

Tribunale Catanzaro, Sez. I, Sent., 12/10/2023, n. 1660

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI CATANZARO
SEZIONE I CIVILE

in composizione monocratica, nella persona della dott.ssa Olimpia Abet, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 1070 del ruolo generale degli affari contenziosi dell'anno 2011

TRA

L.M.C. (c.f. (...)), nata a M. (R.) l'(...), residente in C., alla via D. R. n. 14, elettivamente domiciliata in Catanzaro, alla via Fratelli Plutino n. 29, presso lo studio degli avv.ti Domenico Calì e Salvatore Calì, che la rappresentano, unitamente e disgiuntamente all'avv. Salvatore Nardò, giusta procura in atti

- attrice -

E

AZIENDA O. "P.C." DI C. (P.I. (...)), in persona del Commissario Straordinario e l.r.p.t., con sede in Catanzaro alla via V. Cortese ed ivi elettivamente domiciliata presso l'ufficio legale, rappresentata e difesa dall'avv. Florenza Russo, giusta procura in atti

-convenuta-

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

1- Con atto di citazione, ritualmente notificato, in data 18 marzo 2011, M.C.L. conveniva in giudizio l'Azienda O.P., esponendo:

- che, in data 2 maggio 2007, manifestava un episodio di disorientamento spazio/temporale, con emicrania ed impaccio motorio, della durata di pochi minuti, per cui veniva accompagnata presso il Servizio di Pronto Soccorso del presidio ospedaliero P. C. di C.;

-che i sanitari di turno rilevavano "riferito stato confusionale", disponevano esame elettrocardiografico, visita cardiologica e esami ematochimici, le somministravano la seguente terapia: "mannitolo 18% 250 ml flac" e, infine, ne disponevano il ricovero, presso la Divisione di Medicina Interna donne del medesimo presidio ospedaliero, ove ella restava ricoverata fino al giorno 4 maggio 2007;

-che, nel corso di detto ricovero, i sanitari effettuavano esami clinici, tra cui esame elettrocardiografico, che veniva refertato negativo per patologie;

-che, quindi, ella veniva dimessa in data 4 maggio 2007;

- che, invero, l'esito dell'E. non era negativo, ma dallo stesso risultava una fibrillazione atriale, non riconosciuta, in quanto oggetto di errata interpretazione;

- che detta errata interpretazione ha fatto sì che il TIA manifestato dall'attrice venisse considerato non cardioembolico, tanto che la stessa venne dimessa con diagnosi di " ischemia cerebrale transitoria" con prescrizione della terapia farmacologica antiaggregante piastrinica "Aspirina 0.3 1 cpr";

- che detta terapia è risultata inadeguata, perché il TIA manifestato dalla L. era cardioembolico, in quanto sostenuto da F.A.P.;

- che, rientrata nella propria abitazione, la L. manifestava un apparente benessere, fino alla mattina del 6 maggio 2007, quando presentava un nuovo episodio di disorientamento spazio/temporale, con emicrania, impaccio motorio e conseguenze lesive, consistenti in una deviazione della rima buccale e in una deviazione interna degli occhi con deficit campimetrico;

- che, qualora fosse stata prescritta la corretta prevenzione secondaria farmacologica a base di anticoagulante, anziché a base di antiaggregante piastrinico, la L. non avrebbe manifestato l'ictus cerebrale del 6 maggio 2007;

- che tale condotta erronea è stata causa unica e diretta della mancata prescrizione di idonea terapia anticoagulante in qualità di prevenzione secondaria nella L., a fronte della prescritta terapia antiaggregante;
- che la E. Laterale Omonima sinistra della L. deve essere considerata quale postumo direttamente riconducibile alla condotta dei Sanitari, che ebbero in cura la predetta dal 2 maggio 2007 alla mattina del 4 maggio 2007;
- che la L. riportava postumi invalidanti permanenti nella misura del 35 %.

Pertanto, l'attrice chiedeva di accertare e dichiarare la responsabilità dell'Azienda O.P. e, per l'effetto, condannare la stessa al pagamento, a titolo di risarcimento, di tutti i danni, morali, materiali, biologici, esistenziali, psichici, patrimoniali e non, subiti e subendi e quantificati nella complessiva somma di Euro 322.000,00.

Con comparsa, depositata in cancelleria in data 14 giugno 2011, si costituiva l'Azienda O.P.C. di C., contestando la ricostruzione dei fatti effettuata da parte attrice e sostenendo: che il tracciato ecografico e gli esami, effettuati alla L. dal 2 al 4 maggio 2007, non evidenziavano alcuna fibrillazione atriale e/o danno ischemico; che, dunque, alla paziente, in mancanza di elementi oggettivi, non poteva essere somministrata una terapia diversa, poiché non sarebbe stata correlata al quadro clinico manifestato in quel momento; che la fibrillazione atriale appariva solo al secondo ricovero della L., avvenuto il 6 maggio 2007, e che si trattava di fibrillazione atriale parossistica, a regressione spontanea, e che i sintomi erano riferiti dalla paziente come verificatisi a domicilio, già retrocessi al momento dell'ingresso della stessa presso il Pronto Soccorso ed addirittura non presenti durante la degenza; che, infatti, durante la degenza della donna non venivano rilevati danni oculari, né nell'esame obiettivo né a seguito della visita oculistica, né risultava dimostrata una trombosi intracardiaca. Contestava, inoltre, la sussistenza di un postumo invalidante del 35%, così come le voci di danno indicate e l'importo richiesto a titolo di risarcimento. Pertanto, chiedeva il rigetto della domanda e, in subordine, di ridurre nei limiti di ragionevolezza l'entità del danno, nonché di condannare controparte al pagamento delle spese di lite.

All'udienza del 7 luglio 2011, il giudice assegnava i termini di cui all'art. 183 c.p.c..

La causa veniva, dunque, istruita mediante la nomina, con ordinanza del 9 novembre 2012, di un consulente tecnico d'ufficio, in seguito sostituito, a causa di una incompatibilità, con ordinanza del 7 febbraio 2013, con altro CTU, a sua volta sostituito, per omesso invio della relazione nel termine disposto dal giudice, con ordinanza del 4 giugno 2014.

