

N. R.G. 29781/2019



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di TORINO
Quarta Sezione Civile

in composizione monocratica, in persona del magistrato Sergio Pochettino ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 29781/19 R.G. Affari Contenziosi avente per oggetto: “Risarcimento danni per responsabilità medica ospedaliera”

VERTENTE TRA

G. A. (C.F. *omissis*), residente in *omissis*,

B. E. (C.F. *omissis*) residente in *omissis*,

G. E. (C.F. *omissis*) residente in *omissis*

G. F. (C.F. *omissis*) residente in *omissis* **G. T.** (C.F. *omissis*) residente in *omissis*
tutti rappresentati e difesi dall'avv. Renato AMBROSIO (C.F. MBRRNT52B13L219O) e dall'avv, Fabiana RAIMONDI (C.F. RMNFBN82L50L727G) presso il cui studio in Torino alla Via Bertola 2 sono elettivamente domiciliati, come da procura a margine dell'atto di citazione

- ATTORI - E



AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3, in persona del Direttore Generale, elettivamente domiciliata a Torino in Via Filangeri 14 presso lo studio dell' avv.to Riccardo SCOZIA (C.F. SCZR73D11L219M) che la rappresentano e difendono per delega in calce alla comparsa di costituzione e risposta

- CONVENUTA

CONCLUSIONI DELLE PARTI (precisate all'udienza del 22.2.22)

PER PARTE ATTRICE

IN VIA ISTRUTTORIA:

Previa - se del caso e solo ove ritenuto opportuno ai fini della decisione - rimessione della causa sul ruolo per l'ammissione dei capitoli di prova dedotti nella memoria istruttoria ex art. 183 comma VI n. 2 c.p.c. datata 15.09.2020 e non ammessi, nonché ogni ulteriore attività istruttoria ritenuta opportuna;

NEL MERITO:

1. *Dichiarare la civile responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale della AZIENDA SANITARIA LOCALE TO 3, in persona del legale rappresentante pro tempore, per i danni alla persona riportati dal sig. A. G., per tutti gli errori effettuati dai Sanitari operanti presso la convenuta Struttura, esposti in fatto ed in diritto, ed in particolare:*

1.a) *in via principale, per avere cagionato o contribuito a cagionare, per fatto dei suoi sanitari, le lesioni personali patite dal sig. A. G. meglio descritte in narrativa;*

1.b) *in via subordinata, per aver aggravato o contribuito ad aggravare, anche per fatto dei suoi sanitari, la possibilità del prodursi delle lesioni personali patite dal sig.*

A. G. e, dunque, per aver privato lo stesso di chance di evitare l'evento per cui è causa o di limitare i gravi esiti permanenti attualmente residuati;

2. *Condannare conseguentemente l'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO 3, in persona del legale rappresentante pro tempore:*

2.a) *in via principale, in accoglimento della domanda sub 1.a), al risarcimento dei danni, patrimoniali e non patrimoniali, anche futuri, tutti subiti dagli odierni attori, comprese le spese legali stragiudiziali e di mediazione, nella misura accertanda in corso di causa, stante la valutazione equitativa di tali voci di danno, con la rivalutazione e gli interessi anche compensativi dal fatto al soddisfo, fatti salvi i diritti,*



le azioni e le rivalse e diritti di Enti Mutualistici, Ospedalieri e Regionali per le erogazioni e le prestazioni effettuate a loro favore;

2.b) *in via subordinata, nel solo caso di mancato accoglimento della domanda sub 1.a), al risarcimento dei danni, patrimoniali e non patrimoniali, anche futuri, tutti subiti dagli odierni attori, comprese le spese legali stragiudiziali e di mediazione, discendenti dalla privazione di chance di evitare l'evento avverso, o di limitare le conseguenze dannose, nella misura accertanda in corso di causa, stante la valutazione equitativa di tali voci di danno, con la rivalutazione e gli interessi anche compensativi dal fatto al soddisfo, fatti salvi i diritti, le azioni e le rivalse e diritti di Enti Mutualistici, Ospedalieri e Regionali per le erogazioni e le prestazioni effettuate a loro favore;*

3. *Condannare inoltre la struttura sanitaria convenuta alla rifusione di tutte le spese (legali e tecniche, di CTU e CTP), onorari e competenze di giudizio, oltre 15% spese generali, IVA e CPA, oltre il costo della tassa di registro ed oltre spese, diritti onorari successivi occorrendi, con sentenza provvisoriamente esecutiva ex lege.*

PER PARTE CONVENUTA

Nel merito, in via principale, *respingere la domanda promossa dagli odierni attori in quanto infondata in fatto e in diritto, mandando conseguentemente assolta la conchiudente da ogni pretesa avversaria;*

in via subordinata e salvo gravame, *nella denegata ipotesi in cui le emergenze processuali evidenziassero profili di responsabilità della conchiudente in relazione ai fatti di causa, anche ai sensi dell'art. 1228 c.c. contenere il ristoro dovuto nei limiti del danno effettivamente provato.*

In via istruttoria,

Ammettersi, CTU medico legale sui documenti e atti della vicenda relativa al ricovero del sig. G. A. presso la struttura convenuta.

