N. R.G. 6142/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di TORINO

Quarta Sezione Civile

Il Tribunale, nella persona della Presidente dott. Stefania Tassone
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **6142/2019** promossa da:

CP_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e *troparte_2* (C.F. [redacted], con il patrocinio dell'Avv. [redacted] elettivamente domiciliati in [redacted] TORINO presso il difensore.

ATTORI

contro

[redacted]*_3*, C.F. [redacted], con il patrocinio dell'Avv. [redacted] elettivamente domiciliata in [redacted] TORINO presso il difensore.

CONVENUTO

OGGETTO: responsabilità sanitaria.

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni del 14/12/2021.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

MOTIVI IN FATTO ED IN DIRITTO DELLA DECISIONE

I. Premessa.

Ritiene anzitutto il Tribunale di dover premettere: 1) che con atto di citazione ritualmente notificato, dopo aver già a suo tempo esperito procedura ex art. 696 bis c.p.c., *CP_1* e *[...] CP_2* convenivano in giudizio avanti al Tribunale di Torino, Sezione IV Civile, l' *[...] Controparte_4* al fine di richiedere il risarcimento dei danni afferenti ad un intervento chirurgico di TLIF monoportale sinistro L4-L5 e L5-S1 effettuato in data 06.09.2012 presso la *Controparte_5* e nel successivo decorso, nonché la condanna al risarcimento dei danni subiti dalla coniuge convivente sig.ra *Controparte_2* 2) che si costituiva in giudizio la convenuta *Controparte_6*, in persona del suo legale rappresentante, contestando integralmente la fondatezza delle domande attoree avversarie sia in punto *an* sia in punto *quantum debeatur*; 3) che, espletata la trattazione ex art. 183 VI comma c.p.c., il Giudice disponeva nuova CTU conferendo incarico ai medesimi consulenti del precedente ATP ed ordinava all'*Org_* ex art. 213 c.p.c. l'esibizione della documentazione attestante il pagamento di eventuali somme in favore del sig. *CP_1* ; 4) che all'esito il Giudice, ritenuta la causa matura per la decisione fissava udienza di precisazione delle conclusioni; 5) che all'udienza del 14.12.21 le parti precisavano le conclusioni ed il Tribunale tratteneva la causa in decisione, assegnando i termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

II. Le risultanze processuali e la responsabilità.

Osserva il Tribunale che dall'espletata consulenza preventiva ex art. 696 bis c.p.c. è emerso: 1) che *"Il sig. CP_1 a seguito dell'intervento di Pt_1 ha manifestato una infezione della ferita chirurgica complicata da colonizzazione dei mezzi di sintesi dovuta a Staphilococcus aureus meticillino resistente, ceppo di chiara origine nosocomiale per le caratteristiche di antibiotico-resistenza. Tale complicanza è da considerarsi infezione correlata all'assistenza (ICA), essendosi verificata in continuità spazio-temporale con l'intervento chirurgico subito e nel sito chirurgico, elementi fondamentali alla definizione stessa di infezione della ferita chirurgica…… L'infezione ha dato origine per il periziando ad un gravoso decorso clinico, considerate le importanti comorbilità (diabete, cardiopatia, nefropatia) in quanto è stato caratterizzato da multipli e prolungati trattamenti antibiotici che dal 2012 si sono protratti fino ad oggi. Gli antibiotici utilizzati in tutto questo periodo, pur somministrati a dosaggio corretto per un soggetto con filtrato normale, essendo tutti potenzialmente nefrotossici possono aver concorso (in misura non quantificabile) all'episodio di insufficienza renale acuta del luglio 2015 insorto su una nefropatia cronica da nefropatia diabetica e da sindrome cardiorenale in nefroangiosclerosi … L'infezione nosocomiale da Stafilococco aureo meticillino resistente del sig. CP_1 era pertanto prevedibile e prevenibile in larga parte (ma in nessun caso del tutto prevenibile; vedi considerazioni sora riportate), con l'adozione di specifiche e idonee misure di controllo. È compito della struttura ospedaliera provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per un corretto e consapevole controllo e sorveglianza della presenza di tali batteri, al fine di evitare la contaminazione dei pazienti ad opera di questi batteri nosocomiali. In atti l' Controparte_4 convenuta non ha fornito una parte importante degli elementi (protocolli interni, dati epidemiologici ecc) in grado di provare che l'evento dannoso era, sì, possibile e prevedibile, ma non del tutto prevenibile anche con i comportamenti più rigorosi in tema di asepsi e antisepsi, rientrando in quella percentuale di casi che la scienza medica ha enucleato come eventi che possono sfuggire ai controlli di sicurezza di fatto apprestati dalla struttura sanitaria … Laddove non si fosse manifestata la complicanza infettiva per quanto concerne le problematiche relative al rachide lombare sarebbe stato possibile un recupero funzionale con riduzione del dolore lombare e sensibile miglioramento della capacità deambulatoria, quest'ultimo però difficilmente quantificabile considerata anche la neuropatia ingravescente e plurifattoriale"* (cfr. doc. 4 pagg. 28-33); 2) che "*Per quanto riguarda le procedure di asepsi attuate nel caso in esame nella documentazione in atti visionata sono reperibili i talloncini di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

