione della funzionalità dell'anca su base antalgica; che i passaggi posturali, la stazione eretta e la deambulazione necessitano di assistenza di terzi;
- Dalla consulenza tecnica di parte allegata è evidente la responsabilità contrattuale dell' *CP_2* per i danni subiti dall'attrice sia per invalidità permanente che temporanea, in conseguenza dei comportamenti negligenti e imperiti posti in essere dai sanitari degli *Organizzazione_3* ;
- Nonostante la formale richiesta di risarcimento danni e l'introduzione del procedimento di mediazione, la *CP_2* non provvedeva al ristoro dei danni accorsi all'attrice.

Con comparsa del 11.12.2018 si costituiva in giudizio la convenuta *Contr* chiedendo il rigetto dell'avversa domanda evidenziando l'insussistenza della prova del nesso causale e del fatto addebitabile ai sanitari.

La causa veniva dunque istruita mediante l'acquisizione di documenti, l'escussione di testi e l'espletamento di CTU medico-legale.

A seguito di diversi rinvii disposti per l'emergenza sanitaria e per consentire il deposito e l'esame della CTU, all'udienza del 5.5.2021 la causa

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

veniva dunque trattenuta in decisione con la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c..

IN DIRITTO

Deve in primo luogo rilevarsi che la Suprema Corte ha costantemente configurato la responsabilità della struttura sanitaria come di natura contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (cfr. Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141; Cass. 8 marzo 1979, n. 1716; Cass. 1 marzo 1988, n. 2144; Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv; Cass. 4 marzo 2004, n. 4400; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133; Cass. 2 febbraio 2005, n. 2042; Cass. 18 aprile 2005, n. 7997; Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 24.5.2006, n. 12362).

Si tratta, in particolare: a) di un contratto atipico, con effetti protettivi nei confronti del terzo, che fa sorgere a carico della casa di cura privata o dell'ente ospedaliero pubblico, accanto ad obblighi lato sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, di quello paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni (cfr. sostanzialmente in tal senso Cass. SS.UU. 1.7.2002, n. 9556); b) di un contratto a prestazioni corrispettive in quanto fa sorgere anche l'obbligazione di versare il corrispettivo per la prestazione resa dalla struttura sanitaria (pubblica o privata), restando irrilevante che questa obbligazione sia estinta dal paziente, dal suo assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente.

La responsabilità contrattuale di tale struttura nei confronti del paziente può dunque derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono direttamente a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

È poi irrilevante stabilire, nella fattispecie che ci occupa, se detta responsabilità sia conseguenza dell'applicazione dell'art. 1228 c.c., per cui il debitore della prestazione che si sia avvalso dell'opera di ausiliari risponde anche dei fatti dolosi o colposi di questi, ovvero del principio di immedesimazione organica, per cui l'operato del personale dipendente di qualsiasi ente pubblico o privato ed inserito nell'organizzazione del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

servizio determina la responsabilità diretta dell'ente medesimo, essendo attribuibile all'ente stesso l'attività del suo personale (cfr. Cass. Civ. n. 9269/1997 e Cass. Civ. n. 10719/2000).
Infatti, ciò che rileva, in questa sede, è che la struttura è contrattualmente responsabile se il suo medico è almeno in colpa, applicandosi il corrispondente regime dell'onere probatorio.
L'affermata natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, del resto, non ha mancato di trovare il conforto delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte di Cassazione, le quali con la ormai notissima sentenza dell'11 gennaio 2008, n. 577 hanno prestato sostanziale adesione a tale opzione ermeneutica, affermando che, "*per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria*"(cfr. Cass. 25.2.2005, n. 4058).
In definitiva, possono ritenersi approdi unanimemente condivisi dalla Corte di nomofilachia sia l'inquadramento della responsabilità della struttura sanitaria nell'ambito della responsabilità contrattuale, - sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316); sia la qualificazione giuridica in termini pressoché analoghi dell'obbligazione assunta, nei confronti del paziente, dal medico che abbia eseguito l'intervento a prescindere dalla circostanza che quest'ultimo sia dipendente dalla struttura sanitaria in cui venga eseguito l'intervento ovvero sia il medico di fiducia del paziente in quest'ultima ricoverato.
A questi fini è, infatti, sufficiente che la struttura sanitaria 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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