In ogni caso,

Con il favore delle spese, diritti ed onorari del presente giudizio, oltre ad Iva e CPA nelle misure di legge.

FATTO E DIRITTO

Viene esposta una narrazione riepilogativa della vicenda che ha formato oggetto del giudizio, nelle sue premesse sostanziali e nei risvolti processuali, nonché una sintetica prospettazione delle ragioni di diritto che determinano la decisione.

* * *



Gli attori indicati in epigrafe hanno evocato in giudizio l'Azienda Sanitaria Locale TO 3 (cui fa capo l'Ospedale di Rivoli) deducendo la responsabilità della predetta struttura sanitaria per le conseguenze lesive derivate a G. A., nonché per gli effetti pregiudizievoli riflessi derivati agli altri attori, suoi stretti famigliari, dall'esecuzione in data 24.6.2016 di intervento chirurgico di "*emicolectomia destra colonscopia*", deducendo che a motivo della inesatta esecuzione di tale intervento il predetto paziente dovette essere sottoposto in data 6.7.2016 nella medesima struttura ad un secondo intervento in conseguenza del formarsi postchirurgico di ascesso peritoneale, cui seguì in data

23.7.2016 a un terzo intervento urgente per "*peritonite plastica e raccolte ascessuali addominali e peristomale post operatorie*", eseguito presso altra struttura ospedaliera. La difesa attorea sulla base di perizia medica di parte ha dedotto che la decisione di procedere immediatamente ad intervento di emicolectomia fu prematura, stante l'assenza di previo prelievo bioptico e di accertamenti circa eventuale compromissione linfonodale, e che un diverso trattamento endoscopico, maggiormente conservativo, avrebbe con buona probabilità evitato l'intervento demolitivo da cui parte attrice ha sostenuto essere derivati a G. A. danni per invalidità permanente pari al 30 % e da invalidità temporanea per periodi protrattosi con gravità decrescenti per 330 giorni, che ha chiesto risarcirsi il danno non patrimoniale così subito dal predetto attore per importo quantificato in complessivi 225 mila circa, ed un danno patrimoniale da temporanea incapacità lavorativa per ulteriori Euro 23 mila circa.

Dolendosi inoltre che per tutto il biennio successivo il paziente fu costretto a mantenere ileostomia provvisoria, e che dovette conseguentemente ricorrere per tale lungo periodo al quotidiano aiuto del coniuge e dei figli - che si alternarono nell'assistenza, vivendo inoltre con angoscia e costante paura di perdere il padre - la difesa attorea ha concluso chiedendo la condanna dell'ASL TO3 convenuta al pagamento di Euro 80 mila in favore di ciascuno dei congiunti qui attori.

Si è costituita l'Azienda Sanitaria TO 3 di Rivoli la quale ha contestato quanto dedotto in citazione, ed in particolare la valutazione medico legale sulla quale è fondata la pretesa attorea, eccependo l'assenza di qualsivoglia responsabilità per i danni alla persona ivi lamentati, ed in particolare la mancanza di elementi per accertare la situazione preesistente e delle conseguenze che avrebbero potuto derivare dalla effettuazione di un ipotizzato intervento più conservativo; contestata altresì la quantificazione dei danni ha concluso chiedendo rigettarsi ogni domanda risarcitoria



L'istruttoria ha preso le mosse dall'espletamento di CTU medica, con nomina di specialista in medicina legale, di specialista in oncologia ed ematologia e di specialista in chirurgia generale.

Ad avvenuto deposito dell'elaborato peritale si è quindi proceduto all'assunzione della prova orale su quelli tra i capi dedotti da parte attrice ritenuti rilevanti e non superflui - in ordine all'esigenza di valutare la sussistenza del danno non patrimoniale prospettato dai congiunti dell'attore G. A. - e quindi, sulle conclusioni precisate dalle parti nei termini in epigrafe trascritti e previa deposito degli scritti difensivi conclusionali, la causa viene per l'odierna decisione.

* * *

All'esito dell'approfondimento disposto mediante CTU medica la domanda formulata dall'attore G. A. può ritenersi fondata e va accolta, per le ragioni e nei termini risarcitori di seguito precisati.

1. Brevi richiami ai principi in materia di responsabilità medica in ambito civile

Si ritiene preliminarmente opportuno evidenziare che la fattispecie per cui è causa è tuttora inquadrabile e riconducibile all'ambito della responsabilità contrattuale della struttura ospedaliera (unica convenuta in questo giudizio), secondo i principi elaborati precedentemente alla disciplina (in parte innovativa) introdotta in materia di responsabilità medica dalla legge n. 24 del 8.3.2017.

Deriva da quanto sopra che la valutazione circa la sussistenza di inesatto adempimento, generativo di obbligazione risarcitoria, deve ritenersi disciplinata in via generale - soprattutto per quanto concerne i relativi oneri probatori - dal disposto dell'art. 1218 c.c., secondo l'interpretazione e le applicazioni che sono state elaborate in materia di responsabilità sanitaria dalla cospicua giurisprudenza intervenuta in materia a partire dalla fine degli anni '90 con ricorso a figura contrattuale cd. "di speditività" derivante dal contatto sociale.

