

CONCLUSIONI

Le parti hanno precisato le conclusioni come da note scritte depositate ex art. 83 comma 7, lett. h) del D.L. n. 18/2020, conv. con modificazioni dalla L. n. 27/2020, per l'udienza figurata a trattazione scritta del 15 dicembre 2022.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO

Con atto di citazione ritualmente notificato [REDACTED] ha convenuto in giudizio l'AZIENDA SANITARIA LOCALE "CITTA' DI TORINO" per sentirla condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti e causati nell'esecuzione dell'intervento di artrodesi strumentata L4-L5 con innesti ossei da cresta iliaca, a cui si è sottoposto presso l'Ospedale [REDACTED] struttura ospedaliera ora facente parte dell'A.S.L. "Città di Torino", il 14.01.2010; danni ascrivibili all'inadempimento e/o inesatto adempimento da parte degli ausiliari della struttura che l'aveva in cura.

In particolare, [REDACTED] ha dedotto che:

- in data 14.01.2010 si sottoponeva ad intervento di "artrodesi strumentata L4-L5 con innesti ossei da cresta iliaca", che prevedeva la stabilizzazione chirurgica della colonna a livello L4-L5 mediante applicazione di viti transpeduncolari solidarizzate a base metallica, a seguito di una diagnosi di "lombalgia da discopatia degenerativa L4-L5", presso l'Ospedale [REDACTED] di Torino;
- in data 28.06.2010, non essendo venuta meno la sintomatologia algica, presso la medesima struttura sanitaria si effettuava, nei confronti di [REDACTED] Tc del rachide lombosacrale, le cui immagini mostravano la vite superiore di sinistra "leggermente medializzata";
- alla visita del 10.9.2010, riscontrato che "nei recenti esami (RMN e TAC) si riconosce la presenza di una eccessiva medializzazione della vite sinistra in L4", si indicava la necessità di un ricovero per riposizionamento o rimozione dei mezzi di sintesi;
- in data 23.11.2010, per supposta "intolleranza a mezzo di sintesi", [REDACTED] su indicazione dei sanitari dell'Ospedale [REDACTED] era costretto a sottoporsi a un ulteriore intervento di chirurgico, in cui venivano asportati i mezzi di sintesi di sinistra "e soprattutto della vite su L4, probabilmente indirizzata troppo medialmente. Si lasciano in sede i mezzi



di sintesi a destra, in quanto la fusione ossea è anche al di sopra della bara, e non la si vuole asportare".

- nessuno dei due interventi raggiungeva il risultato atteso di risolvere il problema di lombalgia da discopatia degenerativa L4-L5 affliggente [REDACTED] e di migliorarne lo stile di vita, anzi ne comportavano un netto peggioramento, data l'insorgenza di dolori irradiati agli arti inferiori;
- in data 15.02.2012, persistendo la sintomatologia dolorosa, [REDACTED] chiedeva ed otteneva il riconoscimento della invalidità civile accertata nella misura del 46%;
- parallelamente all'*iter* per il riconoscimento dell'invalidità civile, [REDACTED] diffidava al risarcimento di tutti i danni patiti il Responsabile del Servizio Gestione del Rischio Assicurativo dell'ASL TO1. In risposta, il dott. [REDACTED] il 14.05.2014, formulava via mail un'offerta transattiva di euro 1.700,00 oltre a spese legali, tenendo conto della *"effettiva posizione non corretta della vite"*.
- dalla relazione medico legale redatta dal dr. [REDACTED] cui il ricorrente si è rivolto per effettuare una visita medico legale, in data 22.9.2016, emergeva che *"dall'intervento chirurgico del 14 gennaio 2010 di artrodesi vertebrale sia subentrata lesione iatrogena per mal posizionamento della vite superiore di sinistra" che "rendeva necessario un secondo intervento chirurgico per la rimozione dei mezzi di sintesi a sinistra", con un residuo "danno biologico pari al 6% causato da manovra incongrua tale da giustificare colpa professionale. Sussiste inabilità temporanea biologica pari a giorni 9 a totale, 307 al 75% e 30 al 50% e 20 al 25%";*
- l'esperita procedura di mediazione si concludeva con esito negativo.

Tanto premesso, l'odierno attore ha convenuto in giudizio l'A.S.L. "Città di Torino" – Ospedale [REDACTED] per dichiararla tenuta e condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti all'esito dell'intervento di artrodesi strumentata L4-L5 con innesti ossei su cresta iliaca, quantificati nell'atto di citazione nella misura di € 20.763,39, oltre rivalutazione e interessi.