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).
A tale stregua, la responsabilità che dall'esplicazione dell'attività di tale terzo deriva riposa invero sul principio cuius commoda eius et incommoda.
Nè in argomento vale distinguere tra comportamento colposo e comportamento doloso del soggetto agente, al fine di considerare interrotto il rapporto in base al quale l'ente è chiamato a rispondere, giacché è al riguardo sufficiente la mera occasionalità necessaria (v. Cass., 17/5/2001, n. 6756; Cass., 15/2/2000, n. 1682).
L'ente risponde infatti di tutte le ingerenze dannose che al medico sono rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al terzo danneggiato, e cioè dei danni che il sanitario può arrecare in ragione di quel particolare contatto cui si espone nei suoi confronti il paziente nell'attuazione del rapporto con la struttura sanitaria.
Responsabilità che trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione derivante, per la casa di cura, dal contratto di spedalità stipulato con il paziente (v. Cass., 17/5/2001, n. 6756; Cass., 30/12/1971, n. 3776. V. anche Cass., 4/4/2003, n. 5329).
La soluzione non muta anche quando il medico non sia legato alla struttura sanitaria da un rapporto di lavoro subordinato. Al riguardo si deve evidenziare, però, che la giurisprudenza, anche in questi casi, tende a gravare la casa di cura di obblighi il cui inadempimento espone l'ente a responsabilità. Precisamente, si afferma che, ove un istituto ospedaliero autorizzi un medico ad operare al suo interno, mettendogli a disposizione le sue attrezzature e la sua organizzazione, e con esso cooperi, concludendo con il paziente il contratto per la degenza e le prestazioni accessorie, esso viene ad assumere contrattualmente, rispetto al paziente, la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa erogatrice del complesso delle prestazioni sanitarie, ivi inclusa l'attività del chirurgo. In sostanza, poiché il medico non avrebbe potuto operare, se non nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, la casa di cura, accettandone l'attività, deve assumersi le conseguenti responsabilità, poiché la medesima è sempre tenuta a controllare preventivamente la serietà, la competenza e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

l'affidabilità del medico, senza che le sia consentito trasferire sul paziente gli effetti dannosi dell'eventuale imperizia dell'operatore, adducendo a motivo, ad esempio, di averlo solo estemporaneamente ospitato (cfr. Cass., sez. un., 1 luglio 2001, n. 9556).

In conclusione l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, in base alla quale la stessa è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) già prescritte dall'art. 2 legge n. 132 del 1968, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle "lato sensu" alberghiere (ex multis Cass. 8826 del 13/04/2007).

Il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura, dunque, ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze.

Al riguardo si osserva che l'art. 3, comma 1, d.l. 158/2012, conv. dalla l. 189/2012, cosiddetto "decreto Balduzzi" non impone alcun ripensamento dell'attuale inquadramento contrattuale della responsabilità sanitaria, ma si limita (nel primo periodo) a determinare un'esimente in ambito penale, facendo salvo (nel secondo periodo) l'obbligo risarcitorio e sottolineando (nel terzo periodo) la rilevanza delle linee-guida e delle buone pratiche nel concreto accertamento della responsabilità (con portata sostanzialmente ricognitiva degli attuali orientamenti giurisprudenziali). Ritenuto, pertanto, che anche nel caso in esame (concernente un'ipotesi di responsabilità di una struttura sanitaria privata per il pregiudizio che si assume conseguito a condotta colposa dei sanitari della struttura sanitaria) debbano applicarsi i criteri propri della responsabilità contrattuale (cfr. Cass. 19 febbraio 2013 n. 4030).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

Ciò posto, va ribadito che trattasi di responsabilità professionale da contatto sociale, per la quale la giurisprudenza è ormai pacifica nel ritenere che ai fini del riparto dell'onere probatorio il paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto o contatto sociale e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante. Quanto all'accertamento del nesso causale, in ambito civile va compiuto secondo criteri di probabilità scientifica e dunque, in caso di divergenze, secondo le ipotesi aventi maggiore validità scientifica, e, ove le stesse non siano esaustive, secondo criteri di probabilità logica, tesa a chiarire se, probabilmente, ovvero secondo quello che accade nella gran parte dei casi, l'evento si sarebbe avverato anche se il comportamento omesso fosse stato posto in essere. In tale contesto, l'oggetto dell'obbligazione assunta dalla struttura sanitaria non è costituito semplicemente dalla prestazione medica dei propri dipendenti, ma da una più complessa prestazione, definita come assistenza sanitaria, oggetto di un contratto atipico, inquadrabile nella categoria della "locatio operis". A carico della medesima struttura sanitaria gravano infatti, prestazioni non solo di diagnosi e cura, ma anche di tipo organizzativo, connesse all'assistenza postoperatoria, alla sicurezza delle attrezzature, dei macchinari, alla vigilanza ed alla custodia dei pazienti, oltre prestazioni più propriamente riconducibili al contratto d'albergo. L'attività del medico costituisce quindi solo un momento di una più complessa prestazione ed il danno non sempre è conseguenza dell'errore del singolo operatore, ma talvolta anche del comportamento di più soggetti.

