

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**IL TRIBUNALE DI PALERMO**  
**TERZA SEZIONE CIVILE**

in composizione monocratica, nella persona del giudice dott.ssa Angela Notaro, ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. 4958/19 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi vertente

TRA

**U. I. C.**, nato a *omissis (omissis) l'omissis*, elettivamente domiciliato ai fini del giudizio in Carini via Renda n.21, presso lo studio dell'avv. Vincenzo Randazzo, dal quale è rappresentato e difeso per procura speciale in calce all'atto di citazione, ammesso al patrocinio e spese dello Stato;

ATTORE

CONTRO

**AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO"** (C.F. 05841780827) in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede ed elettivamente domiciliata in Palermo, Viale Strasburgo n.233, rappresentata e difesa dall'avv. Sergio Buccellato, giusta procura speciale in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

CONVENUTA

**OGGETTO:** risarcimento danni

Conclusioni delle parti: all'udienza del 17 giugno 2021, parte attrice concludeva come in atto di citazione.

In assenza di parte convenuta all'udienza predetta, devono intendersi richiamate le conclusioni di cui in comparsa di costituzione e risposta.

**IN FATTO E IN DIRITTO**

Con atto di citazione notificato il 19 marzo 2019, U. I. C. chiedeva la condanna della Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello (d'ora innanzi denominata soltanto Azienda Ospedaliera), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, a titolo di responsabilità contrattuale, al risarcimento dei danni non patrimoniali ( sub specie di biologico permanente, biologico temporaneo e morale) e patrimoniali (per spese), quantificati nella somma complessiva di € 51.118,70 ovvero in quella maggiore o minore da liquidarsi in via equitativa, oltre interessi e rivalutazione monetaria.

Deduceva, infatti, che:

- era stato ricoverato in data 01.09.2013 presso il Reparto di Chirurgia plastica dell'Azienda Ospedaliera a seguito di sinistro stradale;
- era stato sottoposto ad un primo intervento chirurgico in data 03.09.2013 di riduzione e sintesi della frattura biossea dell'avambraccio mediante placche, tubulari e viti, nonché a riduzione e sintesi mediante placca e viti della frattura del seno mascellare, del pavimento dell'orbita e dell'arco zigomatico sn. e ad un secondo intervento chirurgico in data 01.10.2013 di riduzione del focolo di frattura ed osteosintesi con due fili metallici di K con apposizione di stecca metallica;
- in data 12.12.2013 era stato nuovamente ricoverato presso il reparto di ortopedia per la scomposizione della frattura all'avambraccio sinistro ed ancora in data 17.12.2013 era stato

sottoposto ad intervento chirurgico di rimozione della sintesi precedente ed apposizione di nuova placca e viti;

- in data 20.03.2015, era stato nuovamente ricoverato presso il reparto di ortopedia dell'ospedale di Cefalù e sottoposto il 23.03.2015 ad intervento chirurgico di rimozione mezzi di sintesi, cruentazione dei focolai di pseudoartrosi, correzione degli assi di radio ed ulna e nuova sintesi radio e ulna con placche e viti;

- a distanza di anni, persistevano la sintomatologia dolorosa e la limitazione dei movimenti di prono supinazione dell'avambraccio sn e dei movimenti del IV dito della mano sn.;

- l'intervento di riduzione della frattura all'avambraccio non era stato eseguito correttamente tanto da esitare in una scomposizione secondaria della frattura, mentre la frattura del IV dito della mano sn era stata diagnosticata e soprattutto trattata chirurgicamente con molto ritardo;

- l'Azienda Ospedaliera doveva quindi ritenersi responsabile ai sensi degli artt. 1218 - 1228 c.c.;

- il procedimento di mediazione si era concluso negativamente in ragione dell'offerta formulata dall'Azienda della somma di € 6.500,00, ritenuta incongrua.

