REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI UDINE

in persona del Giudice dr.ssa Giovanna Mullig ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 2659/2016 di Ruolo Generale il 26/05/2016 vertente

t r a

Parte_1 **(** *C.F._1* **)** - rappresentato e difeso, per mandato in calce all'atto di citazione, dall'avv. [redacted] *C.F._2*) e con domicilio eletto presso lo studio di quest'ultima in CORTE SAVORGNAN 6 [redacted]

- parte attrice -

e

Controparte_1

[...] **già** *Controparte_2* *[...]* **,** *P.IVA_1* **)** – rappresentata e difesa, per mandato a margine della comparsa di risposta, dall'avv. [redacted] *C.F._3*) e con domicilio eletto presso lo studio di quest'ultimo in [redacted]

- parte convenuta -

Oggetto: Responsabilità professionale

Causa assunta in decisione all'udienza del 18.11.2019 sulle seguenti

CONCLUSIONI

<u>Per parte attrice</u>:

"*Accertato il nesso di causalità fra i danni* [redacted] *i e l'infezione contratta presso il nosocomio convenuto a seguito dell'intervento chirurgico già eseguito e conseguiti alla mancata asepsi del sito operatorio ovvero nel decorso post-operatorio si riporta al petitum di cui alla domanda introduttiva come precisato nella memoria ex art. 183 c.p.c. n. 1 del 24.4.2017*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

<u>Chiede condannarsi</u> la convenuta la risarcimento del danno come quantificato in tale atto con vitt. spese e sentenza munita di clausola

<u>Ammettersi</u> la distrazione delle spese legali in favore dell'avv. [redacted] *anticipataria, anche in considerazione della espressa autorizzazione dell'attore, suo rappresentato, già depositata*

E che la ammissione al gratuito patrocinio interveniva solo a fine istruttoria e cioè il 13.12.2017."

Dalla prima memoria: "*chiede che questo Tribunale, accertato il nesso di causalità fra il danno alla salute e i fatti* [redacted] *i ,dichiari la responsabilità del nosocomio citato per l'infezione batterica contratta dal dott.* Parte_1 *in sede ospedaliera a seguito di un intervento chirurgico eseguito da medici alle dipendenze dello stesso,contratta per mancata sepsi della sede o del sito operatorio,ovvero nel decorso post operatorio, in assenza di idonee misure igieniche e di sepsi dell'ambiente sanitario, per l'eventuale mancata vigilanza e per la insufficiente ed inidonea gestione delle strutture, nonché per le eventuali conseguenze dell'operato dei sanitari alle sue dipendenze, condannandolo al risarcimento dei anni cagionatigli , cosi' come di seguito quantificati*: *A seguito di perizia medico legale oggi agli atti , per l'infezione contratta di sicura origine nosocomiale e per i sette interventi conseguenti subiti , si accertava una invalidità temporanea di 544 giorni, di cui 38 giorni al 100% per i giorni di ricovero ospedaliero e 506 giorni al 50% in ragione della durata del processo infettivo, del tempo intercorso fra la rimozione del DBS e l'assunzione di apomorfina, con marcata compromissione della funzionalità motoria oltre al tempo di recupero post-ospedaliero, tali dati venivano ricavati dall'esame della cartella clinica del paziente, quantificati in euro 35.065,50 . Inoltre,* ***ad ulteriore chiarimento di quanto espresso in citazione ed evidentemente interpretato malamente da controparte*** (***V.punto C della comparsa di risposta***) ***si evidenzia che*** : " *atteso che la malattia del Parkinson determina una menomazione che va dal 25% al 50%, considerando una percentuale di menomazione pari al 25% rispetto ad un soggetto sano dell'età dell'attore , ed alla menomazione del 40% riscontrata allo stesso a seguito dell'espianto obbligato del sistema DBS per il sopraggiungere della infezione da klebsiella pneumoniae , ai medici legali incaricati e' sembrato corretto giungere ad una quantificazione di invalidità per differenza* (*40% attuale – 25% accertato a causa del Parkinson*), *fra lo stato di salute del paziente dopo*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

