



REPUBBLICA ITALIANA
TRIBUNALE DI UDINE
PRIMA SEZIONE CIVILE
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Udine, Prima Sezione Civile, in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott.ssa Elisabetta Sartor ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 1202/2022 R.G. promossa con atto di citazione notificato in data 7.4.2022

DA

Parte_1

– rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]

attrice

CONTRO

Controparte_1

– rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]

convenuta

avente ad oggetto: responsabilità professionale

Causa ritenuta in decisione sulle seguenti conclusioni delle parti, precisate all'udienza del 25.03.2024:

Conclusioni dell'attrice:

*La sig.ra *Parte_1*, ut supra rappresentata, per tutti i motivi di fatto e di diritto come meglio esposti in atti difensivi depositati insiste:*

*-sulla integrazione di Ctu mediante la nomina di ausiliario Radiologo, finalizzato all'attenta lettura delle immagini di risonanza magnetica e di ausiliario Fisiatra, finalizzato alla verifica della corrispondenza del quadro clinico con l'insulto infettivo subito dalla periziata al fine di rendere utile ausilio all'Ill.mo Giudicante per l'equo ristoro del danno subito dalla Sig.ra *Pt_1* ;*

-per l'ammissione di prove come richieste in memoria ex art. 183 comma VI n. 2 della ricorrente con i medesimi testi ivi indicati al fine di meglio provare e quantificare la personalizzazione del danno subito dalla stessa, non ultimo quello di non aver potuto accudire per mesi la figlia neonata;

CONCLUSIONI

Respinta ogni domanda, eccezione e deduzione avversaria, ci si richiama, insistendo nell'accoglimento delle già declinate conclusioni che di seguito nuovamente si precisano:

- accertarsi e dichiararsi che le lesioni lamentate da *Parte_1*, come meglio specificate in narrativa, sono state causate da responsabilità medica dei sanitari intervenuti in data del ricovero del 30 ottobre 2017 e dell'intervento 31 ottobre 2017 presso *[...]* di Latisana (UD), accertarsi la percentuale di invalidità permanente dovuta a malpractice medica nella misura del 13 % o quella diversa che verrà stabilita a seguito della richiesta CTU,

-accertarsi l'invalidità temporanea con determinazione della durata e del grado, il grado di sofferenza subito e subendo, determinarsi la congruità delle spese sostenute sinora dall'attrice e quantificarsi le eventuali spese future,

-per l'effetto condannare *l* *Controparte_2*
[...] a pagare all'attrice la somma di € 71.603,25 o la diversa somma maggiore o minore che risulterà in corso di causa, oltre interessi e rivalutazione dal giorno dell'intervento al saldo.

Salvis iuribus

Con vittoria di onorari, competenze spese del giudizio tutte nessuna esclusa

Conclusioni della *Controparte_1* convenuta:

Nel merito: per le motivazioni tutte esposte in atti rigettarsi la domanda attorea proposta nei confronti della convenuta *Controparte_1*

[...] in quanto infondata in fatto ed in diritto.

Compensi di causa rifusi con contributo spese, IVA e CPA.

Nel merito in via subordinata: nella denegata ipotesi in cui venisse accertata e riconosciuta una qualsivoglia responsabilità dell' *Controparte_1*

[...], ridursi la richiesta risarcitoria di *Parte_1* a quanto verrà acclarato come dovuto in corso di causa.

Compensi di causa rifusi con contributo spese, IVA e CPA.

In via istruttoria: nella denegata ipotesi di ammissione di consulenza tecnica d'ufficio disporsi la nomina di un collegio peritale ai sensi dell'art. 15 della Legge Gelli.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

I) Con atto notificato il 7.4.2022, *Parte_1* – a seguito del vano esperimento del procedimento di mediazione ai sensi dell'art. 5 comma 1 bis d.l.gs. n. 28/2010 (quale condizione, alternativa, di procedibilità dell'azione avente ad oggetto la responsabilità sanitaria, secondo quanto prescritto dall'art. 8 l. n. 24/2017) – citava in giudizio I *Controparte_1* per sentirla condannare al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, asseritamente subiti a seguito di intervento di taglio cesareo e contestuale sterilizzazione tubarica del 31.10.2017 eseguito presso [REDACTED] di [REDACTED]

In particolare, l'attrice si doleva di aver contratto, a causa di negligente esecuzione di puntura sub-aracnoidea, un'infezione da Streptococcus Pyogenes, concretatasi nell'insorgenza di empiema subdurale e raccolta paravertebrale D9-L4, diagnosticata nel febbraio 2018 e trattata con terapia antibiotica fino all'estate 2018.