tracciabilità dell'avvenuto processo di sterilizzazione del materiale base, del set strumentario specialistico e del materiale vario/imbustato. Abbiamo potuto controllare nella documentazione in nostro possesso l'esistenza di tali indicatori termici; non erano invece reperibili i tracciati delle temperature dell'autoclave. Non sono invece allegati ulteriori protocolli interni, di procedure di sterilizzazione dei dispositivi medici, di sanificazione di ambienti ad alto rischio (blocco operatorio, terapia intensiva), di campionamento microbiologico dell'aria ambientale di tracciabilità dei processi di sterilizzazione con tracciato del ciclo di sterilizzazione delle autoclavi. Per quanto riguarda le misure di antisepsi (cosiddetta "disinfezione" della cute del paziente e lavaggio chirurgico della cute dell'operatore con detergente e disinfettante) in atti non sono stati reperiti protocolli che descrivano le procedure di preparazione dell'equipe e del paziente né tale descrizione è presente nell'atto operatorio ... In atti l' Controparte_4 *convenuta non ha quindi fornito elementi (protocolli interni, dati epidemiologici ecc) per affermare che l'evento dannoso era, sì, possibile e prevedibile, ma non prevenibile, rientrando in quella percentuale di casi che la scienza medica ha enucleato come eventi che possono sfuggire ai controlli di sicurezza di fatto apprestati dalla struttura sanitaria*" (cfr. relazione ex art. 696 bis c.p.c. del 29/11/2016, doc. 4, pag. 35); 3) che inoltre, sotto il profilo del *quantum debeatur* il Collegio Peritale ha affermato: *"L'evento avverso nosocomiale descritto di infezione del sito chirurgico da Stafilococco aureo meticillino resistente ha comportato un lungo e gravoso periodo di invalidità temporanea in considerazione dei trattamenti antibiotici e delle medicazioni cui il periziando si è dovuto sottoporre che può essere determinato in circa 30 (trenta) mesi, di cui 1 (uno) mese a totale; 5 (cinque) mesi a parziale massima al 75 %; 12 (dodici) mesi a parziale massima la 50% e i restanti 12 (dodici) mesi a parziale minima al 25%. L'infezione del sito chirurgico attualmente silente e trattata con antibioticoterapia ha compromesso la possibilità di un recupero post-operatorio determinando un aggravamento della sintomatologia dolorosa e della compromissione della capacità deambulatoria già comunque presente al momento dell'intervento chirurgico; in termini di danno biologico tali postumi possono essere valutati nella misura del 15% (quindici per cento). Non in relazione causale all'evento avverso nosocomiale né all'intervento chirurgico di* Pt_1 *del 6/09/2012 l'infarto del miocardio incorso nel post-operatorio. Non configura danno permanente l'episodio di insufficienza renale acuta insorto nel luglio 2015 considerato il quadro di insufficienza renale cronica di natura diabetica e angiosclerotica diagnosticata. Laddove fosse dato il parere favorevole alla rimozione dei mezzi di sintesi è da tenere in conto un ulteriore periodo di inabilità temporanea di almeno 2 (due) mesi di cui 30 (trenta) giorni a totale per ricovero ospedaliero (una settimana circa in reparto chirurgico e i restanti in reparto infettivologico per le terapie antibiotiche del caso) e altri 15 (quindici) giorni a parziale al 50% e 15 (quindici) giorni a parziale al 25% per una graduale ripresa funzionale includenti eventuale terapia antibiotico domiciliare"* (doc.4 pagg. 37-38).