Nominato un nuovo consulente d'ufficio e espletata la consulenza, all'udienza del 18 gennaio 2018, i procuratori delle parti precisavano le proprie conclusioni e la causa veniva trattenuta in decisione, con la concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

La causa veniva, poi, rimessa sul ruolo, con Provv. del 31 luglio 2018, e, ritenuto lacunoso, contraddittorio, approssimativo e non supportato da elementi scientifici l'elaborato peritale depositato dal consulente tecnico d'ufficio, veniva disposta la rinnovazione della CTU, con ordinanza dell'8 gennaio 2019.

A seguito della nomina di due consulenti tecnici d'ufficio, poi sostituiti per incompatibilità, veniva conferito l'incarico a un nuovo consulente d'ufficio, ma, a causa di una rilevata omessa convocazione alle indagini peritali, il Giudice dichiarava la nullità della consulenza e disponeva la rinnovazione della stessa.

A seguito della rinnovazione della consulenza e del deposito di un nuovo elaborato peritale, all'udienza del 10 marzo 2023, le parti precisavano le proprie conclusioni, in epigrafe trascritte, e la causa veniva trattenuta in decisione, con concessione dei termini di rito ex art. 190 c.p.c..

Motivi in fatto e diritto della decisione

2- Giova ripercorrere natura e presupposti della responsabilità medica, rispetto alle fattispecie anteriori alla L. n. 24 del 2017. Infatti, come chiarito dalla Suprema Corte (Cfr. Cass. 28994/2019), l'applicazione della disciplina di cui alla legge Gelli va confinata alle fattispecie sorte dopo la relativa entrata in vigore. Depongono in tal senso il principio generale di irretroattività della legge (art. 11 disp. prel. cod. civ.), nonché l'esigenza di tutelare l'affidamento ingenerato nei consociati relativamente agli elementi costitutivi della fattispecie, incisi da interventi legislativi ad essa posteriori.

La L. n. 24 del 2017, com'è noto, ha innovato la qualificazione della responsabilità del personale operante nel quadro di una struttura sanitaria, con importanti ricadute in materia di prescrizione e ripartizione degli oneri probatori. Prima del menzionato intervento legislativo, la giurisprudenza di legittimità riconduceva la responsabilità professionale medica al genus di quella contrattuale, sia per l'ente sanitario, sia per i professionisti inseriti nella relativa organizzazione o, a maggior ragione, operanti privatamente. Tale arresto risultò il frutto della dialettica tra diverse ricostruzioni ermeneutiche. Infatti, un primo indirizzo inquadrava l'accettazione del paziente presso un ente sanitario quale conclusione di un contratto di prestazione d'opera, al quale restavano estranei i sanitari che effettuassero la prestazione, i quali, pertanto, potevano essere chiamati a rispondere solo a titolo extracontrattuale (cfr. Cass. 1716/1979). Un secondo orientamento argomentava l'estensione al professionista, operante nell'ente sanitario, della responsabilità contrattuale facente capo alla struttura per il caso di inadempimento della prestazione, sulla base del rapporto di immedesimazione organica e del dettato dell'art. 28, cost. (cfr. Cass. 2144/1988). In tempi più recenti, emerse un filone interpretativo incentrato sugli obblighi di protezione scaturiti dal contatto con il paziente, relativi alla salvaguardia degli interessi emergenti in occasione della prestazione sanitaria. A partire da tali obblighi di protezione, si argomentava la sussistenza di un rapporto contrattuale di fatto, con conseguente attivazione dei presidi di tutela corrispondenti (cfr. Cass. 589/1999).

Proprio tale tesi, fondata sulla figura del "contatto sociale", risultò prevalente, con la conseguenza di modulare sia la prescrizione, sia gli oneri probatori gravanti sul danneggiato, secondo il modello della responsabilità contrattuale (cfr. Cass. 1547/2004, Cass. 9085/2006, Cass. 4792/2013). Ancora, ne fu conseguenza l'adozione, quanto alla diligenza e al grado della colpa, dei principi in materia di obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale (Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv.).

Sotto il profilo della responsabilità dell'ente sanitario, non se ne dubitava la natura contrattuale, potendo essa discendere dall' inadempimento di prestazioni direttamente a suo carico, o dall'inadempimento della prestazione medica eseguita dal personale (tra le prime pronunce in merito cfr. Cass. 1 marzo 1988, n. 2144, in Foro It., 1988, I, 2296, poi confermata da Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv.; Cass. 4 marzo 2004, n. 4210; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133). La giurisprudenza riconosceva la responsabilità piena ed autonoma dell'ente sanitario per i

danni provocati dai propri dipendenti e, più in generale, da coloro che operassero nella struttura; responsabilità imputabile all'azienda indipendentemente dall'accertamento in concreto della responsabilità individuale dei singoli agenti. In particolare, la responsabilità dell'ente gestore per il fatto del personale, si fondava sull'operatività dell'art. 1228 c.c., e, dunque, sull'assunzione del rischio d'impresa connesso all'attività degli operatori concretamente investiti dell'esecuzione della prestazione, indipendentemente dall'inserimento di questi nell'organizzazione aziendale e dalla sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato (cfr. Cass.103/1999, confermata sul punto da S.S. U.U. 9556/2002). In conclusione, tanto la responsabilità della clinica, quanto quella del medico, trovavano titolo nell'inadempimento delle obbligazioni ai sensi degli artt. 1218 ss. cod. civ. (v. Cass., 19/4/2006, n. 9085 ; Cass., 21/6/2004, n. 11488 ; Cass., 11/3/2002, n. 3492; Cass., 22/12/1999, n. 589). In punto di allocazione della responsabilità, per i danni derivati dall'inadempimento di contratti diversi, ossia il contratto di ospitalità facente capo alla casa di cura ed il contatto sociale qualificato instauratosi con il medico, questi sono corresponsabili in solido. Infatti, sia in tema di responsabilità contrattuale che extracontrattuale, se l'unico evento dannoso è imputabile a più soggetti, è sufficiente, al fine di ritenere la responsabilità di tutti nell'obbligo di risarcimento, che le azioni o omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrre l'evento (Cass. 15/06/1999, n. 5946; Cass., 28 gennaio 1985, n. 488; Cass., 4 dicembre 1991, n. 13039; Cass., 10 dicembre 1996, n. 10987). Ciò discende dai principi generali che regolano il nesso di causalità ed il concorso di cause egualmente efficienti della produzione di un determinato danno, esplicitati, in materia di responsabilità extracontrattuale, dall'art. 2055 c.c. (cfr. Cass. 23918/2006). Come già sottolineato, l'art. 1228 c.c. addossa alla struttura sanitaria i rischi connessi all'operato degli ausiliari, per il sol fatto dell'appropriazione dei risultati utili della prestazione. La misura della colpa dell'operatore rileva, al più, ai fini dell'esperibilità e della misura della rivalsa dell'ente, ma non può essere invocata per eludere la solidarietà esterna nei confronti del danneggiato.