Si costituiva ritualmente in giudizio I *CP_2*, contestando le pretese avversarie e chiedendone il rigetto. In particolare, I *CP_1* convenuta evidenziava l'assenza di qualsiasi indicazione, desumibile dal diario clinico, comprovante eventuali criticità riscontrate dai sanitari nell'esecuzione dell'anestesia; sottolineava, altresì, che, in ogni caso, anteriormente all'insorgenza della patologia lombare, la *Pt_1* era stata affetta da sindrome influenzale con febbre e, successivamente, da otite, patologie da considerarsi interruttrive del nesso causale tra l'intervento chirurgico e la sopravvenuta infezione.

II) Alla prima udienza, il giudice, su richiesta delle parti, concedeva i termini per il deposito delle memorie di cui all'art. 183 comma 6 c.p.c. All'esito, il Tribunale nominava un Collegio peritale (art. 15 legge 24/2017), composto da dott. *Per_1* [...] (quale medico legale) e dal dott. *Persona_2* (quale consulente specializzato in otorinolaringoiatra) per lo svolgimento di accertamenti tecnici sulle condotte dei sanitari e sulle condizioni di salute della parte attrice. Acquisita la relazione peritale, il giudice, ritenuta la causa matura per la decisione, fissava udienza di precisazione delle conclusioni al giorno 25.03.2024, all'esito della quale, concessi i termini per il deposito delle comparse conclusionali e memorie di replica, tratteneva la causa in decisione.

III) Giova premettere, in punto di diritto, che la fattispecie in esame deve essere inquadrata nell'ambito dei principi che governano la disciplina della responsabilità contrattuale.

Come statuito costantemente dalla Corte di Cassazione, infatti, *“l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità, in base alla quale la stessa è tenuta a una prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generalì e specialistiche) già prescritte dall'art. 2 della legge n. 132 del 1968, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle 'lato sensu' alberghiere”* (cfr. Cass. n. 8826/2007, e anche tra le tante Cass. nn. 6243/2015 15993/2011).

La tesi interpretativa a sostegno della natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria ha trovato conferma anche nel dettato normativo di cui all'art. 7, comma 1, della legge 8 marzo 2017, n. 24, in base al quale: *“La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorchè non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose”*.

Da ciò deriva l'applicazione di un preciso riparto dell'onere probatorio nell'ambito delle controversie aventi ad oggetto il risarcimento del danno da responsabilità medica: da un lato il paziente (creditore-danneggiato), a fondamento delle proprie pretese, dovrà allegare e provare la fruizione di una prestazione professionale all'interno della struttura sanitaria e il conseguente peggioramento delle proprie condizioni di salute; dall'altro lato, invece, sarà la clinica (debitore-danneggiante) a dover fornire la prova di aver diligentemente eseguito l'intervento richiesto e/o che tale intervento (anche laddove connotato da errori colposi) non abbia, in ogni caso, integrato alcun contributo eziologico al successivo sviluppo (peggiorativo) del quadro clinico dell'utente (*“In tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore deve provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia con l'allegazione di qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che*

nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno”: cfr., ex multis, Cass. nn. 577/2008 e 2094/2013).

Più nello specifico, la recente giurisprudenza in tema di infezioni nosocomiali ha affermato che, in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria (secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione), spetterà alla struttura sanitaria provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. sezione III, 15.06.2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale – e cioè il numero di giorni trascorso dopo le dimissioni dall'ospedale –, il criterio topografico – i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della c.d. “probabilità prevalente” – e il criterio clinico – volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali tra le necessarie misure di prevenzioni era necessario adottare (cfr. Cass. civ., sezione III. 03.03.2023 n. 6386).

La citata pronuncia ha altresì precisato che, ai fini della corretta ricostruzione e valutazione del nesso causale tra condotta illecita ed evento, è necessario:

–“verificare, sulla base di un ragionamento ipotetico di natura controfattuale, la rilevanza eziologica dell'omissione per cui occorre stabilire se il comportamento doveroso che la struttura avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado di impedire o meno l'evento lesivo, secondo un criterio appunto probabilistico e tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità – giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (c.d. probabilità quantitativa), ma

soprattutto all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (c.d. probabilità logica)";

-evitare "di applicare meccanicamente il criterio del post hoc – propter hoc, esaminando la storia clinica del paziente, la natura e la qualità dei protocolli, le caratteristiche del micro organismo...".

