RG. 4318/2021

TRIBUNALE ORDINARIO di TARANTO

Seconda Sezione Civile

Il Giudice dott.ssa Francesca Perrone, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 22/02/2024, nel procedimento ex art. 702 bis cpc iscritto al numero di ruolo sopra indicato e promosso da:

Parte_1 rappresentato e difeso dall'avv. [redacted]

RICORRENTE

contro

Controparte_1 **GIÀ** *Controparte_2*

RESISTENTE

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Con ricorso ritualmente notificato in uno al decreto di fissazione dell'udienza, *Parte_1* chiedeva all'intestato Tribunale di *"- accertare e dichiarare la responsabilità esclusiva della società* *Controparte_1* *, P.I.* *P.IVA_1* *- quale proprietaria della* *Controparte_2* *[...] - in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Taranto –* [redacted] *nella causazione del danno subito dall'odierna parte ricorrente siccome accertata nella consulenza tecnica d'ufficio effettuata nel procedimento ex art. 696bis c.p.c.; - per l'effetto condannare la società* *Controparte_1* *, P.I.* *P.IVA_1* *- quale proprietaria della* *Controparte_2* *- in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Taranto –* [redacted] *al risarcimento dei danni patrimoniali e non a favore dell'odierno ricorrente siccome accertati nella CTU medico-legale di cui al procedimento ex art. 696 bis c.p.c., somme da determinarsi secondo i criteri liquidativi delle Tabelle previste dall'Osservatorio sulla giustizia civile di Milano - Tribunale di Milano, o della maggiore o minore somma che verrà riconosciuta in corso di causa, oltre spese di CTU ed interessi legali e rivalutazione ISTAT*";

A sostegno della domanda, il ricorrente evidenziava che:

- in data 15.06.2015 era stato ricoverato presso la *Organizzazione_1* (Taranto) con diagnosi di ammissione di "stenoinstabilità vertebrale";

- la Rx torace del 15.06.2015 aveva evidenziato "*Esiti di fratture costali a sx, emidia-frammi sollevati, rinforzo del disegno bronco vasale, ili e cuore nei limiti superiori, spondi-loartrosi dorsale, rx lombo*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

sacrale, scoliosi dx convessa lombare, spondiloartrosi, spazi discali ridotti a L5-S1, lieve anterolistesi di L5 su s1."

- il giorno successivo (16.06.2015) era stato sottoposto ad intervento chirurgico di "Stabilizzazione L4 e L5";

- in data 18.06.2015 aveva iniziato a lamentare grave algia della ferita chirurgica ed agli arti inferiori bilateralmente;

- in data 20.06.2015, all'esito della TC rachide lombare, era stato refertato: "*Paziente portatore di stabilizzatore vertebrale con barre e viti transpeduncolari nel tratto L5-S1. Tutte le viti transpeduncolari appaiono lievemente medializzate, in particolare la vite transpeduncolare destra in S1 presenta franco transito nel recesso epidurale anterolaterale omolaterale. Si rileva inoltre frammento osseo parcellare medialmente alla suddetta vite, da verosimile frattura faccettale destra*".

- in pari data, era stato sottoposto a nuovo intervento chirurgico per necessaria rimozione di tutti i mezzi di sintesi predisposti nel precedente intervento del 16.06.2015;

- nell'immediato post-operatorio era emersa una severa anemizzazione con necessità di procedere a trasfusione di sangue;

- sempre nel successivo decorso postoperatorio, in data 21.06.2015, si era riscontrato un aumento della temperatura (38.6 C), segnale evidente, peraltro, di una infezione della ferita chirurgica.