Dalla CTU ulteriormente espletata nel presente giudizio di merito è inoltre emerso: 1) che pur essendo esistenti presso l' *Controparte_7* , all'epoca dei fatti, protocolli in accordo con la letteratura scientifica esistente e con autorevoli e dettagliate linee-guida, aventi come scopo la prevenzione del rischio infettivo intra-operatorio riguardante il paziente (e concernenti in sequenza temporale le seguenti procedure: misure igieniche e comportamenti nei blocchi operatori; lavaggio delle mani; sterilizzazione del materiale), dagli atti "*non è possibile stabilire con certezza se le procedure di asepsi e antisepsi siano state eseguite nei minimi particolari così come indicate nelle direttive generali della struttura stessa. Non abbiamo notizie di eventuali altre patologie infettive di quella sala operatoria in tempi precedenti o successivi all'evento così come non ci è dato di sapere se siano state correttamente eseguite le indicazioni della prevenzione alle infezioni della sala operatoria"*; 2) che nel caso di specie "*Il sig.* CP_1 *a seguito dell'intervento di* Pt_1 *ha manifestato una infezione della ferita chirurgica, dovuta a Staphilococcus aureus meticillino resistente, complicata da colonizzazione dei mezzi di sintesi. L'infezione fu diagnosticata e trattata tempestivamente e correttamente dai Sanitari che ebbero in cura il periziando. Il ceppo batterico è di chiara origine nosocomiale per le caratteristiche di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

antibiotico-resistenza ed è da considerarsi quale infezione correlata all'assistenza (ICA), essendosi verificata in continuità spazio-temporale con l'intervento chirurgico subito e nel sito chirurgico, elementi fondamentali alla definizione stessa di infezione della ferita chirurgica. Con i limiti sopra descritti dovuti al fatto che non sia possibile da parte della CP_5 Convenuta dimostrare la precisa e puntuale attuazione delle procedure e protocolli sopra riportati, non essendo a conoscenza di eventuali altre cause che possano aver causato l'infezione, si può affermare che il batterio possa essere stato veicolato attraverso la ferita chirurgica: da una non corretta procedura di antisepsi della cute, ricordando che la cosiddetta "disinfezione" della cute del paziente e lavaggio chirurgico della cute dell'operatore con detergente e disinfettante, non "sterilizzano" la superficie cutanea del primo né, rispettivamente, le mani del secondo, ma abbattono la carica batterica normalmente presente in queste sedi, costituita in genere da Stafilococchi coagulasi-negativi, sino ad un livello minimo accettabile. Inoltre - pur rispettando le procedure di preparazione dell'equipe e del paziente - la normale desquamazione cutanea delle superfici forzatamente esposte o poco coperte degli operatori e del paziente stesso come ad es. volto, radice del capillizio, rilascia nell'ambiente con il passare delle ore germi tipici di tale flora (Stafilococchi) in maniera proporzionale alla durata dell'intervento. Si ribadisce dunque che in chirurgia il cosiddetto "circuito di sterilità" è sempre interrotto dall'"anello debole" rappresentato dalla cute dei due attori principali del gesto chirurgico la cui superficie cutanea non può essere posta in autoclave o irradiata con raggi gamma - da una contaminazione della sala operatoria (ad es. non adeguata filtrazione e/o contaminazione dell'aria, ecc.) - o comunque possa rientrare in quella esigua percentuale di casi altrimenti inevitabili anche a fronte di procedure eseguite correttamente".