La qualificazione in termini contrattuali della relazione qualificata ente sanitario - paziente e medico - paziente genera importanti ricadute in tema di onere probatorio. Dalla detta natura contrattuale in un recente passato conseguiva sotto il profilo dell'onere probatorio (Cass., 15 gennaio 1997, n. 364 , in Foro It., 1997, I, 771) che, qualora il trattamento o l'intervento non fossero di difficile esecuzione, il mero aggravamento della situazione patologica del paziente o l'insorgenza di nuove patologie eziologicamente collegabili ad essi comportava, a mente dell'art. 1218 c.c., una presunzione semplice in ordine all'inadeguata o negligente prestazione; in conseguenza, il paziente che chiedeva il risarcimento del danno subito assolveva all'onere probatorio che gli incombeva dimostrando: a) l'aggravamento delle sue condizioni o l'insorgenza di nuove patologie; b) il rapporto causale tra le

stesse ed il trattamento o l'intervento. Spettava, quindi, all'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - fornire la prova che la prestazione professionale fosse stata eseguita in modo idoneo e che quegli esiti peggiorativi fossero stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile. Si faceva in altre parole applicazione del principio (già affermato nel diritto anglosassone) della *res ipsa loquitur* inteso come evidenza circostanziale che crea una deduzione di negligenza (Cass., 22 gennaio 1999, n. 589). L'onere della prova veniva quindi ripartito tra le parti nel senso che spettava al medico provare che il caso fosse di particolare difficoltà e al paziente quali fossero le modalità di esecuzione inadeguate, ovvero a questi spettava provare che la prestazione fosse di facile esecuzione ed al medico che l'insuccesso non fosse dipeso da suo difetto di diligenza (Cass. 19 maggio 1999, n. 4852; Cass. 4 febbraio 1998, n. 1127; Cass. 30 maggio 1996, n. 5005; Cass. 16 febbraio 2001, n. 2335; 16 novembre 1988, n. 6220).

I risultati sopra riassunti sono stati, però, riletti dalla più recente giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. 28 maggio 2004, n. 10297, nonché, in senso sostanzialmente conforme, le successive Cass. 11 giugno 2004, n. 11488, e Cass. 29 luglio 2004, n. 14488; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133) in coerenza con il principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Con la richiamata pronuncia le Sezioni Unite hanno risolto un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici in tema di onere probatorio in materia contrattuale, che vedeva attestata la giurisprudenza su una distinzione basata sull'oggetto della domanda: si riteneva, cioè, che, nel caso in cui chiedesse l'esecuzione del contratto e l'adempimento delle relative obbligazioni, l'attore dovesse provare soltanto la fonte del rapporto dedotto in giudizio, ossia l'esistenza del negozio e quindi dell'obbligo che assumeva inadempito; mentre nel caso in cui avesse domandato la risoluzione del contratto ovvero il risarcimento del danno dovesse provare anche il fatto su cui la domanda era fondata, ossia l'inadempimento, spettando al convenuto di dare la prova della non imputabilità di esso (Cass., 9 gennaio 1997, n. 124; Cass., 24 settembre 1996, n. 8435). Tale orientamento, tuttavia, è stato sottoposto a rigorosa critica, osservandosi come la distinzione fra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale implichi oneri probatori diversi circa l'individuazione dei fatti costitutivi della pretesa, rimanendo così irragionevole differenziare l'onere probatorio in funzione delle differenti domande che l'attore intendesse proporre in via contrattuale; e ciò anche perché il criterio della cd. vicinanza della prova, secondo cui l'onere della prova di un fatto deve essere posto a carico della parte cui esso si riferisce, impone di ritenere che l'inadempimento, che nasce e si consuma nella sfera di azione del debitore, non possa essere provato dal creditore, dovendo, viceversa, essere il debitore a provare l'imputabilità.

Sulla scorta di quanto innanzi, il supremo giudice di nomofilachia ha statuito che il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogamente è stato disposto con riguardo all'inesatto adempimento, rilevandosi che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento.

Applicando, allora, questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico ovvero della struttura sanitaria deve ritenersi che il paziente, che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario o della struttura, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento. Più precisamente, consistendo l'obbligazione professionale in un'obbligazione di mezzi, il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto della prestazione sanitaria, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la citata prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento impreveduto ed imprevedibile (così anche Cass. 4210/04 , rel. Segreto, secondo cui la prova della mancanza di colpa deve essere fornita dal debitore della prestazione, per cui dell'incertezza sulla stessa se ne deve giovare il creditore; si tratta, come detto, del principio di vicinanza della prova, inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla e non vi è dubbio che la prova sia vicina a chi ha eseguito la prestazione; così da ultimo Cass., 11 novembre 2005, n. 22894, secondo cui, appunto: in tema di responsabilità civile nell'attività medico chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e/o il contatto e allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato -sia esso il sanitario o la struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile). In tale ottica mette conto all'uopo richiamare la parte motiva di Cass., 19 maggio 2004, n. 9471, rel. Travaglino, secondo cui si è giunti a chiedere al danneggiato soltanto la prova del nesso causale e della facilità di esecuzione dell'intervento (intervento cd. routinario),