L'A.S.L. "Città di Torino" si è costituita in giudizio escludendo l'addebito di ogni profilo di responsabilità della struttura convenuta e dei sanitari, contestando la sussistenza del nesso causale



tra le prestazioni eseguite e il danno lamentato e deducendo l'assenza di profili di *malpractice*. In particolare, ha evidenziato, quanto alla totale assenza da parte del personale medico ospedaliero di qualsivoglia inadempimento dotato di efficienza eziologica rispetto al danno lamentato, che anche a voler ammettere una eccessiva medializzazione della vite sinistra in L4, non è certo questa la causa dei dolori lamentati da [REDACTED] da rinvenirsi nella natura degenerativa della discopatia, nello stile di vita scorretto, nell'inosservanza delle indicazioni terapeutiche od altro. Pertanto, ha chiesto il rigetto di tutte le domande *ex adverso* proposte, perché infondate in fatto e in diritto.

Occorre premettere che, con riferimento alla chiamata in causa dei medici che hanno eseguito l'intervento chirurgico *de quo* preliminarmente domandata dalla Azienda Ospedaliera, la scrivente ribadisce quanto già statuito nell'ordinanza 07.06.2019, le cui motivazioni a riguardo si richiamano e confermano integralmente.

Ciò premesso, in via generale si osserva che i fatti storici dedotti in atto e l'*iter* chirurgico e terapeutico *post* operatorio cui l'attore è stato sottoposto presso la struttura convenuta non sono oggetto di contestazione tra le parti e risultano, comunque, provati dalla documentazione versata in atti e dalla ricostruzione contenuta nella consulenza tecnica d'ufficio espletata nel presente giudizio, che si richiamano integralmente sul punto.

Quanto all'inquadramento giuridico dell'invocata responsabilità della struttura ospedaliera convenuta nell'ambito della responsabilità contrattuale, pare opportuno evidenziare, essendosi il fatto dannoso allegato verificatosi in data 14.01.2010 ma il presente giudizio instaurato nel 2019, che le novità normative (di natura sostanziale) introdotte dalla cd. legge Gelli – Bianco (che comunque per quel che qui rileva non hanno modificato il titolo contrattuale della responsabilità delle strutture sanitarie) non sono applicabili alla fattispecie in esame.

Con la pronuncia n. 28811 dell'8.11.2019 la S.C. ha affermato il principio della irretroattività delle norme dettate Legge n. 24 del 2017 a fatti verificatisi antecedentemente alla loro entrata in vigore, in assenza di una norma *ad hoc* che deroghi al principio generale posto dall'art. 11 delle preleggi.

La responsabilità della struttura sanitaria convenuta va, pertanto, pacificamente qualificata di natura contrattuale e va inquadrata nell'ambito della disciplina dettata dagli artt. 1218, 1228 e 1176 cod.



civ., in conformità con il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità formatosi per i rapporti sorti prima dei richiamati interventi legislativi, che di seguito si riassume.

L'assistenza sanitaria fornita dall'azienda ospedaliera determina la riconducibilità della responsabilità della struttura *“ad un autonomo contratto (di “spedalità), la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 c.c. e, per quanto concerne le obbligazioni mediche che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, l'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'inadempimento di obblighi propri della struttura consente quindi di abbandonare il richiamo, alquanto artificioso, alla disciplina del contratto d'opera professionale e di fondare semmai la responsabilità dell'ente per fatto del dipendente sulla base dell'art. 1218 c.c.”* (cfr. Cass. Civ. Sez. Unite 11.01.2008, n. 577).

Questa Giudice, dunque, ritiene di dover aderire al costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, confermato anche dalla Suprema Corte a Sezioni Unite con la pronuncia n. 576 del 2008, secondo cui tra la struttura sanitaria presso cui il paziente viene ricoverato o sottoposto a visita ambulatoriale o ad altri accertamenti, il medico che lo prende in cura ed il paziente stesso, sorge un vero e proprio contratto, soggetto in quanto tale alla disciplina dettata in materia di inadempimento del debitore nei rapporti aventi ad oggetto prestazioni professionali e ciò, anche per quanto riguarda il rapporto tra il singolo medico curante ed il paziente, sia che si intenda aderire alla nota teoria del cd. *“contatto sociale”* sia che si ravvisi anche nel rapporto medico – paziente un contratto atipico a prestazioni corrispettive. (Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316 e, più di recente Cass. n. 18392/2017).