L'AUO convenuta non è riuscita idoneamente a provare né l'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, né la prestazione, ad opera del personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico successivo all'eventuale contrazione dell'infezione da parte del paziente.

Va anche ulteriormente evidenziato, per il suo carattere dirimente sotto il profilo dell'onere probatorio gravante sulla struttura, che il Collegio peritale, nel confutare le osservazioni dei CTP dell' CP_4 convenuta, ha rilevato che *"a fronte della documentazione allegata in atti sono segnalate nello stesso Documento della Org_2 4/03/2014 (Giudizio sull'attività aziendale anno 2012) delle criticità e come (segnalato invero anche da parte attrice) l' Controparte_8 convenuta non abbia fornito dati epidemiologici sulla infezioni nosocomiali e riguardo le caratteristiche di antibiotico-resistenza degli stessi né sono stati allegati documenti che documentino l'incidenza osservata di infezioni correlate all'assistenza e le infezioni del sito chirurgico nel periodo in esame ed è solo dalla valutazione di tali dati epidemiologici che è possibile stabilire se è stata data corretta applicazione ai protocolli e alle procedure di prevenzione del rischio infettivo che altrimenti non possono che assumere il significato di una mera dichiarazione di intenti"* (cfr. relazione di CTU in corso di causa, pag. 30; il Documento è del seguente tenore, riportato nella relazione peritale: *"Si trasmette giudizio riguardante le attività svolte per l'anno 2012 per la prevenzione delle infezioni in ambiente sanitario nelle strutture delle Org_3 ": CTO/M. Tes_1 La situazione organizzativa è migliorata. Manca ancora una valutazione dei rischi cui conseguano attività di sorveglianza e controllo motivale. Anche l'attività di formazione deve essere meglio documentata. Abbastanza buona la compliance agli standard regionali di sorveglianza, anche se devono essere sviluppati alcuni indicatori regionali parzialmente trascurati circa le misure di controllo. Valutazione. 74/100 (punteggio medio regionale 82; range 50-98*).

Né potrebbe sopperire a tale carenza probatoria la prova orale dedotta dalla struttura, che in parte si riferisce a documentazione, già esaminata dal Collegio Peritale, in parte risulta di contenuto generico e valutativo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

§. Per le tutte le ragioni sinora esposte, dunque, posto che la struttura convenuta non è stata in grado di dimostrare la concreta e puntuale attuazione delle procedure e protocolli per la sterilizzazione delle sale operatorie e degli strumenti adoperati e che non sono emerse altre possibili cause alternative dell'infezione, è possibile affermare, secondo il criterio causale del "più probabile che non", che il batterio possa essere stato veicolato attraverso la ferita chirurgica da una non corretta procedura di antisepsi della cute ovvero da una contaminazione della sala operatoria (ad es. non adeguata filtrazione e/o contaminazione dell'aria, ecc.), mentre -come condivisibilmente allegato in atti dalla difesa attorea- natura del tutto residuale assume l'ipotesi che il caso in esame rientri in quell'esigua percentuale di casi altrimenti inevitabili, anche a fronte di procedure eseguite correttamente.
Deve pertanto concludersi che la responsabilità dell'evento sia da addebitarsi ex artt. 1281 e 1228 c.c. esclusivamente all' *Controparte_4* convenuta, la quale ha omesso le doverose cautele per ridurre al minimo il rischio da infezione nosocomiale.