mentre la colpa, anche lieve, si presume sussistente ogni volta che venga accertato un risultato peggiorativo delle condizioni del paziente. La colpa medica giunge così a sfiorare, capovolgendo la situazione originaria di protezione speciale del professionista, una dimensione paraoggettiva della responsabilità, salva la prova di aver eseguito la propria prestazione con la dovuta diligenza, con la trasformazione dell'obbligazione del professionista da obbligazione di mezzi in obbligazione di risultato, di modo che, prosegue il S.C., il detto accertamento deve indirizzarsi: a) sulla natura facile o non facile dell'intervento del professionista; b) sul peggioramento o meno delle condizioni del paziente; c) sul nesso causale e sulla sussistenza della colpa (lieve nonché presunta, se in presenza di operazioni di routine o ben codificate, grave, se relativa ad operazione che trascende la preparazione media ovvero non sufficientemente studiata o sperimentata, con l'ulteriore limite della particolare diligenza richiesta in questo caso, e dell'elevato tasso di specializzazione nel ramo imposto al sanitario; d) sul corretto adempimento dell'onere di informazione circa gli esiti dell'intervento e sull'esistenza del conseguente consenso del paziente. A tale quadro ermeneutico deve aggiungersi la sentenza delle Sezioni Unite (11 gennaio 2008, n. 576, Presidente: Carbone, Estensore: Segreto) in tema di nesso causale, che accoglie, quanto alla configurabilità di quest'ultimo in sede civile, la regola probatoria del "più probabile che non", espressamente adottata dalla epigrafata pronuncia di cui a Cass. 16 ottobre 2007, n. 21619, accantonando definitivamente il criterio dell'"oltre il ragionevole dubbio" di cui alla sentenza Franzese delle Sezioni Unite penali. In effetti, la Cassazione, nella sua più alta composizione, reputa che il danno rilevi sotto due profili diversi: come evento lesivo e come insieme di conseguenze risarcibili, il primo dato va valutato alla stregua del criterio della causalità materiale, mentre il secondo è da vagliarsi secondo il criterio della causalità giuridica. Orbene, per la teoria della regolarità causale, ciascuno è responsabile soltanto delle conseguenze della sua condotta (attiva o omissiva) che appaiano sufficientemente prevedibili al momento in cui ha agito, escludendosi in tal modo la responsabilità per le conseguenze assolutamente atipiche o imprevedibili. E tale valutazione della prevedibilità obbiettiva deve compiersi ex ante, e va compiuta in astratto e non in concreto: non in base alla conoscenza dell'uomo medio, ma alle migliori conoscenze scientifiche del momento (poiché "non si tratta di accertare l'elemento soggettivo, ma il nesso causale"), sicché ciò che rileva non è che l'evento sia prevedibile da parte dell'agente, ma (per così dire) da parte delle regole statistiche e/o scientifiche, dalla quale prevedibilità discende da parte delle stesse un giudizio di non improbabilità dell'evento. Le profonde differenze morfologiche e funzionali tra accertamento dell'illecito civile e accertamento di quello penale si ripercuotono, dunque, sul diverso regime probatorio, che attiene alla fase giudiziale successiva la verificarsi del fatto dannoso: muta sostanzialmente, tra il processo penale e quello civile, la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", nel secondo quella della preponderanza

dell'evidenza, ossia del "più probabile che non". Ora, Cass., n. 975 del 16 gennaio 2009 (Rv. 606129) (Presidente: V.P. Estensore: F.M.) ha confermato che in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell' insorgenza di nuove patologie per effetto dell' intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile; tuttavia, l' insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o, comunque, con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito civilistico, consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non".

In tempi ancora più recenti il Giudice di legittimità sembra avere mutato nuovamente indirizzo in termini di maggiore garanzia della posizione dei sanitari e di contraltare di maggiore rigore probatorio in capo al paziente. In particolare, le pronunzie più vicine in termini temporali hanno ribadito i principi enunciati dalle Sezioni Unite civili, ai punti 4.3 e 4.7 della parte motiva della sentenza 11 novembre 2008 n. 26973. Più precisamente, le sezioni Unite citate hanno precisato che nell'ambito della causalità di contatto sociale, la parte lesa ha l'onere di dare la prova del rapporto sanitario, della esistenza di una prestazione sanitaria negligente e della lesione della salute, secondo un riparto di onere della prova che imputa alla parte asseritamente inadempiente la deduzione di cause giustificative di tale inadempimento, di guisa che il criterio della causalità non è quello proprio della imputazione penale secondo il criterio rigoroso della quasi certezza, ma è quello civilistico e probabilistico, già espresso dalle S.U. civili nella sentenza n. 577 del 11 gennaio 2008. Onere di offrire - in termini di allegazione puntuale - prova della esistenza di una prestazione sanitaria negligente ribadito anche da ultimo Cass. 19024/18 e Cass. 14/11/2017, n. 26824 ; Cass. 07/12/2017, n. 29315 ; Cass. 13/01/2016, n. 344 ; Cass. 20/10/2015, n. 21177; Cass. 31/07/2013, n. 18341; Cass. Sez.U. 30/10/2001, n. 13533; Cass. 26/07/2017, n. 18392; Cass. Sez. U. 11/01/2008, n. 577. Peraltro, Cass. 27855/2013 ha chiarito come nelle cause di responsabilità professionale medica, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza, per così dire, vestita, astrattamente efficiente, cioè, alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate

inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno.

Da ultimo i giudici di legittimità hanno chiarito come 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 sè, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c., solleva infatti il paziente 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; è infatti onere dell'attore 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 che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; (in tal senso, Cass. Sez. 3, Sentenza n. 18392 del 26/07/2017, Rv. 645164-01 e Cass., sez. 3, 14/11/2017, (ud. 13/09/2017, dep.14/11/2017), n. 26824, da ultimo Cass. ord. n. 192014/2018). Questo orientamento in tema di onere della prova è stato da ultimo confermato, per cui è pacifico che spetti al paziente dimostrare la sussistenza del nesso causale tra la condotta colposa del medico ed il danno. Infatti, la giurisprudenza di legittimità ha affermato che non comporta automaticamente il riconoscimento della responsabilità del medico agente il mancato assolvimento dell'onere di dimostrare l'esattezza della prestazione medica e l'assenza di incidenza causale dell' inadempimento della prestazione sanitaria sulla p r o d u z i o n e dei danni subiti da un paziente, poiché è necessario accertare previamente l'ottemperamento dell'onere probatorio attoreo che consiste nel dimostrare la condotta colposa del responsabile, il nesso di causa tra quest'ultima ed il danno sofferto, elementi che pertanto costituiscono accertamenti distinti. (cfr. Cassazione civile sez. III, 20/11/2018, n.29853 e da ultimo Cass. sent. n. 6593/19). Rimane ferma, per la giurisprudenza di legittimità più recente, la ricognizione di due distinte parabole causali, l'una relativa all'evento dannoso, a monte, l'altra relativa all' impossibilità di adempiere, a valle. Sicché, il nesso di causa tra malpractice medica ed evento dannoso deve essere provato dal creditore/danneggiato. In subordine al raggiungimento della prova sui fatti costitutivi della domanda, compete al debitore/danneggiante fornire la prova liberatoria in ordine alla impossibilità di adempiere. Più specificamente, mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa non prevenibile ed improbabile abbia

reso impossibile la prestazione (cfr. Cass. Civ, Sez. III, n.28991/2019; Cass. civ. sez. III - 02/09/2022, n. 25886).