La conseguenza diretta della scissione dei due rapporti contrattuali è la configurabilità di una responsabilità risarcitoria dell'ente pubblico o privato in cui viene accettato il paziente anche in assenza di una specifica responsabilità del medico dipendente ma per violazione delle singole, diverse e autonome obbligazioni assunte dalla struttura nei confronti del paziente, mentre laddove si deduca una condotta negligente del personale sanitario, la struttura sanitaria risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, ex art. 1228 c.c. (Cass. n. 1620/2012)

In applicazione dei principi generali sul riparto dell'onere probatorio in materia contrattuale, e in particolare di quelli dettati dalla già richiamata pronuncia del 2008, deve ritenersi che gravi sul



paziente danneggiato la prova della fonte negoziale e dell'attività professionale svolta, del fatto dannoso (insorgenza o aggravamento della patologia) e del nesso causale, nonché l'allegazione dell'inadempimento quale comportamento astrattamente e causalmente idoneo alla produzione del danno, mentre compete al debitore la dimostrazione dell'esatto adempimento o della insussistenza del nesso di causalità tra la condotta tenuta e l'evento di danno (cfr. Cass. Sez. Un. 13533/2001).

Più precisamente, superata la tradizionale dicotomia tra obbligazione di mezzi e di risultato, in applicazione dei criteri generali di cui agli artt. 1218 e 1176 cod. civ., è onere del paziente provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto della prestazione sanitaria (e quindi il nesso causale con essa), 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 imprevisto ed imprevedibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da lui esigibile in base alle conoscenze tecnico – scientifiche del momento. (cfr. Cass. n. 28989/2019; n. 21177/ 2015; n. 17413/2012; n. 12274/2011; n. 4210/04).

Il nesso causale tra la prestazione professionale eseguita e il danno lamentato, in quanto fatto costitutivo della domanda risarcitoria, deve essere provato dalla parte attrice.

Sul punto è illuminante la pronuncia della S.C. n. 18392 del 2017 (i cui principi sono stati ribaditi con la già citata pronuncia n. 28811/2019 e ancora con la pronuncia n. 29501/2019) secondo cui nei giudizi risarcitori da responsabilità medica si delinea *"un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla possibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante. 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 imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto)"* (cfr. Cass. n. 18392/2017; n. 26700/2018).

Alla luce dei predetti principi e della ritenuta natura contrattuale della responsabilità medica, si osserva che nel caso in esame la parte attrice ha assolto agli oneri probatori attinenti al ciclo causale



relativo all'evento dannoso, mentre la parte convenuta non ha fornito idonea prova in ordine alla possibilità di adempiere.

Infatti, l'attore ha allegato, quale inadempimento astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato ad esito del primo intervento chirurgico, una manovra incongrua, tale da giustificare colpa professionale, di mal posizionamento della vite superiore sinistra.

L'allegato inadempimento si sostanzia in un errore tecnico che trova plurimi riscontri nella documentazione medica allegata agli atti di causa.

Il primo rilievo si ha in data 28.6.10, allorché [REDACTED] si sottoponeva a TAC, che evidenziava come: *"la vite superiore di sinistra appare leggermente medializzata"* (doc. 5 parte attrice).

In seguito, in data 10.9.2010, in sede di visita specialistica ortopedica, riscontrato che *"nei recenti esami (RMN e TAC) si riconosce la presenza di una eccessiva medializzazione della vite sinistra in L4"*, si programmava un intervento di riposizionamento o rimozione dei mezzi di sintesi per il 23.11.10 (doc. 6 parte attrice).

Invero, la necessità di un secondo intervento correttivo, effettuato in data 23.11.10, non può che avallare la sussistenza dell'allegato errore tecnico. In particolare, nell'atto operatorio si legge: *"asportazione dei mezzi di sintesi a sinistra, soprattutto della vite su L4, probabilmente indirizzata troppo medialmente. Si lasciano in sede i mezzi di sintesi a destra"* (doc. 6 parte attrice).

Il mal posizionamento è riscontrato altresì dalla missiva, inviata in data 14.05.14 dal dott. [REDACTED] (doc. 10), in cui quest'ultimo *"tenuto conto dell'effettiva posizione non corretta della vite (pur in assenza di una risoluzione del problema alla sua rimozione)"*, offriva all'attore, a titolo transattivo, la cifra di euro 1.700,00, oltre spese legali.

Dell'allegato mal posizionamento si è specificamente occupata la C.T.U. esperita in corso di giudizio.