l'espianto e quello che invece avrebbe avuto qualora non avesse contratto l'infezione,pari al 15% di invalidità ; quantificata in forza delle tabelle di Milano , in euro 61.262,80. Come sopra detto il paziente a causa dell'infezione contratta presso [redacted] *Controparte_3* *di Udine, oltre ad aver subito 7 interventi era costretto all'espianto del DBS, edv al conseguente all'utilizzo di metamorfina, mai usata prima dell'intervento .* ***Tale sofferenza merita il ristoro*** *quantificabile nella misura corrispondente al vecchio danno biologico, seppur rientrante nel concetto della personalizzazione della liquidazione, ritenendosi quindi creditore di ulteriori euro 45.155,47 o della somma minore o maggiore , quantificata in corso di causa. Non una duplicazione della richiesta di danno morale , ma una quantificazione chiarificatrice della personalizzazione del danno Le spese mediche sostenute per cure e ricoveri venivano quantificate in euro 17.398,50.(vedi fatture allegate)A tale importo dovrà aggiungersi l'ulteriore somma di 100.000,00 euro o quella maggiore o minore che la signoria vostra vorrà quantificare per il mancato guadagno dall'insorgere dell'infezione(17/04/2012) al momento della rimozione del DBS e l'assunzione di apomorfina, con marcata compromissione della funzionalità motoria e del tempo necessario al recupero postospedaliero (17/07/2013). Prendendo in esame infatti le dichiarazioni dei redditi del malcapitato attore, potrà riscontrasi agevolmente un vistoso decremento reddituale dal 2011 al 2013 .Infatti mentre prima delle conseguenze dell'intervento, a partire dall'aprile del 2012, il Dott.* *Pt_1* *per l'anno 2011, dichiarava 68,000,00 euro circa di redditi,nel 2012 ne dichiarava 16,000,00 euro(decremento di 52.000,00 euro) e nel 2013, durante il decorso post operatorio, circa 10,000,00 euro. (decremento di 58.000,00 euro)I danni richiesti quindi sono pari ad euro 258.882,27 o la somma maggiore o minore risultante in corso di causa, oltre interessi e rivalutazione all'effettivo soddisfo.*

Con vittoria di spese"

<u>Per parte convenuta</u>:

"**Nel merito:**

Dichiararsi l'inammissibilità delle domande introdotte con l'atto 'Integrazioni atto di citazione d.d.06/11/2016'.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

Dichiararsi l'infondatezza in fatto e diritto delle domande tutte introdotte in giudizio con conseguente pronuncia di rigetto delle medesime.

Spese ed onorari di lite rifusi.

Nel merito in via subordinata:

Contenersi i limiti del risarcimento a quanto effettivamente verrà accertato in causa.

Spese ed onorari di lite rifusi.

In via istruttoria:

Anche previa revoca delle ordinanze d.d. 02/10/2017 e d.d. 16/04/2019, disporsi l'audizione dei restanti testimoni indicati nella memoria ex art.183 VI comma n.2 d.d.31/05/2017 di parte convenuta, anche sulle circostanze ivi capitolate e non ammesse.

Si insiste per il richiamo del C.T.U. dott. *Persona_1* affinchè chiarisca se, alla luce della deposizione del teste *Testimone_1* , escusso all'udienza del 16/04/2019, la '*lesione di continuo cutanea nella sede di inserimento del DBS, cagionata dall'assottigliamento della cute'* refertata sul paziente *Parte_1* in occasione delle visite di controllo nell'aprile 2012e poi chirurgicamente trattata nel luglio 2012, sia compatibile con l'infezione da Klebsiella Pneumoniae riscontrata all'impianto protesico."

MOTIVI DELLA DECISIONE

Preliminarmente va evidenziato che il "*petitum*" cui si fa cenno nelle conclusioni attoree, e che l'attore ha definito "*come precisato nella memoria ex art. 183 c.p.c. n. 1 del 24.4.2017*" è stato in realtà desunto da questo Giudice mediante estrapolazione dalle svariate argomentazioni delle ultime tre pagine della predetta memoria.

Altro è la precisazione delle conclusioni di cui all'art. 189 c.p.c. – cioè la puntuale formulazione delle domande che la parte intende sottoporre al Giudice - e altro sono le argomentazioni, poste a sostegno delle domande già precisate, allegate mediante le comparse conclusionali e le repliche di cui all'art. 190 c.p.c.

L'attore *Parte_1* chiede, dunque, il risarcimento dei danni subìti a causa dell'infezione nosocomiale da *Klebsiella Penumoniae* acquisita per asepsi del sito chirurgico ove era stato eseguito l'intervento di posizionamento di impianto DBS in data 7.9.2011 ad opera dei sanitari dell'azienda ospedaliera convenuta (di qui in avanti *CP_1*) e a causa della quale è stato sottoposto a sette interventi chirurgici.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

L'attore quantifica i danni in complessivi euro 258.882,27 cosi distinti: euro 35.065,50 per l'inabilità temporanea, euro 61.262,80, per la lesione permanente, euro 17.398,50 per spese mediche, euro 45.155,47 quale personalizzazione del danno biologico ed euro 100.000,00 per mancato guadagno.