In applicazione di tutti i suesposti principi va, dunque, esaminata la domanda attorea tenendo conto che era onere dell'attrice dimostrare l'esistenza del contratto con la struttura sanitaria ed allegare l'inadempimento (o comunque l'inesatto adempimento) delle prestazioni medico professionali rese in suo favore dai convenuti, restando, invece, a carico di questi ultimi la prova che le medesime prestazioni erano state eseguite in modo diligente e che i problemi lamentati erano stati determinati da un evento imprevisto, imprevedibile ovvero inevitabile.

Va, peraltro, ribadito che per la sussistenza della responsabilità professionale medica è necessario preliminarmente, secondo i principi generali di cui all'art. 2697 cod. civ., che il paziente dimostri il nesso di causalità tra l'evento lesivo della sua salute e la condotta del medico,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

dovendosi dimostrare che il peggioramento delle condizioni di salute è connesso causalmente al comportamento del medico. Solo successivamente all'accertamento del nesso eziologico tra l'evento dannoso e la prestazione sanitaria, andrà valutato il profilo soggettivo della sussistenza di una condotta colposa o dolosa in capo al convenuto.
Quanto al nesso causale va evidenziato che in tema di responsabilità civile il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., 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. 16123 del 08/07/2010).
Come la Corte di Cassazione ha avuto anche recentemente modo di precisare, in tema di responsabilità del medico per i danni causati al paziente, l'inadempimento del professionista alla propria obbligazione non può essere, tuttavia, desunto, ipso facto, dal mancato raggiungimento del risultato utile avuto di mira dal cliente, ma deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale (v. Cass., 9/11/2006, n. 23918). L'inadempimento consegue infatti alla prestazione negligente, ovvero non improntata alla dovuta diligenza da parte del professionista (e/o della struttura sanitaria) ai sensi dell'art. 1176 c.c., comma 2, adeguata alla natura dell'attività esercitata e alle circostanze concrete del caso. Secondo la regola sopra ribadita in tema di ripartizione dell'onere probatorio, provati dal paziente la sussistenza ed il contenuto del contratto, se alla prestazione dell'attività non consegue il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso incombe invero al medico (a fortiori ove trattisi di intervento semplice o

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

routinario) dare la prova del verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza che lo stesso ha impedito di ottenere. In presenza di risultato "anomalo" o anormale rispetto al convenuto esito dell'intervento o della cura, che si ha non solo allorquando alla prestazione medica consegue l'aggravamento dello stato morboso o l'insorgenza di nuova patologia ma anche quando l'esito risulta caratterizzato da inalterazione rispetto alla situazione che l'intervento medico - chirurgico ha appunto reso necessario (v. Cass., 13/4/2007, n. 8826), e quindi dello scostamento da una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza, il medico e la struttura sono cioè tenuti a dare la prova che esso dipende da fatto ad essi non imputabile, in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta in conformità alla diligenza dovuta, avuto riguardo alle specifiche circostanze del caso concreto. E laddove tale prova non riesca a dare, secondo la regola generale ex artt. 1218 e 2697 c.c., il medesimo rimane soccombente.

Va rilevato che è incontestato tra le parti ed è documentalmente provato che la *Parte_1* venne ricoverata presso l'Ospedale di [redacted] in data 28.10.2015 con la diagnosi di una "coxartrosi sinistra in esito di necrosi cefalica del femore" e ivi venne sottoposta il 29.10.2015 ad intervento di protesi totale dell'anca per poi essere dimessa in data 28.11.2015 con prescrizione di terapia riabilitativa e profilassi antitrombotica oltre alla consueta terapia domiciliare; dopo alcuni controlli clinici ambulatoriali in data 15.2.2016 veniva ricoverata sempre nella stessa struttura per l'insorgenza di febbre, edema del volto e dispnea e poi dimessa il 2.3.2016 con diagnosi di "infezione della alte vie respiratorie complicata da flogosi dell'emipalato dx ed interessamento flogistico della parotide e della ghiandola sottomandibolare dx, cardiopatia sclero-ipertensiva, patologia steno-ostruttiva carotidea, osteoartrosi polidistrutturale; in data 11.4.2016 venivano nuovamente ricoverata presso l'Ospedale di [redacted] lamentando una coxalgia sinistra; in seguito ad accertamenti in data 16.6.2016 veniva ricoverata presso l'Ospedale di [redacted] dove veniva sottoposta ad intervento di revisione del cotile; successivamente a trattamento riabilitativo presso l'Ospedale di [redacted] e a intervento di riduzione, veniva nuovamente trasferita all' *CP_3* di [redacted] e in data 20.7.2016 sottoposta a intervento di artrotomia per la rimozione della protesi infetta; in data 29.7.2016, dopo una breve degenza in terapia intensiva, la paziente era dimessa con la diagnosi di "asportazione totale di endoprotesi infetta dell'anca sinistra, cardiopatia ipertensiva, lesione da decubito sacrale…" .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