- in data 23.06.2015 era stata effettuata RMN Rachide Lombo-Sacrale, con la seguente refertazione: "*Esame eseguito con sequenze TSE T1, T2 e PD SPAIR acquisite secondo piani multipli. Rispetto a TC del 19.06.15 esiti di recente approccio chirurgico per rimo-zione di barre e viti transpeduncolari nel tratto L5-S1. Si segnala che il metamero al passaggio lombo-sacrale presenta caratteristiche di transizione corrisponde ad S1 enumerando le vertebre del tratto cervicale…".*

Ciò premesso, evidenziava l'errata esecuzione dei due interventi eseguiti presso la *Controparte_2 [...]* tanto da doversi ricoverare a far data dal 02.07.2015 presso la *Controparte_3* per un ciclo di trattamento riabilitativo per la stabilizzazione vertebrale. In particolare, lamentava di essere passato da una diagnosi di lombosciatalgia con conservazione della fisiologica lordosi lombare con buon allineamento dei corpi vertebrali ad una severa limitazione funzionale post-chirurgica del rachide e rigidità completa del tratto L2-S1 con deficit di forza dell'arto inferiore destro con F-1 per m. estensore lungo dell'alluce e delle dita e tibiale anteriore. Lamentava non solo l'inopportunità del primo intervento ma anche l'erronea esecuzione con contrazione di infezione nosocomiale.

Chiedeva, pertanto, la condanna della struttura resistente avendo riportato un danno biologico pari al 45% così come accertato dai CCTTUU nominati in sede di ATP.

Seppur ritualmente citata, la *Controparte_1* rimaneva contumace nel presente giudizio.

Acquisito il fascicolo d'ufficio del procedimento di ATP RG. 422/2019 svoltosi innanzi ad altro Magistrato, all'udienza del 22/02/2024 il Tribunale si riservava per la decisione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

Deve premettersi una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico "di spedalità", essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) 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.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha quindi natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 cc all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico nonché ai sensi dell'art. 1228 cc all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato (così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

La responsabilità dell'Ente Ospedaliero o della *Pt_2* o della struttura privata nei confronti dei pazienti ricoverati ha natura contrattuale anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti medici e tale responsabilità 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 (Cass. 4400/04; Cass. 6756/01; Cass. 5329/03).

Pertanto, dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata quindi dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.

Ciò premesso in via generale, deve rilevarsi che, nel caso di specie, i due CCTTU dott. *Persona_1 [...]* e prof. *Persona_2* nominati dal precedente Magistrato nel procedimento di ATP RG. 422/2019, hanno così ricostruito la storia clinica del paziente "*dalla documentazione in atti si apprende che nel marzo e nell'aprile 2015 il sig. Pt_1 si sottopose ad esami di immagine (Rx del rachide lombo-sacrale e risonanza magnetica del medesimo segmento rachideo), con rilievo di segni di spondiloartrosi diffusa, di buon allineamento dei corpi vertebrali, di protrusioni discali in sede mediana paramediana ai livelli L4-L5 e L5-S1, con impegno moderato dei recessi laterali e canale vertebrale di normale ampiezza.*

Il 15 giugno successivo, il ricovero presso il reparto di ortopedia della [redacted] *Org_1 di Taranto con diagnosi di stenoinstabilità vertebrale.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

Dall'anamnesi annotata nella cartella clinica si apprende che il paziente si era sottoposto a trattamento RFQ due mesi prima senza alcun beneficio; e che da circa 6 mesi lamentava lombosciatalgia sx fino al piede con episodi di parestesie, ipostenia e gonalgia sx.

Nell'anamnesi raccolta dagli specialisti della casa di cura riabilitativa " CP_3 " di Chieti è meglio specificato che il 29 aprile 2015 Pt_1 era stato sottoposto (non è detto presso quale struttura) a nucleolisi percutanea con radiofrequenza per lombosciatalgia sin da protrusione discale L3-L5 senza particolare miglioramento della sintomatologia algica e parestesica agli AAII.

All'esame clinico all'ingresso presso la casa di cura CP_2 furono descritti grave claudicano neurogena e deficit grave delle radici L3-S1 a sx. Assenza Cont e Org a sx; ROT poco elicitabili a sx. Ipoestesia (la grafia non è chiara) arti inferiori bilateralm a calza.

Un controllo radiologico del rachide lombare evidenziò scoliosi dx convessa lombare, spondiloartrosi, spazi discali ridotti a L5-S1, lieve anterolistesi di L5 su SI.

Il 16 giugno il sig. Pt_1 fu sottoposto ad intervento chirurgico per la già detta steno-instabilità L4-L5, consistito in una stabilizzazione vertebrale con viti e barre.

Privo di complicanze -pare di comprendere dalle annotazioni in cartella clinica- l'immediato post-operatorio.