L'Azienda Ospedaliera, costituitasi, contestava la fondatezza della domanda attorea e ne chiedeva il rigetto.

La causa, quindi, all'udienza del 17 giugno 2021, dopo l'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio, veniva posta in decisione sulle conclusioni delle parti di cui in epigrafe, con assegnazione dei termini di cui all'art.190 c.p.c..

Ciò premesso, la domanda è parzialmente fondata e per quanto di ragione va accolta.

E' noto che, secondo l'orientamento consolidato della Suprema Corte di Cassazione - che si condivide - la responsabilità della struttura sanitaria ha fonte in obbligazioni in parte diverse da quelle la cui violazione genera la responsabilità del singolo medico, di cui tuttavia condivide l'intima natura. La responsabilità della struttura, infatti, ha carattere contrattuale, avendo il rapporto tra il paziente ed ente ospedaliero (o casa di cura) fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui insorgono obbligazioni di natura mista a carico dell'ente (*"l'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, comporta comunque la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità con la medesima: Cass. civ. n. 24791/2008*): ossia quelle derivanti da un rapporto di carattere *latu sensu* alberghiero e quelle di organizzazione di strutture e di dotazioni, anche umane, con la conseguente messa a disposizione del personale medico ausiliario e paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr., sul punto, anche Cass. civ. n. 1698/2006 e n. 13066/2004).

Ora, dalla qualificazione contrattuale della responsabilità della struttura e dei sanitari discendono le conseguenze in punto di valutazione della diligenza e di ripartizione dell'onere probatorio, illustrate da numerosi recenti arresti della giurisprudenza di merito e di legittimità, alla luce del cd. principio di vicinanza della prova.

Prima della sentenza n. 13533/2001 della Corte di Cassazione a sezioni unite, era diffusa l'idea che la ripartizione dell'onere probatorio in caso di responsabilità medica dovesse fondarsi principalmente sulla difficoltà della prestazione, in forza di una interpretazione che tendeva a sopravvalutare gli effetti dell'art. 2236 c.c. sulla finale allocazione della cd. alea terapeutica. Questa regola interpretativa, in punto di prova dell'inadempimento, è stata tuttavia superata con la citata pronuncia del 2001, graniticamente seguita dalla giurisprudenza successiva, che ne ha fatto ampia applicazione in tema di responsabilità medica.

E' ormai pacifico, infatti, che in tema di responsabilità contrattuale della struttura e del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo, invece, a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (vedi Cass. n.24073/2017, n. 975/2009, n.577/2008 e n. 11488/2004).

Peraltro, la giurisprudenza ormai consolidata della Suprema Corte ha precisato che: «sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c. solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata» (in tal senso, il principio di diritto affermato da Cass. n.18392/2017 e n. 26824/2017; conformi le successive Cass. n.29315/2017, n. 3704/2018, n.19199/2018 e n.26700/2018).

Così precisati la natura della responsabilità e la ripartizione dell'onere della prova, è necessario chiarire quale debba essere il criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente.

In proposito, i giudici di legittimità hanno di recente affermato: "In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano – ad una valutazione "ex ante" – del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ. n. 16123/2010).

Come precisato da una precedente pronuncia della Suprema Corte: "In questo modo, il nesso causale diviene la misura della relazione probabilistica concreta (e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (quel comportamento e quel fatto dannoso) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (o, se si vuole, di previsione e prevenzione, attesa la funzione – anche – preventiva della responsabilità civile, che si estende sino alla previsione delle conseguenze a loro volta normalmente ipotizzabili in mancanza di tale avvedutezza) andrà più propriamente ad iscriversi entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito" (così la citata Cass. civ. n. 21619/2007, in motivazione).

Nella specie, l'attore ha assolto gli oneri su di lei gravanti nei confronti dell'Azienda Ospedaliera, avuto riguardo all'allegazione dell'inadempimento qualificato e alla prova dell'instaurazione del rapporto contrattuale con la struttura, nonché alla produzione di un danno causalmente connesso al predetto inadempimento, sia pure in termini diversi da quelli prospettati in atto di citazione.