Premesso che non è oggetto di contestazione la correttezza circa la scelta iniziale del tipo di intervento di artrodesi strumentata, in quanto il C.T.U. dott. [REDACTED] in termini condivisi con i C.T.P. dott. [REDACTED] e dott.ssa [REDACTED] ha precisato che nessuna censura va mossa circa la scelta iniziale del tipo d'intervento, in quanto *"l'indicazione clinica all'intervento appare corretta ed in linea con quanto riportato in letteratura"*, la questione investe essenzialmente la conduzione tecnica



dell'intervento e, nel dettaglio, la riscontrata medializzazione della vite peduncolare superiore di sinistra.

Il C.T.U., dall'esame della letteratura, ha evidenziato che il tasso di "mal posizionamento" della vite viene valutato in un range del 21%-40% indipendentemente dall'uso o meno, nell'esecuzione dell'intervento di artrodesi, di un sistema chirurgico di navigazione (p. 15 relazione C.T.U.).

Secondo il C.T.U., pertanto: *"la non perfetta collocazione della vite peduncolare si verifica in un tasso di incidenza tale da poter essere ragionevolmente considerata una complicanza della procedura operatoria"*.

Peraltro, come ha chiarito il medesimo consulente: *"proprio per evitare ciò la tecnica chirurgica si è raffinata impiegando sistemi di "navigazione" chirurgici, che però alla luce dei fatti hanno migliorato di un 6% una tecnica affidabile a oltre il 90% nelle mani di chi è padrone della tecnica operatoria"* (p. 15 relazione C.T.U.).

Tuttavia, tali iniziali generiche affermazioni del consulente d'ufficio, secondo cui il danno patito dal paziente doveva ritenersi una "complicanza", si presentano giuridicamente irrilevanti, posto che non è sufficiente a consentire al medico di andare esente da condanna la sussistenza d'una causa di esclusione della colpa solo astrattamente ipotizzabile.

Infatti, secondo la giurisprudenza di legittimità: *"col lemma "complicanza", la medicina clinica e la medicina legale designano solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile. Tale concetto è inutile nel campo giuridico. Quando, infatti, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la conclusione di esso si verifichi un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una:*

- o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, 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: 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".*

Al diritto non interessa se l'evento dannoso non voluto dal medico rientri o no nella classificazione clinica delle complicanze: interessa solo se quell'evento integri gli estremi della "causa non imputabile": ma è evidente che tale accertamento va compiuto in concreto e non in astratto. La



circostanza che un evento indesiderato sia qualificato dalla clinica come "complicanza" non basta a farne di per sè una "causa non imputabile" ai sensi dell'articolo 1218 c.c.; così come, all'opposto, eventi non qualificabili come complicanze possono teoricamente costituire casi fortuiti che escludono la colpa del medico". (cfr Cass. 813328 del 30 giugno 2015).

Pertanto, si domandavano chiarimenti al C.T.U., in ordine alla specificazione se tale complicanza fosse prevedibile ed evitabile ovvero imprevedibile e inevitabile e alle cautele poste in essere dal medico operante per la prevenzione della stessa.

In sede di chiarimenti, il C.T.U. ribadiva che il posizionamento della vite non ottimale rappresenta un'evenienza ampiamente descritta dalla letteratura e assai frequente.

Precisava che in tale campo è in corso una continua ricerca scientifica, volta alla creazione di sistemi robotizzati o computer assistiti volti a meglio guidare la mano del chirurgo nella introduzione della vite peduncolare (p. 26 relazione C.T.U.).

Invero, il C.T.U. dava atto della difficoltà di inquadrare il caso di specie, nei seguenti termini: *"nel caso in esame, oltretutto, siamo al limite del non corretto posizionamento della vite in quanto con la tecnica in-out-in (dentro-fuori dentro) la medializzazione è ritenuta accettabile negli interventi per patologia deformativa del rachide"* (p. 27 relazione CTU).

Ancora, in sede di contro-osservazioni ai rilievi del C.T.P. attoreo, il C.T.U. rilevava come: *"esistano dei fini limiti fra la complicanza da me inizialmente segnalata ed il documentato mal posizionamento della vite transpeduncolare così come segnalato strumentalmente in riferimento agli accertamenti radiografici" ed ammetteva che: "risulta difficile riuscire a discriminare tra il fisiologico non perfetto posizionamento di una vite rispetto ad un alterato posizionamento della medesima che invece potrebbe anche essere considerato un errore di tecnica"* (p. 25 relazione C.T.U.).

In conclusione, il C.T.U. aderiva alle considerazioni del C.T.P. dott. [REDACTED] proprio con riferimento alla definizione di *"malposizionamento della vite transpeduncolare"*, che *"effettivamente potrebbe far comprendere come vi sia stato un minimo di scostamento dalla corretta tecnica, quindi oltre la mera complicanza"* (p. 25 relazione CTU).