Orbene, nel caso di specie è pacifico, anzitutto, che tra parte attrice e parte convenuta sia intercorso il c.d. rapporto di speditività descritto dalla giurisprudenza, essendo documentato in atti (doc. 2 att) il ricovero della **Pt_1** in data 30.10.2017 presso il reparto di Ostetricia dell' **Controparte_3** e l'avvenuta esecuzione, il giorno successivo, dell'intervento di taglio cesareo e contestuale sterilizzazione tubarica, nel corso del quale, secondo la ricostruzione attorea, la paziente avrebbe contratto, a causa di maldestri tentativi di introduzione dell'ago della siringa da parte dell'operatore che doveva eseguire l'anestesia spinale, un'infezione tale da determinare, fin dal periodo immediatamente successivo alla dimissione, l'insorgenza di un'intensa dolenzia lombare.

Ciò posto, si tratta di verificare, a questo punto, in base alle regole di riparto dell'onere probatorio anzidette, la sussistenza sia di eventuali errori colposi imputabili al personale sanitario dell' **Controparte_1** convenuta, sia del nesso causale tra le asserite condotte sanitarie e l'aggravamento delle condizioni di salute che la **Pt_1** ha dedotto di aver maturato successivamente all'intervento eseguito dai sanitari di **[REDACTED]**

A tal fine, il giudicante ritiene opportuno giovare delle valutazioni, precise, chiare ed esaustive, oltre che pienamente coerenti dal punto di vista logico-motivazionale, dei periti nominati nel corso del giudizio, i quali hanno, peraltro, fornito risposte del tutto esaustive a tutte le osservazioni pervenute dai CC.TT.PP., di fatto superandole interamente.

IV) Svolte tutte le anzidette precisazioni preliminari, è possibile a questo punto entrare nel merito degli accertamenti di causa.

IV)-a) La paziente, come anticipato, è stata ricoverata presso la **[...]**

Controparte_4 **[REDACTED]** **[REDACTED]** dal 30.10.2017 al 04.11.2017 per esecuzione di taglio cesareo e programmata sterilizzazione tubarica.

La cartella clinica in atti non riporta alcuna complicazione né nella fase pre né in quella post-intervento.

In particolare, come riscontrato anche dai cc.tt.uu., non risulta documentata alcuna difficoltà nell'esecuzione dell'anestesia spinale, né alcuna problematica indotta dalla fase chirurgica, non comparso alcuna segnalazione relativa alla sintomatologia asseritamente insorta durante la degenza.

Sul punto, i capitoli 1, 2, 5, di cui alla II memoria istruttoria di parte attrice non sono stati ammessi in quanto: non vi è stata alcuna specifica indicazione dell'operatore che avrebbe eseguito l'anestesia, né eventuali qualificazioni in questo senso potevano essere ricavate, implicitamente, dalla lista dei nomi dei testimoni indicati (comunque non per ciascun capitolo, ma solo in generale) dalla difesa (peraltro, appare alquanto inverosimile che tra i soggetti indicati vi fosse anche l'operatore sanitario accusato dalla Pt_1 della manovra maldestra eseguita, tenuto conto che l'intervento si è svolto a [REDACTED] mentre i testi citati risiedono tutti in località limitrofe a quella dell'attrice, ben distanti dal luogo dell'evento).

Il decorso era, quindi, regolare e la paziente veniva dimessa in data 4.11.2017 in condizioni descritte "buone", con prescrizione di controllo post parto a distanza di 6-8 settimane.

Nell'ambito di controlli clinici successivi, tuttavia, ed in particolare nel corso della degenza presso il reparto Malattie Infettive di Udine (cui la paziente era, infine, giunta a seguito dell'insorgenza di "severa lombalgia" e riscontro, a mezzo di RMN, di "raccolte ascessuali paravertebrali probabilmente esiti di puntura lobare per anestesia spinale"), emergeva un quadro di "empiema subdurale e raccolta paravertebrale D9-L2 da Streptococcus Pyogenus", per il quale la Pt_1 veniva sottoposta a drenaggio TAC guidato e terapia antibiotica.