Sicchè può ritenersi dimostrata sia la conclusione del contratto atipico di spedalità tra la *Parte_1* e le strutture sanitarie riferibili alla convenuta sia il contatto sociale tra l'attrice e i medici dell'Ospedale di [redacted] e di [redacted]

Per quanto dunque attiene al nesso causale deve rilevarsi che la CTU svolta nel presente giudizio, le cui conclusioni possono essere recepite in questa sede essendo fondate su un compiuto esame anamnestico ed obiettivo e su di uno studio ed una valutazione adeguati e coerenti degli elementi desunti da tale esame e dalla documentazione sanitaria prodotta, consente di ritenere la sussistenza del nesso causale tra gli interventi eseguiti e la compromissione della salute della *Parte_1* la quale, all'esito degli interventi chirurgici, non solo subiva la completa rimozione della protesi ma risultava vittima di una grave infezione post operatoria non adeguatamente diagnostica e curata.

I CCTTUU, infatti, hanno chiarito che l'esito nefasto della procedura di sostituzione protesica dell'anca sinistra della signora *Parte_1* è stato determinato non solo dalla cattiva esecuzione dell'intervento, ma anche dalla mancata diagnosi dell'infezione che ha determinato poi l'espianto totale della protesi ("*l'infezione del sito chirurgico che porterà all'espianto della protesi d'anca, si è istaurata durante l'intervento o nel corso della successiva degenza della paziente presso l'Ospedale di* [redacted] .

Accertata la sussistenza del nesso causale e passando all'analisi del profilo della colpa sotto forma di negligente o imperita prestazione medica va evidenziato che dalla lettura della documentazione allegata come anche esaminata dal consulente emerge una condotta negligente ed imperita dei sanitari sia dell' *CP_3* di [redacted] che di [redacted]

Invero, in primo luogo, nonostante gli esami pre-operatori avevano evidenziato un innalzamento della VES, i consulenti hanno appurato che " *non risulta che i curanti abbiano proceduto a ricercare possibili focolai attivi di infezione…" e che " l'omesso approfondimento e/o ricerca volti all'identificazione di potenziali foci latenti di infezione dai quali sarebbe potuta derivare una colonizzazione/infezione del manufatto protesico rappresenta una condotta non del tutto aderente alle migliori regole di condotta*".

Ancora, nonostante la scelta dell'intervento chirurgico fosse corretta per il trattamento della coxartrosi, la routinarietà dello stesso, le buone condizioni generali della paziente e la mancanza di alterazioni dell'anca che rendevano l'intervento complicato, i consulenti accertavano che i sanitari "*hanno determinato lo sfondamento della lamina quadrilatera, la frattura*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

del tetto acetabolare oltre che del grande trocantere con spandimento del cemento utilizzato per fissare il cotile" .

Successivamente, i medici hanno colposamente omesso anche di effettuare i dovuti accertamenti una volta diagnosticata la "flogosi acuta ferita" in data 5.11.2015. Secondo i CCTTUU *"in quella sede i curanti hanno colposamente omesso di ricercare i germi responsabili ai fini di una puntualizzazione diagnostica e per avere utili indicazioni per una terapia mirata alla eradicazione dell'infezione che avrebbe potuto evitare la possibile diffusione dell'infezione ai tessuti profondi e al manufatto protesico appena impiantato"*.

Dalla relazione tecnica, inoltre, si ricava anche una responsabilità colposa dei medici dell' *Controparte_4* poiché gli stessi, nel sospetto di un'infezione di protesi, avrebbero dovuto espiantare tutte le componenti della protesi (non solo della componente acetabolare della protesi come effettuato nel primo intervento) e impiantare uno spaziatore antibiotico al fine di ottenere la guarigione dell'infezione e poter impiantare nuovamente un'altra protesi. Inoltre, gli stessi sanitari, nonostante risulti un prelievo del materiale dal fondo dell'acetabolo, non hanno effettuato le necessarie indagini volte ad individuare il germe responsabile dell'infezione al fine di individuare il miglior trattamento antibiotico (stante anche la sensibilità agli antibiotici da parte della paziente).