Mentre già il 18 giugno gli stessi specialisti della casa di cura annotarono che nonostante il paziente avesse indossato il busto ortopedico si desiste dal farlo alzare in piedi in quanto lamenta algia ferite chirurgiche ed arti inferiori, ragion per cui fu richiesto un controllo radiologico e prescritta terapia medica con corticosteroidi.

Il 19 giugno fu segnalata la presenza di importante sciatalgia sx con iniziale deficit neurologico e richiesta TAC di controllo.

L'esame radiologico del tratto lombosacrale confermava la presenza dell'anterolistesi di L4 su L5 e la presenza degli stabilizzatori vertebrali da L4 a SI.

Il controllo TC del 20 giugno mostrò ancora la presenza dello stabilizzatore vertebrale con barre e viti transpeduncolari nel tratto L5- Sl. Tutte le viti transpeduncolari -prosegue il radiologo- appaiono lievemente mediatizzate, in particolare la vite transpeduncolare destra in SI presenta franco transito nel recesso epidurale antero-laterale omolaterale. Vi era, ancora, frammento osseo parcellare medialmente alla suddetta vite, da verosimile frattura faccettale destra.

Nella stessa giornata del 20 giugno 2015 fu annotata la persistenza di importante sciatalgia sx con peggioramento del deficit neurologico. E sulla scorta di esame TAC si decide di provvedere alla rimozione dello strumentario e stabilizzazione.

La descrizione dell'intervento di rimozione del sistema di stabilizzazione conferma l'indicazione a quell'intervento: non soltanto per la malposizione delle viti dimostrata dalla TC ma anche perché le viti a sinistra e la vite di destra in corrispondenza di L5 non apparivano stabili.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

Ancora, dal diario clinico si evince che quello stesso giorno il paziente ebbe un picco febbrile fino a 38,6°C.

E che il controllo RM post-operatorio mostrò la presenza di raccolta siero-ematica e tessuto reattivo post-chirurgico, estesa dalla breccia chirurgica in sede paravertebrale posteriore sinistra, al recesso epidurale antero-laterale sinistro, prominente in sede endocanalare con riduzione del diametro canalare trasverso; formazione incentrata sull'emilamina sinistra relativo processo articolare con scarsa riconoscibilità dei rispettivi profili (emilamina-artectomia sn?).

Seguì un lunghissimo periodo di ricovero presso la casa di cura riabilitativa Org_3 " di Chieti (fino ai primi dell'ottobre successivo), intervallato da pochi giorni di degenza (dal 31 agosto al 4 settembre) presso un reparto ortopedico ove il sig. Pt_1 fu sottoposto a cruentazione e sutura della ferita chirurgica ancora deiscente.

Il quadro clinico documentato all'ingresso presso la struttura riabilitativa era quello di riduzione della forza e del tono muscolare degli arti inferiori con ipotrofia muscolare dal bacino in giù, alterazioni dei riflessi osteotendinei degli arti inferiori, rigidità completa del rachide lombare con perdita della fisiologica lordosi ed accentuata tifosi dorsale. Ed ancora, deambulazione possibile con deambulatore con ascellari.

All'esito del primo ciclo riabilitativo -scrivono gli specialisti della casa di cura CP_3 " il paziente è autonomo nel seguire passaggi posturali. Deficitaria la dorsiflessione del piede sin. Deambulare con bastoni canadesi. Equilibrio senza ausili ancora instabile.

I controlli di laboratorio mostravano, inoltre, persistente rialzo dei globuli bianchi e degli indici di flogosi; ed inoltre, positività del tampone della ferita chirurgica per la presenza di Staphylococcus epidermidis (18/7/2015) e di Pseudomonas aeruginosa (4/8/2015).

Si è detto della breve parentesi temporale (31 agosto-4 settembre 2015) relativa al trattamento chirurgico della deiscenza della ferita chirurgica.

E successivamente, del nuovo ricovero presso la [redacted] CP_3 di Chieti per un ciclo di riabilitazione motoria in seguito a deficit dello SPE in paziente con esiti di stabilizzazione vertebrale deiscenza della ferita chirurgica.