Per quanto concerne l'elemento fondante la responsabilità costituito dal nesso eziologico, il c.t.u. ha accertato – sulla base di un condivisibile iter logico motivato – gli errori medici (come chiarito nella relazione integrativa a proposito della definizione di "criticità") del personale sanitario commessi nel primo e nel secondo intervento eseguiti sull'avambraccio sinistro del paziente, che hanno riguardato la lunghezza della placca e il numero delle viti di fissazione.

Invero, il c.t.u. ha evidenziato che non sono stati osservati i principi AO che riguardano genericamente la tecnica classica di impianto di una placca per segmento diafisario, i quali raccomandano di ottenere almeno sei punti di fissazione corticale su ogni lato della frattura.

Come accertato dal c.t.u., "In ossequio alla sopracitata norma generale, è raccomandata la scelta di una placca che consenta di praticare sei punti di fissazione corticale su ogni lato della frattura. Si deduce che utilizzando una vite bi-corticale, come nel caso in questione, il numero delle viti sarà, rispetto alla rima di

*frattura, pari a tre per lato.*

*La ragione della scelta operata dai sanitari dell'Ospedale di Villa Sofia verso una placca di una misura inferiore potrebbe verosimilmente essere dovuta alla maggiore capacità di fissazione che la placca a stabilità angolare possiede rispetto alle ordinarie placche DPC.*

*La scomposizione dei frammenti di frattura che si è verificata nel breve termine (nei 2/3 mesi successivi) è dovuta ad una insufficiente stabilizzazione della placca. Sulla base degli elementi documentali in possesso al CTU, tale complicazione è da attribuire ad una scelta non corretta della lunghezza della placca piuttosto che del tipo." (vedi pag. 12 della relazione di c.t.u.).*

Per quanto concerne il secondo intervento del 17.12.2013, il c.t.u. ha rappresentato che si trattava di un intervento finalizzato al trattamento della scomposizione della frattura consistente nel rinnovo della osteosintesi dell'ulna e la scelta questa volta ricadeva su di una placca LCP a 6 fori e 4 viti e venivano utilizzati i due fori laterali della placca, esprimendo di non essere in grado di comprendere la ragione che aveva portato a non utilizzare tutti i fori a disposizione di una placca che invece aveva una lunghezza adeguata.

L'esito nel medio termine di questo intervento è stata la pseudoartrosi dell'ulna e la conseguente rottura del mezzo di sintesi.

In ogni caso, il c.t.u. ha evidenziato che i postumi clinici attuali della frattura dell'avambraccio sono comunque modesti e non dissimili da quelli che ordinariamente si osservano nelle sequele di trattamenti ortopedici che esitano favorevolmente.

Ciò, come si desume dalla documentazione sanitaria, è dovuto all'ultimo intervento chirurgico riparatore eseguito il 23.03.2015 presso l'Istituto San Raffaele di Cefalù, finalizzato proprio al trattamento dell'evoluzione pseudoartrosica dell'ulna esitato dal precedente intervento ed a una viziosa consolidazione del radio.

Quanto alla frattura della mano, il c.t.u. ha evidenziato il notevole ritardo di ben un mese nella esecuzione del trattamento chirurgico (in data 01.10.2013), nonostante l'indicazione del trattamento chirurgico fosse già presente al momento dell'evidenza del morfotipo della frattura della falange obiettivamente tempestivamente il 06.09.2013 nel corso del ricovero dal 01.09.13 all'11.09.2013.