Al successivo controllo infettivologico del 06.03.2018, la paziente si presentava in buone condizioni generali e riferiva *"un lento ma costante miglioramento sia per quanto riguarda la mobilità che per quanto riguarda il dolore"*.

Il Collegio peritale ha ravvisato la sussistenza del nesso causale tra l'intervento eseguito in data 31.10.2017 dai sanitari di [REDACTED] e l'insorgenza della infezione da *Streptococcus Pyogenus*, ritenendola quindi di natura iatrogena.

Le complesse valutazioni svolte dai CC.TT.UU. sono logiche, coerenti e ben motivate, del tutto condivisibili anche in punto di diritto.

Invero, il Collegio ha saputo compiere un bilanciamento tra *“le difficoltà definitorie del nesso causale presenti nella fattispecie (mancanza, in cartella clinica, di eventuali problematiche della procedura anestesiológica; tardività dell’insorgenza della sintomatologia lombalgica rispetto alla succitata procedura)”* e gli elementi tali, invece, da corroborarlo, quali *“assenza di problematiche infettive pre-intervento, sede della patologia infettiva, natura batterica della patologia infettiva, genesi verisimilmente non batterica della patologia otologica”*, giungendo alla conclusione circa la sussistenza, secondo il criterio probabilistico applicabile nell’ambito della responsabilità civile (*“più probabile che non”*), del nesso causale tra intervento e quadro lombare successivamente emerso a carico della odierna attrice.

In particolare, i periti hanno puntualmente risposto alle osservazioni svolte dal CTP dell’ *CP_1* convenuta, dott. *Per_3* secondo il quale il nesso causale andrebbe, invece, escluso per mancanza del criterio cronologico, essendo i primi segni di lombalgia emersi *“al limitare di 3 mesi dalla procedura”*, tenuto conto anche del carattere altamente virulento del batterio rinvenuto, in grado di determinare infezioni nell’arco di pochi giorni e non, invece, di mesi, come sarebbe accaduto nel caso di specie.

Il dott. *Per_1* e il dott. *Per_2* hanno, al riguardo, rilevato che:

- 1) i primi segni dell’infezione si sono manifestati, in verità, prima del *“limitare dei 3 mesi dalla procedura”*, cioè circa in data 17.01.2018: l’accesso ospedaliero del 2.2.2018 risultava, infatti, motivato dal fatto che 15 giorni prima, a seguito di uno sforzo fisico, era comparsa una *“lombosciatalgia”*;
- 2) soprattutto, nella fattispecie in esame risultano soddisfatti gli altri criteri individuati dalla letteratura scientifica e, come visto, anche dalla giurisprudenza *supra* citata, per la verifica del riferimento eziologico delle infezioni nosocomiali e, in particolare: il criterio topografico risulta soddisfatto, per la corrispondenza fra la sede dell’anestesia spinale praticata alla *Pt_1* nel corso dell’intervento (L2-L3) e quella della patologia infettiva in seguito insorta (da D9 a L4); il criterio di adeguatezza qualitativa e quantitativa risulta pure soddisfatto, rientrando la problematica infettiva sviluppatasi nella fattispecie nell’ambito delle infezioni ritardate che possono insorgere a seguito di procedura di anestesia spinale, quale trattamento idoneo a determinare tali complicanze settiche; infine, anche il

criterio dell'esclusione è soddisfatto, non avendo i CC.TT.UU. ravvisato plausibili fattori causali alternativi.

Quest'ultima considerazione assume particolare rilevanza, in quanto sarebbe stato onere di parte convenuta provare l'esistenza di altre possibili cause e/o concause interruttrive del nesso eziologico.

L'unica ipotesi causale alternativa prospettata dalla difesa dell' *Controparte_1* (colonizzazione infettiva della mucosa respiratoria orofaringea non adeguatamente trattata con insorgenza di miringite bollosa contratta dalla *Pt_1* a metà gennaio, intorno alla data del 12.01.2018 circa) è stata esclusa dai CC.TT.UU., sempre in base al criterio, scientifico e giuridico, del "*più probabile che non*", dal momento che gli stessi hanno attribuito alla patologia otitica una eziologia virale e non batterica.