II controllo RM del 18 settembre 2015 evidenziò la presenza delle discopatie: "ridotta idratazione dei dischi. In L3-L4 protrusione circonferenziale del disco. In L4-L5 di discomalacia, bulging con impegno dei forami, ernia intraforaminale sinistra, impronta sul sacco durale. In L5-S1 spazio ridotto, discomalacia, bulging circonferenziale, ernia sottoligamentosa mediana che impronta il sacco durale. Ipertrofia dei legamenti gialli delle faccette articolari, stenosi segmentarla su base mista del canale vertebrale. Edema delle apofisi spinose. Non alterazioni dell'intensità di segnale da parte di tessuti molli fisiologicamente in esso contenuti".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

Ed al controllo TC del 22.09.2015, ancora gli esiti della emilaminectomia sinistra di L4 con presenza nella breccia chirurgica di tessuto ipodenso che interessa il canale midollare occupando e determinando stenosi severa".

Alla dimissione, il 6 ottobre 2015, il paziente non ha recuperato la flessione dorsale volontaria del piede sinistro e delle dita, ma ha recuperato una sufficiente forza dei muscoli antigravitaria all'arto inferiore destro. Riesce a deambulare per discreti tratti (oltre 100 m), calzando un tutore gamba-piede con equilibrio stabile, scarsa coordinazione del passo e del cammino con supervisione e appoggio.

Quadro clinico sostanzialmente analogo a quello rilevato all'atto della visita in occasione dell'inizio delle operazioni di consulenza (deambulazione con due bastoni canadesi, con trascinamento dell'arto inferiore sinistro. Complesso cicatriziale di cm 12 x 10 circa con area centrale ipocromica, infossata e retratta e cute distrofica. Movimenti del tronco limitati per circa due terzi, lenti e precauzionali. Marcato deficit di forza dell'arto inferiore sinistro che è visibilmente e complessivamente ipotrofico ed ipotonico. Iporeflessia rotulea sinistra; areflessia achillea e medio plantare sinistra. EPA ed ECD assenti a sinistra; impossibile anche la flessione plantare attiva omolaterale. Ipoestesia del territorio da L3 a SI a sinistra. In ordine le sensibilità a destra...')".

Questo essendo il diario clinico del *Pt_1* , i CCTTU con indagine condivisibile - non oggetto di contestazione da parte della resistente (costituta nel procedimento di ATP) – hanno accertato che, in relazione alla indicazione chirurgica ed alla tecnica adottata in occasione dell'intervento del 15 giugno 2015, non vi era dimostrazione di una stenosi lombare o di una instabilità vertebrale in assenza di esami di immagine dinamici.

Inoltre, sempre a proposito della diagnosi di instabilità vertebrale, i CCTTUU non hanno rinvenuto ragioni diagnostiche per le quali, all'atto dell'intervento del 20 giugno, il chirurgo ebbe a "*rimuovere la stabilizzazione vertebrale (perché le viti erano malposizionate ed instabili), effettuò una laminectomia ed una foraminotomia (entrambe a livello L5 a sinistra), senza procedere a nuova stabilizzazione chirurgica; il che avrebbe dovuto determinare nuova e più grave instabilità vertebrale, mai verificata nel lungo periodo di riabilitazione del secondo post-operatorio e fino all'atto della nostra visita. Vi sono, pertanto, numerosi elementi che inducono a dubitare della stessa indicazione chirurgica che portò il sig. Pt_1 al primo intervento di stabilizzazione vertebrale del 15 giugno 2015.*

I CCTTUU hanno anche accertato il mal posizionamento delle viti [alcune (SI a destra) medializzate ed insistenti nel recesso epidurale antero laterale; altra (si veda la descrizione del secondo intervento) instabile per il cedimento della faccetta articolare di L5. Ed inoltre, anche della frattura della faccetta articolare destra con frammento osseo parcellare medialmente alla suddetta vite].

È stata altresì accertata l'infezione della ferita chirurgica che ha comportato un notevole allungamento dei periodi di malattia e di convalescenza e di lungo trattamento -medico e chirurgico, esitato con esito cicatriziale senza dubbio peggiore di quanto non sarebbe stato in assenza della complicanza.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

Il danno iatrogeno riportato dal paziente è quindi da collegare alle plurime inadempienze rilevate dai CCTTUU: in particolare, è stata ritenuta non corretta la strategia terapeutica con l'opzione chirurgica prescelta nonché la materiale esecuzione dell'atto chirurgico per il mal funzionamento delle viti, che è stata causa diretta del danno anatomico e funzionale delle strutture nervose.