Avuto riguardo in specifico alla ripartizione dell'onere probatorio in ambito di responsabilità contrattuale in generale, e medica in particolare - così come enunciati dalla ormai consolidata giurisprudenza della Suprema Corte, ancora da ultimo confermata (sentenze nn. 28989 - 28991 e 28992 del 11.11.2019) - vige la regola per cui il paziente che intenda far valere la responsabilità della struttura sanitaria per danni



derivanti da trattamento sanitario inadeguato deve dimostrare il titolo della sua pretesa, consistente nell'aggravamento della propria situazione patologica (o nell'insorgenza di nuove patologie), ed allegare inoltre la sua derivazione e connessione causale con la prestazione erogata (cd. inadempimento qualificato). Mentre, adempiuto da parte attrice siffatto predetto onere probatorio, è onere della struttura sanitaria dare prova dell'esatto adempimento della prestazione medica, ovvero che il peggioramento delle condizioni soggettive o il danno alla salute derivato siano dipesi da eventi o reazione soggettiva del tutto estranei al comune decorso, imprevedibili e dunque non prevenibili; e che non sussisterebbe per tali ragioni alcun nesso causale tra condotta del debitore e pregiudizio del creditore. (Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. 18 aprile 2005 n. 7997; ed in via generale, quanto a responsabilità *ex contractu*, Cass. Sez. Un. 30 ottobre 2001, n. 13533). Con l'ulteriore osservazione, ancora rimarcata in talune recenti pronunce rese in materia, che per ritenere sussistente un nesso causale tra prestazione e danno onde rinvenire responsabilità per inadempimento - diversamente che dall'ambito penalistico (ove è richiesta la prova "al di là di ogni ragionevole dubbio) - vige nella causa per la responsabilità civile contrattuale ed extracontrattuale la regola della preponderanza dell'evidenza causale, altresì detta del "*più probabile che non*".

La *regola iuris* per addivenire ad accertamento di responsabilità medica - è stato più volte evidenziato anche in sede di legittimità - richiede l'accertamento del nesso di causalità tra condotta dei sanitari e lesioni ma non anche, sul piano soggettivo, il concreto atteggiarsi dell'elemento soggettivo della colpa, intesa come prevedibilità e prevedibilità dell'evento dannoso da parte del sanitario stesso e/o della struttura; verte dunque sulla qualità oggettiva della prestazione richiesta per il raggiungimento dell'obiettivo costituito dalla guarigione del paziente o - come è nel caso di specie - dalla prevenzione di possibili esiti negativi o peggiorativi delle condizioni personali sopravvenute nel corso dell'intervento.

A carico della struttura sanitaria convenuta in giudizio grava pertanto, secondo l'orientamento consolidato richiamato che qui pienamente si condivide, un duplice onere probatorio:

- dimostrare di aver impiegato nell'espletamento della prestazione sanitaria la perizia ed i mezzi tecnici adeguati allo standard professionale della categoria di interventi in esame, tale standard valendo a determinare, in conformità alla regola generale, il



contenuto della perizia dovuta e la corrispondente misura dello sforzo diligente adeguato per conseguirlo, nonché del relativo grado di responsabilità;

- inoltre, che l'inesatto adempimento – estrinsecatesi nel mancato conseguimento degli obiettivi terapeutici conseguibili o che è ragionevole attendersi da tale intervento, o nell'insorgenza di complicanze - nel caso di specie l'ascesso peritoneale con necessità di reinterventi (cfr. relazione di CTU pag. 34) - è dovuto a causa non imputabile agli operatori sanitari, in quanto determinato da fattore non prevedibile ne' prevenibile con la diligenza nel caso dovuta (cfr. Cass. Sez. 3, n. 8826 del 2007).

Dall'assetto degli oneri probatori sopra delineato è stato fatto derivare che *“qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore”* della prestazione vale a dire la struttura sanitaria (così Cass. 30.9.2014 n. 20547; Cass. Sez. III 7 dicembre 2017 n 29315), E ciò, come osservato in altra coeva pronuncia, a motivo del fatto che *“l'onere probatorio in ordine alla ricorrenza del nesso di causalità materiale – quando l'impegno curativo sia stato assunto senza particolari limitazioni circa la sua funzionalizzazione a risolvere il problema che egli presentava - si sostanzia nella prova che l'esecuzione della prestazione si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta la prestazione, o dal suo aggravamento, fino ad esiti finali costituiti dall'insorgenza di una nuova patologia”* (Cass. 12.9.2013 n. 20904). Qualora non vi sia incertezza sull'esistenza della relazione causale sul piano naturalistico (causalità materiale), spetta invece alla struttura sanitaria dimostrare che l'impossibilità di correttamente adempiere alla prestazione sanitaria richiesta - e dunque che il mancato esito sperato - siano derivate da causa ad essa (per il tramite dei sanitari) non imputabili (così Cass. Sez. III 26 luglio 2017 n. 18392).