L' *Controparte_1* è stata altresì e ancor prima inadempiente all'onere di specifica allegazione e prova circa l'adozione di tutte le misure utili e necessarie alla prevenzione delle infezioni ospedaliere indicate dalla più recente giurisprudenza di legittimità, come di seguito riportate, e l'effettivo e concreto monitoraggio della loro attuazione da parte di tutti gli operatori sanitari intervenuti nella fase pre-peri-post operatoria (essendosi la difesa limitata a produrre due relazioni, di parte, rese dal dott. *CP_5*, allora Direttore delle SOC di Ostetricia e Ginecologia *Parte_2*, e dal dott. *Tes_1* *[...]*, Direttore f.f. della SOC di Anestesia e *Parte_3* dell' *[...]* *Parte_2*, attestanti genericamente il rispetto, nel caso *de quo*, delle regole della procedura anestesiológica finalizzate alla prevenzione delle infezioni):

- “a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;*
- b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;*
- c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami*
- d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;*
- e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti*
- f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento*
- g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e notifica*
- h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori*

- i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali*
- j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti*
- k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio*
- l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie ai fine di monitorare i germi patogeni-sentinella*
- m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio" (C. n. 6386/2023).*

IV)-b) Il Collegio ha appurato che, alla visita infettivologica del 10.07.2018, il quadro clinico causato dall'infezione appariva stabilizzato ed ha altresì escluso che la patologia erniaria, riscontrata per la prima volta in data 10.07.2019, e quindi dopo quasi due anni dall'intervento e dopo un anno dal riassorbimento delle raccolte ascessuali, potesse ricondursi eziologicamente all'operazione chirurgica del 31.10.2017, così negando l'imputabilità all' *Controparte_1* delle problematiche attualmente lamentate dall'attrice ed escludendo postumi invalidanti permanenti risarcibili: *"la patologia erniaria a livello L5S1 è stata per la prima volta descritta al controllo TAC del 10.07.2019 a fronte della negatività della precedente indagine TAC del 01.02.2018 (disidratazione in altro livello: L4-L5). La sola sussistenza di un rapporto cronologico fra tale quadro ed i fatti contestati (post hoc) non consente a questo Collegio di poterne ammettere la base causale/concausale (propter hoc) considerando da un lato la diversa genesi della patologia discale (non infettiva: estensione del processo infettivo fino a L4) e, dall'altro lato, il periodo di tempo intercorso fra la guarigione del fatto iatrogeno e il succitato riscontro (1 anno)"* (pag. 69 relazione).

Le risposte fornite dai CC.TT.UU. al CTP di parte attrice, dott. *Per_4* sono puntuali e pertinenti: *"non appare scientificamente sostenibile un ruolo causale o concausale da parte del tessuto infiammatorio segnalato (nella precedente TAC dd. 22.06.2018) "nello spazio interspinoso tra L4 e L5, per le motivazioni già espresse a pag. 69 della bozza. Oltre alla diversa topografia (come segnalato dallo stesso infettivologo R. *Per_5*, consultato dal dott. *Per_4* che confermava la sussistenza di un "empiema subdurale e raccolta paravertebrale estendenti dalla nona vertebra dorsale alla quarta lombare") e alla universalmente nota genesi non infettiva della patologia disco-erniaria del rachide lombare, la sua base squisitamente degenerativa trova ulteriore*

conferma nell'aggiuntivo riscontro strumentale (RMN dd. 17.07.19) della stenosi distrettuale del canale vertebrale ("...a tale livello il canale vertebrale è di ampiezza decisamente ridotta..." con quota della componente "mista" (ossia non ascrivibile alla patologia erniaria in sé) anche questa su base denegerativa".

In definitiva, il Collegio con motivazioni chiari e coerenti, immuni da vizi logici e ben supportate dalla disamina della documentazione in atti, ha attribuito all'ernia discale di cui oggi la *Pt_1* si duole una genesi meccanica (non batterica), a fronte di un quadro infettivo-flogistico già risoltosi con adeguata terapia antibiotica un anno prima, ossia nel luglio 2018.