L'Azienda convenuta chiede il rigetto della domanda per infondatezza.

L'azione è stata promossa originariamente anche nei confronti di tre dei sanitari intervenuti ma le rispettive cause sono state stralciate giusta verbale di udienza del 31.3.2017.

La presente causa verte, quindi, solo sulla responsabilità della *CP_1* convenuta ed è stata istruita con acquisizione di documentazione, escussione di due testimoni e c.t.u. a firma del prof. *Persona_1* dell' *Org_1* di Bologna.

L'eccezione di nullità dell'atto di citazione è infondata.

Alla prima udienza del 10.10.2016 il Giudice dichiarava la nullità dell'atto di citazione ex art. 163, comma 4, c.p.c. e fissava il termine perentorio per l'integrazione della domanda al 15.11.2016.

L'attore depositava l'integrazione il 7.11.2016.

Dispone il quinto comma dello stesso articolo 163 c.p.c. che se il convenuto si è costituito – come nel caso di specie - il giudice fissa un termine perentorio solo per integrare la domanda e non per rinnovare la citazione, come, invece, nel diverso caso del convenuto non costituito.

E' vero che la sentenza del Tribunale di Torino citata dalla convenuta espressamente richiama l'art. 170 c.p.c. che, al primo comma, prevede che "*tutte le notificazioni e le comunicazioni si fanno al procuratore costituito, salvo che la legge disponga altrimenti*", ma è anche vero che il terzo comma dello stesso articolo prevede che "*le comparse e le memorie consentite dal giudice si comunicano mediante deposito in cancelleria oppure mediante notificazione o mediante scambio documentato con l'apposizione sull'originale, in calce o in margine, del visto della parte o del procuratore.*"

Va quindi evidenziato che la comunicazione mediante deposito in cancelleria si fonda proprio sul presupposto della possibilità, offerta alla parte costituita, di controllare l'effettiva integrazione della domanda mediante la verifica del deposito

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

entro il termine perentorio assegnato, verifica oggi tanto più semplice stante il deposito telematico degli atti.

Evidente quindi che l'attore ha provveduto alla comunicazione della propria memoria di integrazione – consentita dal giudice all'udienza del 10.10.2016 – mediante rituale deposito telematico in cancelleria, cioè mediante una delle tre alternative concesse dall'art. 170 c.p.c.

L'eccezione va dunque respinta.

L'eccezione di inammissibilità delle domande introdotte con la prima e seconda memoria è fondata.

Sulla inammissibilità delle domande nuove proposte dall'attore con la seconda memoria ex art. 183, comma 6, n 2, c.p.c. vale ribadire quanto già ritenuto dal precedente giudicante nella parte motiva dell'ordinanza dd. 2.10.2017, alla quale integralmente ci si richiama.

Pertanto va dichiarata l'inammissibilità delle domanda di risarcimento laddove riferita anche alle condizioni fisiche dell'attore al momento del primo ricovero e alla inidoneità dell'attore ad essere sottoposto ad intervento di stimolazione profonda, nonché l'inammissibilità della domanda risarcitoria per insufficiente motivazione del consenso informato.

Va altresì dichiarata l'inammissibilità della domanda risarcitoria riferita alle condotte colpose relative al decorso post operatorio per assenza di misure igieniche, mancata vigilanza, e insufficiente ed inidonea gestione delle strutture, tutte condotte non introdotte con l'atto di citazione.

Alla stregua di Cass. civile, sez. III, 30.9.2014 n. 205467, infatti, "*Nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno* [redacted] *o, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. Ne consegue che qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore.*"

Nello stesso senso la più recente Cass. civile, sez. III, 26.7.2017 n. 18392: "*In*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza."

Nel caso di specie è evidente che l'attore ha allegato taluni inadempimenti qualificati, cioè talune condotte colpose della *CP_1* solo con la prima o con la seconda memoria e quindi tardivamente.

Nel merito la domanda è in parte fondata.

L'attore ha ottemperato al suo onere probatorio allegando la colpa dell' *CP_1* per non aver idoneamente sanificato e disinfettato i locali e gli strumenti della sala operatoria.

Spettava dunque all' *CP_1* convenuta dimostrare che l'inadempimento si è verificato per causa a lei non imputabile.