In conclusione, i consulenti ritengono che *"la mancata individuazione del germe responsabile dell'infezione unitamente all'inadeguato trattamento di rimozione parziale della protesi (revisione del giugno 2016), hanno fatto in modo che dopo l'espianto totale della protesi, sia residuato un processo flogistico cronico che è tutt'ora presente sull'arto inferiore sinistro della signora* *Parte_1* .

Si ritiene, pertanto, che alla luce dell'onere probatorio come sopra delineato che imponeva alla convenuta di provare che l'evento sia stato causato da un fatto ad essa non imputabile in quanto imprevedibile ed inevitabile nonostante tutti gli accorgimento del caso, siano ravvisabili profili di colpa.

Va osservato, infatti, che non può ritenersi superata la sussistenza di una responsabilità colposa dalle risultanze delle testimonianze espletate.

Anche se i testimoni hanno riferito in ordine al rispetto dei protocolli e delle regole relative alla sanificazione degli strumenti e della sala operatoria, questo non esclude che effettivamente sia state adottate tutte le misure idonee a prevenire l'insorgenza di infezioni.

Come correttamente rilevato dai consulenti, in assenza di specifiche indagini microbiologiche, non è possibile stabilire con certezza se le procedure di sanificazione sia stato corrette, se i sistemi di areazione delle

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

sale operatorie fossero perfettamente funzionanti, se la procedura di lavaggio e di vestizione del personale fosse stata effettuata correttamente, se sono state rispettate le regole di prevenzione anche nell'ambito del post operatorio.
Del resto, è comunque stato accertato che i medici già nel novembre del 2015 avevano accertato la presenza di una flogosi acuta della ferita chirurgica senza però effettuare i dovuti accertamenti in ordine all'origine dell'infezione.
Accertata dunque la responsabilità e passando all'esame del profilo del quantum del danno si osserva che la Suprema Corte a Sezioni Unite con sentenza n. 26972 del 11.11.2008 ha posto in materia di danno non patrimoniale alcuni punti fermi affermando per quanto di interesse in questa sede che: 1) il danno non patrimoniale costituisce una categoria ampia ed onnicomprensiva, all'interno della quale non è possibile ritagliare ulteriori sotto categorie. Pertanto il c.d. danno esistenziale, inteso quale "il pregiudizio alle attività non remunerative della persona" causato dal fatto illecito lesivo di un diritto costituzionalmente garantito, costituisce solo un ordinario danno non patrimoniale, che non può essere liquidato separatamente sol perché diversamente denominato; 2) il danno non patrimoniale è risarcibile nei soli casi previsti dalla legge, i quali si dividono in due gruppi: le ipotesi in cui la risarcibilità è prevista in modo espresso (fatto illecito integrante reato) e quello in cui la risarcibilità, pur non essendo prevista da norma di legge ad hoc, deve ammettersi sulla base di una interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 cod. civ., per avere il fatto illecito vulnerato in modo grave un diritto della persona direttamente tutelato dalla legge; 3) dal principio del necessario riconoscimento, per i diritti inviolabili della persona, della minima tutela costituita dal risarcimento, consegue che la lesione dei diritti inviolabili della persona che abbia determinato un danno non patrimoniale comporta l'obbligo di risarcire tale danno, quale che sia la fonte della responsabilità, contrattuale o extracontrattuale; 4) Il danno non patrimoniale, anche quando sia determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona, costituisce danno conseguenza che deve essere allegato e provato. Le S.U. della Suprema Corte hanno, inoltre, evidenziato che l'art. 2059 c.c. va completato con gli elementi strutturali dell'art. 2043. Tale norma, infatti, è norma di rinvio e "non delinea una distinta fattispecie di illecito produttiva di danno non patrimoniale, ma consente la riparazione anche dei danni non patrimoniali, nei casi determinati dalla legge, nel presupposto della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