V)-a) Passando ora alla quantificazione e liquidazione del danno non patrimoniale, si rileva che il c.t.u. ha riconosciuto: una inabilità temporanea assoluta relativamente ai ricoveri della *Pt_1* resisi necessaria a fronte dell'insorgenza dell'infezione nosocomiale, avvenuti nelle date del 2.2.2018 e dal 4.2.2018 al 19.2.2018 (giorni n. 17); una inabilità temporanea parziale al tasso medio del 25%, al netto dell'inabilità temporanea parziale ascrivibile all'intervento chirurgico in sé, da (ri)determinarsi, interpretando autenticamente le valutazioni del Collegio, in 235 giorni (pari alla differenza tra, da un lato, il numero di giorni trascorsi dall'intervento del 31.10.2017 e la stabilizzazione del quadro clinico infettivo riscontrata in data 10.07.2018 e, dall'altro lato, il numero di giorni di invalidità assoluta).

Le liquidazioni in valori monetari dei punti percentuali di invalidità temporanea ben potranno avvenire, in assenza di specifiche contestazioni, in via equitativa, utilizzando, quale mero criterio-guida, i parametri delle Tabelle di Milano nella versione aggiornata al marzo 2021 (sulla vocazione nazionale di tali criteri cfr. C. 12408/2011; 1553/2019).

Nello specifico, dovrà senz'altro essere riconosciuta in favore dell'attrice anche la componente del danno c.d. morale nella misura indicata nelle citate Tabelle come voce (ora anche graficamente) distinta ed autonoma rispetto al pregiudizio biologico, tenuto conto del livello di sofferenza "elevato" e "medio" descritto anche nell'elaborato peritale con riferimento, rispettivamente, ai periodi di invalidità assoluta e parziale.

Preme al riguardo sottolineare che il danno morale va inteso quale componente autonoma e distinta del danno non patrimoniale, ontologicamente diversa ed ulteriore rispetto al pregiudizio biologico e altresì all'eventuale aumento dello

stesso a titolo di personalizzazione (*“la voce di danno morale mantiene la sua autonomia e non è conglobabile nel danno biologico, trattandosi di sofferenza di natura del tutto interiore e non relazionale, e perciò meritevole di un compenso aggiuntivo al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi”*): Cass. n. 910/2018, Cass. n. 7513/2018, Cass. n. 28989/2019), ferma restando la necessità di evitare duplicazioni delle voci summenzionate, dovendo la liquidazione del danno non patrimoniale essere, ogni caso, unitaria (cfr. Cassazione Sezioni Unite Civili del 24 giugno/11 novembre 2008, n. 26972). Si ritiene, inoltre, di applicare un aumento del 10% del valore monetario corrispondente alla percentuale di danno biologico indicata nelle tabelle di Milano con riferimento al punto base di invalidità temporanea, a fronte del fatto che il Collegio peritale ha ritenuto accreditabile, sulla base delle criticità lombari riconducibili all'infezione nosocomiale, l'affermazione resa dalla sig.ra Pt_1 , parrucchiera titolare di salone a gestione individuale (doc. 1 att.), di essersi astenuta dalla sua attività sino al mese di luglio 2018.

Conseguentemente i valori monetari corrispondenti ai punti percentuali di invalidità permanente e temporanea come sopra già quantificati e descritti, possono così liquidarsi:

-invalidità temporanea assoluta per giorni n. 17 (2.2.2018 e dal 4.2.2018 al 19.2.2018): 17 giorni x 106,20 euro = euro 1.805,40;

-invalidità temporanea parziale al 25% per giorni n. 235: 235 gg x 106,20 euro x 25% = euro 6.239,25;

tot. invalidità temporanea: euro 8.045,00

Atteso che la somma risarcitoria è stata determinata con riferimento all'attualità, occorrerà devalutare l'importo dovuto fino alla data dell'evento dannoso (31.10.2017) e, poi, posto che il credito risarcitorio ha natura di credito di valore, l'importo così stabilito con riferimento alla data dei fatti va rivalutato di anno in anno in base agli indici ISTAT e, sulla somma via via rivalutata, vanno computati gli interessi compensativi nella misura legale fino alla data della presente decisione (Cass. Civ., Sez. Un., 12 febbraio 1995, n. 1712; Cassazione ordin. n. 8766/2018):

tot. danno non patrimoniale euro 8.742,00.