Il C.T.U., le cui conclusioni possono accogliersi perché immuni da vizi logici oltre che fondate su elementi oggettivi risultanti dalle emergenze documentali, ha confermato pertanto, dopo una iniziale



apertura ad accogliere l'ipotesi della complicità, la sussistenza dell'errore medico allegato da parte attrice, con riconoscimento di un correlato periodo di inabilità temporanea.

La tesi della complicità, seppure prospettata dal consulente d'ufficio, non può accogliersi per la dirimente ragione del mancato assolvimento dell'onere della relativa prova da parte della convenuta.

Ribadito che la circostanza che un evento indesiderato sia qualificato dalla clinica come “*complicità*” non basta a farne di per sé una “*causa non imputabile*” ai sensi dell'articolo 1218 c.c., la giurisprudenza di legittimità opera la seguente ripartizione probatoria nel giudizio di responsabilità tra paziente e medico:

- o il medico riesce a dimostrare di avere tenuto una condotta conforme alle *leges artis*, ed allora egli va esente da responsabilità a nulla rilevando che il danno patito dal paziente rientri o meno nella categoria delle “*complicità*”;
- ovvero, all'opposto, il medico quella prova non riesce a fornirla: ed allora non gli gioverà la circostanza che l'evento di danno sia in astratto imprevedibile ed inevitabile, giacché quel che rileva è se era prevedibile ed evitabile nel caso concreto.

Prevedibilità ed evitabilità del caso concreto che, per quanto detto, è onere del medico dimostrare (cfr. Cass. 813328 del 30 giugno 2015).

Orbene, nel caso di specie la parte convenuta non ha offerto idonea prova di aver tenuto, nell'esecuzione dell'intervento di artrodesi strumentata, una condotta conforme alla miglior tecnica disponibile; in particolare, confrontandosi con i sistemi di intervento citati dal C.T.U., nonché con l'idoneità della tecnica prescelta ad offrire la miglior accuratezza possibile nel posizionamento della vite, in via da poter inquadrare il mal posizionamento quale esito inevitabile dell'operazione concreta.

Nel dettaglio, la consulenza si riferisce alla possibilità di utilizzare un sistema chirurgico di navigazione nel posizionamento della vite, in grado di aumentare di 6 punti percentuali le possibilità di buona riuscita dell'intervento.

Inoltre, in sede di chiarimenti, il C.T.U. ha indicato, quale tecnica utilizzata nel caso di specie, quella cd. *in-out-in*, che però non trova riscontro nella documentazione medica allegata agli atti.

Lo stesso attore, in sede di comparsa conclusionale, ha dichiarato di venire a conoscenza della tipologia di tecnica operatoria adottata solo dalla lettura della consulenza.



In definitiva, la domanda risarcitoria va accolta sul presupposto che, a fronte dell'allegato inadempimento, riscontrato dalla C.T.U., spettava alla parte convenuta fornire la prova della propria diligenza e che tale prova non è stata fornita, nella misura in cui la parte convenuta non ha chiarito e circostanziato la tipologia di tecnica prescelta, né se si trattasse della miglior tecnica adottabile, al momento dell'intervento, nell'esecuzione della chirurgia.

Pertanto, deve ritenersi provata la sussistenza del nesso di causalità tra le terapie e le cure prestate dai sanitari in favore dell'attore nel periodo di ricovero sopra indicato e il danno lamentato dal medesimo, come delimitato e quantificato dal consulente peritale, in ragione dei noti criteri probabilistici della preponderanza dell'evidenza o *"del più probabile che non"* (cfr. Cass. Sez. Un. 11 gennaio 2008, n. 576), non avendo, peraltro, la struttura resistente dimostrato di aver adempiuto esattamente la prestazione o la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione.

In definitiva, la domanda proposta dall'odierno attore nei confronti della struttura sanitaria convenuta deve trovare accoglimento.

Passando alla quantificazione del danno risarcibile, occorre precisare che non è riconoscibile, secondo quanto affermato anche da parte attorea, alla luce delle conclusioni precisate in sede di note scritte del 09.12.2022, alcun danno biologico di natura permanente, ad esito dell'intervento di artrodesi strumentata.

Secondo quanto condivisibilmente concluso dal C.T.U., cui parte attrice si è conformata ad esito dell'istruttoria: *"lo stato di invalidità permanente riportato dal paziente non appare causalmente riconducibile all'operato dei sanitari, essendo conseguenza di uno stato di discopatia cronica preesistente"* (cfr. p. 20 relazione C.T.U.).