Il c.t.u. ha evidenziato anche un'altra criticità e precisamente l'assenza del monitoraggio clinico e radiologico dopo la rimozione dei mezzi di sintesi e della stecca metallica avvenuta il 31.10.2013. Come evidenziato dal c.t.u. *"Infatti, in occasione dei successivi controlli ambulatoriali eseguiti il 11\12\13 (referto PS), del ricovero dal 12\12 al 19\12\13 ed ancora in occasione della visita ambulatoriale del 10\1\14, nessun esame radiografico veniva disposto e nessun rilievo clinico veniva obiettivato. In tale condizione caratterizzata da una grave carenza di dati clinici diretti che riducono gli elementi di giudizio medico-legale, il sottoscritto non può non considerare la contraddittorietà che emerge dall'assenza di ogni rilevazione clinica e radiologica nei riguardi di esiti anatomici e/o funzionali della mano che invece vengono di norma a definirsi e stabilizzarsi già entro 2-3 mesi dall'intervento chirurgico, ovvero nel periodo del follow-up a cui l'attore veniva sottoposto per la frattura dell'avambraccio."*

Ha quindi concluso affermando *"la sussistenza di malpractice nei riguardi della frattura della falange sia per il notevole ritardo nel trattamento della frattura che per il mancato riconoscimento di una evoluzione clinica negativa della lesione scheletrica che ha condotto agli ormai permanenti e non emendabili esiti attuali e già presenti all'obiettività rilevata dai sanitari dell'Ospedale di Cefalù (IV dito mano sinistra: rigidità in flessione, deviazione in valgo della falange distale) in occasione del ricovero del marzo 2015."* (vedi pagg.15 e 16 della relazione di c.t.u.).

Per quanto concerne le spese mediche, il c.t.u. ha verificato che gli atti è presente solo la fattura del CTP Dott. V. Mangione dell'importo complessivo di euro 1.220,00 (fattura n. B/14 del 9\5\18) relativa al costo della relazione medicolegale.

Il c.t.u. ha anche esaurientemente risposto ai rilievi critici di entrambe le parti.

Per quanto riguarda i rilievi di parte attrice (rilevanza del profilo di responsabilità e valutazione del danno), il c.t.u. ha chiarito l'uso del termine di criticità nel senso di equivalenza a quello di *"un errore"* che non ha riguardato l'intera attività chirurgica, ma solo un aspetto di essa. Infatti, se da una parte è stato corretto impiantare una sintesi con placca ed ancora più corretto avere impiantato una placca a stabilità angolare secondo le più recenti raccomandazioni della AO di cui si è ampiamente disquisito nella CTU (pag.

12 e 17), dall'altra parte la scelta di una placca un po' sottodimensionata in occasione del primo intervento del 3\9\13 (4 fori anziché 6 fori) e quella di fissare con sole 4 viti la placca a 6 fori scelta per il secondo intervento del 17\12\13 è da porre in relazione causale, secondo un criterio di maggiore probabilità, al fallimento terapeutico che si è concretizzato.". Ha, inoltre, precisato, relativamente al rilievo della sottostima del danno in 4 punti percentuali derivante da un presunto errore di identificazione del riferimento tabellare sia per la frattura dell'avambraccio che della mano, che "La menomazione funzionale derivante dagli esiti tutti della frattura dell'avambraccio, come da obiettività condivisa dal Dott. Mangione, è modesta in quanto consiste nella sola lieve riduzione (circa 10° su un valore fisiologico pari a 90°) del movimento supinatorio dell'avambraccio, oltre ad un'ipometria perimetrale di circa 1cm al terzo distale del braccio e di 2cm al terzo medio distale dell'antibraccio. Tali menomazioni funzionali sono molto simili a quelle che si osservano in ordinari casi clinici. Si conferma il corretto riferimento tabellare utilizzato<sup>3</sup> e non quello indicato dal CTP che invece si riferisce ai casi clinici<sup>4</sup> che evolvono in pseudoartrosi. L'esito attuale è invece quello di una frattura consolidata.