Viene delineata nella pronuncia da ultimo richiamata quella *“duplicità del ciclo causale”* che coordina tra loro gli oneri probatori rispettivamente a carico delle parti del rapporto di cura, assetto che viene richiamato anche nelle successive ulteriori pronunce di legittimità (cfr. Cass. Sez. III civile 11 novembre 2019 nn. 28989, 28991 e 28992).

Sulla collocazione in ambito contrattuale della responsabilità medica - risultato come detto della lunga evoluzione della giurisprudenza di legittimità sopra concisamente richiamata e che è stata confermata dalla legge 24/2017 - si ritiene ancora opportuno evidenziare, considerato l'epoca in cui venne erogata la prestazione sanitaria (24.6.2016) - non ha avuto incidenza alcuna neppure la modifica normativa che era



stata apportata dal decreto legge 158/12, convertito con legge 189 dell' 8.11.12, la cui *ratio* – secondo i primi commenti ed applicazioni giurisprudenziali - doveva ritenersi limitata all'obiettivo di escludere la configurabilità nell'ambito di prestazioni sanitarie di una responsabilità penale per le ipotesi di colpa lieve.

Tra le possibili forme che può assumere la responsabilità sanitaria, pare infine opportuno precisare, deve includersi anche quella derivante dall'assunzione di prestazioni curative nonostante l'inadeguatezza delle risorse tecniche o delle competenze specialistiche richieste per l'intervento in concreto posto in essere. Assume rilievo in tal caso la violazione dell'obbligo di astenersi e di indirizzare il paziente presso altre strutture, come evidenziato anche in sede di legittimità laddove è stato ritenuto *“in colpa il medico che, in presenza di un paziente che non possa essere adeguatamente curato nella struttura ospedaliera in cui si trova, ometta di attivarsi per tentare di disporre il trasferimento in altra più idonea struttura.* (così Cassazione civile sez. III, 22/10/2014, n. 22338).

2. La vicenda in esame: le risultanze istruttorie

Provati dunque dall'attore G. A. l'espletamento da parte della struttura ospedaliera della prestazione sanitaria, in forza del cosiddetto contatto sociale, per la valutazione della dedotta responsabilità come delineata in ambito civile dalla giurisprudenza sin qui concisamente richiamata - e che, come osservato, quanto alla posizione della struttura sanitaria non è stato modificato dalla recente riforma sulla sicurezza delle cure in ambito sanitario (cd. legge Gelli/Bianco n. 24 del 2017) – deve procedersi sulla base delle risultanze della CTU medica collegiale espletata, che in primo luogo ha acclarato la diretta relazione causale tra modalità di intervento – in particolare la *“strategia di rimozione del polipo sessile di grosse dimensioni in concreto adottata”* - e l'ascesso peritoneale che ha determinato la necessità di reintervento e le lunghe traversie successive.

Quanto al necessario nesso di causalità tra (in)appropriatezza delle cure e conseguenze lesive verificatesi, assume rilievo decisivo la valutazione dei CTU in ordine alla sussistenza di possibili alternative, meno invasive, cui i sanitari avrebbero potuto ricorrere, e quindi la censurabilità della scelta in prima battuta di una procedura chirurgica radicale, piuttosto che previamente ricorrere a trattamento conservativo mediante exeresi endoscopica con dissezione della sottomucosa; procedura alternativa questa per la cui adozione non vi era a quel momento



controindicazione alcuna e che secondo il Collegio peritale avrebbe potuto/dovuto essere preferita all'esito di valutazione non sommaria (cfr. pag. 27).

Seguendo l'approccio interpretativo ed applicativo degli oneri probatori in tema di responsabilità sanitaria predicati nei termini di duplicità del ciclo causale - deve allora evidenziarsi come - accertato il rapporto di causalità materiale tra intervento curativo, così come eseguito, e danno verificatosi - era onere della struttura sanitaria convenuta dare prova del motivo per cui, piuttosto che quella più conservativa, venne invece attuata una strategia chirurgica più invasiva e rischiosa, rivelatasi poi foriera delle complicanze post-operatorie.

In presenza di eventi definibili in letteratura medica come complicanze - ha ancora recentemente (ed invero assai efficacemente) sintetizzato la Suprema Corte, non vi è infatti che una duplice alternativa con contrapposti possibili esiti:

- *“o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile (o comunque, qualora verificatosi, verosimilmente rimediabile con idonea tempestiva terapia) ed in tal caso esso va ascritto a colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze";*
- *ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile né curabile, ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art. 1218 c.c., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze" (così Cass. Sez. 3, n. 13328 del 30/06/2015).*

La circostanza che un evento indesiderato sia qualificato dalla clinica come "complicanza" - viene ancora sottolineato nella pronuncia sopra richiamata - *“non basta a farne di per sé una "causa non imputabile" ai sensi dell'art. 1218 c.c.”.*