Passando al danno biologico temporaneo, il C.T.P. dott. ██████ in sede di relazione medico legale del 22.9.2016, considerava: *"riconoscibile a ██████ quantomeno una temporanea biologica pari al periodo compreso tra il primo ed il secondo intervento chirurgico, nella misura di 45 giorni al 75%, 120 al 50% e 150 al 25%"*.

Peraltro, la parte attrice nella precisazione delle conclusioni ha aderito alla diversa periodizzazione dell'inabilità temporanea operata dal C.T.U. nei seguenti termini: *"un periodo di inabilità temporanea, contenuto peraltro entro i limiti stretti dell'intervento e di un ragionevole post*



operatorio quale si osserva generalmente in questo tipo di chirurgia: 30 giorni complessivi, di cui 3 a totale, 15 a parziale massima al 50% e 12 a parziale minima al 25%".

Tale danno, secondo la prospettazione di parte attrice, è da quantificarsi in complessivi € 2.004,75, utilizzando all'uopo le tabelle di Milano e stimando un punto di invalidità al giorno per € 99,00, inclusa la "personalizzazione" del danno.

In ordine al primo profilo, va chiarito che con la decisione Cass. civ., Sez. III, 11 novembre 2019, n. 28990, la Corte di Legittimità ha trattato in particolare la disposizione, introdotta dal c.d. decreto Balduzzi (e confermata dalla successiva c.d. legge Gelli-Bianco), che prevede l'applicabilità delle tabelle disciplinate dagli artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni private (d. lgs. 7 settembre 2005, n. 209) per la quantificazione dei danni non patrimoniali, sancendone l'applicabilità in tutti i casi in cui il Giudice sia chiamato a decidere su una fattispecie concreta rientrante in tale ambito, con il solo limite della formazione del giudicato interno sul quantum risarcitorio.

In particolare, la S.C. ha affermato che l'art. 3 comma 3 della c.d. Legge Balduzzi non intervenendo a modificare con efficacia retroattiva gli elementi costitutivi della fattispecie legale della responsabilità civile, trova invece diretta applicazione anche per i casi in cui la condotta illecita sia stata commessa, ed il danno si sia prodotto, anteriormente all'entrata in vigore della legge. (cfr. anche Cass. n. 21532/2021).

Ne deriva che, ai sensi dell'art. 139 Cod. Ass., applicabile al caso di specie, il danno biologico temporaneo riconosciuto all'attore deve quantificarsi in € 685,86, cui devono sommarsi € 228,53 a titolo di danno morale, per complessivi € 914,20.

Infatti, in ordine al danno morale, si evince dalla prospettazione attorea come le lesioni riportate abbiano avuto delle ripercussioni emotivo psicologiche sul danneggiato.

In particolare, deve ritenersi che l'avvertito persistere della sintomatologia all'esito dell'intervento, la prospettata necessità di doversi sottoporre, in ragione di ciò, a specifici accertamenti, nonché addirittura ad un secondo intervento correttivo appaiono circostanze idonee a provare un disagio interiore correlato alla vicenda, in termini di preoccupazione e di sofferenza, inquadrabile nella categoria del danno morale.

Quanto sinora rilevato induce a ritenere provata la sussistenza della componente del danno morale quale voce del danno non patrimoniale, in quanto il danneggiato ha allegato, come impone la



giurisprudenza di legittimità, circostanze idonee *ex se* ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza/turbamento e la prova degli stessi, anche mediante lo strumento delle presunzioni.

Quanto alla "personalizzazione" del danno, si ritiene che le circostanze allegare da parte ricorrente relative alle ripercussioni che dette menomazioni psicofisiche hanno avuto sulla vita lavorativa e quotidiana del ricorrente, non soddisfino quei requisiti di peculiarità necessari per dare ingresso al riconoscimento di maggiori somme in ordine alla liquidazione del danno.