struttura dell'illecito civile, che si ricavano dall'art. 2043 c.c. (e da altre norme, quali quelle che prevedono ipotesi di responsabilità oggettiva), elementi che consistono nella condotta, nel nesso causale tra condotta ed evento di danno, connotato quest'ultimo dall'ingiustizia, determinata dalla lesione, non giustificata, di interessi meritevoli di tutela, e nel danno che ne consegue (danno-conseguenza, secondo opinione ormai consolidata: Corte cost. n. 372/1994; S.u. n. 576, 581, 582, 584/2008). La rilettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., come norma deputata alla tutela risarcitoria del danno non patrimoniale inteso nella sua più ampia accezione, riporta il sistema della responsabilità aquiliana nell'ambito della bipolarità prevista dal vigente codice civile tra danno patrimoniale (art. 2043 c.c.) e danno non patrimoniale (art. 2059 c.c.) (sent. n.8827/2003; n. 15027/2005; n. 23918/2006). Deve, dunque, ritenersi che al di fuori dei casi espressamente previsti dalla legge sia possibile ottenere il risarcimento del danno non patrimoniale laddove sia accertata la lesione di un diritto inviolabile della persona qualificabile come "ingiustizia costituzionalmente qualificata" laddove il diritto sia stato leso oltre una certa soglia minima, cagionando un pregiudizio serio.

Alla luce della predetta giurisprudenza, dunque, va esaminato il profilo della quantificazione dei danni patiti dalla *Parte_1* tenendo presente la bipolarità tra danno non patrimoniale (nella suddetta ampia accezione) e danno patrimoniale.

All'esito della CTU risulta accertato che la *Parte_1* ha riportato a seguito della condotta colposa della struttura e del sanitario convenuto un maggior danno valutabile in termini di postumi permanenti invalidanti nella misura del 52% (differenza tra 20% quale menomazione fisica già presente ed ipotizzabile per la patologia al 72 % quale menomazione fisica attuale), oltre a ITA di 15 mesi e ITP al 85% di sei mesi.

Circa il "quantum", questo Tribunale non ignora il contenuto della recente sentenza della Cassazione, sezione III civile, n. 12408/2011 secondo la quale la liquidazione del danno non patrimoniale alla persona da lesione dell'integrità psico-fisica presuppone l'adozione da parte di tutti i giudici di merito di parametri di valutazione uniformi che, in difetto di previsioni normative, vanno individuati in quelli tabellari elaborati presso il Tribunale di Milano, da modularsi a seconda delle circostanze del caso concreto.

Con riferimento alla concreta determinazione dei suddetti danni, ritiene questo Tribunale di applicare i criteri di liquidazione del danno non patrimoniale del Tribunale di Milano dell'anno 2021 (Il danno biologico da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

invalidità permanente riportato dall'attore viene liquidato equitativamente sulla base di un parametro monetario (c.d.liquidazione a punto) ricavabile attraverso coefficienti moltiplicatori interagenti tra loro (età dell'infortunato, capacità biologica del soggetto di reagire al pregiudizio psicofisico in relazione alla sua specificità e all'età stessa, durata media della vita) che viene a fondarsi inizialmente sul rapporto tra grado di invalidità minimo (1%) ed il valore economico ad esso attribuibile).
Ora, deve osservarsi che alle luce delle note e molteplici sentenze della Corte di Cassazione si è avuto espresso riconoscimento di un sistema di risarcimento del danno alla persona bipolare, ossia di danno patrimoniale e non patrimoniale, ove quest'ultimo comprende il danno biologico in senso stretto, sopra liquidato (inteso come lesione all'integrità psicofisica della persona), il danno morale come tradizionalmente inteso (inteso come sofferenza morale, non necessariamente transeunte, turbamento dello stato d'animo del danneggiato), nonché tutti quei pregiudizi diversi e ulteriori, purché costituenti conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto ovvero di interessi di rango costituzionale inerenti alla persona. In sostanza secondo tale orientamento, ribadito dalla recente sentenza della Suprema Corte a Sezioni unite n. 26972 del 2008, condiviso da questo Tribunale," nel bipolarismo risarcitorio (danni patrimoniali e danni non patrimoniali) previsto dalla legge, al di là della questione puramente nominalistica, non è possibile creare nuove categorie di danni, ma solo adottare, per chiarezza del percorso liquidatorio, voci o profili di danno, con contenuto descrittivo - ed in questo senso ed a questo fine può essere utilizzata anche la locuzione danno esistenziale, accanto a quella di danno morale e danno biologico - tenendo conto che, da una parte, deve essere liquidato tutto il danno, non lasciando privi di risarcimento profili di detto danno, ma che, dall'altra, deve essere evitata la duplicazione dello stesso che urta contro la natura e la funzione puramente risarcitoria della responsabilità aquiliana "(cfr Cass. Sez. III n. 22884 del 30.10.2007). Per quanto, invece, riguarda i danni non patrimoniali diversi lamentati dall'attrice, occorre nuovamente richiamare i principi esposti dalle quattro sentenze gemelle delle Sezioni Unite della Cassazione (cfr. Cass. civ., Sez. Un., 28 novembre 2008, nr. 26972-73-74 e 65), le quali nel riportare l'intero sistema nell'ambito della bipolarità tra danno patrimoniale e non patrimoniale e nel respingere qualsiasi ulteriore sottocategoria se non quali mere sintesi descrittive di singoli pregiudizi, hanno individuato, sul piano operativo, due contrapposti principi che il Giudice deve tenere entrambi sempre in considerazione, per operare la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