L'infezione del sito chirurgico, invece, è da farsi rientrare tra le infezioni correlate all'assistenza, favorite, nella loro insorgenza, da difetti dell'organizzazione della struttura e, comunque, dal mancato rispetto di precise regole di prevenzione da parte degli operatori.

Può dirsi quindi accertato secondo il criterio del *"più probabile che non*" che, in assenza dell'intervento chirurgico (il quale -si è detto- non trova indicazione nel caso di specie), nessuna delle complicanze si sarebbe verificata.

Secondo quanto accertato dai CCTTTU, il danno neurologico e l'infezione del sito chirurgico hanno quindi determinato un periodo di temporanea biologica di ITT per complessivi giorni 112 (centododici) giorni e di ITP al 75% di ulteriori giorni 30 (trenta).

Le menomazioni derivanti dall'intervento di cui si discute hanno invece comportato la paralisi del nervo sciatico con coinvolgimento funzionale del territorio dello sciatico popliteo esterno e del nervo sciatico popliteo interno, le alterazioni delle sensibilità e della limitazione funzionale del rachide. Il quadro clinico così compromesso ha determinato un danno biologico permanente valutabile intorno al 45% (quarantacinque percento).

Per la liquidazione del danno biologico viene utilizzata, quale parametro di riferimento uniforme, adattabile alle circostanze del caso concreto, la cd. tabella elaborata dal tribunale di Milano che offre dei parametri uniformi di liquidazione (equitativa) del danno. "*Le tabelle milanesi di liquidazione del danno non patrimoniale si sostanziano in regole integratrici del concetto di equità, atte quindi a circoscrivere la discrezionalità dell'organo giudicante, sicchè costituiscono un criterio guida e non una normativa di diritto*" (Cass. 1553/19).

Le tabelle milanesi, inoltre, "*Nella versione elaborata nell'anno 2011 (e, quindi, successivamente alla citata pronuncia delle Sezioni Unite del 2008) dette tabelle determinano il valore finale del punto utile (sistema c.d. del punto variabile) al calcolo del danno da lesione permanente dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico legale (danno biologico da invalidità permanente) tenendo conto di tutte le componenti non patrimoniali. In esse, pertanto, è ricompresa anche la componente prettamente soggettiva data dalla sofferenza morale conseguente alla lesione (quella già qualificata in termini di "danno morale" e che nei sistemi tabellari precedenti era liquidata invece separatamente), che viene inclusa nel punto base, così da operare non sulla percentuale di invalidità, bensì con aumento equitativo della corrispondente quantificazione. Le richiamate tabelle prevedono, poi, delle percentuali massime di aumento proprio per consentire la personalizzazione del danno non patrimoniale"* (Cass. 11754/18).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

Con riguardo alla "personalizzazione" della liquidazione del danno, essa "… *non costituisce mai un automatismo, ma richiede l'individuazione -da parte del giudice- di specifiche circostanze peculiari al caso concreto, che valgano a superare le conseguenze ordinarie già compensate dalla liquidazione forfettizzata tabellare. Pertanto, le conseguenze dannose "comuni" - ossia quelle che qualunque danneggiato con la medesima invalidità patirebbe - non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento*" (Cass., Sez. III, 27.05.2019 n. 14364; conforme 28988/19).

Per scongiurare il rischio di duplicazione del risarcimento, il giudice deve, dunque, accertare le conseguenze che, secondo il criterio dell'*id quod plerumque accidit*, qualunque danneggiato di pari età conseguirebbe, per poi valorizzare le specifiche circostanze del caso concreto e le peculiarità della fattispecie dalle quali risulta che debbano essere ristorati danni ulteriori rispetto a quelli già forfettizzati nelle previsioni tabellari.