L'indagine sul nesso causale ha costituito oggetto della c.t.u. demandata al prof. *Persona_1* le cui risultanze vengono qui integralmente recepite essendo frutto di accurate ed esaurienti verifiche svolte dal c.t.u. sulla documentazione disponibile, nel pieno rispetto del contraddittorio, dando puntualmente atto dell'*iter* logico seguito e replicando infine in modo motivato alle osservazioni dei c.t.p.

Il prof. *Per_1* ha dunque concluso per una "*malgestione, nello specifico una inaccurata asepsi, che ha portato a un'infezione da Klebsiella Pneumoniae del sito chirurgico. Questa infezione è da ritenersi nosocomiale*." (cfr. pag. 50 c.t.u.)

Il c.t.u. rinviene nella natura quasi esclusivamente nosocomiale dell'infezione e nel criterio temporale – 7 mesi tra l'intervento del 7.9.2011 e la prima evidenza documentata di gonfiore nell'aprile 2012 – la correlazione tra l'intervento chirurgico e l'infezione in esame che rientra, appunto, tra quelle nosocomiali cioè tra le infezioni "*insorte durante il ricovero ospedaliero o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano clinicamente manifeste, né in incubazione*" (pag. 44 c.t.u.).

Specifica poi il c.t.u. che "*Le infezioni dei batteri Gram negativi del genere*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

Klebsiella sono quasi esclusivamente correlate all'ospedalizzazione, colpendo in particolare i soggetti più fragili e/o immunocompromessi. Tra tutte le specie è proprio la *Persona_2* *a ricoprire il ruolo principale*" (pag. 45 c.t.u.).

Il c.t.u. poi esclude decisamente una contaminazione accidentale post operatoria "*perchè già nella prima giornata dopo la dimissione (22.9.2011) si parla, al controllo neurologico, di "Ferite chirurgiche ben cicatrizzate*" (pag. 44 c.t.u.).

Anzi, in riposta alle osservazioni del c.t.p. di parte convenuta il c.t.u. precisa ancora sul punto: "*Le infezioni non nosocomiali sono però rarissime, come conferma anche uno degli articoli citati dal CTP* *Per_3* *et al.)*" (pag. 58 c.t.u.)

Ebbene, a fronte di tali considerazioni, appare più che evidente che secondo il principio del "più probabile che non" l'infezione da K. Pneumoniae deve ritenersi di origine nosocomiale e specificamente per mancata idonea asepsi del sito chirurgico.

L' *CP_1* convenuta infatti non è riuscita a dimostrare che in realtà tale infezione è riconducibile ad una "rarissima" contaminazione accidentale non ospedaliera.

I medici escussi come testimoni, dott. *Testimone_2* e dott. *Testimone_1*, invero, hanno confermato l'esistenza di protocolli di sanificazione dell'ambiente e degli strumenti operatori e la normale e *routinaria* adozione degli stessi ma nulla hanno potuto riferire sulla specifica circostanza della effettiva applicazione di tali protocolli nell'occasione dell'intervento chirurgico del 7.9.2011, né, tantomeno, sugli esiti della procedura di sterilizzazione dello strumentario che, secondo il teste *Tes_2* sarebbe stata rintracciabile mediante l'acquisizione dei relativi "scontrini" (cfr. udienza 9.1.2019).

Lo stesso teste ha poi riferito che nel periodo in esame effettivamente "*ci sono stati pochi isolamenti del germe citato - klepsiella Pneumoniae – riferito al reparto neurologia, ma nessuno di questi era specificamente prelevato da un tampone di ferita chirurgica*.".

Tale precisazione in realtà non esclude che il germe patogeno - comunque rinvenuto ed isolato nel reparto in questione ne periodo che qui interessa - potesse risiedere su strumenti o luoghi diversi dai tamponi da ferita chirurgica, tanto più che, per quanto riferito dallo stesso teste, il sistema di sorveglianza delle infezioni era nel 2011 solo un sistema pilota fondato sulla segnalazione del personale del reparto (cfr.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

udienza 9.1.2019).

Peraltro, è evidente che il sistema RUNCHART cui ha fatto cenno il teste *Tes_2* non è idoneo ad assicurare l'eliminazione delle infezioni, ma solo a rilevarne l'esistenza su segnalazione del personale di reparto.

Né risolutive sono le dichiarazioni del teste dott. *Tes_1* cioè il medico di reparto che, pur non avendo preso parte all'intervento chirurgico in questione, ha visto l'attore solo nel giugno o luglio del 2012 "*con una lesione di continuo cutanea nella sede di inserimento del DBS*".