corretta liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, trovando il giusto punto di equilibrio.
Il principio secondo il quale l'ampia nozione di danno non patrimoniale desumibile dall'interpretazione costituzionalmente orientata dall'art. 2059 c.c. impone la considerazione di tutte le singole conseguenze pregiudizievoli (c.d. danno -conseguenza) derivanti dalla lesione dell'interesse (danno -evento o danno ingiusto) e, pertanto, non solo le mere sofferenze psichiche che venivano in passato qualificate come danno morale c.d. soggettivo ma anche le ripercussioni sull'esistenza delle persone, con riguardo al "non poter più fare", ricondotte in passato sotto le categorie del danno biologico o del danno esistenziale .
Il principio secondo il quale vanno evitate con cura tutti i rischi di duplicazioni risarcitorie, ossia il rischio di risarcire due volte la stessa conseguenza pregiudizievole, ossia lo stesso danno , mediante l'espediente di definirlo in modo diverso (sul punto v. di recente Cass. civ., sez. III, 13 luglio 2011, n. 15373; Cass. civ., sez. III, 28 giugno 2011, n. 14263).
Pertanto nell'ambito della suddetta dicotomia danno non patrimoniale/danno patrimoniale può dirsi che la categoria del danno non patrimoniale può risultare composta da una somma di pregiudizi o "voci" risarcitorie che, benché non possano assurgere ad autonome categorie, devono essere tutte considerate ai fini della liquidazione integrale del danno. Le SS.UU hanno, dunque, concluso per la inammissibilità nel nostro ordinamento di un'autonoma categoria di "danno esistenziale", inteso quale pregiudizio alle attività non remunerative della persona: infatti, ove in essa si ricomprendano i pregiudizi scaturenti dalla lesione di interessi della persona di rango costituzionale, ovvero derivanti da fatti-reato, essi sono già risarcibili ai sensi dell'art. 2059 c.c., interpretato in modo conforme a Costituzione, con la conseguenza che la liquidazione di un'ulteriore posta di danno comporterebbe una duplicazione risarcitoria; ove invece si volessero includere in essa pregiudizi non lesivi di diritti inviolabili della persona, si tratterebbe di categoria illegittima, posto che simili pregiudizi sono irrisarcibili, in virtù del divieto di cui all'art. 2059 c.c. (in termini ulteriormente confermativi sul punto, cfr. Cass. civ., Sez. Un., 14 gennaio 2009, n. 557).
Quanto al danno morale, va, peraltro, tenuta in considerazione la successiva elaborazione giurisprudenziale della Suprema Corte (si veda Cass. 28 novembre 2008, n. 28407; Cass 12 dicembre 2008, n. 29191 Cass. sez. Lavoro, 19 dicembre 2008, n. 29832) secondo la quale, invece, il danno morale gode di propria autonomia ontologica rispetto al danno biologico.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