Nella vicenda in esame, secondo quanto valutato dal Collegio peritale, elemento dirimente per una valutazione in termini di responsabilità medica - come già rilevato - è dato dalla constatazione che le complicanze in concreto realizzatesi erano assai verosimilmente evitabili con un diverso approccio non chirurgico: possibilità questa che tuttavia non venne neppure prospettato al paziente, come sarebbe stato invece doveroso date le circostanze. Non risulta invero fossero presenti - secondo quanto riferito dai CTU, sulla base peraltro degli stessi elementi discussi anche dai CTP - quelle condizioni di “alto rischio” cancerogeno evocate dalla difesa della convenuta, in presenza delle quali avrebbe forse potuto giustificarsi la decisione di immediatamente ricorrere a tecnica chirurgica maggiormente invasiva, con i rischi di



complicanze noti in letteratura medica e che nel caso di specie vennero effettivamente a concretizzarsi.

La scelta di procedere per via chirurgica - si trae ancora da quanto riferito dal Collegio peritale - è verosimile possa essere stata influenzata (anche, e forse soprattutto) dalla *“eventualità che presso la struttura (Ospedale di Rivoli) non vi fosse la necessaria expertise per procedere a exeresi del polipo con tecniche endoscopiche”*; ma anche in tal caso – come ben fondatamente osservato dai CTU – doveva comunque essere offerta al paziente la possibilità di essere trattato in altri Centri di riferimento, anche in considerazione del fatto che in questa città di Torino è presente (presso la Città della Salute e della Scienza) struttura di eccellenza - la struttura di Endoscopia Digestiva “E. M.” - che sin dal 2014 dispone(va) della strumentazione necessaria per praticare resezioni endoscopiche mucose (EMR) e sottomucose (ESD).

La superiore osservazione si presenta di per sè sufficiente, e come detto decisiva, per ritenere integrati i presupposti di una responsabilità per inesatto adempimento della prestazione medica, il cui contenuto - come già sopra evidenziato - può talvolta imporre ai sanitari coinvolti di eventualmente anche astenersi dall'intervenire, attivandosi piuttosto per indirizzare il paziente presso strutture di riferimento maggiormente idonee ed in grado di prospettare ed eseguire interventi conformi agli standard qualitativi ordinariamente conseguibili secondo le migliori competenze e tecniche del momento (cfr. Cass. sez. III 22338/14 cit.)

Nel quadro storico e probatorio come sopra delineato - facendo applicazione dei principi giurisprudenziali in precedenza richiamati, ed altresì di quello (parimenti affermato in materia di responsabilità medica) cd. della “vicinanza della prova”, secondo cui ricadono sulla struttura sanitaria eventuali inadeguatezza della documentazione dell'attività medica svolta - deve dunque pervenirsi alla conclusione in termini di responsabilità della struttura sanitaria per il danno da complicanze post-operatorie riportato da G. A., in quanto evitabili con diversa e più diligente condotta sanitaria.

3. La liquidazione delle voci di danno

a) Il danno non patrimoniale derivato al paziente G. A.

La riconducibilità del danno alla persona alla mancata prova dell'esatto adempimento da parte della convenuta struttura sanitaria comporta il riconoscimento in favore dell'attore G. A. del risarcimento per danno non patrimoniale, da calcolarsi quanto alla



invalidità permanente nella misura del 18% stimata dai CTU, e quanto all'invalidità temporanea nelle entità e durate parimenti indicate nella relazione peritale.

Per la liquidazione del danno non patrimoniale può procedersi in base ai parametri tabellari elaborati in giurisprudenza dal Tribunale di Milano, con l'obiettivo da un canto di individuare la tipologia dei danni indennizzabili in relazione alla funzione del risarcimento per equivalente, e dall'altro di dare conto dei parametri adottati per la loro quantificazione e liquidazione, con particolare riferimento alla necessità di dare concreta attuazione in situazioni analoghe al generale criterio equitativo fissato all'art. 1223 c.c. (richiamato dall'art. 2056 c.c.): esigenze queste cui è conseguita l'adozione da parte di un numero sempre crescente di giudici di merito, a partire dalla metà degli anni '90, di modalità di predeterminazione e standardizzazione del danno alla persona. Paiono sufficienti in questa sede, sul punto, richiami alle pronunce della Suprema Corte a Sezioni Unite nn. 8827/03 e 8828/03, così come ribaditi nelle motivazioni della nota pronuncia a Sezioni Unite n. 26973 dell'11.11.08; nonché - con particolare riferimento all'adozione di criteri uniformi ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 cod. civ. ed all'individuazione nelle Tabelle predisposte dal predetto Ufficio Giudiziario di Milano del parametro valido "per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione all'integrità psico-fisica", con utilizzo di quelle vigenti all'epoca della decisione (nel caso di specie quelle pubblicate per l'anno in corso) - alla pronunce di legittimità n. 14402 del 30.6.11 e 7272 dell' 11 maggio 2012.

La difesa attorea ha insistito per il riconoscimento in favore del danneggiato anche della maggiorazione prevista nelle predette tabelle per la personalizzazione del danno.