Il teste ha precisato in proposito che "*In caso di contaminazione perioperatoria della tasca il paziente avrebbe manifestato infezione con ascesso della tasca entro 15 o 20 giorni al massimo dalla dimissione ospedaliera seguita all'intervento di DBS del settembre 2011; invece io l'ho trovato tra i pazienti del mio reparto nel giugno o luglio del 2012 quando io ho verificato in effetti il problema infettivo*." (cfr. udienza 16.4.2019), così prospettando l'ipotesi che la contaminazione dovesse necessariamente essere successiva all'intervento.

Ebbene, tali considerazioni, che comunque avrebbero dovuto essere eventualmente sollevate dal c.t.p. della convenuta in sede di osservazioni, trovano smentita proprio nelle controdeduzioni del c.t.u. laddove lo stesso replica: "*la contaminazione accidentale successiva alla operazione, quindi non legata alle inadeguate condizioni di asespsi createsi in sala operatoria, come ipotizzato dal CTP, appare da escludere proprio per la negatività dei controlli fino all'aprile 2012: la chiusura e la pulizia delle ferite, l'assenza di arrossamenti o di altri seni di flogosi fanno decisamente pensare che il germe sia stato diffuso in un luogo che avrebbe dovuto necessariamente essere sterile, proprio durante l'atto chirurgico. Nulla invece propende per la possibilità che ci possa essere stato un passaggio da barba e capelli o da una cute riscontrata sempre sana.*" (cfr. pag. 59 c.t.u.).

Non è stata raggiunta quindi la prova della riconducibilità della infezione ad uno dei rarissimi casi di contaminazione da *Klebsiella Pneumoniae* non nosocomiale.

Solo in tal modo - e non con la mera prospettazione di altre eziologie - l' *CP_1* convenuta avrebbe potuto superare il principio per il quale appare più probabile che detta infezione sia nosocomiale piuttosto che non lo sia.

In mancanza di tale prova quindi, l'Azienda convenuta deve essere ritenuta

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

responsabile della infezione da K Pneumoniae subita dall'attore. (Cfr. per ultima Cass. civile. Sez. III, ordin. 20.6.2019 n. 16581: "*In tema di illecito civile, il nesso di causalità materiale va accertato secondo il criterio del " più probabile che non", indicando esso la misura della relazione probabilistica concreta tra condotta ed evento dannoso, con apprezzamento non isolato bensì complessivo ed organico dei singoli elementi indiziari o presuntivi a disposizione.*").

L'Azienda convenuta deve quindi essere ritenuta responsabile anche dei danni derivati al Niccolai per infezione da *Klebsiella Pneumoniae* contratta il 7.11.2011.

Rimane quindi il problema della liquidazione di tali danni.

Vanno prima di tutto separati i danni non patrimoniali da quelli patrimoniali.

L'esperita consulenza medico legale ha diagnosticato all'attore "*Infezione da Klebsiella Peneumoniae*".

Il c.t.u. prof. *Persona_1* ha quindi così indicato le implicazioni di tali lesioni: inabilità temporanea totale di 36, parziale al 50% di 543 giorni.

Il c.t.u. non ha riscontrato alcuna danno per inabilità permanente per essere tornato il *Pt_1* "*grazie all'impostazione di una nuova e adeguata terapia farmacologica, a un controllo dei sintomi pari alla situazione post intervento e nettamente migliore rispetto alla status pre-chirurgico.*" (cf. pag. 50 e 51 c.t.u.).

Più specificamente il c.t.u. spiega: "*Per quanto riguarda la residua invalidità conseguita a quanto sopra esposto, data la malattia di base, la malattia di Parkinson, che, ovviamente, non sarebbe stata eliminata dalla presenza dello stimolatore cerebrale, che rappresenta "solo" una terapia per la gestione dei sintomi e non ha lo scopo, ad oggi impossibile, di guarire dalla malattia o di farla recedere nella sua evoluzione, questa è da considerarsi nulla. È vero che la terapia con DBS, terapia ottimale e adeguata in pazienti molto specifici tra cui il Sig. Pt_1 non è e non sarà più utilizzabile nel Periziando, ma è altrettanto vero che, pur in un lasso di tempo considerevole (di cui si è detto sopra), si è riusciti a raggiungere un controllo della sintomatologia pari (e, anzi, superiore, da quanto risulta dalle seriate valutazioni neurologiche) grazie alla terapia farmacologica, la quale ha permesso di raggiungere un livello di funzionalità accettabile e, allo stesso tempo, nettamente migliore allo status pre-intervento chirurgico.*" (cfr. pag. 47 e 48 c.t.u.).