Sulla estensione delle incombenze probatorie spettanti al danneggiato incide la peculiare configurazione della responsabilità medica, la quale si discosta dalla figura generale della responsabilità contrattuale, per il fatto che la causalità materiale assume una tangibile demarcazione rispetto all'inadempimento. Infatti, per la figura generale, l'inadempimento si traduce nella lesione dell'interesse tutelato dal contratto, e dunque si risolve, di per sé stesso, nel danno evento, con la conseguenza che, pur essendo causalità materiale ed inadempimento distinguibili sul piano concettuale, la prova dell'inadempimento assorbe quella del nesso di causa. Ciò non avviene in relazione all'inadempimento di prestazioni professionali. L'interesse sotteso al contratto, in tal caso, non si identifica con il risultato utile perseguito dal creditore (la propria guarigione, in ambito sanitario), bensì è circoscritto all'aderenza dell'operato professionale alle *leges artis* ed alla misura della diligenza applicabile. Di talché, il danno evento (aggravamento o insorgenza di nuova patologia) non è immanente nella violazione delle *leges artis* e del canone di diligenza, ma potrebbe essere conseguito a diversa eziologia. In ragione di tanto, all'onere del creditore/danneggiato di allegare la connessione naturalistica fra la lesione della salute e la condotta del medico, si somma quello di provare quella connessione. La verifica del raggiungimento di tale prova, si ispira - nel processo civile - al criterio della "preponderanza dell'evidenza", quale combinazione di due regole: la regola del "più probabile che non" e la regola della "prevalenza relativa" della probabilità. Sotto il primo profilo, comporta la verifica comparativa degli elementi di conferma, o di confutazione, di un enunciato. L'affermazione della verità dell'enunciato implica che vi siano prove preponderanti a sostegno di essa: ciò accade quando vi sono una o più prove dirette che confermano quell' ipotesi, oppure vi sono una o più prove indirette dalle quali si possono derivare validamente inferenze convergenti a sostegno di essa. La regola della "prevalenza relativa" della probabilità rileva quando all' ipotesi, formulata dall'attore, in ordine all'eziologia dell'evento stesso, possano affiancarsene altre, e che le varie ipotesi abbiano ricevuto diverso grado di conferma alla luce delle risultanze probatorie. In base a tale criterio, il Giudice deve preferire l'enunciato che ha ricevuto il grado relativamente maggiore di conferma sulla base delle prove disponibili (cfr. Cassazione civile sez. III - 06/07/2020, n. 13872).

Quanto al contenuto della prova liberatoria ex art. 1218, c.c., essa è raggiunta quando il debitore/danneggiante dimostri di aver tenuto una condotta diligente o prudente nel rispetto delle norme giuridiche e delle *leges artis*. Più specificamente, la non imputabilità dell'inadempimento, valutata alla luce del combinato disposto degli art. 1218 c.c. e 1176 c.c., implica la verifica della

diligenza in concreto esigibile, rapportata alle misure alternative che in concreto si sarebbero potute e dovute esigere dalla struttura sanitaria. Si tratta di una prospettiva che valorizza la dimensione soggettiva e concreta della colpa, rispetto alle valutazioni naturalistiche ed oggettive, in quanto l'affermazione di responsabilità della struttura sanitaria trova un limite nella misura della diligenza compatibile con la natura dell'attività professionale esercitata e nella esigibilità di un comportamento diverso alla luce delle circostanze del caso concreto. Lo stesso art. 1218 c.c., operante, per espressa previsione normativa (art. 7 L. n. 24 del 2017), anche per quanto concerne ipotesi di responsabilità organizzativa delle strutture sanitarie, impone di valutare in concreto lo sforzo diligente esigibile sul piano gestionale ed organizzativo (cfr. Cassazione civile sez. III, 11/11/2020, n. 25288).

Dal riparto in tal modo delineato trova conferma, dunque, che "la causa incognita resta a carico dell'attore relativamente all'evento dannoso, resta a carico del convenuto relativamente alla possibilità di adempiere. Se, al termine dell'istruttoria, resti incerti la causa del danno o dell'impossibilità di adempiere, le conseguenze sfavorevoli in termini di onere della prova gravano rispettivamente sull'attore o sul convenuto. Il ciclo causale relativo alla possibilità di adempiere acquista rilievo solo ove risulti dimostrato il nesso causale fra evento dannoso e condotta del debitore" (così, Cass. Sez. 3, sent. n. 18392 del 2017, cit.; nello stesso senso anche Cass. Sez. 3, sent. 4 novembre 2017, n. 26824, non massimata; Cass. Sez. 3, sent. 7 dicembre 2017, n. 29315, Rv. 646653-01; Cass. Sez. 3, sent. 15 febbraio 2018, n. 3704, Rv. 647948-01; Cass. Sez. 3, ord. 23 ottobre 2018, n. 26700, Rv. 651166-01, nonché, da ultimo, Cass. Sez. 3, sent. 11 novembre 2019, n. 28991, Rv. 655828-01).

3- Premessa la ricognizione dei criteri di giudizio applicabili alla materia, occorre verificare se, ed in che misura, gli addebiti di responsabilità mossi da parte attrice trovino conferma nella documentazione clinica agli atti, alla luce delle valutazioni tecniche demandate al CTU.