III. Segue: il danno risarcibile.

Dalla CTU espletata nella presente sede di giudizio, è emerso sotto il profilo del danno permanente biologico che *"come già segnalato nell'ATP precedente la lombalgia con importante limitazione funzionale del rachide e una deambulazione limitata a pochi metri erano già riportate in un referto di visita ortopedica del 16/11/2010, antecedente l'intervento chirurgico del 6/09/2012. Gli esami elettromiografici segnalano una polineuropatia mista sensitivomotoria agli arti superiori e inferiori la cui genesi è plurifattoriale ed è attribuibile in pari misura anche alla patologia diabetica di cui è affetto il sig. CP_1 da ormai molti anni. L'intervento di Pt_1 pertanto non ha sicuramente conseguito i risultati sperati (remissione del dolore e miglioramento della deambulazione) ma non è responsabile per intero dell'attuale quadro algico-disfunzionale; infatti le plurime patologie sistemiche che affliggono il sig. CP_1 si sono negli anni aggravate compromettendo ulteriormente il quadro clinico globale e riducendo significativamente la sua autonomia deambulatoria. Laddove non si fosse manifestata la complicanza infettiva per quanto concerne le problematiche relative al rachide lombare sarebbe stato possibile un recupero funzionale con riduzione del dolore lombare e sensibile miglioramento della capacità deambulatoria, quest'ultimo però difficilmente quantificabile considerata anche la neuropatia ingravescente e plurifattoriale. In sede di operazioni peritali il periziando ha lamentato persistenza di intensa lombalgia con limitazione funzionale del rachide, impossibilità nella stazione eretta e nella deambulazione. E' mobilizzato in carrozzina. Obiettivamente è presente ipomiotrofia della muscolatura paravertebrale e degli arti inferiori e la deambulazione e i passaggi posturali sono difficoltosi e possibili con l'assistenza di terzi. La ferita chirurgica è attualmente rimarginata. E' presente in sede sacrale fistolizzazione della spondilodiscite attualmente non secernente. I mezzi di sintesi sono ancora in situ. L'infezione cronicizzata del sito chirurgico ha dato quindi luogo negli anni ad un progressivo peggioramento con ripresa della fistolizzazione e ha compromesso la possibilità del recupero post-operatorio determinando un aggravamento della sintomatologia dolorosa lombosciatalgica e della compromissione della capacità deambulatoria già comunque presente al momento dell'intervento chirurgico; anche le restanti patologie di cui è affetto il sig. CP_1 avendo andamento cronico progressivo ne hanno progressivamente aumentato le sue disabilità. Gli esiti di spondilodiscite sono valutati dai principali barème in una fascia di punteggio che può variare dal 5% al 15%. Nel caso in oggetto, nella relazione redatta nel 2016 in ambito di ATP ex art. 696 bis, ci eravamo già posizionati nella fascia alta della forbice, proponendo una valutazione del 15%, in considerazione del fatto che: 1) l'infezione era presente ma al tempo silente e sottoposta a antibioticoterapia e quest'ultima ha effetti battericidi sicuri a livello dei tessuti, ma meno incisivi sull'osso e soprattutto sul mezzo di sintesi e pertanto un'eventuale sospensione avrebbe nuovamente condotto al manifestarsi di fistole secernenti, come è avvenuto; 2) la spondilodiscite aveva aggravato lo stato anteriore e pertanto meritava di essere valutata quale equa [redacted] ione di danno posizionandola nella fascia alta del barème. Attualmente, tenuto conto del progressivo peggioramento*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

della fistolizzazione che ha compromesso ulteriormente quel cascame di deambulazione che era residuato al periziando, tenuto anche conto delle condizioni generali di quest'ultimo, che si ripete non essere per larga misura dipendenti dall'infezione, pare equo comunque un ulteriore aggravamento del danno (uscendo nel caso specifico dai parametri dei bareme sopra citati) da proporsi nella misura del 20% (venti per cento) e da inquadrarsi nella specifica integrità-psicofisica attuale del soggetto (determinata, si ripete, dalle plurime e gravi morbilità di cui è affetto) dell'80 – 100%. Non in nesso di causa con il fatto in esame il rallentamento ideomotorio e le riferite lacune mnesiche. Le ordinarie attività della vita risultano comunque compromesse a causa delle plurime gravi morbilità di cui è affetto il periziando".