Sempre per quanto riguarda il supposto danno permanente neurologico, il c.t.u.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

ne ribadisce l'insussistenza anche in sede di controdeduzioni alla luce della positività degli esiti clinici: "*nella lettera di dimissione del 9.6.2014 … si ha un'obiettività neurologica fon* [redacted] *mente sovrapponibile a quella del 13.2.2014, data della visita di controllo che si era presa come riferimento di adeguato controllo del quadro clinico. Anzi, analizzando il monitoraggio con UPDRS- III e con la scala di Hoehn e Yahr, si nota come queste, a giugno 2014, fossero addirittura ancora migliori rispetto al 13.2: a febbraio si aveva "UPDRS- III: 12/108. H&Y:", a giugno UPRS III in fase ON: 7/108 H&Y: 1.0"*." (cfr. pag. 56 e 57 c.t.u.).

E quanto ad un supposto danno cicatriziale, il c.t.u., sempre in sede di controdeduzioni, specifica che "*la ferita chirurgica è sempre stata segnalata "in ordine" e bisogna sottolineare come gli esiti cicatriziali sarebbero stati inevitabili anche senza l'infezione da Klebsiella. Le successive revisioni agirono sempre sul medesimo sito chirurgico e non si può sostenere che gli esiti estetico/anatomici siano stati "certamente magnificati" rispetto a quanto sarebbe risultato senza infezione.*" (cfr. pag. 56 c.t.u.)

Ciò basta, dunque, per confermare l'esclusione di un danno permanente a carico del *Pt_1*

Ora, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (sentenze 11.11.2008, nn. 26972, 26973, 26974 e 26975), il danno biologico, quale danno da lesione del diritto inviolabile alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione, costituisce uno dei possibili contenuti del danno non patrimoniale (inteso come "*danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica*").

Poiché è accertato che l' *CP_1* ha commesso il reato di lesioni previsto dall'art. 590 c.p., la persona offesa, ai sensi dell'art. 185 c.p.c., ha diritto a vedersi risarcire il danno non patrimoniale "nella sua più ampia accezione".

Nel contempo va rispettato l'ammonimento delle Sezioni Unite di evitare la duplicazione del risarcimento degli stessi pregiudizi.

Anche la sofferenza, fisica e psichica, determinata dalle lesioni e dai loro postumi, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite, rientra nell'area del danno biologico, costituendone una componente intrinseca.

Il pregiudizio costituito dalla sofferenza soggettiva cagionata dal reato (che,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

secondo la medesima recentissima giurisprudenza di legittimità, non è solamente quella transeunte, che veniva tradizionalmente classificata come "danno morale soggettivo", ma ogni afflizione di ordine interiore – diversa da una patologia clinica - che può anche permanere nel tempo), non è dunque risarcibile, nel caso di lesioni colpose, come autonomo danno non patrimoniale in aggiunta al danno biologico, ma ben si può, e anzi si deve, tenere conto della sua gravità nella liquidazione del risarcimento.

A tal fine ritiene questo Tribunale di dover adottare, per la liquidazione del danno non patrimoniale, le tabelle del Tribunale di Milano.

Esse infatti offrono, in termini globali e sintetici, secondo i riportati recenti insegnamenti delle Sezioni Unite, un parametro di riferimento utile e completo al fine della valutazione dei profili, non solo d'ordine strettamente biologico, che in concreto caratterizzano detto danno.

In sintesi, una volta clinicamente accertati i punti di danno biologico, essi vanno rapportati ai valori, espressi in tabella, aggiornati e già incrementati della percentuale relativa alle altre componenti dinamiche del danno non patrimoniale normalmente riconoscibili all'uomo comune secondo uno *standard* di vita medio.

All'occorrenza, poi, tali valori vanno ulteriormente incrementati solo ove risulti provato un apprezzabile e peculiare aspetto relazionale dinamico idoneo a comprimere, valori costituzionalmente protetti o gravi situazioni di dolore e sofferenza - che non siano degenerati in malattia - che caratterizzano la vita di quel singolo e particolare individuo.