Ed allora, il dottor G.B., con una relazione che per completezza argomentativa e linearità logica questo Giudice fa propria, esponeva quanto segue:

- un esame del tracciato elettrocardiografico delle ore 09:44 del 4 maggio 2007 (in atti) consente una diagnosi di fibrillazione atriale. Si può affermare, dunque, che i sanitari cui era deputata la lettura di questo tracciato commisero un errore interpretativo, non identificando la patologia, che, pertanto, rimase misconosciuta;

- la fibrillazione atriale (F.) continua a raffigurare nel mondo una delle maggiori cause d'ictus ischemico;

- per la diagnosi di fibrillazione atriale è sufficiente un tracciato del ritmo tramite elettrocardiogramma che mostri il caratteristico pattern:

1) intervalli RR assolutamente irregolari;

2) onde P non rintracciabili né distinguibili;

3) presenza di onde f (fibrillatorie) tra i complessi QRS, irregolari per frequenza e morfologia ed inferiori ai 200 ms (300 bpm), solitamente meglio visibili nella derivazione V1 e non sempre evidenti in tutte le derivazioni;

- a prescindere dal fatto che sia parossistica, persistente o permanente, una F. determina comunque un incremento del rischio trombo-embolico;

- i capisaldi dell'approccio terapeutico (sopra raffigurati) prevedono: - il controllo in acuto e in cronico di frequenza e ritmo cardiaco al fine di ottenere stabilità emodinamica e preservare il ventricolo sinistro; - l'intervento sulle condizioni morbose concomitanti per ridurre il rischio cardiovascolare; - la prevenzione del rischio di ictus con terapia anticoagulante orale;

- per quanto attiene alla prevenzione dell'ictus ischemico, la terapia con anticoagulante orale (TAO) può prevenire la maggior parte di queste complicanze nei pazienti con F. e può prolungarne l'aspettativa di vita. Il beneficio clinico netto è praticamente universale (con l'eccezione dei pazienti con rischio cerebrovascolare molto basso) e, di conseguenza, la TAO dovrebbe esser utilizzata nella maggioranza dei pazienti con F.;

- le Linee guida A. (Associazione I.A.C.-stimolazione) per la gestione ed il trattamento della fibrillazione atriale raccomandano una terapia anti-coagulante orale a lungo termine nei pazienti con stenosi mitralica reumatica, valvola meccanica cardiaca artificiale, e per i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare con un punteggio (...) di ≥ 2 (livello di raccomandazione IA). Per i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare, che devono essere trattati con un anticoagulante orale, vengono

indicati il warfarin con un INR di 2-3 (con un livello di evidenza A), l'apixaban, il dabigatran e il rivaroxaban (con un livello di evidenza B).

Con specifico riferimento al caso di specie, il consulente dichiarava: "traslando questi concetti al caso de quo, dunque, si può affermare che la sig.ra L., in data 4 maggio 2007, avesse presentato un episodio di fibrillazione atriale parossistica (autolimitatosi nel giro di qualche ora, come documentato dal tracciato elettrocardiografico delle ore 12:22), che rimase misconosciuto nonostante fosse agevolmente diagnosticabile per mezzo del tracciato elettrocardiografico delle ore 09:44, sul quale era possibile riscontrare il caratteristico pattern diagnostico: intervalli RR assolutamente irregolari; onde P indistinguibili; onde f tra i complessi QRS, irregolari per frequenza e morfologia ed inferiori ai 200 ms. A tal punto, è possibile asserire che la fibrillazione atriale rappresenti la causa dell'attacco ischemico transitorio sofferto dalla perizianda in data 2 maggio 2007, il quale, quindi, non può considerarsi ad eziopatogenesi atero-trombotica, bensì di natura cardio-embolica. Parimenti, la prescrizione di un farmaco anti-aggregante piastrinico, con la quale i sanitari dimisero la paziente in data 4 maggio 2007, non può considerarsi idonea, essendo una terapia farmacologica più adatta alla prevenzione secondaria di un ictus ischemico di natura atero-trombotica piuttosto che cardio-embolica. Come ampiamente esplicito in precedenza, infatti, recenti Linee Guida raccomandano, per la prevenzione dell'ictus ischemico nei soggetti con fibrillazione atriale e un rilevante rischio trombo-embolico (CHA₂DS₂-VASc di ≥ 2), il trattamento con anticoagulanti orali e un INR tra 2-3; la paziente, in relazione a ciò, presentava un rischio trombo-embolico equivalente a un CHA₂DS₂-VASc risk score di 5, essendo un soggetto di sesso femminile, di età compresa tra i 65 e i 74 anni, affetto da ipertensione arteriosa e pregresso attacco ischemico transitorio. Analogamente, come correttamente indicato dai consulenti di entrambe le parti, all'epoca dei fatti per cui è causa, le Linee Guida Italiane dello SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) raccomandavano, per la prevenzione secondaria, nell'ictus o nel TIA embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare, la terapia anti-coagulante orale e un INR di 2-3 (raccomandazione Grado A). La terapia con anti-aggregante (A. al dosaggio di 325 mg/die), veniva raccomandata, invece, per la prevenzione secondaria, nell'ictus o TIA embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare, solo nei pazienti che non potevano essere sottoposti a TAO (raccomandazione Grado A). Le medesime Linee Guida sconsigliavano, infine, per la prevenzione secondaria, nell'ictus ischemico o TIA di origine arteriosa, una terapia con anticoagulanti orali, poiché equivalente a quella anti-aggregante in quanto a beneficio, per un INR tra 2-3, ma più soggetta a complicanze emorragiche quando l'INR superava 3 (raccomandazione Grado A). Nel caso di specie, dunque, il trattamento farmacologico prescritto dai sanitari in data 4 maggio 2007 avrebbe dovuto comprendere un farmaco

anti-coagulante, in quanto la L. aveva patito un TIA di tipo cardio-embolico, s e c o n d a r i o a fibrillazione atriale parossistica (diagnosticabile per mezzo del tracciato elettrocardiografico delle ore 09:44 del 4 maggio 2007), e non presentava controindicazioni alla medesima terapia".

Il dottor B., dunque, proseguiva affermando: "appare evidente che, la mancata diagnosi di fibrillazione atriale, portò i sanitari a prescrivere una terapia farmacologica non adeguata, in quanto, riconducendo l'attacco ischemico transitorio sofferto dalla paziente in data 2 maggio 2007 ad una causa atero-trombotica piuttosto che cardio-embolica, prescrissero un farmaco antiaggregante piastrinico anziché anti-coagulante orale".

La consulenza tecnica d'ufficio espletata, dunque, ha accertato l'esistenza di una prestazione sanitaria negligente: dalla stessa è emerso che i sanitari, che lessero il tracciato elettrocardiografico delle ore 9.44 del 4 maggio 2007, commisero un errore interpretativo, non identificando la patologia della fibrillazione atriale, pur essendo sufficiente, per la diagnosi della stessa, la lettura dell'esame elettrocardiografico, per la quale non è richiesta peculiare perizia medico-scientifica.