L'autonomia ontologia del danno morale rispetto al danno biologico, in relazione alla diversità del bene protetto, appartiene, infatti, ad una consolidata, giurisprudenza della Corte, che esclude il ricorso semplificativo a quote del danno biologico, esigendo la considerazione delle condizioni soggettive della vittima e della gravità del fatto e pervenendo ad una valutazione equitativa autonoma e personalizzata. Va, inoltre, considerato che l'autonomia di tale voce di danno deriva altresì dalla diversità del bene protetto, che pure attiene ad un diritto inviolabile della persona ovvero all'integrità morale, quale massima espressione della dignità umana, desumibile dall'art. 2 della Costituzione in relazione all'art. 1 della Carta di Nizza, contenuta nel Trattato di Lisbona, ratificato dall'Italia con legge 2 agosto 2008 n. 190 (cfr Cass. sez. III, sentenza 10 marzo 2010 n. 5770). Si vada a maggior conforto di tale interpretazione anche la recente Cass. 12 settembre 2011, n. 18641 secondo la quale il profilo morale del danno non patrimoniale è autonomo e non può certo considerarsi scomparso "per assorbimento" all'interno dell'onnicomprensivo danno biologico tabellato.
In altre parole il ristoro del pregiudizio rappresentato dalla sofferenza psichica e fisica, ossia il vecchio danno morale, potrà (e dovrà) continuare ad influire sulla concreta liquidazione del danno, sotto forma di adeguamento del danno non patrimoniale genericamente inteso, unitariamente considerato alla condizione che dette sofferenze siano allegate e provate, anche per presunzioni (in tal senso v. da ultimo Cass. civ., sez. III, 13 aprile 2010, n. 8724).
Il danno non patrimoniale, anche quando sia determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona, costituisce infatti danno conseguenza e come tale deve essere sempre allegato e provato (cfr. Cass. civ., sez. II, 19 agosto 2011, n. 17427; Cass. civ., sez. III, 13 aprile 2010, n. 8724; Cass. civ., Sez. Un., 28 novembre 2008, n. 26972; Cass. civ., sez. III, 31 maggio 2003, n. 8827 e n. 8828; Cass. civ., sez. III, 24 ottobre 2003, n. 16004).
Nel caso de quo rivestendo il fatto gli estremi del reato, ontologicamente considerato, di lesioni colpose, compete alla danneggiata anche il ristoro del danno morale in relazione alle sofferenze ed ai disagi complessivamente patiti (che vanno ben oltre i tradizionali concètti di "patema d'animo transeunte" e di "spavento"), apprezzabili e valutabili anche in base a presunzioni anche in considerazione della gravità della lesione, del lasso di tempo per il quale si sono protratti gli esiti dolorosi e delle conseguenze gravi che si sono prodotte nella gestione delle quotidiane attività, anche considerando l'impatto sulla vita di relazione e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

professionale. Pertanto, in base alle valutazioni sopra svolte il danno non patrimoniale deve essere personalizzato e adeguato al caso specifico.
Pertanto:
- Invadità temporanea. Sulla scorta di quanto premesso, il risarcimento, nel caso di specie, è astrattamente quantificato in un importo pari a complessivi € 59.697,00 (di cui € 44.550,00per ITA ed € 15.147,00per ITP).
- Invalidità permanente. In base ai criteri di cui sopra, tenuto conto del valore base del punto di invalidità, della percentuale di invalidità (52%), dell'età del danneggiato (anni 80 al momento del trattamento) si determina astrattamente il danno in complessivi € 206.502,00.
Nel caso di specie, tuttavia, in considerazione delle sofferenze patite dalla signora *Parte_1* come ampiamente descritte dai Consulenti tecnici, può essere riconosciuta la percentuale di personalizzazione del danno biologico nel 25%, pervenendo ad una liquidazione a titolo di danno "morale-esistenziale"(personalizzazione) per un totale complessivo di € 258.128,00 (importo ottenuto dalla somma dell'entità del danno biologico più il 25%).
Non può essere riconosciuto alcun danno patrimoniale atteso che non sono state documentate spese mediche e gli esborsi per la mediazione non possono essere considerati danni patrimoniali derivanti dalle condotte sanitarie.
Pertanto, alla luce degli esposti criteri, la convenuta deve essere condannata al pagamento, in favore dell'attrice, della complessiva somma di Euro € 317.825,00 oltre rivalutazione monetaria e interessi legali dalla sentenza al saldo.
Le spese di lite seguono la soccombenza e vanno poste a carico della convenuta nella misura liquidata in dispositivo ai sensi del DM 55/2014.
Le spese di CTU vanno poste in via definitiva a carico della convenuta.

p.q.m.

Il Giudice Unico del Tribunale definitivamente pronunciando, ogni contraria e diversa istanza e deduzione disattesa, così provvede:

1. accerta e dichiara la responsabilità dell' *Controparte_5* *[...]* nella determinazione del danno subito da *[...]* *Parte_1* in occasione degli interventi e delle terapie effettuate presso gli Ospedali di [redacted] e di [redacted] nel periodo ottobre 2015 – luglio 2017 e per l'effetto condanna la *[...]* *Controparte_6* in persona del Direttore pro tempore, al risarcimento del danno liquidato nella complessiva somma di € 317.825,00 oltre rivalutazione monetaria dal giorno del primo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855

intervento sino alla pubblicazione della presente sentenza oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

2. condanna la *Controparte_6* in persona del Direttore pro tempore alla refusione delle spese processuali in favore di *Parte_1* che liquida in € 21.300 per compensi oltre iva, c.p.a. e rimborso spese forfettarie come per legge ed € 545 per spese;
3. condanna *Controparte_6* in persona del Direttore pro tempore alla refusione delle spese di CTU liquidate come da separato decreto.

Così deciso in Sulmona il 22.9.2021

Il Giudice
dott.ssa Marta Sarnelli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-855