Sotto il profilo dell'invalidità temporanea le conclusioni peritali non sono mutate, per cui la misura della stessa è quella a suo tempo accertata in sede di consulenza preventiva ex art. 696 bis c.p.c. (in quanto *"la spondilodiscite cronica è da considerarsi oramai esito stabilizzato e non sono documentati ulteriori periodi specifici relativi alla patologia infettiva che hanno determinato inabilità temporanea massima e minima"*).

Non sono infine state riscontrate spese mediche, dal momento che non è stata prodotta documentazione, le spese per le cure della spondilodiscite cronica sono a carico del S.S.N. ed il sig. *CP_1* è esente da ticket per la sua condizione di invalidità.

Ciò posto, devono essere applicate al caso di specie le Tabelle in uso presso il Tribunale di Milano aggiornate al 2021, tenuto conto dell'età dell'attore *CP_1* al momento dell'intervento (anni 49), ed occorre calcolare il cd. danno differenziale, secondo i recenti insegnamenti della Suprema Corte (cfr. Cass., 28986/2019; Cass., 9 novembre 2021, n. 32657), secondo cui le menomazioni concorrenti, fermo il potere correttivo del Giudice adito anche in via equitativa, vanno così tenute in considerazione: a) stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo (risultante, cioè, dalla menomazione preesistente più quella causata dall'illecito), e convertendola in denaro; b) stimando in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito, e convertendola in denaro; c) sottraendo l'importo (b) dall'importo (a).

Pertanto si ritiene di calcolare con gli strumenti informatici in uso al Tribunale il valore I.P. 100% in soggetto di anni 49 al momento del sinistro, pari ad Euro 939.530,00, da cui sottrarre il valore I.P. 80% da Tabelle di Milano in soggetto di anni 49 al momento del sinistro, pari ad Euro 735.772,00, ottenendo così il danno differenziale di importo pari ad Euro 203.758,00; rispetto a tale importo viene riconosciuta la personalizzazione nell'importo di Euro 50.939,00, dovendosi considerare il complessivo quadro clinico del paziente odierno attore e l'incidenza dell'aggravamento conseguente alla infezione nosocomiale su un quadro già compromesso di tipo algico-disfunzionale, come rilevato negli accertamenti peritali, per un totale complessivo di Euro 254.697,00.

L'invalidità temporanea viene liquidata secondo quanto riconosciuto nella relazione ex art. 696 bis c.p.c. (100% totale gg. 30; 75% gg. 150; 50% gg. 365; 25% gg. 365), anche in questo caso aumentato il valore di punto *pro die* all'importo di Euro 148,50, dovendosi tenere conto del tormentato percorso clinico e di cura, per un ammontare complessivo di Euro 61.815,00.

Il complessivo danno non patrimoniale patito dall'attore *CP_1* assomma quindi ad Euro 316.512,00.

Tale somma, devalutata alla data dell'intervento (06.09.2012), diviene di Euro 286.177,22, e da qui rivalutata secondo gli indici *Org_4* e comprensiva degli interessi legali sul capitale via via annualmente rivalutato (v. Cass., 1712/1995) ascende all'importo di Euro 335.604,87; su cui andranno ulteriormente corrisposti gli interessi legali con decorrenza dal giorno successivo alla pronuncia della presente sentenza sino al saldo effettivo.