Nella fattispecie non sono state formulate allegazioni idonee a far ritenere che possa liquidarsi una somma risarcitoria ulteriore rispetto alla liquidazione del danno non patrimoniale (che come detto include già il ristoro del cd. danno morale) effettuata secondo le tabelle milanesi e, dunque, omnicomprensiva. In particolare, non può riconoscersi la chiesta 'personalizzazione' del danno non patrimoniale in quanto per la liquidazione del danno biologico è stata utilizzata la tabella del Tribunale di Milano del 2021 tenendo conto espressamente della sentenza delle Sezioni Unite dell'11.11.2008, individuando il nuovo valore del c.d. *"punto"* partendo dal valore del *"punto"* delle Tabelle precedenti (relativo alla sola componente di danno non patrimoniale anatomo-funzionale, c.d. danno biologico permanente), aumentato, in riferimento all'inserimento nel valore di liquidazione *"medio"* anche della componente di danno non patrimoniale relativa alla *"sofferenza soggettiva"*, di una percentuale ponderata (dall'1 al 9% di invalidità l'aumento è del 25% fisso; dal 10 al 34 % di invalidità l'aumento è progressivo per punto dal 26% al 50%; dal 35% al 100% di invalidità l'aumento torna ad essere fisso al 50%), così tenendo conto del fatto che, a partire dalla percentuale del 10% di invalidità, le liquidazioni giurisprudenziali ante 11.11.2008 si attestavano, in concreto, intorno ai valori più alti della fascia relativa al c.d. danno morale, secondo le tabelle all'epoca in uso, parametrandolo in un valore compreso tra un quarto e la metà del valore di liquidazione del c.d. danno biologico e prevedendo inoltre percentuali massime di aumento da utilizzarsi in via di c.d. personalizzazione; in conclusione, l'adozione delle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano comporta che il risarcimento del danno corrispondente alla sofferenza soggettiva che prima della sentenza delle Sezioni Unite sopra citata veniva risarcito come c.d. *danno morale* è compreso nella liquidazione del danno biologico, ferma restando la possibilità della personalizzazione del danno aumentando la liquidazione equitativa standard legata alle tabelle "milanesi", opzione quest'ultima che è, comunque, subordinata all'adempimento dei necessari oneri di allegazione e prova (mancanti nel caso di specie).

Deve quindi riconoscersi l'importo di euro 268.685,00 per danno biologico (già incrementato per sofferenza soggettiva) ed euro 13.315,50 - di cui euro 11.088,00 per ITT ed euro 2.227,50 per ITP al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674

75% -, per un totale di euro 282.000,50, tenuto conto dell'età che il danneggiato aveva al momento del primo intervento (65 anni).

Sulla somma dovuta, liquidata ai valori monetari attuali in base alle Tabelle del Tribunale di Milano, spettano gli interessi legali dalla data della verificazione dell'evento dannoso, calcolati sulla somma ottenuta devalutata alla data dell'evento e via via rivalutata anno per anno, il tutto secondo gli indici Istat, fino alla data del deposito del presente provvedimento (Cass. Civ. Sez. Un. 17/02/95 n.1712). Dalla pubblicazione della presente ordinanza sono dovuti gli interessi legali sino all'effettivo soddisfo.

Le spese, comprese quelle del procedimento di ATP, seguono la soccombenza e vengono liquidate secondo i parametri di cui al DM 147/2022.

PQM

Il Tribunale, definitivamente pronunciando sul ricorso proposto ex art. 702 bis cpc da *Parte_1* *[...]* contro *Controparte_1* GIÀ *Controparte_2*, così provvede:

- accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna il resistente al pagamento in favore di *Parte_1* *[...]* di euro 282.000,50 oltre interessi come in motivazione;
- condanna il resistente al pagamento in favore del ricorrente delle spese di lite che liquida, per il procedimento di ATP, in euro 286,00 per spese ed euro 2.958,00 per onorari, oltre iva, cpa e rimb. Forf. al 15% se dovuti, e, per il presente giudizio, in euro 286,00 per spese ed euro 6.023,00 per onorari, oltre iva, cpa e rimb. Forf. al 15% se dovuti, da versarsi in favore dei difensori che si sono dichiarati antistatari;
- spese di CTU del procedimento di ATP RG. 422/2019 definitivamente a carico del resistente.

TARANTO, 11/03/2024

IL GIUDICE

Dott.ssa Francesca Perrone

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-674