La valutazione del danno della mano è stata eseguita per analogia, ovvero è stata attribuita la valutazione di una menomazione più grave del reale dato clinico a carico delle due articolazioni interfalangee<sup>5</sup> del dito lesa, in quanto un'anchilosi di entrambe le interfalangee avrebbe realizzato (compensando la rigidità della metacarpo-falangea) una limitazione assai simile a quella obiettivata, ovvero di una chiusura del 4° dito di circa 1\4 dell'escursione totale" (vedi chiarimenti allegati alla relazione di c.t.u.).

Quanto ai rilievi di parte convenuta (secondo cui il c.t.u., pur avendo evidenziato il comportamento colposo del danneggiato per avere abbandonato il percorso di follow - up, avrebbe omesso di valutarne la percentuale di incidenza negativa), il c.t.u. ha chiarito che "L'abbandono del follow-up non ha comunque interferito negativamente sul trattamento chirurgico eseguito presso l'Ospedale di Cefalù ed è esitato favorevolmente, tale quindi da non aver potuto determinare alcun danno commisurabile." (vedi pag. 2 della relazione integrativa).

Giova in merito ai rilievi critici rilevare che "il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento; non è quindi necessario che egli si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le conclusioni tratte" (Cass. civ. n. 282/2009; così anche Cass. civ. n. 8355/2007 e n. 12080/2000).

L'Azienda, dal canto suo, non ha assolto l'onere della prova - su di lei gravante - della inesistenza, irrilevanza e/o non imputabilità dei dedotti inadempimenti ed è quindi da ritenersi responsabile dei danni patiti da U. a causa degli errori medici.

Passando alla quantificazione dei danni, il c.t.u. ha così concluso: "In risposta alla prima parte del quesito 12, "precisare quale è la percentuale dei postumi permanenti oggi complessivamente residua al paziente", si ritiene che la valutazione complessiva sia pari al dodici per cento (12%).

In risposta alla seconda parte del quesito 12, "quale la percentuale ordinariamente ricollegabile alle fratture riportate in occasione del sinistro stradale in assenza di colpa medica", si ritiene che il danno biologico che ordinariamente residua da una frattura dell'avambraccio simile al caso in questione possa essere quantificato nella misura del 6%, mentre quello che residua generalmente ad una frattura della falange analoga al caso in esame è intorno al 1%.

La percentuale complessiva è quantificabile nella misura del sette per cento (7%).

**Il danno iatrogeno differenziale è quindi pari al cinque per cento (5%).**

La quantificazione del danno biologico temporaneo "casualmente connesse al predetto trattamento sanitario" può essere commisurato nella misura di giorni quaranta (40gg.) come inabilità temporanea totale e giorni sessanta (60gg.) come inabilità temporanea parziale. Tale calcolo considera il periodo di inabilità totale e parziale relativi al secondo e terzo ricovero eseguiti per il trattamento della frattura dell'avambraccio." (vedi pag. 19 della relazione di c.t.u.).

In altri termini, laddove il trattamento sanitario fosse stato corretto, ciò sarebbe valso non già ad elidere del tutto le conseguenze invalidanti (che sarebbero comunque residue, determinando una riduzione dell'integrità fisica complessiva stimabile in misura pari al 7%), bensì a contenerle, potendosi pertanto imputare all'esclusiva responsabilità della struttura sanitaria non già l'intero pregiudizio, ma unicamente l'aggravamento "differenziale" delle predette conseguenze lesive,

suscettibile di innalzarne l'entità dal 7% al 12%.

Passando alla liquidazione del danno, secondo l'orientamento pacifico della Suprema Corte di Cassazione, - condiviso da questo giudice - *“In tema di quantificazione del danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge e dal criterio equitativo uniforme adottato dai giudici di merito (secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale attinente alla vita esterna del danneggiato, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, che fuoriescono da quelle normali ed indefettibili secondo l'“id quod plerumque accidit” entro le quali non è giustificata alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento. Ne deriva, pertanto, che costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del “danno biologico” e del c.d. “danno esistenziale”, appartenendo tali categorie (o voci) di danno alla stessa area protetta dall'art. 32 Cost., mentre non costituisce duplicazione risarcitoria, la differente ed autonoma valutazione compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal danneggiato in conseguenza della lesione del diritto alla salute”* (in termini la massima di Cass. n.23469/2018; conforme Cass. n. 7513/2018 e n.27482/2018).