Né può indurre a diverse conclusioni quanto allegato in atti dalla struttura convenuta in ordine alla cd. *compensatio lucri cum damno*, non solo e non tanto perché l'*Org_* ha solo parzialmente ottemperato alla richiesta ex art. 213 c.p.c., nei termini lamentati dalla struttura, ma anche e soprattutto perché le prestazioni erogate fanno riferimento al preesistente quadro di grave invalidità da cui l'odierno attore

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

CP_1 è affetto da anni, e dunque trovano il loro fondamento in titolo diverso rispetto a quello, risarcitorio, oggetto della presente causa.
Quanto al danno prospettato da parte attrice CP_2, coniuge del sig. CP_1 rileva il Tribunale: a) che per condivisibile giurisprudenza in materia che "*il danno patito dal convivente di un soggetto leso in un sinistro stradale è risarcibile solo nel caso in cui l'invalidità rilevante sia grave, da valutarsi in ragione delle prospettive di vita futura, dello sconvolgimento delle abitudini di vita familiare determinato dall'esigenza di assistenza del macroleso e dalla surrogabilità o meno di tali prestazioni di cura ed assistenza da parte dei prossimi congiunti*" (Trib. Genova, 04/01/2004; Trib. Lecce, sentenza 498/2021); il danno non patrimoniale, consistente nella sofferenza patita dal prossimo congiunto di persona lesa in modo non lieve dall'altrui illecito, può essere dimostrato con ricorso alla prova presuntiva ed in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza ed alla gravità delle ricadute in oggetto (Cass., ord. 11212/19; sentenza 2788/2019); b) che nel caso di specie il paziente CP_1 ha riportato un notevole aggravamento inscritto in un quadro clinico già compromesso, caratterizzato da perdita di autonomia, per cui, al di là delle sintetiche allegazioni formulate e del tenore dei capi di prova dedotti, è presumibile il riflesso immediato di questa situazione sulla vita del coniuge e sulle sue abitudini, stante il dolore dovuto alla vista del marito gravemente sofferente ed in quanto tale necessitante di costante accudimento ed assistenza; d'altra parte occorre tenere conto che purtroppo il rapporto parentale era già significativamente compromesso da una situazione di comorbilità che nel calcolo del danno differenziale il Tribunale adito ha riconosciuto, sulla base delle risultanze peritali, come già altamente invalidante (dunque con i conseguenti riflessi esistenziali a danno dei prossimi congiunti) e praticamente stimabile in misura del 100%.
Pertanto, sulla base delle sopra esposte considerazioni e facendo ricorso a valutazione equitativa, ritiene il Tribunale conforme a giustizia, adottare l'importo minimo riconosciuto dalle Tabelle in uso presso il Tribunale di Milano per il (diverso) caso di perdita del rapporto parentale in caso di morte del coniuge, pari ad Euro 168.250,00, e riconoscerne il 20%, di importo pari ad Euro 33.650,00, già liquidato ai valori attuali; su tale somma andranno corrisposti gli ulteriori interessi legali con decorrenza dal giorno successivo alla pronuncia della presente sentenza sino al saldo.
IV. Conclusioni e regolamento delle spese di lite.
Per tutte le ragioni sopra esposte, ritenuta superflua ex art. 209 c.p.c. ogni ulteriore istruttoria, il Tribunale: a) condanna AUO Controparte_3, in persona del legale rappresentante pro tempore, a pagare a CP_1 a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito, la somma di Euro 335.604,87; con gli interessi legali con decorrenza dal giorno successivo alla pronuncia della presente sentenza sino al saldo; b) condanna [...] Controparte_3, in persona del legale rappresentante pro tempore, a pagare a Controparte_2 a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito, la somma di Euro 33.650,00; con gli interessi legali con decorrenza dal giorno successivo alla pronuncia della presente sentenza sino al saldo.
Sotto il profilo del regolamento delle spese di lite occorre rilevare anzitutto che gli odierni attori sono stati ammessi al gratuito patrocinio prima di instaurare la presente causa di merito, il che comporta nel caso di specie anzitutto l'applicazione dell'art. 133 TU 115/2002 in materia di spese di giustizia, nonché, in secondo luogo l'applicazione del condivisibile principio giurisprudenziale per cui l'istituto del gratuito patrocinio ha per oggetto le sole spese giudiziali e non anche le spese stragiudiziali (Cass., 18123/2020), pur richieste dalla difesa attorea nelle proprie conclusioni.
Merita invece precisare che gli odierni attori non erano ancora stati ammessi al gratuito patrocinio nella fase di consulenza preventiva ex art. 696 bis c.p.c.
Pertanto, tenuto conto di quanto sopra e della soccombenza della struttura ospedaliera odierna convenuta, ritiene il Tribunale: 1) di condannare la Controparte_3 [...], in persona del legale rappresentante pro tempore, a rifondere agli attori le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424