A tale importo dovranno aggiungersi poi gli interessi moratori al saggio legale dal giorno successivo al deposito della presente decisione e fino al saldo effettivo in

ossequio al principio secondo cui i debiti di valore, una volta accertati e liquidati giudizialmente, assumono natura di debiti di valuta

V-b) L'unica voce di danno patrimoniale richiesta è quella riferibile alle spese mediche, adeguatamente documentate in causa (doc. 18) ed esaminate dai CC.TT.UU. Si ritiene di poter riconoscere, a carico dell' **CP_1** convenuta, solo le spese riferite all'esecuzione di esami di controllo (tot euro 938,75) e, solo nei limiti della metà, quelle sostenute, invece, per le consulenze specialistiche stragiudiziali (1.464,00 iva compresa per ciascun professionista), tenuto conto degli esiti degli accertamenti peritali non pienamente conformi ai pareri scientifici ottenuti dalla **Pt_1** prima del giudizio.

Tot. spese mediche: euro 2.403,00.

Non sono state considerate prevedibili spese mediche future.

Atteso che anche tale somma risarcitoria è stata determinata con riferimento all'attualità, occorrerà devalutare l'importo dovuto fino alla data del primo esame in atti (1.2.2018) e, poi, posto che il credito risarcitorio ha natura di credito di valore, l'importo così stabilito con riferimento alla data dei fatti va rivalutato di anno in anno in base agli indici ISTAT e, sulla somma via via rivalutata, vanno computati gli interessi compensativi nella misura legale fino alla data della presente decisione (Cass. Civ., Sez. Un., 12 febbraio 1995, n. 1712; Cassazione ordin. n. 8766/2018):

tot. danno patrimoniale euro 2.610,13.

A tale importo dovranno aggiungersi poi gli interessi moratori al saggio legale dal giorno successivo al deposito della presente decisione e fino al saldo effettivo in ossequio al principio secondo cui i debiti di valore, una volta accertati e liquidati giudizialmente, assumono natura di debiti di valuta.

VI) Tenuto conto,

- da un lato, dell'accoglimento solo parziale delle domande attoree;
- ma anche, dall'altro lato, della particolare complessità della vicenda clinica esaminata tale da aver reso inevitabile l'esperimento di un giudizio e degli accertamenti peritali al fine di valutare la sussistenza di eventuali responsabilità sanitarie

tutto ciò considerato, si ritiene sussistano giustificati motivi per compensare le spese di lite nei limiti del 50%, condannando la parte convenuta al pagamento della restante metà delle spese in favore della sig.ra **Pt_1** .

Tali spese vengono liquidate come in dispositivo, in base ai valori medi previsti per tutte le fasi processuali dello scaglione di valore della causa, determinato non in base al *petitum*, bensì a quanto effettivamente riconosciuto a titolo risarcitorio, come prescritto dalla legge (art. 5 comma 1 D.M. n. 55/2014).

Per le stesse ragioni *supra* indicate, si ritiene di dover porre le spese di c.t.u., già liquidate in corso di causa, a carico di entrambe le parti, ciascuna nei limiti della metà, ferma la solidarietà passiva nei confronti dei CC.TT.UU.

P. Q. M.

Il Tribunale di Udine, Prima Sezione Civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice dott.ssa Elisabetta Sartor, definitivamente pronunciando nella causa promossa da *Parte_1* nei confronti di *[...]*

Controparte_1 ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, così decide:

1) accerta e dichiara la responsabilità dell' *Controparte_1* convenuta limitatamente all'invalidità temporanea, assoluta e parziale, riscontrata a carico dell'attrice *Parte_1*, per le ragioni di cui in parte motiva;

2) per l'effetto, condanna l' *Controparte_2* *[...]* al pagamento, in favore dell'attrice *Parte_1*, a titolo di risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non, della somma complessiva (già comprensiva, cioè, di rivalutazione monetaria ed interessi compensativi) di € 11.352,13 oltre ad interessi moratori, nella misura di legge, dal giorno successivo alla pubblicazione di questa sentenza fino al saldo definitivo;

3) condanna l' *Controparte_2* al pagamento, in favore dell'attrice *Parte_1*, del 50% delle spese del presente giudizio, liquidate già per la quota in € 2.538,50 per competenze professionali, oltre al 15% a titolo di rimborso forfettario delle spese generali, IVA e C.P. come per legge se dovuti;

4) compensa il restante 50% delle spese di lite tra le parti;

5) pone definitivamente le spese di c.t.u., già liquidate in corso di causa, a carico di entrambe le parti, ciascuna nei limiti della metà, ferma la solidarietà passiva nei confronti dei CC.TT.UU.

Così deciso in Udine il 07/08/2024

Il Giudice
dott.ssa Elisabetta Sartor