Anche l'aspetto interiore del danno (c.d. danno morale), peraltro, deve essere oggetto specifico di allegazione e prova (vedi Cass. n.901/2018).

Invero, *“In materia di responsabilità civile, la natura unitaria ed omnicomprensiva del danno non patrimoniale deve essere interpretata nel senso che esso può riferirsi a qualsiasi lesione di un interesse o valore costituzionalmente protetto non suscettibile di valutazione economica, con conseguente obbligo, per il giudice di merito, di tenere conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze “in peius” derivanti dall'evento di danno, nessuna esclusa, e con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici; ne deriva che, a fini liquidatori, si deve procedere ad una compiuta istruttoria finalizzata all'accertamento concreto e non astratto del danno, dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, valutando distintamente, in sede di quantificazione del danno non patrimoniale alla salute, le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera interiore (c.d. danno morale, “sub specie” del dolore, della vergogna, della disistima di sé, della paura, della disperazione) rispetto agli effetti incidenti sul piano dinamico-relazionale (che si dipanano nell'ambito delle relazioni di vita esterne), autonomamente risarcibili”* (in termini la massima di Cass. n.23469/2018).

Alla luce delle considerazioni che precedono, posto che il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale (nel senso che deve ristorare interamente il pregiudizio, ma non oltre), sarà compito del giudice quello di procedere ad un'adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.

Nella liquidazione, avente natura essenzialmente equitativa, di una tale voce di danno, questo giudice ritiene di prendere le mosse dal criterio, ormai consolidato in giurisprudenza, del cosiddetto “punto tabellare”, in base al quale l'ammontare del danno viene calcolato in relazione all'età della parte lesa ed al grado di invalidità.

Orbene, si ritiene che debbano essere assunte a parametro di riferimento le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per l'anno 2021 costituenti l'aggiornamento delle Tabelle del 2018 (il cui utilizzo, per tutti i postumi non connessi alla circolazione stradale, è stato recentemente generalizzato da Cass. civ. nn. 12408 e 14402/2011), in quanto il calcolo del danno differenziale - per le ragioni esplicate in prosieguo - è il risultato della differenza tra il danno dell'invalidità in atto e quello derivante dall'invalidità che sarebbe presuntivamente residuata senza l'errore medico.

I termini di calcolo devono essere, quindi, determinati secondo parametri omogenei e, nella specie, uno dei termini da raffrontare ossia l'invalidità permanente in atto residuata (12%) è superiore al 9%.

Sulla base della Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per l'anno 2021, il danno non patrimoniale di carattere permanente in atto residuato ad U., avuto riguardo all'invalidità del 12% ed all'età del soggetto all'epoca del fatto (31 anni compiuti), va quantificato nella somma di € 32.036,00 secondo i valori attuali, utilizzando il valore punto del danno non patrimoniale di € 3.140,76 (comprensivo dell'aumento del 28% per danno morale), da moltiplicare per il grado di invalidità (12) e per il coefficiente (0,850) corrispondente all'età della persona danneggiata.

Si ritiene, infatti, di riconoscere integralmente la percentuale di danno morale in considerazione

della sofferenza psichica patita dall'attore derivante dai molteplici interventi eseguiti e delle lunghe convalescenze.

Non si ritiene di applicare al danno biologico permanente alcun aumento per personalizzazione, in assenza di allegazioni di parte in ordine a condizioni soggettive dell'attore che fuoriescono dalle conseguenze ordinariamente riconducibili al grado di invalidità accertato.