spese dell'espletata consulenza preventiva ex art. 696 bis c.p.c., come già a suo tempo liquidate nella misura complessiva di Euro 2.000,00, nonché a rifondere le spese sostenute per le perizie *ante causam* come documentate ai docc. 7 e 8 attorei per il rispettivo importo di Euro 366,00 e di Euro 854,00, dunque per un totale di Euro 1.220,00 (restanti voci di spesa non risultano idoneamente documentate e non vengono pertanto riconosciute); 2) di porre le spese dell'espletata CTU medico-legale collegiale svolta in corso di causa, come già provvisoriamente liquidate, definitivamente a carico di *[...] Controparte_3* , in persona del legale rappresentante pro tempore; 3) di condannare *Controparte_3* , in persona del legale rappresentante pro tempore, ex art. 133 TU spese di giustizia 115/2002 a rifondere allo Stato le spese di lite, che vengono liquidate nella misura indicata in dispositivo, tenuto conto dell'ammontare del *decisum* (e non del *disputatum*), della natura delle questioni trattate, dei valori medi di tariffa in relazione all'esistenza di una fase di studio, introduttiva, istruttoria e decisoria e del rimborso forfetario spese generali.

P.Q.M.

Il Tribunale di Torino, Sezione IV Civile,
ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita,

- Condanna *Contr Controparte_3* , in persona del legale rappresentante pro tempore, a pagare a *CP_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito, la somma di Euro 335.604,87; con gli interessi legali con decorrenza dal giorno successivo alla pronuncia della presente sentenza sino al saldo;

- Condanna *Controparte_3* , in persona del legale rappresentante pro tempore, a pagare a *Controparte_2* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito, la somma di Euro 33.650,00; con gli interessi legali con decorrenza dal giorno successivo alla pronuncia della presente sentenza sino al saldo;

- Pone le spese dell'espletata CTU medico-legale collegiale svolta in corso di causa, come già provvisoriamente liquidate, definitivamente a carico di *Controparte_3 [...]* , in persona del legale rappresentante pro tempore;

- Condanna *Controparte_3* , in persona del legale rappresentante pro tempore, a rifondere agli attori le spese dell'espletata consulenza preventiva ex art. 696 bis c.p.c., come già a suo tempo liquidate nella misura complessiva di Euro 2.000,00, nonché a rifondere le spese sostenute per le perizie *ante causam* per complessivi Euro 1.220,00;

- Condanna ex art. 133 TU 115/2002 AUO *CP_3 CP_3* DELLA *CP_3* DI TORINO, in persona del legale rappresentante pro tempore, a rifondere allo Stato le spese di lite, che vengono liquidate in Euro 21.387,00 per compensi professionali, oltre CPA ed IVA come per legge e rimborso forfetario 15% spese generali.

Torino, 6 maggio 2022

La Presidente
Stefania Tassone

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-424