L'istanza è fondata e può essere accolta, limitatamente peraltro alla voce di danno non patrimoniale relativa alla invalidità temporanea.

La liquidazione del danno per i periodi di invalidità temporanea indicati dai CTU viene qui effettuata tenendo conto del lungo periodo (dal luglio 2016 al settembre 2018) in cui si è protratta la condizione di grave disagio e di mancata autonomia del G., derivata dalla ileostomia, condizione soggettiva di minorata autonomia per le funzioni e necessità quotidiane basilari che è stata confermata anche dalle deposizioni testimoniali rese dai figli. Valutazione che conduce al riconoscimento del risarcimento per invalidità temporanea con personalizzazione massima prevista dalle tabelle sopra richiamate, comportante per il periodo invalidità totale l'attribuzione dell'importo



giornaliero di Euro 149,00 e per gli altri periodi di invalidità parziale i valori pro quota corrispondenti.

Tanto premesso, ed avuto riguardo dunque all'entità delle conseguenze dannose in concreto verificatesi, rilevate ed esposte nella relazione di CTU medica collegiale espletata in corso di causa, possono dunque valutarsi e liquidarsi i danni all'integrità psicofisica della persona come segue:

- invalidità temporanea totale protrattasi per giorni 65 risarcibili al valore medio giornalieri di Euro 149,00 e quindi per complessive Euro 9.685,00; - invalidità temporanea parziale al 75 % protrattasi per ulteriori giorni 25, risarcibili al valore giornalieri di Euro 111,75 e quindi per complessive Euro 2.793,75;

- invalidità temporanea parziale al 50 % protrattasi per ulteriori giorni 120, risarcibili al valore giornalieri di Euro 74,50 e quindi per complessive Euro 8.940,00;

- invalidità temporanea parziale al 25 % protrattasi infine per ulteriori giorni 120, risarcibili al valore giornalieri di Euro 37,25 e quindi per complessive Euro 4.470,00;

Quanto ai postumi di natura permanente, stimati dai CTU come detto in misura pari al 18 %, questi sono da liquidarsi per l'importo complessivo di Euro 52.606,00, di cui Euro 39.258,00 per danno biologico ed Euro 13.348,00 per danno morale. Detta quantificazione tabellare, come più volte evidenziato dalla Corte di legittimità, nella normalità dei casi - salvo cioè assolvimento di specifici oneri probatori relativamente a profili di danno ulteriori, che qui sono stati ritenuti sussistenti limitatamente alla invalidità temporanea - può intendersi *“comprensiva anche della componente prettamente soggettiva data dalla sofferenza morale conseguente alla lesione della salute, sia pure in una dimensione, per così dire, standardizzata, come risulta essere stato fatto con le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano, alla stregua delle esplicazioni fornite in occasione della loro diffusione”*. (così Cass. civile, sez. III, 06.03.2014 n° 5243). Ciò in quanto l'incremento per personalizzazione - nel caso di specie (anche) del risarcimento per invalidità permanente - si giustificherebbe *“solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provare dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna personalizzazione in aumento*. (tra le molte, si veda da ultimo ancora Cassazione civile sez. III, 28/03/2022, n. 9878)



Il danno alla persona subito da G. A. complessivamente risarcibile viene dunque liquidato in complessivi Euro 78.494,00

L'ammontare del risarcimento come sopra complessivamente calcolato è stato liquidato con riferimento a parametri di liquidazione equitativi (tabellari), riferiti all'attualità.

Trattandosi di obbligazione risarcitoria espressa agli attuali valori monetari la medesima - previa devalutazione alla data 24.6.2016 del primo intervento in Euro 69.834,00 - va maggiorato degli interessi legali da tale data all'attualità per ulteriori Euro 1.544,25, con determinazione finale complessiva del risarcimento all'attualità pari ad Euro **80.038,25**; somma quest'ultima che per le ragioni sopra esposte la convenuta ASL TO 3 va condannata a corrispondere all'attore G. A., maggiorata degli interessi legali da oggi al soddisfo.

b) Il danno patrimoniale: minor reddito da invalidità temporanea La difesa di parte attrice ha dedotto che in seguito alle limitazioni funzionali connesse alle lesioni riportate il signor G. *“ha subito una inabilità lavorativa specifica di 5 mesi a totale e 6 a parziale massima”*, e sulla base del riscontro documentale costituito dalla dichiarazione dei redditi per l'anno 2015 (indicato come quelli più elevati del triennio precedente all'evento), in analogia a quanto previsto dall'art. 137 D.Lgs 209 2005 ha chiesto condannarsi parte convenuta al risarcimento del danno patrimoniale per mancato guadagno, quantificato in complessivi Euro 23.013,60.

La domanda risarcitoria formulata con riferimento alla predetta voce di danno patrimoniale è fondata e va accolta.