Ora, in assenza dell'errore medico ascrivibile all'Azienda convenuta, l'U. avrebbe patito un danno non patrimoniale permanente liquidabile in € 13.374,00, tenuto conto della percentuale di invalidità (7) e del corrispondente valore punto (€ 2.247,68) comprensivo della percentuale per danno morale. Appare corretto, in considerazione dei peculiari connotati dei criteri di liquidazione tabellari sopra richiamati (che garantiscono un incremento della misura del risarcimento in misura più che proporzionale al crescere della gravità dei postumi invalidanti a carattere permanente in concreto accertati), riconoscere allo U., a titolo di ristoro del danno non patrimoniale di carattere permanente, la somma di € 18.662,00 risultante dalla differenza tra il valore di liquidazione di un'invalidità permanente pari al 12% (in effetti residua in capo all'attore) ed il valore di liquidazione di un'invalidità permanente pari al 7% (che sarebbe comunque residua al paziente).

Sarebbe, infatti, erroneo - perché non aderente ai postumi effettivamente ascrivibili all'errore medico - calcolare direttamente un danno da postumi permanenti del 5%, che non è equivalente alla differenza tra il danno da postumi del 12% e quello da postumi del 7%.

Detta soluzione è quella più idonea - alla stregua delle peculiari modalità applicative del criterio di liquidazione tabellare prescelto - al fine di individuare un valore che restituisca l'equivalente pecuniario della parte del pregiudizio patito dallo U. effettivamente e concretamente ascrivibile a responsabilità della struttura ospedaliera convenuta.

A proposito dei danni causalmente riconducibili alla condotta medica colposa, non può essere condiviso l'ulteriore rilievo critico alla c.t.u. mosso dalla convenuta - attinente per la verità ad un profilo giuridico - secondo cui non si sarebbe tenuto in debito conto che le lesioni sono derivate da un sinistro stradale e che probabilmente sono state risarcite dalla compagnia assicurativa.

Invero, il calcolo del danno come sopra sviluppato, tiene conto soltanto del danno iatrogeno, ossia ascrivibile causalmente all'errore medico della struttura sanitaria e di cui la compagnia assicurativa per rc auto non potrebbe comunque rispondere.

D'altro canto, nessuna allegazione o prova è stata fornita dall'Azienda in ordine ad un integrale risarcimento in favore dello U. dei danni da lui subiti da parte di una compagnia assicurativa, la quale in ogni caso avrebbe titolo per surrogarsi per il danno iatrogeno.

Tornando alla quantificazione del danno, con riferimento al periodo accertato dal c.t.u. di inabilità temporanea totale e parziale (che si valuta al 50%), si liquida in via equitativa per danno non patrimoniale temporaneo la somma di € 99,00 al giorno, per un totale di € 6.930,00 (€ 3.960,00 + € 2.970,00).

Vanno, infine, riconosciute le spese sostenute dall'attore per la relazione del c.t. di parte pari ad € 1.220,00.

Ora, poiché il danno non patrimoniale sopra liquidato è espresso in valuta attuale, appare necessario "devalutare" lo stesso riportandolo all'equivalente alla data della sua insorgenza (03.09.2013, assunta come unica in considerazione della brevità del periodo di inabilità temporanea riconosciuto) e quindi procedere alla rivalutazione dalla data di insorgenza fino alla data della odierna decisione, inserendo nel montante le poste intermedie all'epoca di rispettiva insorgenza e applicando gli interessi alle somme che man mano si incrementano per effetto della rivalutazione (con cadenza mensile alla stregua della mensile variazione degli indici ISTAT), in conformità all'orientamento consolidato della Suprema Corte di Cassazione (Cass. S.U. n. 1712/1995; successive conformi tra le altre Cass. civ. n. 2796/2000, n. 7692/2001, n. 5234/2006, n. 16726/2009 e n. 18028/2010).