Come stato più volte chiarito dalla S.C. "la lesione della salute risarcibile" si identifica "nella compromissione delle abilità della vittima nello svolgimento delle attività quotidiane tutte, nessuna esclusa: dal fare, all'essere, all'apparire", sicché lungi dal potersi affermare "che il danno alla salute "comprenda" pregiudizi dinamico-relazionali" dovrà dirsi "piuttosto che il danno alla salute è un danno "dinamico-relazionale", giacché, se "non avesse conseguenze "dinamico-relazionali", la lesione della salute non sarebbe nemmeno un danno medico-legalmente apprezzabile e giuridicamente risarcibile. Ne deriva, pertanto, che "l'incidenza d'una menomazione permanente sulle quotidiane attività "dinamico-relazionali" della vittima non è affatto un danno diverso dal danno biologico", restando, però, inteso che, in presenza di una lesione della salute, potranno si aversi le "conseguenze dannose più diverse, ma tutte inquadrabili teoricamente in due gruppi", ovvero, "conseguenze necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare tipo di invalidità" e "conseguenze peculiari del caso concreto, che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili". Orbene, se tutte tali conseguenze, indifferentemente, "costituiscono un danno non patrimoniale", resta inteso che "la liquidazione delle prime, tuttavia, presuppone la mera dimostrazione dell'esistenza dell'invalidità", laddove "la liquidazione delle seconde esige la prova concreta dell'effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto". In questo quadro, pertanto, "la perdita possibilità di continuare a svolgere una qualsiasi attività, in conseguenza d'una lesione della salute, non esce dall'alternativa: o è una conseguenza "normale" del danno (cioè indefettibile per tutti i soggetti che abbiano patito una menomazione identica), ed allora si terrà per pagata con la liquidazione del danno biologico; ovvero è una conseguenza peculiare, ed allora dovrà essere risarcita, adeguatamente aumentando la stima del danno biologico", attraverso la sua "personalizzazione" (cfr. Cass. n. 14364/2019; n. 7513/2018).



In sintesi, dunque, il riconoscimento di ulteriori voci di danno attraverso l'aumento dell'importo liquidato, presuppone che siano state specificamente allegare e provate peculiari circostanze del caso concreto che abbiano determinato conseguenze dannose diverse e ulteriori rispetto a quelle indefettibilmente e ordinariamente connesse al tipo di invalidità riportata, già previste e compensate dalla liquidazione unitaria tabellare.

Nella fattispecie in esame, le circostanze allegare per ottenere il riconoscimento di ulteriori voci di danno, quali le limitazioni funzionali e l'accentuata dolorosità sofferta dall'attore, nonché le limitazioni alle attività di guida e lavorativa attengono a disagi già ricompresi nella valutazione del danno biologico temporaneo, per quanto attiene al periodo *post* operatorio, mentre appaiono per il resto da ricondursi piuttosto allo stato di discopatia cronica preesistente.

Ne consegue che l'AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO va condannata al pagamento della somma, a titolo di danno non patrimoniale, pari ad € 914,20; sulla somma complessiva, già rivalutata all'attualità, vanno calcolati gli interessi legali, previa devalutazione al momento del fatto (14.01.2010) e rivalutazione di anno in anno secondo gli indici Istat dal fatto al soddisfo, per l'importo finale di € 1.012,86 cui vanno aggiunti gli interessi legali dalla presente pronuncia al saldo.

Passando alle spese stragiudiziali, costituisce principio consolidato della giurisprudenza di legittimità, confermato dalla Suprema Corte a Sezioni Unite, quello per cui le stesse possano essere riconosciute quando la parte che ne chieda il rimborso giustifichi in modo esauriente l'utilità in concreto dell'intervento stragiudiziale di cui si è avvalsa, secondo una valutazione *ex ante* e cioè in vista di quello che poteva ragionevolmente presumersi essere l'esito futuro del giudizio (Cass. Civ., SS.UU., 10/07/2017, n. 16990 che richiama Cass. n. 6422/2017 e n. 997/2010).

La possibilità di ottenere il ristoro delle spese sostenute dal danneggiato per aver fatto ricorso all'assistenza di un legale per l'attività stragiudiziale diretta alla tutela di un proprio diritto, ove la pretesa risarcitoria sfoci in un giudizio nel quale il danneggiato risulti vittorioso, non si sottrae al giudizio di meritevolezza, ovvero va valutata considerando, in relazione all'esito della lite su tale aspetto, se la spesa sia stata necessitata e se appaia giustificata in funzione dell'attività di esercizio stragiudiziale del diritto al risarcimento (cfr. Cass. n. 17065/2014).



Anche l'art. 20 del D.M. n. 55 del 2014 richiede pur sempre, ai fini della liquidazione, che l'attività legale prestata prima o al di fuori del giudizio rivesta "autonoma rilevanza" rispetto a quella propriamente giudiziale.