Nel caso di specie, dovendosi fare riferimento solo alla tabella che riguarda l'inabilità temporanea, ritiene questo Giudice di assumere come valore base non lo *standard* previsto di euro 98,00 al giorno, bensì – con ciò accogliendo la richiesta di personalizzazione del danno biologico - l'importo di euro 120,00 al giorno e ciò in considerazione del particolare patimento subito dal *Pt_1* per la pluralità degli interventi e delle visite effettuate, per le crisi epilettiche sopravvenute in conseguenza dell'infezione ("*tra le conseguenze dirette dell'infezione sono pure da annoverarsi le crisi epilettiche, comunque risoltesi e che, al momento, non richiedono più terapia specifica, ma che sono state causa prima di due dei ricoveri.*" (cfr. pag. 48 c.t.u.), per la sostanziale inutilità della complessa installazione chirurgica dello stimolatore DBS con conseguente retrocessione alla terapia farmacologica e per la indubbia crisi personale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

che tutto ciò ha comportato in un soggetto di 45 anni.

Ne consegue che, per i 36 giorni di inabilità temporanea totale spettano all'attore euro 4.320,00 (euro 120,00 x giorni 36); per i 543 giorni di inabilità temporanea parziale al tasso medio del 50%, gli spettano euro 32.580 (euro 120,00 x 50% x giorni 543).

Il danno non patrimoniale viene quindi liquidato in complessivi euro 36.900,00, importo determinato agli attuali valori della moneta, e dunque non suscettibile di rivalutazione.

Vi sono poi i danni patrimoniali in senso stretto, il cui risarcimento è richiesto dall'attore sia con riguardo al danno emergente, consistente nelle spese mediche sostenute, sia con riguardo al lucro cessante, consistente nel decremento del reddito da lavoro autonomo.

Il c.t.u. ha riconosciuto come congrue e pertinenti tutte le spese sanitarie documentate in atti escludendo solo quelle affrontate per "*farmaci che avrebbero dovuto in ogni caso essere acquistati, dato che la terapia farmacologica non era stata sospesa neppure nel periodo di funzionalità dell'impianto DBS*" (cfr. pag. 51 c.t.u.), quantificate poi in complessivi euro 1.176,20 (cfr. c.t.u. integrativa dd. 28.12.2018).

Nessun'altra specifica contestazione è stata sollevata da controparte a fronte della quantificazione delle spese come da doc. 14 attoreo (cfr. penultima pagina comparsa di risposta dd. 20.9.2016, pag. 26 comparsa conclusionale dell' *CP_1* pag. 8 e 9 memoria di replica dd. 6.2.2020 dell *CP_1*).

Pertanto dall'importo totale richiesto di euro 17.398,50 vanno sottratti solo euro 1.176,20, per una differenza di euro 16.222,30.

Va quindi riconosciuto il danno patrimoniale di euro 16.222,30 quali spese sanitarie affrontate in conseguenza della infezione contratta.

Venendo infine al danno patrimoniale da lucro cessante, l'attore [redacted] la perdita di reddito da lavoro durante il periodo di inabilità e produce all'uopo le dichiarazioni dei redditi relative al 2011, al 2012 e al 2013 (doc. 16, 17 e 18 attore).

Da tali dichiarazioni emerge che il medesimo è libero professionista con studio in Milano e risulta avere percepito redditi per euro 68.619,00 nel 2011, per euro 16.619,00 nel 2012 e per euro 10.014,00 nel 2013.

Secondo l'insegnamento della Suprema Corte tali dichiarazioni sono sufficienti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

a dimostrare il decremento subìto (cfr. per ultima Cass. civ., sez. III, 31.8.2015 n. 17294: "*In tema di risarcimento danni da lucro cessante conseguente ad un sinistro stradale, le dichiarazioni dei redditi hanno efficacia probatoria privilegiata, ai sensi dell'art. 4 della l. n. 39 del 1977, con riferimento a tutti i redditi da esse desumibili, dovendosi pertanto considerare sia quelli derivanti dall'attività svolta dal danneggiato come singolo professionista, che quelli derivanti dall'attività svolta in forma associata.*").

Tuttavia deve tenersi conto che nel periodo che decorre dal 17.4.2012, allorché venne rilevato il primo rigonfiamento (pag. 3 c.t.u.), fino al 21.3.2014, epoca delle ultime dimissioni ospedaliere (cfr. pag. 5 c.t.u.), l'attore è rimasto inabile totale solo per 36 giorni e inabile parziale al 50% per 543 giorni (18 mesi).

Operando quindi una proporzione, si ricava che il periodo di inabilità totale di 36 giorni è pari a circa il 5% dell'intero periodo considerato, mentre il periodo di inabilità parziale di 543 giorni è pari a circa il 75% del periodo considerato.