Le risultanze istruttorie in atti, conducono a ritenere provata l'esistenza di una correlazione causale immediata e diretta, ai sensi dell'art. 1223 c.c., tra lesioni subite e diminuzione del reddito da attività professionale, quantomeno per i periodo di 150 giorni successivo al trattamento chirurgico che valutati dai CTU come periodo di invalidità lavorativa temporanea assoluta successiva al trattamento chirurgico, e per l'ulteriore periodo di giorni 180 con incapacità lavorativa specifica valutata al 50%

I consulenti nominati componenti del Collegio peritale hanno in effetti confermato che *“dalla vicenda chirurgica in discussione è derivato un periodo di inabilità assoluta allo svolgimento dell'attività lavorativa specifica (quella di commercialista consulente aziendale) per la durata di mesi 5, periodo seguito da altro di 6 mesi di inabilità parziale al 50 %”*



Per la determinazione del danno da perdita di reddito correlato all'invalidità temporanea e permanente può farsi riferimento in via analogica a quanto previsto dal citato art. 137 Codice delle Assicurazioni e - trattandosi di reddito da prestazioni professionale riconducibili al lavoro autonomo - riferirsi al reddito netto dichiarato dal danneggiato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche in uno dei tre anni antecedenti l'evento dannoso, reddito che sulla base della dichiarazione fiscali prodotte in copia risulterebbe pari ad Euro

33.096,00 per il periodo d'imposta 2014 (doc. 8).

Facendo applicazione dei criteri normativi e dei dati documentali sopra indicati - e valutata l'incidenza giornaliera del minor reddito pari ad euro 90,67 (33.096,00 : 365) rapportata al numero di invalidità lavorativa totale per 150 giorni e per parziale al 50 % per ulteriori 180, può riconoscersi un risarcimento del danno per minor reddito giornaliero pari a complessivi **Euro 21.761,75** (13.601,10 + 8.160,66). La predetta somma, trattandosi di credito di valore che solo con la liquidazione in questa sede assume veste di credito di valuta, deve essere maggiorato degli interessi legali da oggi al soddisfo.

c) Il danno non patrimoniale “riflesso” prospettato dagli altri attori, famigliari di G. A.

Con l'atto introduttivo del giudizio i congiunti del danneggiato, la (ex) moglie B. E. ed i figli G. E., G. F. e G. T. hanno chiesto il riconoscimento di danni non patrimoniali “riflessi”, vale a dire dei danni non patrimoniali che essi hanno dedotto di aver patiti *iure proprio* in conseguenza della condizione di invalidità derivate al proprio (ex) coniuge e padre, e della loro incidenza sulla serenità familiare e sulla quotidianità dei rapporti di ciascuno di essi con il proprio caro.

La domanda risarcitoria - alla luce anche delle circostanze emerse attraverso l'acquisizione della prova testimoniale - può ritenersi fondata ed essere accolta, nei limiti che vengono qui di seguito specificati

Costituisce fatto notorio, valorizzato anche in molteplici pronunce, come *“il rapporto di stretta parentela esistente fa presumere, secondo un criterio di normalità che anche i familiari della cerchia più ristretta soffrano per le gravi lesioni permanenti riportate dal proprio congiunto prossimo”*. Per la risarcibilità di siffatti patimenti - è stato evidenziato - *“non è necessario che queste sofferenze si traducano in uno “sconvolgimento delle abitudini di vita”, in quanto si tratta di conseguenze estranee al danno morale, che è piuttosto la soggettiva perturbazione dello stato d'animo, il*



patema, la sofferenza interiore della vittima, a prescindere dalla circostanza che influisca o meno sulle abitudini di vita. (in argomento Cass. Sez. 3 - n. 7748 del 08/04/2020).

Rileva in altri termini – hanno ancora sottolineato i Giudici di legittimità - ed è peraltro anche sufficiente il fatto “*che il familiare di una persona lesa dall'altrui condotta illecita possa per tale motivo subire uno stato di sofferenza soggettiva e un necessitato mutamento peggiorativo delle abitudini di vita (incidente sul profilo dinamico della propria esistenza): entrambi i pregiudizi debbono essere risarciti, alla sola condizione che essi rivestano i caratteri della serietà del danno e della gravità della lesione, senza che possano valere ad escludere la sussistenza del pregiudizio la circostanza che l'invalidità del congiunto non sia totale o il fatto che l'assistenza possa essere stata ripartita fra più familiari*”, trattandosi di elementi rilevanti al solo fine della quantificazione del danno. (è quanto evidenziato in Cass. Sez. 3 n. 28220 del 04/11/2019).

Il predetto mutamento peggiorativo e stato di sofferenza soggettiva dei componenti il ristretto nucleo familiare può assumere rilievo ai fini risarcitori anche se circoscritto nel tempo, in ragione dell'evolversi positivo della condizione soggettiva del proprio familiare e/o dello stabilizzarsi in termini di grado di invalidità permanente – quali quelle rilevate dai CTU – tali da non configurare una riflessa permanente condizione di analoga limitazione nei familiari.

Tanto osservato e richiamato, nella vicenda in esame è stata fornita e può ritenersi raggiunta la prova di significative ripercussioni negative nella vita dei congiunti del G. odierni attori protrattesi e limitata ai soli periodi di invalidità totale e di parziale massima e quindi per la durata di complessivi giorni 330 successivi all'intervento.