Nel caso di specie, a sostegno dell'attività stragiudiziale prestata dai legali prima dell'instaurazione del giudizio risultano prodotte in atti la richiesta risarcitoria inoltrata alla A.S.L. TO1 a mezzo raccomandata del 12.7.2016 (doc. n. 11), la domanda di mediazione (doc. n. 16), la fattura relativa alla mediazione (doc. n. 17), nonché il verbale della predetta procedura del 09.05.2018 (doc. 18).

Va, tuttavia, rilevato che il 5.10.2017, già prima della procedura di mediazione, la parte convenuta aveva offerto in via transattiva il pagamento della somma di euro 1.700,00 (doc. n. 14) e che in sede di mediazione è stata nuovamente formulata una proposta transattiva per il minor importo di euro 1.500,00, anch'essa rifiutata da parte attrice. Tale circostanza è da ritenersi provata ai sensi dell'art. 115 c.p.c. in quanto specificamente allegata da parte convenuta in comparsa di costituzione e risposta e non contestata da parte attrice né nel corso della udienza di prima comparizione né con la memoria ex art. 183 n. 1 c.p.c.

Ne consegue che, poiché la somma riconosciuta a titolo di risarcimento all'esito del presente giudizio è inferiore a quanto offerto in sede stragiudiziale e di mediazione, non sussistono i presupposti per il riconoscimento delle spese stragiudiziali per l'attività svolta dal legale di parte attrice che non ha condotto ad alcun risultato utile per l'attore, tenuto conto dell'esito del giudizio.

Va, invece, riconosciuta la somma di € 500,00 (doc. 13) relativa alla spesa per la relazione medico legale del prof. ██████████ trattandosi di una voce di spesa necessaria e giustificata in vista della futura azione giudiziaria.

Quanto alle spese di lite, deve respingersi la domanda, avanzata in sede di precisazione delle conclusioni di parte convenuta, alla condanna dell'attore ex art. 91 c.p.c.

Si richiama, sul punto, la natura eccezionale dell'istituto, come ribadita dalle recentissime Sezioni Unite n. 32061/22, nei seguenti termini: *"carattere effettivamente eccezionale riveste invece l'ipotesi, contemplata dal secondo periodo dell'art. 91 primo comma, c.p.c., introdotto dall'art. 45,*



comma decimo, della legge n. 69 del 2009, della condanna alle spese della parte che abbia visto accogliere la propria domanda in misura non superiore alla proposta conciliativa, trattandosi di una misura ritenuta lato sensu sanzionatoria, e comunque volta ad incentivare l'adesione alla predetta proposta, la cui previsione non smentisce affatto, ma semmai conferma, l'impossibilità di far gravare altrimenti le spese sulla parte vittoriosa, in caso di accoglimento non integrale della domanda".

Inoltre, viene in rilievo quanto affermato dal Giudice delle Leggi nell'autorevole *dictum* n. 268/20, laddove da un lato la Consulta ha precisato che la condanna interviene nei confronti della parte che abbia rifiutato la proposta conciliativa identica o più soddisfacente avanzata nel corso del processo; dall'altro, che l'operatività di tale deroga al principio di soccombenza richieda comunque che il rifiuto della proposta conciliativa sia privo di giustificato motivo.

Nel caso di specie, la proposta di parte convenuta è intervenuta ben prima dell'instaurazione del processo e, alla luce dell'andamento del successivo procedimento, non possono definirsi le pretese attoree allora avanzate come esorbitanti o attinenti a questioni di immediata soluzione, tali da inquadrare il rifiuto della controparte come irragionevole e privo di giustificato motivo. Inoltre, nel corso del giudizio non è stata formulata un'ulteriore proposta conciliativa corrispondente a quella formulata in sede stragiudiziale ovvero di importo pari o superiore a quanto liquidato a titolo di risarcimento del danno.

Pertanto, le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo sul valore del *decisum* (Cass. n. 197/2020) e in base ai parametri medi di cui al D. M. 10 marzo 2014 n. 55.

Le spese di C.T.U. sono poste definitivamente a carico di parte convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da ██████████ contro AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così provvede:



1. Accoglie parzialmente la domanda e per l'effetto condanna l'AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore di [REDACTED] della somma di € 1.012,86, oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;
2. Condanna l'AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore dell'Erario delle spese processuali del presente giudizio che liquida in complessivi € 662,00, oltre € 500,00 per spese di C.T.P., contributo unificato e marca, rimborso sulle spese generali nella misura del 15%, Iva e Cpa e successive occorrenze
3. Pone le spese di CTU definitivamente a carico di AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO.

Torino, 12.4.2023

Il giudice

dr.ssa Valeria Di Donato

Minuta redatta dalla M.O.T. dott.ssa Paola Calderan