Ritiene quindi questo Tribunale che il decremento di euro 52.000,00 nel 2012 (differenza tra reddito 2011 e reddito 2012) e il decremento di euro 58.605,00 nel 2013 (differenza tra reddito 2011 e reddito 2013), per un totale di euro 110.605,00, debbano essere ragguagliati ai periodi di accertata inabilità del *Pt_1*

Così si può valutare in euro 5.530,25 il decremento totale imputabile al periodo di 36 giorni di inabilità totale (euro 110.605,00 x 5%), ed in euro 41.476,87 il decremento totale imputabile ai 543 giorni di inabilità parziale al 50% (euro 110.605,00 x 75%:2), dovendosi imputare il resto del decremento a cause non riconducibili alla infezione.

Per mancato guadagno va, quindi, riconosciuto al *Pt_1* l'importo di euro 47.007,12.

Il danno complessivo viene quindi liquidato in euro 100.129,42 (euro 36.900,00 + euro 16.222, 30 + euro 47.007,12) in valori monetari attuali.

Detto importo, espresso in valori attuali al momento della decisione, va maggiorato atteso il tempo trascorso fra il giorno del fatto illecito, generatore dell'obbligazione risarcitoria, ed il giorno della liquidazione.

Quale consolidata modalità liquidatoria *ex officio* della componente di danno in questione, appare sempre valido l'insegnamento della Corte di Cassazione di cui alla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

sentenza n. 1712 del 1995; pertanto, sulla somma di euro 100.129,42 devalutata ex indici *Org_* (dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati) al giorno del fatto illecito (7.9.2011), indi anno per anno rivalutata in base ai suddetti indici, si riconoscono gli interessi compensativi, determinati al saggio legale tempo per tempo vigente e maturati dal giorno del fatto illecito fino a quello della decisione.

In conclusione, l' *CP_1* convenuta deve essere condannata al pagamento, in favore di *Parte_1*, della somma di euro 100.129,42, oltre agli interessi legali *ex* art. 1284 C.C. sul capitale devalutato alla data dell'illecito (7.9.2011) e poi via via rivalutato da tale data al saldo.

Attesa la soccombenza, l' *CP_1* convenuta va condannata al pagamento, in favore dell'attore, delle spese e competenze di lite, liquidate come in dispositivo in ragione dell'importo accertato e del pregio dell'attività espletata fino al 12.12.2017 (prime tre fasi), con distrazione al procuratore antistatario.

L' *CP_1* convenuta va altresì condannata al pagamento, in favore dell'Erario, delle spese e competenze di lite, liquidate come in dispositivo sempre in ragione dell'importo accertato, del pregio dell'attività espletata dal 27.10.2017 (solo fase decisionale) e tenuto conto del patrocinio a spese dello Stato ammesso in tale data.

Stante l'accoglimento parziale della domanda attorea (euro 100.129,42 su euro 258.882,27 richiesti) e stante la disposizione di c.t.u. in fase antecedente (cfr. ordinanza dd. 2.10.2017) all'ammissione al gratuito patrocinio (27.10.2017), gli oneri di c.t.u., già liquidati, sono definitivamente posti a carico delle parti in ragione di metà ciascuna.

P.Q.M.

Il Tribunale di Udine, definitivamente pronunciando nella causa n. 2659/2016 R.G., ogni diversa domanda, istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

1. accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna l' *[...]* *Controparte_1*, già *[...]* *Controparte_4* al pagamento, in favore di *Parte_1*, della somma capitale di euro 100.129,42 in valori attuali, oltre agli interessi al tasso legale da computare sul capitale del risarcimento, riportato alla data del fatto (7.9.2011) e via via rivalutato anno per anno, in relazione alle variazioni degli indici ISTAT dei prezzi al consumo, sino al saldo effettivo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114

2. condanna l' *Controparte_1* *[...]*, già *Controparte_4* *[...]*, al pagamento, in favore di *Parte_1*, delle spese e competenze di lite che liquida in complessivi euro 7.390,00, oltre euro 871,00 per anticipazioni, oltre spese forfetarie, i.v.a. e c.n.a., con distrazione a favore del procuratore antistatario;
3. condanna l' *Controparte_1* *[...]*, già *Controparte_4* *[...]* al pagamento, in favore dell'Erario, delle spese e competenze di lite che liquida in complessivi euro 512,50, oltre spese forfetarie, i.v.a. e c.n.a.;
4. pone le spese di c.t.u. definitivamente a carico di entrambe le parti *Parte_1* *[...]* e *Controparte_1* *[...]*, già *Controparte_4* *[...]*, in ragione di metà ciascuna salva la solidarietà verso il c.t.u.

Così deciso in Udine, il 9.4.2020

Il Giudice

(dott.ssa Giovanna Mullig)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-114