

Più probabile che non e prevalenza relativa

La regola del "più probabile che non" e la regola della "prevalenza relativa" della probabilità afferiscono a situazioni diverse. 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.

Tribunale Catanzaro, sezione prima, sentenza del 12.10.2023

...omissis...

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 sé, 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 produzione 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 lettura di questo tracciato commissero 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 VI 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 essere 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 esplicitato 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, secondario 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 Buonocore, 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'inedonea 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 Buonocore 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 Buonocore, 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.

Così deciso in Catanzaro, il 10 ottobre 2023.

Depositata in Cancelleria il 12 ottobre 2023.