La somma riconosciuta, liquidata in valori attuali, infatti, se da un lato costituisce l'adeguato equivalente pecuniario, ad oggi, della compromissione di beni giuridicamente protetti, non comprende l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità della somma dovuta, provocata dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente in denaro del bene leso. Nei debiti di valore, come in quelli di risarcimento da fatto illecito, vanno

pertanto corrisposti interessi per il cui calcolo non si deve utilizzare necessariamente il tasso legale, ma un valore tale da rimpiazzare il mancato godimento delle utilità che avrebbe potuto dare il bene perduto.

In assenza di allegazione di segno diverso, può senz'altro farsi riferimento, quale criterio presuntivo ed equitativo, al tasso di interesse legale del periodo intercorrente tra la data del fatto e quella attuale.

Procedendo alla stregua dei criteri appena enunciati, a partire dal danno non patrimoniale sopra indicato in valori attuali (€ 25.592,00 di cui € 6.930,00 per danno da inabilità temporanea ed € 18.662,00 per danno da postumi permanenti), si determina il "danno iniziale", inteso come danno finale devalutato alla data di insorgenza dei crediti del 03.09.2013 (€ 24.120,64), il risultato si rivaluta quindi alla data del 09.05.2018 (€ 24.578,93), data di esborso delle spese per la relazione di c.t.p., con accantonamento degli interessi (€ 656,67), quindi la somma rivalutata (€ 24.578,93), si somma alle spese mediche di € 1.220,00 e il risultato (€ 25.798,93) si rivaluta dal 09.05.2018 alla data della odierna sentenza (€ 26.856,69), al contempo calcolando gli interessi maturati (€ 273,44).

Ciò posto, il pregiudizio sofferto dall'attrice a causa dell'inadempimento di parte convenuta, come sopra complessivamente determinato, ammonta dunque a complessivi € **27.786,80** (di cui € 26.856,69 per capitale rivalutato ad oggi ed € 930,11 per interessi) per danno non patrimoniale e patrimoniale. Sulla somma in questione - al cui pagamento va condannata l'Azienda convenuta - sono poi dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) e fino al soddisfo.

In applicazione del principio della soccombenza espresso dall'art.91 c.p.c., l'Azienda convenuta va condannata al pagamento delle spese di lite in favore dell'Erario, stante l'ammissione dell'attore al gratuito patrocinio.

Tali spese si liquidano nella misura indicata in dispositivo, tenuto conto del valore della domanda accolta, dell'attività in concreto svolta e dei parametri contenuti nel DMG 55/2014 (attuativo dell'art. 13, sesto comma, L. 247/2012) senza applicazione della riduzione della metà ai sensi degli artt. 82 e 130 del T.U. n.115/2002 non essendo prevista una corrispondenza tra quanto liquidato con decreto in favore del difensore ammesso al gratuito patrocinio e quanto in favore dell'Erario in sentenza (vedi da ultimo Cass. n.7560/2019).

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio devono porsi definitivamente a carico della Azienda convenuta.

p.q.m.

definitivamente pronunciando, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa, in accoglimento della domanda proposta da U. I. C. con atto di citazione notificato il 19 marzo 2019:

1) condanna l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello" al pagamento in favore di U. I. C. della somma di € **27.786,80**, oltre interessi legali dalla data della presente decisione fino al soddisfo;

2) condanna l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello" al pagamento in favore dell'Erario delle spese di lite sostenute da U. I. C., che liquida in € 7.254,00 per compenso professionale, oltre rimborso spese forfettarie in misura pari al 15% del compenso, I.V.A. e C.P.A. come per legge, ed oltre alle spese prenotate a debito maturate e maturande;

3) pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio definitivamente a carico della Azienda convenuta.

Palermo, 21 gennaio 2022.

**IL GIUDICE**  
dott.ssa Angela Notaro

*La presente sentenza viene redatta su documento informatico e sottoscritta con firma digitale dal Giudice*



*Angela Notaro, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del Ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.*