Dall'elaborato peritale è emerso, altresì, che dalla mancata diagnosi di fibrillazione atriale è conseguita la scelta di un trattamento farmacologico non adeguato, in quanto i sanitari, riconducendo l'attacco ischemico transitorio sofferto dalla paziente in data 2 maggio 2007 ad una causa atero-trombotica piuttosto che cardio-embolica, prescrissero un farmaco anti-aggregante piastrinico anziché anti- coagulante orale.

Sul punto, contrariamente a quanto sostenuto dalla difesa di parte convenuta, va specificato che il consulente tecnico d'ufficio ha accertato la responsabilità dei sanitari secondo le nozioni scientifiche diffuse al momento del fatto, e non in base a riferimenti postumi.

Come chiarito a pag. 50 della relazione peritale depositata dal ctu, in risposta alle osservazioni di parte convenuta, il consulente ha valutato la condotta dei medici in base alle Linee Guida Italiane dello SPREAD dell'epoca dei fatti per cui è causa, che raccomandavano "per la prevenzione secondaria, nell'ictus o nel TIA embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare, la terapia anti-coagulante orale e un INR di 2-3 (raccomandazione Grado A)", come sopra più diffusamente esposto.

Quanto al nesso di causalità tra la condotta negligente e la lesione alla salute subita, il consulente ha indicato, con rigore scientifico, i sistemi di previsione clinica per il rischio di ictus dopo un attacco ischemico transitorio presenti nella letteratura scientifica: " i più usati sono certamente il California e l'ABCD2 score, dai quali, nel 2007, J. et al. hanno derivato e validato un sistema di punteggio unificato che si è dimostrato più predittivo dei predecessori per quanto attiene al rischio di ictus a distanza di 2 giorni dal pregresso TIA. Nel caso di specie, risulta tuttavia necessario prendere in considerazione l'ABCD2 score originario, in quanto tale sistema di previsione permette di ricavare il rischio di un ictus a distanza di 2, 7 e 90 giorni dall'attacco ischemico transitorio. Questo viene ottenuto sulla base della sommatoria dei punteggi assegnati ad ognuno dei fattori di rischio di cui il nome dello score medesimo costituisce l'acronimo. Lo score indica un diverso rischio di sviluppare l'ictus e corrispondono a differenti percentuali di probabilità che esso si verifichi".

Con specifico riferimento al caso oggetto di indagine, affermava: "la sig.ra L., al momento dell'errata interpretazione del tracciato elettrocardiografico che portava all'inidonea prescrizione terapeutica, aveva un ABCD2 score pari a 3, in quanto presentava un'età 60 anni, una PA 140/90 mmHg e un pregresso TIA durato tra 10 e 59 minuti. In relazione al suddetto sistema di punteggio, pertanto, qualora la paziente fosse stata sottoposta a un trattamento anti-coagulante il 4 maggio 2007, avrebbe avuto un basso rischio di sviluppare un ictus a distanza di sette giorni dal pregresso attacco ischemico transitorio del 2 maggio 2007, con una probabilità corrispondente all'1,2%. In sintesi, qualora la terapia farmacologica, prescritta alla paziente in data 4 maggio 2007, avesse previsto un farmaco anti-coagulante orale piuttosto che uno anti-aggregante, come indica la Letteratura di Settore, sarebbe stato scientificamente improbabile il verificarsi dell' ictus ischemico patito dalla medesima il 6 maggio 2007. Si può affermare, dunque, adottando un opportuno ragionamento controfattuale medico-legale, che una corretta interpretazione del tracciato elettrocardiografico delle ore 09:44 del 4 maggio 2007, avrebbe condotto ad un'esatta diagnosi della natura del TIA patito dalla L. e, conseguentemente, avrebbe portato i sanitari a una adeguata somministrazione farmacologica (terapia anti-coagulante piuttosto che terapia antiaggregante), la quale, con alta probabilità scientifica e comunque secondo il concetto del più probabile che non, avrebbe impedito il realizzarsi dell' ictus ischemico che afflisse la perizianda la mattina del 6 maggio 2007. In conclusione, pertanto, si può ravvisare un nesso causale tra la condotta imperita dei medici che ebbero in cura la sig.ra L. il 4 maggio 2007 che, non identificando la fibrillazione atriale per una erronea interpretazione del relativo tracciato elettrocardiografico, impostarono un trattamento farmacologico inadeguato, e l' ictus ischemicocardio-embolico, verificatosi in data 6 maggio 2007, dal quale scaturì il danno biologico permanente della perizianda. Alla stregua delle cognizioni mediche specialistiche correnti va detto

che il caso in esame, non implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 c.c.)".

Dunque, dall'espletata consulenza tecnica del dottor B. è emerso che, se l'attrice avesse assunto un farmaco anti-coagulante orale, piuttosto che un farmaco anti-aggregante, sarebbe stato scientificamente improbabile il verificarsi dell'ictus ischemico dalla stessa sofferto in data 6 maggio 2007.

In altri termini, il consulente tecnico d'ufficio è giunto a ritenere la sussistenza di un nesso causale tra la condotta dei medici che, in data 4 maggio 2007, non identificarono la fibrillazione atriale, per erronea interpretazione del tracciato elettrocardiografico - pur valutando che non è richiesta peculiare perizia medico-scientifica per la lettura di detto esame -, e, dunque, individuarono una terapia farmacologica non adeguata al caso concreto, e l'ictus ischemico cardio-embolico, verificatosi in data 6 maggio 2007, dal quale esitò l'emianopsia laterale omonima sinistra dell'attrice.

Va, dunque, affermata la responsabilità della convenuta A., ex art. 1228 c.c., nella causazione del danno alla salute della paziente, ascrivibile alla condotta dei medici sin qui descritta, in violazione delle *leges artis* e del canone di diligenza, secondo la regola del "più probabile che non".

4- Accertata, dunque, la responsabilità della convenuta Azienda O., occorre procedere alla liquidazione dei danni patiti in conseguenza da M.C.L..