La quantificazione di una siffatta temporanea condizione soggettiva di angoscia e di oggettive limitazioni derivate dalla quotidiana continua assistenza del proprio caro può essere equitativamente stimata incidente nella misura del 20 % giornaliero per il primo periodo (150 giorni), e del 10 % per il secondo periodo (180 giorni); per modo che - assumendo come comune generale parametro quello della invalidità temporanea fissato dalle Tabelle Milanesi nella misura di Euro 120,00 al giorno - può riconoscersi a ciascuno degli (altri) odierni attori, congiunti del G. A., un danno non patrimoniale rispettivamente di Euro 24,00 giornaliero per il primo periodo e di Euro 12,00 giornaliero per il secondo periodo, e dunque complessivi Euro 5.760,00 (3.600,00 + 2.160,00).



4 - La regolamentazione delle spese del giudizio

La decisione sulle spese giudiziali segue anche nella presente controversia il criterio della soccombenza, fissato in via generale dall'art. 91 c.p.c.

Parte convenuta va pertanto condannata a rimborsare agli attori l'importo che - facendo riferimento per la sua determinazione all'entità del credito risarcitorio complessivamente riconosciuto, in applicazione del criterio c.d. del *decisum* (Cass. S.U. 19014/07) - tenuto conto della tariffa professionale vigente, in assenza di nota spese viene liquidata come in dispositivo.

Vanno inoltre poste definitivamente a carico della parte convenuta anche le spese della CTU, nella misura liquidata in corso di causa.

* * *

La difesa di parte attrice ha chiesto (ed insistito ancora nelle note conclusive) per conseguire il rimborso anche di spese stragiudiziali, per ammontare onnicomprensivo indicato in Euro 2 mila.

Il rimborso delle spese stragiudiziali è previsto dall'art. 20 del Decreto ministero Giustizia n. 55 del 10.3.2014 per quella sola attività svolta prima o in concomitanza con l'attività giudiziale che rivesta autonoma rilevanza rispetto a quest'ultima.

Principio ribadito in giurisprudenza è quello secondo cui le spese legali stragiudiziali sostenute dal danneggiato (o suoi aventi causa) per conseguire risarcimento del danno costituiscono voce di danno risarcibile a condizione che esse siano state necessarie o utili.

L'esborso per spese di assistenza stragiudiziale, in particolare, ha natura di danno emergente, consistente nel costo sostenuto per l'attività svolta da un legale in detta fase pre-contenziosa. Il creditore ha invero facoltà, in ragione del suo diritto di difesa costituzionalmente garantito, di farsi assistere da un legale di fiducia

Nel caso tuttavia in cui la controversia sia sfociata – come nella vicenda in esame - in giudizio nel quale il richiedente sia vittorioso, le spese legali sostenute nella fase precedente all'instaurazione del giudizio divengono una componente del danno da liquidare - ed il rimborso delle spese previsto dall'art. 20 del Decreto ministero Giustizia n. 55 del 10.3.2014 è ammesso - limitatamente alle sole attività svolte prima o in concomitanza con l'attività giudiziale che rivestano autonoma rilevanza rispetto a quest'ultima (cfr. Cassazione civile, sez. un., 10/07/2017, n. 16990).



Nella vicenda in esame non sono state documentate attività che non siano quelle attinenti al procedura di mediazione (la cui attività difensiva è oggetto di separata specifica liquidazione), se non avuto riguardo all'esborso di Euro 48.80 relativo a tale fase, ragione per cui la relativa domanda può essere accolta limitatamente al predetto ammontare.

P.Q.M.

Il Tribunale di Torino,
rigettata ogni contraria istanza, deduzione, difesa o eccezione, condanna la convenuta Azienda Sanitaria Locale TO 3 al pagamento in favore dell'attore G. A. della somma di Euro 101.800,00 (80.038,25 + 21.761,75) oltre interessi legali da oggi al soddisfo; condanna inoltre la predetta convenuta a corrispondere agli attori B. E., G. E., G. T. e G. F., a titolo di risarcimento danni non patrimoniali, l'importo di Euro 5.760,00 per ciascuno di essi, oltre interessi legali su tali somme da oggi al soddisfo; condanna la predetta convenuta a rimborsare agli attori le spese di lite per importo che - avuto riguardo all'ammontare del credito risarcitorio liquidato con la presente pronuncia, alla difficoltà della causa ed all'attività difensiva espletata, liquida in Euro 13.430,00 per compenso professionale ed Euro 5.239,00 per esposti (di cui Euro 3.050,00 per rimborso spese di CTP, Euro 1.241,00 per contributo unificato ed Euro 948,80 per spese di mediazione) oltre al rimborso forfettario 15%, IVA e CPA e successive occorrenze come per legge; pone definitivamente a carico della convenuta le spese di CTU nella misura liquidata in corso di causa.

Torino, lì 18.8.2022

Il Giudice
Sergio Pochettino