Orbene, circa il danno risarcibile, ritiene questo Giudice, sulla scorta della sentenza n. 184/86 della Corte Costituzionale, che il danno alla salute (o danno biologico), in quanto consistente nell'alterazione peggiorativa dell'integrità psicofisica del soggetto, costituisca la componente prioritaria del danno alla persona. Lo stesso assorbe le voci elaborate in giurisprudenza -riflettenti la capacità lavorativa generica, il danno alla vita di relazione ed il danno estetico- e va liquidato tenendo conto di una uniformità pecuniaria di base, senza trascurare l'incidenza che la menomazione ha dispiegato sulle attività della vita quotidiana del danneggiato. Il danno alla salute va, pertanto, valutato e risarcito con criteri identici per tutti coloro che si trovano in identiche condizioni, prescindendo quindi da posizioni sociali, professionali, economiche e simili, salva, tuttavia, l'applicazione di correttivi in relazione ad accertate peculiarità del caso concreto. Se è dimostrato che il soggetto ha subito, altresì, ripercussioni sul piano patrimoniale (spese, perdite, mancati utili) anche tale danno va risarcito; ove, infine, il fatto sia inquadrabile in una ipotesi di reato ovvero, più in

generale, si sia verificata la lesione di un diritto inviolabile della persona costituzionalmente garantito, andrà risarcito anche il danno non patrimoniale.

In tal modo resta esclusa ogni duplicazione risarcitoria in quanto il danno alla capacità di reddito è risarcibile solo se vi sia una specifica incidenza della lesione sulla capacità di guadagno del soggetto. Non viene, cioè, in considerazione il concetto di invalidità incidente sulla capacità lavorativa generica; solo alla dimostrazione dell'incidenza dell'invalidità sulla capacità lavorativa specifica, consegue il risarcimento del danno patrimoniale lamentato.

Alla luce dell'orientamento prospettato, parte attrice, non avendo dimostrato, al di là di generiche affermazioni, di aver riportato nell'incidente per cui è causa alcuna menomazione specifica alla propria capacità lavorativa, va risarcita unicamente in relazione al danno alla salute.

Sul punto, dalla documentazione medica prodotta e dalla consulenza tecnica espletata è risultato che M.C.L. ha subito un danno alla salute, da ascrivere alla categoria dei deficit del campo visivo e da identificare come "emianopsia omonima dx o sx". Il danno subito ha determinato nella parte attrice degli esiti permanenti, che correttamente il C.t.u., dottor B., ai cui rilievi può farsi integrale riferimento, ha quantificato in una percentuale del 30%.

Si legge nell'elaborato peritale: " in considerazione del nesso causale con l'ictus ischemico cardioembolico da cui esitava l'emianopsia laterale omonima sinistra, l'errata condotta medica suddetta ha prodotto una menomazione della funzione visiva a carattere permanente allo stato suscettibile di una valutazione medico-legale con una percentuale pari al 30% (trenta per cento) D.B..

Correttamente dall'esame dell'attore e della documentazione medica il consulente di ufficio ha determinato in 50 giorni il periodo di invalidità temporanea totale, e, precisamente: in 20 giorni, il periodo di invalidità temporanea assoluta ("da riferire principalmente alle giornate di degenza ed alla limitazione della funzionalità visiva patita nell' immediato periodo post-ospedaliero") ed in 30 giorni il periodo di invalidità temporanea parziale ("da riferire al periodo di convalescenza successivo al ricovero e, dunque, alla graduale ripresa delle ordinarie attività occupazionali individuali"), valutata mediamente al 50%.

Quanto alla individuazione del criterio di liquidazione del danno biologico così individuato, dunque, si fa riferimento ai valori individuati nelle Tabelle di liquidazione del danno biologico elaborate dal

Tribunale di Milano nel corso del 2021 (ultime tabelle predisposte dal tribunale meneghino e a disposizione di questo Giudice).

Alla stregua dei parametri indicati dalle predette tabelle va dunque riconosciuta a M.C.L., a titolo di risarcimento danni, la somma ottenuta con il seguente procedimento:

a) per la determinazione del danno da invalidità permanente, tenendo conto dell'età della danneggiata alla data del sinistro (68 anni) e della percentuale di invalidità permanente, come riconosciuta dal CTU (30%), la somma di Euro 85.946,00;

b) per il danno biologico temporaneo, il totale di Euro 4.287,50 (per il periodo di invalidità temporanea totale di 20 giorni e per l'invalidità temporanea parziale al 50% di 30 giorni).

In totale, dunque, va risarcita a parte attrice la somma di Euro 90.233,50. Trattandosi di debito di valore, su tale somma all'attualità, devalutata alla data dell'illecito e rivalutata anno per anno secondo indici ISTAT, sono dovuti gli interessi legali al tasso pro tempore vigente a decorrere dalla data dell'illecito sino alla data di pubblicazione del presente provvedimento (Sez. U, Sentenza n. 1712 del 17/02/1995), oltre interessi al saggio legale successivamente a tale data (Sez. 3, Sentenza n. 21396 del 10/10/2014).

Null'altro va liquidato, infine, sub specie di danno non patrimoniale, non avendo parte attrice allegato né, soprattutto, fornito la prova del c.d. danno morale eventualmente patito.

5- Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate, come in dispositivo, in conformità ai parametri dettati dal D.M. n. 55 del 2014, aggiornato al D.M. n. 147 del 2022, secondo lo scaglione "da Euro 52.001 a Euro 260.000", complessità media, per la fase di studio (Euro 2.552,00), introduttiva (Euro 1.628,00), istruttoria (Euro 5.670,00) e decisionale (Euro 4.253,00).

P.Q.M.

Il Tribunale di Catanzaro, definitivamente pronunciando, così provvede:

- accoglie la domanda e dichiara la responsabilità della Azienda O. "P.C." di C. nella determinazione del danno alla salute per cui è causa;

- condanna l'Azienda O. "P.C." di C.rte motiva;
- condanna l'Azienda O. "P.-C." al pagamento, in favore dell'attrice, delle spese processuali, che si liquidano in Euro 888,00 per spese e Euro 14.103,00 per compensi d'avvocato, oltre al rimborso forfetario del 15% su tale ultimo importo, c.p.a. e i.v.a., se dovuti, come per legge;
- pone definitivamente a carico dell'Azienda O. "P.C." di C. le spese della CTU.

Conclusione

Così deciso in Catanzaro, il 10 ottobre 2023.

Depositata in Cancelleria il 12 ottobre 2023.